

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 20 · Heft 4 · 2013

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Kommunikation
in der Medizin**

**Communication
in Medicine**

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Christoph Gisinger (Geriatric, Wien)
Martin Glöckler (Chirurgie, Wien)
Thomas Sören Hoffmann (Philosophie, Hagen)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Reinhard Lenzofer (Innere Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Markt (Physiologie, Wien)
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)
Heinrich Resch (Innere Medizin, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

IMABE • Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 als unabhängige wissenschaftliche Einrichtung in Wien gegründet, zeitgleich mit anderen wichtigen medizinethischen Instituten im deutschen Sprachraum. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz. Von seiner Gründungsidee her arbeitet das Institut interdisziplinär, berufsübergreifend und fördert den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlich-humanistischen Menschenbildes.

Editorial	239	
Aus aktuellem Anlass	242	Susanne Kummer IMABE-Symposium: Mental Health und Arbeitswelt
Schwerpunkt	245	Thomas Sören Hoffmann Philosophische Grundlagen einer Ethik der Kommunikation
	255	Hans-Wolfgang Hoefert Das ärztliche Gespräch und seine Dynamik
	267	Monika Keller Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie
	277	Michael Peintinger Interkulturelle Kommunikation in der Medizin
Aus der Praxis	289	Martina Hess, Regina Hummer Schlechte Nachrichten überbringen: Wie sag ich es dem Patienten?
Nachrichten	297	
Zeitschriftenspiegel	300	
Buchbesprechungen	301	
Imago Hominis	305	Jahresinhaltsverzeichnis des 20. Bandes (2013)

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,
T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4
eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des
Herausgebers.

Grundlegende Richtung: *Imago Hominis* ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle
ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung
und Praxis behandelt werden.

Layout: QARANTE, Schloßgasse 13, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Mag. Monika Feuchtner

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH,
Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Feuchtner

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Mag. Monika Feuchtner

Bankverbindung:

UniCredit Bank Austria AG, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800,
IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen
der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln.
Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die
einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen
Sachexperten begutachtet.

Redaktionsschluss: 4. Dezember 2013

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des
Heftes.

„Der Gegenstand der ärztlichen Tätigkeit ist nicht die Krankheit in abstracto, sondern der kranke Mensch; es ist demnach nicht hinreichend, nur die Krankheit zu kennen und zu behandeln, sondern auch der Mensch als solcher will auf seine besondere Weise behandelt werden“. So schrieb der Sachsen-Altenburgische Hofmedicus Georg Friedrich Christian Greiner bereits im Jahr 1809. Sein Dictum hat bis heute nicht an Aktualität verloren.

Ärzte führen im Laufe ihres Berufslebens rund 100.000 medizinische Gespräche mit Patienten. Die Zeit dafür ist meist knapp bemessen. Heute weiß man, wie wichtig ein guter Kommunikationsverlauf zwischen Arzt und Patient für den Therapieverlauf und Krankheitsprozess ist. In der technikorientierten modernen Medizin pendelt die Arzt-Patient-Kommunikation zwischen Abchecken medizinischer Fakten und Bürokratie. Erst langsam reagiert man auf die Tatsache, dass gute Kommunikation und das Vertrauen zum Arzt einen erheblichen Faktor für den Therapieerfolg ausmachen. Auch Ärzte leiden unter der „Entmenschlichung“ ihrer Profession – der Trend, dass der Einsatz von medizintechnischen Untersuchungen finanziell besser abgegolten wird als die dem Patienten gewidmete Zeit, ist leider ungebrochen.

Information, Empathie und das Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten zählen zu den zentralen Faktoren, um das Vertrauen des Kranken zu gewinnen und ihn für die Therapie zu motivieren. Kommunikationsmangel wird als Beziehungsstörung und Vertrauensbeeinträchtigung empfunden – und schlägt sich unweigerlich auch auf die Qualität der Behandlung nieder. Ohne das Vertrauen des Patienten können weder Ärzte noch Pfleger ihren Heilungsauftrag ausführen.

Das zeigt eine aktuelle, im Herbst 2013 publizierte Studie des Picker Institut Deutschland. Das Ergebnis ist wenig überraschend und dennoch bezeichnend: 50% bis 65% der Ärzte und Pflegekräfte geben aus subjektiver Sicht an, zu wenig Zeit für Patienten und deren Angehörigen zu haben. Wobei Zeit Widmung, Kommunikation und Interaktion bedeutet. Auf der Seite der Patienten zeichnet sich ein ähnliches Bild: Je besser das Verhältnis zu den betreuenden Pflegekräften und Ärzten, desto höher ist die

Zufriedenheit. Kommunikation, Empathie, Respekt und Information sind dabei für den Patienten um ein Vielfaches wichtiger als das Essen oder die Zimmeratmosphäre, so die Ergebnisse aus der Analyse von 111.835 Patienten-Befragungsbögen aus den Jahren 2009 bis 2012.

Die aktuellen Entwicklungen sind Anlass genug dafür, dass wir uns in dieser Ausgabe dem Schwerpunkt „Kommunikation in der Medizin“ widmen. Wie lässt sich unter den bestehenden Bedingungen eine geglückte Arzt-Patienten-Kommunikation aufbauen und erhalten? Welche Faktoren müssen dafür besonders berücksichtigt werden?

Das Erstellen oder Erlernen von rein technischen Kommunikationsmodellen genügt nicht, damit es zu einer Begegnung von Menschen kommt. Was also braucht es mehr? Der Philosoph Thomas Sören Hoffmann (Fernuniversität Hagen) widmet sich einer anthropologischen Sicht auf das Phänomen Kommunikation und fragt nach den Eckpunkten einer Ethik der Kommunikation: Das Gespräch, das auf gegenseitiger Anerkennung und Achtung der Würde des anderen gründet, schafft Beziehung, öffnet zur Wahrheit und ermöglicht damit Freiheit und Entfaltung von Autonomie. Für den medizinischen Alltag ist dieser ethische Ansatz wesentlich.

Gespräche sind nicht einfach nur soziale Begleiterscheinungen einer Tätigkeit, in deren Mittelpunkt Diagnose und Therapie stehen, sondern professionelle Instrumente eigener Art, mit deren Hilfe Diagnose und Therapie wesentlich verbessert (manchmal auch relativiert) werden können. In seinem Beitrag zum ärztlichen Gespräch und seiner Dynamik zeigt der Berliner Sozialpsychologie Hans-Wolfgang Hofer auf, wie sich bestimmte Rahmenbedingungen (Arztpraxis, Krankenhaus) günstig oder ungünstig auf die Gesprächsqualität auswirken können und welche Maßnahmen der Arzt setzen muss, damit die Erwartungen und Krankheitsvorstellungen des Patienten in die Gespräche einbezogen werden und sich Patienten ausreichend – und nicht einseitig – informiert fühlen. Nur dann können Ärzte und Patienten zu gemeinsamen Entscheidungen finden, die auch von den Patienten mitgetragen werden.

Die Internistin und Psychoonkologin Monika Keller (Universitätsklinikum Heidelberg) arbeitet in ihrem Beitrag heraus, vor welche speziellen Herausforderungen ärztliche Kommunikation im Bereich der Onkologie gestellt ist. Im Mittelpunkt der Anforderungen an menschliche und professionelle Kompetenz, zwischen Heraus- und zuweilen Überforderung und Bereiche-

rung stellt nach Keller eine patientenzentrierte Kommunikation das wichtigste Vehikel bzw. Agens dar, ohne die eine „heilsame“ Behandlung und Versorgung von Krebspatienten nicht denkbar ist. Anhand eines deutschlandweit seit 2008 speziell für Onkologen durchgeführten Kommunikationstrainings zeigt Keller, wie Ärzte in ihrer Kompetenz, Krebspatienten gut zu führen und sie und deren Angehörige zu begleiten, gestärkt werden können.

Michael Peintinger, Anästhesist am Krankenhaus Göttlicher Heiland in Wien, richtet seinen Fokus auf die interkulturelle Kommunikation. Hier braucht es vonseiten des Arztes ein Wissen um unterschiedliche kulturgebundene Werthaltungen, eine kulturelle Sensibilität sowie die grundsätzliche Bereitschaft, das Wertesystem des Patienten wahrzunehmen und einzubeziehen. Die Fähigkeit zur interkulturellen Kommunikation stellt sich als unverzichtbare ärztliche Kompetenz im Rahmen der therapeutischen Partnerschaft dar.

Martina Hess und Regina Hummer (Kommunikationstrainerinnen Horizont, Wien) zeigen anhand des Fünf-Phasenmodells „Schock-Verleugnung-Aggression-Depression-Trauerarbeit“, was in Patienten nach der Konfrontation mit einer schwerwiegenden Diagnose emotional vorgeht und geben hilfreiche, praktische Strategien für die weitere ärztliche Gesprächsführung.

S. Kummer

Susanne Kummer

IMABE-Symposium: Mental Health und Arbeitswelt

IMABE Symposium: Mental Health in the Work Environment

Schlafstörungen, chronische Angstzustände, Depression, Erschöpfungszustände: Sind wir heute anders krank? Offenbar ja. Die Gesamtsumme der Krankenstände in Österreich sinkt zwar laufend, die Krankenstandstage aufgrund psychischer Störungen steigen jedoch an. Insgesamt hat sich in den vergangenen 20 Jahren die Zahl der Krankenstandstage wegen psychischer Erkrankungen beinahe verdreifacht. Jährlich entstehen dadurch messbare gesamtwirtschaftliche Kosten in der Höhe von 3,3 Milliarden Euro. Mit durchschnittlich 40 Fehltagen führen psychische Erkrankungen mit Abstand zu den längsten, krankheitsbedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz.

Die Balance zwischen Arbeitswelt und Freizeitstress, zwischen Leistung und Lebenssinn scheint aus dem Ruder gelaufen zu sein. Diese Entwicklung wirft zahlreiche Fragen auf: Worin liegen die Ursachen der allmählichen Verschlechterung der seelischen Gesundheit? Was können Betriebe präventiv für die seelische Gesundheit ihrer Mitarbeiter tun? Reagiert der Mensch mit Krankheit auf kranke Umstände in seinem Arbeitsumfeld? Oder sinkt seine Belastbarkeit? Welche Rolle spielt das private Umfeld? Welche Faktoren gehören zu einer „guten Arbeit“, in der Anerkennung, Sinn und Motivation zu finden sind?

Die von IMABE immer wieder initiierte Interdisziplinarität garantierte auch diesmal den Blick über den Tellerrand, verhinderte die eingeengte Spezialisten-Perspektive, förderte ungewohnte Blickwinkel und ermöglichte Fragestellungen, die in der heutigen Gesellschaft üblicherweise ausgeblendet werden. Schon in der Einleitung fiel zwangsläufig das Wort von der „Work-Life-Balance“, das von den Vortragenden einstimmig zurückgewiesen wurde.

Man kann nicht von einem Leben neben der Arbeitszeit reden, so PV-Generaldirektor Winfried Pinggera in seinem Eingangsstatement zu der von IMABE gemeinsam mit der Pensionsversicherungsanstalt, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der AUVA und der Österreichischen Ärztekammer veranstalteten Tagung.

Schafft sich die Medizin einen neuen Markt von Krankheiten?

Der Hamburger Mediziner und Sozialpsychiater Klaus Dörner nahm seine eigene Zunft kritisch unter die Lupe: „Ist das Psychische wirklich in der Medizin am besten aufgehoben?“ Während früher auch andere – etwa kulturelle, soziale, ökonomische oder religiöse – Gründe als Erklärung für ein zunächst nicht klar definierbares psychisches Unwohlsein gültig waren, habe inzwischen die Medizin das Monopol über die Definition, was seelisches Leiden ist, übernommen, so Dörner. Die Kehrseite: Seelisches Leiden werde dadurch pathologisiert und medikalisiert. „Wir beobachten, dass die Zahl der schweren psychischen Störungen gleich bleibt, während die Zahl der leichteren Befindlichkeitsstörungen sich offenbar beliebig vermehren lässt“, kritisierte der Sozialpsychiater.

Der epidemische Anstieg von psychischen Erkrankungen zur Volkskrankheit Nummer Eins verdanke sich dem Ideal der Beschleunigung und Leistungssteigerung, das seit der Industrialisierung vorherrscht. Außerdem verstünde sich die Medizin heute als vor allem naturwissenschaftliche Disziplin, die von Leid befreien soll – und dazu einen Markt von Medikamenten und Therapeuten hochrüstet. „Die Zahl der Depressionen hat sich vervierfacht, die Zahl der Therapeuten hat sich ver-

achtfach. Da ist ein Zusammenhang erkennbar.“

Dörner plädierte dagegen für ein Umdenken: Statt alle Probleme in medizinische Probleme umzuwandeln, sollte man im Sinne Viktor Frankls auf das Sinnstreben des Menschen und seine Leidenfähigkeit setzen – und ihn nicht nur auf seine Arbeits- und Genussfähigkeit zu reduzieren. Außerdem müsse der „Leistungsbeschleunigungszwang“ neutralisiert werden: Im Umbruch von der Industrie-Epoche zur Dienstleistungs-Epoche sieht der Sozialpsychiater eine historische Chance für eine Humanisierung der Arbeitswelt.

„Um als Unternehmen attraktiv zu sein, müssen wir ein Umfeld bieten, wo sich Mitarbeiter entwickeln können“, erklärte Joachim Burger, Geschäftsleiter Human Resource bei T-Mobile Austria. Das Angebot von Gleitzeit oder die Möglichkeit, auch einmal von Zuhause aus Arbeiten zu können, gäbe den Mitarbeitern einen Freiraum. De facto würde dieser selten genutzt, die „gefühlte Freiheit“ würde sich aber positiv auf das Arbeitsklima auswirken, so Burger. Dank des Gesundheitsmanagements konnte die Mitarbeiterzufriedenheit im Konzern auf 75 Prozent gesteigert werden, berichtet Burger. Er forderte mehr Unterstützung für gesundheitspräventive Maßnahmen – da würden die Unternehmen häufig „alleine gelassen“.

Prävention für seelische Gesundheit: Elternhaus, Schule und Social Skills

Psychiatrische Erkrankungen sind die Nummer eins bei den Zuerkennungen von Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspensionen. Chefarzt Rudolf Müller, Pensionsversicherungsanstalt, lieferte dazu Daten und Fakten aus Österreich. Wurden 1999 in Österreich 1,3 Millionen Krankenstandstage wegen psychischer Erkrankungen gezählt, waren es 2009 schon 2,4 Millionen und 2012 bereits 3,4 Millionen. In Österreich leidet jeder Fünfte einmal in seinem Leben an einer Depression. Bei den Frauen ist jede Vierte betroffen, bei den Männern jeder Achte. Jeder sechste Österreicher hat Angststörungen. Frauen sind stärker betroffen als Männer, und es

trifft sie in jüngeren Jahren. Warum trifft es Frauen mehr als Männer? Eine Aufsplitterung in andere Faktoren – wie viele Mütter, kinderlose Frauen, doppelt belastet Frauen usw. – ist bislang nicht erfasst, wäre aber eine kritische Prüfung wert.

Dass Frauen doppelt so häufig wie Männer aufgrund von Depressionen in Behandlung sind, führt Christian Haring, Ärztlicher Leiter der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie B am LKH Hall in Tirol, auch auf die traditionellen Diagnosekriterien zurück: „Frauen passen wohl auch besser in das vorhandene Profil als Männer.“ Ärzte haben es nicht mit isolierten Patienten zu tun, sondern mit Menschen, Familien und deren Umfeld. Haring machte deutlich, dass in der Auflösung der Strukturen von Arbeitswelt und Familie – etwa die Zunahme von Single-Haushalten – sowie in der Verschiebung von Werten ein Co-Faktor dafür liege, dass Menschen heute seelisch verwundbarer seien. Resilienz ist die Fähigkeit, in Krisensituationen zu bestehen oder sogar daran zu wachsen. Als Basis für protektive Faktoren mentaler Stärke nennt der Tiroler Psychiater Elternhaus, Schule und das frühe Einüben in Social Skills. „Wenn ich selbst nicht existent bin, sondern nur außen gesteuert, bin ich extrem anfällig“, betont Haring und unterstreicht die Bedeutung von „inneren Quellen“, die jeder Mensch zum Fließen bringen muss.

Arbeit hat einen Zweck und braucht Sinn

„Das innere Bedürfnis des Menschen nach Lebenssinn ist keinesfalls durch Effizienz und das Funktionieren in der Arbeit abgedeckt“, betonte die deutsche Religionsphilosophin Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz, Vorständin des Europäischen Instituts für Philosophie und Religion EUPHRat in Heiligenkreuz. Eine Phänomenologie der Arbeit im Zeitalter seelischer Erkrankungen zeigt: Arbeit hat einen Zweck und braucht Sinn. Wer ein Haus baut, will natürlich, dass es bald fertig wird und setzt die Mittel ein: rational, effektiv, zielbewusst. Der Zweck ist ein Ziel, das in einer zeitlichen Begrenzung, nämlich möglichst schnell, mit rationalen

Mitteln erreicht werden soll. „Sinn dagegen hat kein Ziel in der Zeit, sondern ist ein Vorgang, der sich selbst trägt“, so die Philosophin. Das Hören einer Symphonie sei beispielsweise in sich sinnvoll, zweckfrei. Die Musik schneller spielen, nur um es „endlich hinter sich zu haben“, wäre Unsinn.

Wenn der Sinn der Arbeit nur auf eine Zweck-Nutzen-Relation reduziert wird oder sie nur gemacht wird, um es schneller hinter sich zu haben, erlauben keine Freude und Befriedigung am eigenen Tun. Genau das sei aber der tiefere Sinn von Arbeit im christlich-jüdischen Erbe: nicht nur Last, sondern Weltgestaltung, Hingabe und Selbstgestaltung, „im Tun die Freude am Tun selber“.

Grenzen der Sinnvermittlung

In der Podiumsdiskussion hielten sich Referenten nicht bedeckt, sondern lieferten einen spannenden Beitrag dafür, welche ungewohnten Blickwinkel und das Sprengen von Denkmustern ein interdisziplinärer Austausch bieten kann. So löste die Frage aus dem Publikum, ob es die Aufgabe der Führungskraft sei, für die Mitarbeiter Sinn zu stiften, bei Personalmanager Burger Kopfnicken, bei Philosophin Gerl-Falkovitz hingegen Kopfschütteln aus. Burger berichtete, wie große Unternehmen versuchen – und wohl auch gedrängt werden – zur Harmonisierung von Arbeit und Muße und damit zur Mental Health ihrer Mitarbeiter beizutragen. Das fängt bei sportlichen, kulturellen oder Bildungsprogrammen an und endet bei Dienstleistungsangeboten für alle Lebenslagen: vom Betriebskindergarten bis zum Schuheabholdienst, von der anonymen Hotline für Angehörige bis zur Vermittlung eines Scheidungsanwaltes. Gerl-Falkovitz warnt allerdings: Wie weit aber darf und soll der öffentliche Raum in den privaten eindringen? In der Diskussion wurde befürchtet, dass möglicherweise die Grenze zur Sinnvermittlung und Lebensbewältigung erreicht oder gar überschritten werde – zum Zwecke der Effizienzsteigerung. Wenn es bei der Sorge um Mental Health nicht um die Menschen an sich, sondern bloß um

das Einsparen von Kosten durch Vermeidung von Krankenständen oder die Steigerung von Effizienz ginge, dann endet man in der „Verzweckung von Sinn“ durch ökonomische Vorgaben. Mental Health, so könnte man das Ergebnis der Tagung formulieren, ist nicht aus der Arbeitswelt herstellbar. Niemand kann Sinn stiften, Sinn kann nur entdeckt werden. Die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen – in Arbeit, Gesellschaft, aber auch in der persönlichen Lebensführung – ist die hohe Kunst.

Mag. Susanne Kummer, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
skummer@imabe.org

Thomas Sören Hoffmann

Philosophische Grundlagen einer Ethik der Kommunikation

Philosophical Foundations of an Ethics of Communication

Zusammenfassung

Kommunikationsethik beginnt seit alters mit der Aufgabe, leere von gehaltvoller Rede zu unterscheiden und so kommunikative Akte zu ermöglichen, die dem Menschen als vernunft- und sprachbegabtem Freiheitswesen umfassend gerecht werden. Sie weiß zudem um die Notwendigkeit, kommunikative Räume zu schaffen, die durch eine wechselseitige Anerkennung der Kommunizierenden in ihren kommunikativen Akten geprägt sind und so die Entfaltung von Autonomie begünstigen. Der Beitrag zeigt, dass von einem entsprechenden Ansatz aus technische Kommunikationsmodelle, wie sie die neuere Kommunikationswissenschaft beherrschen, für die Kommunikationsethik nicht in Frage kommen. Das gilt insbesondere im Blick auf jene kommunikativen Akte, die alleine garantieren können, dass auch im Alltag einer hochtechnisierten Medizin Dimensionen wie gelebte Interpersonalität und Würde nicht verloren gehen.

Schlüsselwörter: Anerkennung, Autonomie, Kommunikationsethik, kommunikative Handlungen, Sprache

Abstract

From its very beginning the philosophical ethics of communication had to point out the difference between empty and substantial speech, fostering thus communicative acts corresponding to the nature of man as a free being gifted with reason and language (*logos*). At the same time, ethics of communication knows that autonomous subjectivity basically requires a communicative space characterized by a mutual recognition of all communicating subjects in their communicative acts. The contribution shows that mere technical models of communication as often used in communicative sciences cannot comply with the needs of a philosophical ethics of communication. This has to be stated especially with regard to the basic communicative acts in a medical context where dimensions like interpersonality or dignity have to be preserved even in times of an intensive use of technical means.

Keywords: Autonomy, Communicative Acts, Ethics of Communication, Language, Recognition

Univ.-Prof. Dr. Thomas Sören Hoffmann
FernUniversität in Hagen
Universitätsstraße 47, D-58097 Hagen
Thomas.Hoffmann@FernUni-Hagen.de

„Kommunikationsethik“ ist heute, wie ein Blick auf Neuerscheinungslisten, aber auch Veranstaltungangebote verrät, *en vogue*. Fragt man, warum dem so ist, erhält man nicht selten die Antwort, dass durch die „neuen Medien“ und die durch sie veränderten Kommunikationsbedingungen eben neue Risiken und Probleme im Raum stünden, derer die Ethik sich anzunehmen habe – Probleme, die mit der Struktur dieser Medien, ihrer neuen gesellschaftlichen Relevanz wie auch mit fehlender „Medienkompetenz“ der Nutzer zu tun hätten. „Kommunikationsethik“ wäre in diesem Sinne dann primär „Medienethik“ bzw. „Kommunikationsmittelethik“ – und in der Tat muss man nicht bestreiten, dass es in diesem Bereich von der richtigen Einschätzung der Macht und Potentiale der „neuen Medien“ und der Korrektur mancher verbreiteter Illusionen bis hin zur Analyse von aktuellen, medieninduzierten Süchten tatsächlich einiges zu tun gibt.

Dennoch darf es, wenn nach dem Ethos und der Ethik von Kommunikation gefragt wird, nicht einfach zu einer Engführung auf Fragen der „Kommunikationsmittelethik“ kommen. Auch heute, auch im Zeichen potenziierter Kommunikationstechnologien, liegen die letztlich entscheidenden ethischen Dimensionen rund um die zwischenmenschliche Kommunikation nicht einfach auf der Ebene der *Mittel*, so wenig hier entstehende Probleme „technisch“ – etwa durch Mittelvervollkommnung – gelöst werden können. Gerade am Beispiel der Medizin kann rasch deutlich werden, dass es um Grundlagenfragen unserer kommunikativen Praxis als solcher geht: darum zuletzt, inwieweit wir in der Lage sind, uns auf eine Praxis, die den Namen „kommunikativ“ auch verdient, einzulassen, oder ihr lieber ausweichen – ihr möglicherweise gerade unter Zuhilfenahme von „Kommunikationsmitteln“ ausweichen, die „Kommunikation“ ja auch dort noch simulieren können, wo sie in Wahrheit gerade nicht stattfindet. Kommunikative Defizite, die beim Arztbesuch oder Spitalaufenthalt erfahren werden, haben ja nicht damit

zu tun, dass man den eigenen Hausarzt bei „Facebook“ nicht findet oder das Spitalpersonal nicht die Mobilfunknummer preisgibt; solche Defizite betreffen vielmehr eine viel grundlegendere personale Absenz – eine Absenz, die auch das wortreiche Vieraugengespräch mit dem medizinischen Fachmann oder den physischen Kontakt mit der Pflegekraft noch durchziehen kann. Brisant sind solche Absenzen, weil sie zuletzt den „Pakt des Vertrauens“, der nach Paul Ricoeur jedem medizinischen Behandlungsvertrag zugrunde liegt und in dieser Funktion durch kein medizinethisches Zertifikat, keinen Verhaltenskodex ersetzt werden kann,¹ in Frage stellen.

Das Ziel des folgenden Beitrags ist es, aus der Sicht einer philosophischen Ethik der Kommunikation an jene Eckdaten zu erinnern, die eine diesen Namen verdienende kommunikative Praxis erst möglich machen – im medizinischen Kontext wie auch darüber hinaus. Wir beginnen dabei, wie in der Philosophie nicht ganz unüblich, bei den alten Griechen, deren Entdeckung, dass nicht alles, was in Gestalt der Sprache daherkommt, auch gehaltvolles Sprechen sein muss, sondern dass wir immer wieder auch mit „kommunikativen Blasen“, mit „leerer Rede“ (die Griechen haben hier den Ausdruck „Kenologie“ geprägt) zu rechnen haben, von einigermaßen zeitloser Relevanz ist. Versuchen wir, worum es hier im Kern geht, uns zu vergegenwärtigen!

Erfüllte vs. leere Rede; Homologie

Die Griechen haben den Menschen dasjenige „Lebewesen“ genannt, das als einziges „über den *Logos* verfügt“. Dieses *zoon lógon échon* ist in der Tradition primär als das „vernunftbegabte Lebewesen“, das *animal rationale*, aufgefaßt worden – falsch ist das sicher nicht, dennoch aber nicht alles, was hier zu sagen ist. Von den zahlreichen Übersetzungsmöglichkeiten des griechischen Substantivs *Logos* nämlich – das prominente Lexikon von Liddell und Scott zählt ihrer mehr als 50 auf – betreffen nicht wenige unsere *Sprache*, weshalb man, so vor allem im Kontext der neuen Konjunk-

tur der Sprachphilosophie im 20. Jahrhundert, für *zoon lógon échon* gerne „sprachbegabtes Lebewesen“ gesagt hat. Überhören wir dabei jedoch die Pointe nicht: Es geht nicht darum, dem Menschen seine Vernunft zu nehmen und ihm dafür die Sprache zu geben – es geht vielmehr darum, zu begreifen, dass es menschliche Vernunft ohne Sprache nicht gibt noch geben kann, aber auch umgekehrt eigentliche Sprache nicht ohne ihr immanente Vernunft gedacht zu werden vermag.² Schon darin liegt ein erster Fingerzeig auch für die Kommunikationsethik: Diese kann nämlich weder auf eine sprachlose Rationalität (sagen wir nach Art der mathematischen Vernunft, die sich maximal aus der Sprache herausnimmt) noch auf ein nicht in Vernunft zentriertes Sprechen (sagen wir nach Art der bloßen Rhetorik oder der „Sprache“ der Werbung) hin orientiert sein. Vielmehr wird eine philosophisch über sich selbst aufgeklärte Kommunikationsethik immer fordern, dass sich in aller Kommunikation durchgeklärte Gedanken in einem umfassenden Sinne sprachlich (also immer im Blick auf den anderen), sprachliche Äußerungen aber zugleich von einem Erkenntnisanspruch her (also vernünftig, nicht einem fremden „Sog“ gehorchend) organisieren. Das Ideal, auf das hin eine Kommunikationsethik so zu denken hat, liegt dann, wenn man so will, von vornherein in dem je und je herzustellenden Äquilibrium zwischen Rationalität und sprachlicher Vermittlung, zwischen gedanklicher Klarheit und verbaler Manifestation derselben – was gleich zu Beginn festzuhalten wichtig ist, scheiden doch so alle rein instrumentellen und strategischen Begriffe von Kommunikation aus. Als Grundsatz für alles weitere stellen wir daher auf: *„Kommunikation“³ überhaupt ist jedesmalige Realisierung des sprachlich-vernünftigen Wesens des Menschen, nicht der Ort einseitiger Durchsetzung von „Interessen“.*

Aber zurück zu den alten Griechen, die im 5. und 4. Jahrhundert v. Chr. einen durchaus denkwürdigen Streit ausfochten – den Streit nämlich, ob es möglich sei, Worte zu machen, vielleicht sogar viele und nach allen Regeln der Kunst auch schöne

Worte zu machen, und dennoch *nichts zu sagen!* Im Hintergrund dieses Streites steht die letztlich in die Zeiten des mythisch-magischen Bewusstseins zurückreichende Überzeugung, dass *jedem* Wort eine *Wirkung* und damit auch eine *Bedeutung* anhaftet, dass in jedem Wort entsprechend irgend etwas manifest wird und kein Wort vergebens gesprochen sein kann.⁴ Diesen ursprünglich also magisch-mythischen Gedanken, dass Worte in jedem Fall „wirken“, treffen wir in dem besagten Zeitraum (also im 5. und 4. Jh. v. Chr.) in bestimmter Transformation in der Sophistik an, von der sich die Philosophie jetzt bewußt zu unterscheiden anschickt – was sie eben auch im Sinne einer Unterscheidung zwischen leerer und gehaltvoller Sprache tut. Schauen wir zuerst auf die Sophistik: Bei dem Sophisten Gorgias (ca. 485 – 375 v. Chr.) etwa finden wir die Position, dass es beim Sprechen gerade nicht auf irgendeinen „Gehalt“ ankomme, die Sprache ist vielmehr eine Macht, die uns *sinnlich* affiziert. Ein Wort trifft auf unser Ohr, und es wirkt dabei nicht etwa über eine „Bedeutung“, die es transportiert, sondern über seine Lautung, seinen Rhythmus – im Grunde also nicht anders als eine Musik. Worte setzen so nicht etwa einen Erkenntnisprozeß in Gang – dass ein solcher ohnehin illusorisch ist, hatte Gorgias in einem eigenen Buch mit dem Titel „Über das Nichts“ gelehrt. Worte als sinnliche Ereignisse haben nur sinnliche Wirkungen – womit Gorgias in aller Deutlichkeit die „Geschäftsgrundlage“ der Sophistik für alles weitere offenlegt, denn in der Tat setzt das sophistische Denken die These voraus, dass Sprache zwar nicht „wahrheitsfähig“ ist, wohl aber etwas „bewegen“ kann; dass wir entsprechend in ihr nicht erkennen, wohl aber „strategisch“ unsere Interessen zur Durchsetzung bringen können. Es ist offenkundig, dass noch immer so manches „Kommunikationstraining“ von genau dieser „Geschäftsgrundlage“ her denkt, dass nicht zuletzt die politische Rhetorik noch immer fragt, was man mit Worten auf welche Weise erreichen, nicht aber, was man in ihnen „mit anderen teilen“, welche echte Teilhabe man also mit ihnen gewähren kann.

Noch ein zweiter Grundsatz der Sophistik, den wir bei Protagoras (ca. 490 – 410 v. Chr.), aber auch bei anderen finden, ist hier zu erwähnen: der markante Satz nämlich, dass „jeder *Logos* – alles, was jemand sagt – notwendig etwas Wahres enthalte“ (*pás lógos aletheúei*) bzw. überhaupt eine „Wahrheit“ sei, wenn auch vielleicht nur für den Sprecher. Die darauf gestützte Folgerung, dass prinzipiell jede Rede ihr Recht habe und darum im Prinzip auch keine widerlegt werden könne, ist dann wieder nur ein anderer Ausdruck dafür, dass nach sophistischer Auffassung im Wettstreit der Reden jedenfalls kein *Wahrheitsentschied* mehr fallen kann, sondern es nur darauf ankommt, mit rhetorischen *Techniken* dem eigenen Standpunkt zur faktischen *Durchsetzung* zu verhelfen. Die Sophistik hat auch hier die Grundlagen der (Zweck-)Rhetorik geschaffen, die noch immer in Geltung stehen. Aber sie lebt keineswegs nur auf der Ebene der Rhetorik fort. Sie lebt vor allem fort in der Annahme, dass es eben *kein leeres Wort* geben kann; dass alle Reden, da sie ja irgendwie wirken, auch „wahr“ sind, und dass es zugleich eine Wahrheit, die über den Wirkkreis der eigenen Rede, also über die eigene Perspektive hinausreicht, nicht gibt – genau damit befinden wir uns nämlich im Umkreis von Positionen, die ziemlich genau in Grundannahmen der „Postmoderne“ wiederkehren und weithin auch ins Alltagsbewußtsein abgesunken sind.

Ganz anders nun aber die Position der Philosophen vom Schlage eines Sokrates, insbesondere aber auch Platons, des Meisterschülers des Sokrates! Für die Sokratiker ist es zunächst ein geradezu traumatisches Erlebnis, dass es sein kann, dass jemand, etwa ein Sophist, sehr viele Worte gebraucht, aber offenbar nicht nur nichts sagt, sondern am Ende sogar gar nichts sagen, keinen Gehalt aussprechen, sondern allenfalls „etwas erreichen“ will. Da gibt es Leute, so Sokrates, die bieten sich, sagen wir als Politiker, an, den Menschen zu einem guten Leben zu verhelfen, aber was sie hervorbringen, sind schlechte Menschen. Da gibt es andere, so Platon, die simulieren sehr viel Wissen, etwa die

Dichter; aber ein wirklich handfestes Wissen, wie es zum Beispiel ein Handwerker besitzt, für den das Wort „Tisch“ nicht einfach nur ein Bestandteil des eigenen Sprachschatzes, sondern eine konkrete Konstruktionsanweisung ist, besitzen sie nicht. Da gibt es am Ende solche, die, sagen wir als Politikberater, meinen bei der Erörterung, was das Gute oder das Gerechte sei, mit denen, die echte Erkenntnis von diesen Gegenständen besitzen, mithalten zu können, und die doch nichts anderes tun, als bloßen Schein (*dóxa*) zu erzeugen. Was hier nötig ist, ist die Fertigkeit, den Schein und das Scheinwissen als solche kenntlich zu machen, das hohle und leere Wort verstummen zu lassen und stattdessen *der Erkenntnis* Platz zu machen. *Am Anfang aller Ethik der Kommunikation steht die Unterscheidung zwischen leerer und gehaltvoller Rede, zwischen einem bloßen Verbalismus und einem sprachlichen Geschehen, in dem sich Wahrheit ereignet.*

Wie aber lautet das Rezept der Philosophen, zu einer den Schein hinter sich lassenden Erkenntnis zu gelangen und auf diesem Wege auch zu einer tragfähigen Unterscheidung zwischen leerer und gehaltvoller Rede zu gelangen? Das entscheidende Stichwort lautet bei Platon „Homologie“ (*homología*), wörtlich: „Übereinstimmung“, wobei allerdings an eine „Übereinstimmung“ gedacht ist, die sich nicht nur etwa einem Konsens oder gar einem Kompromiss verdankt. Worum es geht, ist folgendes: Wir sind nach Platon durchaus in der Lage, die Beschränktheit unseres eigenen Standpunkts zu verlassen – nämlich immer dann, wenn wir uns ernsthaft in den *Dialog* mit dem anderen Standpunkt begeben und dies nicht etwa mit der vorgängigen Absicht der Selbstbehauptung, sondern der des Weiterkommens tun. „Dialog“ bedeutet hier – was gegen eine sehr verbreitete Fehldeutung festzuhalten ist – nicht einfach „Zwiegespräch“ überhaupt. Der Dialog ist vielmehr der Ort, an dem durch den *Logos*, die Rede *hindurch*, eine Einheit erzeugt oder besser vergegenwärtigt wird, in der die Unterredner nicht nur das Ziel, sondern auch den Grund ihrer Gedankenbewegung erkennen können.⁵

Machen wir uns, worum es bei den Alternativen, die sich hier zeigen, in letzter Instanz geht, an einem relativ schlichten medizinethischen Beispiel klar, dem Beispiel der „informierten Zustimmung“, des „informed consent“! Das Prinzip der informierten Zustimmung fordert, dass prinzipiell einer medizinischen Intervention ein „kommunikativer Akt“ vorzuschalten ist, in dem es um die Herstellung eines Einvernehmens bezüglich des Ziels und der zu wählenden Mittel bei dieser Intervention geht. Wird der so geforderte kommunikative Akt nun „sophistisch“ aufgefaßt, dann geht es in ihm um nichts anderes als einen *Interessenabgleich* – und zwar durchaus mit der Option, dass das Interesse, das sich eben „besser“ zu artikulieren vermag (in der Regel das des Arztes) auch die Oberhand behält.⁶ Geht man, zweitens, im Sinne des „schwachen“ Dialogbegriffs von einem bloßen „Zwiesgespräch“ aus, das einfach nur stattgefunden hat, dann ist das Ergebnis, sei es als Dissens, sei es als Übereinstimmung, in jedem Fall kontingent; niemand weiß so recht, was eigentlich den Ausschlag für diese oder jene Entscheidung gab, das Fachwissen, die Atmosphäre, die Erwartungen und Hoffnungen. Denn nur dann, wenn, drittens, die „informierte Zustimmung“ tatsächlich „homologischen“ Charakter im Sinne Platons hat, alle Beteiligten also sich der rationalen Dynamik eines Gesprächs überlassen haben, in dem das Hören auf Gründe die eigenen „Interessen“ zu relativieren, der eigene Standpunkt sich im anderen Standpunkt zu spiegeln vermochte, haben wir es mit einem Teilhabe- und Erkenntnisakt zu tun, der der Entscheidung den Charakter des gemeinsam Verantworteten aufprägen kann. Nur so kann Kommunikation der Ort werden, von dem aus sich der Sinn von Handlungen, auch von medizinisch-technischen Handlungen, erschließt und diese Erschließung zugleich in jenen „Pakt des Vertrauens“ eingebettet bleibt, von dem Paul Ricoeur gesprochen hat.

Ein erster kommunikationsethischer Imperativ, der an diese Überlegungen angeschlossen werden kann, könnte dann lauten: *Unterscheide je-*

derzeit eine homologische, d. h. eine sich von einer sich ereignenden Übereinstimmung her erschließende Rede, von einer Rede, die nur einen partikulären Standpunkt behauptet! Oder, in Anlehnung an Karl Jaspers: Kommuniziere nicht im Sinne der „Selbstbehauptung“, sondern im Sinne der Offenheit für das Aufscheinen eines gemeinsamen Horizontes im Medium einer erkenntnisorientierten Sprache!

Freiheit und Anerkennung

Wir springen an dieser Stelle von den Griechen in die Neuzeit und unsere Gegenwart, in der sich weitere Problemdimensionen zeigen. Wir müssen uns auf einige ausgewählte Aspekte beschränken, werden aber versuchen, doch den für unsere Frage zentralen Gesichtspunkt deutlich werden zu lassen. Wenn man eine ganz kurze Formel für das, was die Neuzeit ausmacht, aufstellen möchte, könnte dafür die These dienen, dass es in der Neuzeit wesentlich zu einer *Subjektwerdung* des Menschen gekommen ist, die an die Stelle eines älteren Eingebundenseins in objektive Ordnungen tritt. Leitworte der Neuzeit sind entsprechend vor allem „Freiheit“ und „Autonomie“, wie das gerade schon herangezogene Beispiel des „informed consent“ ja das Geltendmachen der Patientenautonomie gegenüber einem Paternalismus betrifft, wie er in älteren Formen des Arztethos noch enthalten war, verschärft aber mit der Ausbildung einer technologisch hochgerüsteten und folglich von technischen Experten verwalteten Medizin zum Problem wird. Die Philosophie hat in diesem Zusammenhang nicht nur die allgemeinen Prinzipien der Subjektivität oder der Autonomie entfaltet, sondern auch entdeckt, dass die *konkrete* Subjektwerdung des Menschen immer etwas mit den kommunikativen Konstellationen zu tun hat, in denen er sich aufhält. So kann schon das Wort, in dem sich die Subjektivität zunächst ausspricht – das Wort „Ich“ – das Belangloseste und das Belangvollste, das Akzidentelle wie das eigentlich Verbindlichkeit Stiftende meinen: das eine, wenn „Ich“ nichts weiter als eine einfache Deixis ist und nur etwa den Ort, das „hic“ eines Beliebigem

im Chor der Masse oder des Mainstream meint; das andere, wenn es sich als mehr als eine bloß punktuelle Erscheinung, vielmehr als „jemand“ meldet, in dessen Tun und Lassen jenes allgemeine Gesetz erscheint, das Kant im Begriff der „Auto-Nomie“ als selbstgegebenes im Blick hatte.⁷

Wenn es von den kommunikativen Konstellationen her nun sehr unterschiedliche Voraussetzungen dafür gibt, ob sich Personen auch als Subjekt artikulieren und entsprechend (genuine) Autonomie entfalten können, so ist dabei als zentrales Prinzip eines subjektivitätsaffin gestalteten kommunikativen Raumes *das Prinzip des wechselseitigen Anerkanntseins der Subjekte*, die den kommunikativen Raum jeweils betreten, zu nennen. Anerkennung meint dabei nicht die Gewährung eines bestimmten Sozialprestiges,⁸ sondern etwas viel Grundlegenderes: Sie meint die ursprüngliche wechselseitige Freilassung von Freiheitswesen als solchen, aus der sich das Vernunftwesen Ich bzw. die Subjektivität erst empfangen kann. Johann Gottlieb Fichte, der für diesen Kontext zu den maßgeblichen Autoren zählt,⁹ hat davon gesprochen, dass empirische Subjektivität nur auftreten und Gestalt gewinnen kann, wo Anerkennung als die wechselseitige Aufforderung, auf verantwortliche Weise frei zu sein, schon gelebt wird. „Der Mensch wird nur unter Menschen ein Mensch“, hat Fichte gesagt¹⁰ – er wird es, indem sich Menschen ein Subjektsein in umfassendem Sinne, und das heißt einen verantwortlichen Freiheitsgebrauch wechselseitig zumuten. Auf unser Thema, die Grundlegung einer Kommunikationsethik angewendet, heißt das: Im eigentlichen Sinne kommunikativ handelt derjenige, der in seiner Rede Anerkennung aktualisiert, kommunikationsethisch fragwürdig handelt dagegen, wer sich aus hier herausnimmt. Der zweite kommunikationsethische Imperativ kann dann heißen: *Kommuniziere anerkennend, das heißt: Achte stets die Freiheit des Gegenüber nicht nur allgemein, sondern so, dass du selbst seine Freiheit konkret ermöglichst! Eröffne einen kommunikativen Raum, in dem euer beider Freiheit lebendig werden kann!*

Grenzen des technischen Kommunikationsbegriffs

In scharfem Kontrast zu dem Kommunikationsbegriff, wie wir ihn bisher zugrunde gelegt haben, steht dann der technische Kommunikationsbegriff, wie er seit Mitte des 20. Jh. in der „Kommunikationswissenschaft“ entwickelt wurde und wie er in Zeiten gerade auch einer im Sinne technischer Wissenschaftlichkeit verwissenschaftlichten Medizin kurz besprochen werden muss. Das hierher stammende „Sender-Kanal-Empfänger-Modell“ beispielsweise, das auch in die Linguistik eindringen konnte, gibt seine Herkunft aus der Radiotechnik sogleich zu erkennen; Bezüge zu anderen technischen Disziplinen, etwa der Automaten-theorie, lassen sich ebenfalls leicht herstellen. Nach diesem Modell würde man z. B. ein Scheitern der Arzt-Patienten-Kommunikation dadurch erklären, dass der Patient ein bei ihm eintreffendes „Signal“ des Arztes falsch „dekodiert“ oder dass eine „Störquelle“ im „Kanal“ (etwa die fehlerhafte Übertragung des Signals durch das Krankenhauspersonal) dazu führt, dass das „Nachrichtenziel“ nicht erreicht wird.¹¹ Die „Reparatur“ verlangt dann entweder, den Patienten zu einer korrekten Decodierung des Signals zu befähigen (ihn also z. B. in medizinischer Fachterminologie zu schulen) oder die Störquellen auszuschalten (man kann den Krankenhausbetrieb im ganzen als „Rauschen“ verstehen, das zur Verzerrung des Signals führt). Es ist klar, dass hier „Kommunikation“ im Grunde nach dem Vorbild von Schaltkreisen gedacht ist, in denen weder so etwas wie „Homologie“ noch so etwas wie „Anerkennung“ gedacht werden kann. Aber selbst, wenn man von entsprechenden extremen Versuchen, menschliche Sprache unmittelbar „technisch“ zu rekonstruieren bzw. zu substituieren, absieht, neigt die aktuelle Mentalität, wie es scheint, weniger zu einem Jaspers'schen „Tiefenbegriff“ von „Kommunikation“ als vielmehr zu Fragen wie der, ob es nicht erlern- und beherrschbare Verfahren gibt, mit denen wir für einen garantierten Gehalt der menschlichen Rede einstehen können?

Wenn wir zu jedem technischen Gerät, das wir erwerben, eine Gebrauchsanweisung mitgeliefert bekommen und wissen, dass wir das Gerät nur dann erfolgreich werden nützen können, wenn wir die Gebrauchsanweisung befolgen: Gibt es dann nicht auch so etwas wie eine „Gebrauchsanweisung“ für unsere Sprache insgesamt, die wir nur befolgen müssten, um bei garantiert gehaltvoller Rede anzukommen? In der Tat hat man in der Neuzeit schon vor dem Entstehen der „Kommunikationswissenschaft“ auf vielfache Weise versucht, das Verhältnis des Menschen zu seiner Sprache „technisch“ zu regeln – etwa damit, dass man meinte, in der formalen Logik bzw. der Festschreibung eines bestimmten, nicht allzu weiten Verstehenshorizontes als der Norm alles Verstehens Mittel und Werkzeug für eine Regulierung unseres Sprachgebrauchs zu haben (das ist, in Kürze zusammengefasst, das Programm des ‚Wiener Kreises‘ gewesen); ferner etwa damit, dass man auf konstruktivem Wege versuchte eine idealtypisch verfaßte Sprache zu entwickeln (das ist das Programm der „Orthosprache“ im Konstruktivismus gewesen, das vor einigen Jahrzehnten noch einige nicht ganz schlechte Köpfe bewegte). Wir halten hier fest: technisches Wissen ist *Verfügungswissen* – und genau deshalb zeigt sich hier aus Sicht der Kommunikationsethik auch die Grenze dieses Modells, wie sich hier zugleich die Brisanz für eine heute immer auch technisch verfaßte medizinische Praxis zeigt. Der technisch geregelte Sprachgebrauch spielt niemals zwischen Subjekt und Subjekt, die sich als Subjekte freilassen; er spielt zwischen Subjekt und Objekt, das unter die Verfügung des ersteren gerät. Es ist dabei klar, dass nicht zuletzt der Arzt den Patienten auch als Objekt behandeln muss, wenn er fachgerecht helfen will. Allerdings „kommuniziert“ der Arzt mit seinem Patienten auch nicht insofern, als er ihn z. B. einer Operation unterzieht. Eine Operation indes, die in keiner Weise in kommunikative Handlungen eingebettet wäre, in denen es zu einer gemeinschaftlichen Verständigung z. B. über Sinn und Zweck der Maßnahme gekommen wäre, wäre

im Sinne eines bloßen Verfügens ein Akt der Verdinglichung eines Menschen, der selbstverständlich auch über die Dimension der Körperverletzung und ihre juristische Verfolgung hinaus moralisch in keiner Weise akzeptabel wäre. Die Sprache der die medizinischen Akte einbettenden kommunikativen Handlungen wird dabei in jedem Falle ihrerseits eine andere sein als diejenige Sprache, die zum medizinisch-technischen Verfügungswissen gehört. Die besondere Herausforderung für die Medizin und die Kommunikation in medizinischem Handeln besteht dann darin, dass von den Akteuren aus kommunikationsethischen Gründen gleichsam eine „Mehrsprachigkeit“ verlangt ist: Sie müssen die Sprache des technischen Verfügungswissens, aber auch eine Sprache beherrschen, die das Unverfügbare einer freien interpersonalen Kommunikation nicht nur zulässt, sondern herbeiführt und fördert. Dass beides nicht immer in gleicher Weise gelingen mag, liegt auf der Hand; einen Sprachreduktionismus zu fordern, der die eine in die andere Sprache überführen könnte, ist daraus jedoch nicht ableitbar. Man kann an dieser Stelle einen weiteren kommunikationsethischen Imperativ anschließen, der da lauten würde:

*Handle sprachlich – und wisse, eigentlich sprachliches Handeln von sprachlichem Machen und Bewirken zu unterscheiden!*¹²

Resümee zur Kommunikationsethik mit Blick auf die Medizin

Wir haben oben bereits darauf hingewiesen, dass man das griechische Wort *Logos* auf sehr unterschiedliche Weise übersetzen kann. An dieser Stelle ergänzen wir, dass man „Logos“ – so etwa nach dem klassischen Philologen Wolfgang Schadewaldt¹³ – der Grundbedeutung nach, die der ansonsten so breitgefächerten Semantik vorausliegt, am treffendsten mit dem Begriff „Verhältnis“ wiedergibt. Das klingt ein wenig abstrakt, ist es aber nicht, wenn man sich klar macht, dass wir uns ja sowohl sprachlich *zueinander ins Verhältnis setzen* wie kraft der Vernunft ein *Selbst- und Weltverhältnis*

konstituieren bzw. nach den *Verhältnissen* (etwa Gesetzen) forschen, in denen die Dinge ursprünglich gehalten sind. Die griechische Bestimmung des Menschen als des „logosbegabten Wesens“, des *zoon lógon échon*, ist insoweit die Definition des Menschen als eines Wesens, das in besonderer Weise dazu in der Lage ist, *verhältnisoffen* zu sein und *Verhältnisse aufzubauen*. Kommunikationsethisch läßt sich das in *drei Folgerungen* fassen, die wir, unsere Überlegungen bündelnd, zum Abschluss herausstellen wollen; die Folgerungen schließen dabei auch an die kommunikationsethischen Imperative an, die wir bereits kennengelernt haben.

Die *erste Folgerung* betrifft die Tatsache, dass, normativ gesehen, Kommunikation und kommunikative Strukturen immer den Sinn haben müssen, *Verhältnisse zu begründen*, nicht aber den, sie unmöglich zu machen oder sich aus ihnen herauszunehmen. Für die Kommunikation im Kontext der Medizin heißt das in jedem Fall: Insofern die Medizin keine Schreibtisch- oder Kathederwissenschaft und ebenso keine bloße Technik ist, sondern zu ihr konstitutiv eine kommunikative Dimension hinzutritt, gehört schon zum Ethos des Arztberufs zwingend die Bereitschaft, das eigene Tun immer in den Rahmen interpersonaler Verhältnisse zu stellen. Diese Bereitschaft schließt die Offenheit für andere Freiheit (mit Einschluss von nach rein technisch-wissenschaftlichen Standards „irrationalen“ Momenten) ein. Arzt sein heißt immer auch, sich auf Freiheit einlassen und sich zu dieser, nicht einfach zu Dingen und Sachverhalten ins Verhältnis setzen zu können – in Zeiten, die die Tendenz haben, die Medizin eher szientifisch bzw. als bloße Heiltechnik zu verstehen, gerät diese basale Dimension des spezifischen Sinns von Medizin leicht aus dem Blick. Damit ist übrigens nicht verlangt, dass es immer und um jeden Preis zu einem Konsens kommen müßte. Entscheidend ist vielmehr, dass sich auch im Dissens, wo er erscheint, das vorgängige Anerkanntsein des Gegenübers als mehr als ein Objekt reflektiert. Dort, wo der Andere nur Sache ist, wo ihm z. B., was er wissen darf oder muss, vorent-

halten, wo er gar bewusst in die Irre geleitet wird, sind auch die Worte, die dabei im Spiel sind, kommunikationsethisch gesehen bedeutungslos, wenn nicht unwahr. Kant hat davon gesprochen, dass die Lüge unbedingt die Würde der Menschheit in unserer Person verletzt,¹⁴ weil unter ihrer Voraussetzung der Aufbau eigentlich humaner Verhältnisse nicht mehr möglich ist und am Ende alles unter Verdacht geraten muss.

Die *zweite Folgerung* betrifft den Punkt, dass die Verhältnisse, die wir kommunikativ eingehen und schaffen, jeweils über die je einzelnen Horizonte, die sich in ihnen treffen, auch hinausreichen und in gewisser Weise den gemeinschaftlichen Grund von unser aller Existenz betreffen. Gelebte Interpersonalität läßt immer ein Verbindendes, ein Allgemeines aufscheinen, dessen wir als Vernunftwesen insgesamt fähig sind und das wir in der Erkenntnis wie im Handeln darzustellen versuchen. Echte kommunikative Praxis findet entsprechend dort statt, wo eine Öffnung auf dieses Allgemeine hin erfolgen kann, wo das „Umgreifende“ all unseres Erkennens und Handelns (um nochmals Jaspers zu bemühen) prinzipiell mit im Spiel ist. Transponiert auf den Bereich medizinischen Handelns heißt das, dass dieses Handeln darum weiß, dass es sich nicht im Be-Handeln erschöpft, sondern an erster Stelle eine humane Praxis, ein Handeln aus Freiheit um der menschlichen Freiheit ist. Man kann hier auch davon sprechen, dass medizinisches Handeln, insofern es eine *kommunikative Praxis* ist, einer *Würde* verpflichtet ist, die auch der vollkommensten technischen Verrichtung notwendig fehlt. Medizinisches Handeln muss seine letzte Motivation aus dieser Dimension der Würde empfangen – und diese Motivation in entsprechenden kommunikativen Akten auch deutlich machen können.

Die *Dritte* schließlich wäre die Erinnerung, dass „Logos“ in der Tat eben auch *Sprache* heißt, also nicht nur eine mentale Innenwelt, sondern gerade auch die konkrete *Äußerung*, die Darstellung hier und jetzt einschließt. Wir haben bereits erwähnt, dass die Aufrüstung der Medizin zu einem tech-

nologischen Gesamtkomplex das Arzt-Patient-Verhältnis heute neu zu definieren droht, indem sie es den Experten überantwortet und damit anonymisiert. Dazu gehört, dass die Spielräume für den kommunikativen Ort, die sprachliche Darstellung der Beteiligten enger werden und tendenziell ganz verschwinden. Kommunikationsethisch gesehen kann sich jedoch niemand den Anspruch nehmen lassen, sprachlich einen Raum einzunehmen und in diesem auch anerkannt zu sein. Wenn Kant davon gesprochen hat, dass das angeborene Recht des Menschen nur eines ist, nämlich die *Freiheit*,¹⁵ und dieses Recht nach Kant zugleich das Recht einschließt, irgendwo im Raume dasein zu dürfen,¹⁶ so gilt dies auch für die kommunikative Freiheit. Sie fordert uns auf, kommunikativen Raum stets neu zu erobern. Sie fordert uns, was dasselbe heißt, auf nicht „nur Worte“ zu machen, sondern in kommunikativen Akten unsere Lebenswelt mit dem Geist der Freiheit zu erfüllen. Sie fordert die gehaltvolle Rede, in der das Verhältnis zwischen Personen wie das zur Welt stets neu und lebendig sprachlich gestiftet wird. Der Bereich der Medizin ist davon nicht ausgenommen – im Gegenteil. Medizinisches Handeln geht in gelingender Kommunikation sicher nicht auf; ohne sie aber ist es medizinisches Handeln im ursprünglichen Sinne nicht gewesen.

Referenzen

- 1 vgl. Ricoeur P., *Die drei Ebenen des medizinischen Urteils*, in: Hoffmann T. S., Schweidler, Walter (Hg.), *Normkultur vs. Nutzenkultur. Über kulturelle Kontexte von Bioethik und Biorecht*, Walter de Gruyter, Berlin, New York (2006), S. 519-535, bes. S. 520 ff.
- 2 Es versteht sich, dass mit „Sprache“ hier nicht nur die phonetische, sondern, unabhängig vom Medium, jede Art reflexiv-kommunikativer Weltaneignung und -darstellung gemeint ist.
- 3 Der für die zwischenmenschliche Mitteilung heute etablierte Begriff „Kommunikation“ ist nicht frei von Tücken, da er einerseits fast unvermeidlich technische Assoziationen (von den „kommunizierenden Röhren“ bis hin zur nachrichtentechnischen Rekonstruktion menschlicher Rede bei Shannon C. E., Weaver W., *The Mathematical Theory of Communication*, University of Illinois Press, Urbana, Ill., 1949) hervorruft, andererseits asymmetrische Kommunikationsstrukturen evoziert (ein *Kommuniqué* meint eine Verlautbarung von oben nach unten). Erst Karl Jaspers hat den Terminus philosophisch geadelt; seine Standarddefinition lautet: Kommunikation ist die durch Mitteilung zustande gebrachte „Gemeinschaft gegenseitigen bewußten Verständlichwerdens“ (Jaspers K., *Vernunft und Existenz. 5 Vorlesungen*, Wolters, Groningen, 1935, S. 72). In seiner *Einführung in die Philosophie* (R. Piper & Co Verlag, München, 1953) finden sich Jaspers' bekannt gewordene Worte: „Was sich nicht in Kommunikation verwirklicht, ist noch nicht, was nicht zuletzt in ihr gründet, ist ohne genügenden Grund. Die Wahrheit beginnt zu zweien“ (S. 119). Im Kontext wird klargestellt, dass „Kommunikation“ nicht „Selbstbehauptung“ meint, sondern viel eher die „Hoffnung“, „dass ich mir unberechenbar wiedergeschenkt werde aus der Hingabe“ (S. 120).
- 4 Hier nur ein einschlägiger Titel zum Thema: Kraus M., *Name und Sache. Ein Problem im frühgriechischen Denken*, Verlag B.R. Grüner, Amsterdam (1987), bes. S. 168 ff.
- 5 Auf diese Grundbedeutung des Dialogbegriffs hat u. a. der Wissenschaftstheoretiker Peter Janich zu Recht sehr deutlich hingewiesen; vgl. Janich P., *Konstruktivismus und Naturerkenntnis. Auf dem Weg zum Kulturalismus*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main (1996), S. 73 ff.
- 6 Zum Thema „informed consent“ kann man entsprechend von „Praktikern“ auch hören: „Ich komme immer zu dem Ergebnis, das ich erreichen will – es kommt darauf an, wie ich informiere!“
- 7 „Autonomie“ wird heute auch umgangssprachlich vielfach im Sinne bloßer (auch begründungsfreier) „Selbstbestimmung“ verstanden, also nicht, wie bei Kant, von der Selbstgesetzgebung aus praktischer Vernunft heraus aufgefasst. Für die Medizinethik ist hier insoweit der Gebrauch und die Definition des Stichworts „Autonomie“ bei Beauchamp T. L., Childress J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, 1. Aufl., New York u. a. (1979) / 7. Aufl. (2013) verhängnisvoll gewesen.
- 8 Manche zeitgenössischen Anerkennungstheorien verfehlen den Anerkennungsbegriff gerade darin, dass sie ihn im Sinne einer sozial vermittelten Versorgung mit Selbstbewusstsein umdeuten. Dadurch verliert der Anerkennungsbegriff jedoch gerade seine noch alle Sozialität fundierende Dimension.
- 9 Ein Verweis statt vieler: Düsing E., *Intersubjektivität und Selbstbewußtsein. Behavioristische, phänomenologische und idealistische Begründungstheorien bei Mead, Schütz,*

- Fichte und Hegel*, Verlag Jürgen Dinter, Köln (1986), bes. S. 179-289
- 10 Fichte J. G., *Grundlage des Naturrechts*, § 3, Gesamtausgabe der Bayerischen Akademie der Wissenschaften (= GA) I/3, 347
 - 11 Diese Skizze bezieht sich auf die Grundlegungsschrift der neueren Kommunikationswissenschaft von Shannon C. E., Weaver W., siehe Ref. 3
 - 12 Der Begriff des „sprachlichen Handelns“ in dem hier vorausgesetzten Sinne wurde von Bruno Liebrucks eingeführt; vgl. Woschnak M., „Handle sprachlich“ – Zur Ethik bei Bruno Liebrucks, in: Gottschlich M. (Hrsg.), *Die drei Revolutionen der Denkart. Systematische Beiträge zum denken von Bruno Liebrucks*, Verlag Karl Alber, Freiburg / München (2013), S. 201-220
 - 13 vgl. Schadewaldt W., *Einführung in die Philosophie der Vorsokratiker*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main (1979), bes. S. 370 ff.
 - 14 vgl. Kant I., *Metaphysik der Sitten. Tugendlehre*, hrsg. von der Preußischen Akademie der Wissenschaften (= AA), VI, 429
 - 15 vgl. Kant I., *Metaphysik der Sitten. Rechtslehre*, AA VI, 237
 - 16 vgl. Kant I., *Vorarbeiten zur Rechtslehre*, AA XXIII, 279 f.

Hans-Wolfgang Hoefert

Das ärztliche Gespräch und seine Dynamik

The Medical Interview and its Dynamics

Zusammenfassung

Ärztliche Gespräche mit Patienten finden in bestimmten Kontexten (Arztpraxis, Krankenhaus) statt, Rahmenbedingungen also, die sich günstig oder ungünstig auf die Gesprächsqualität auswirken können. Solche Gespräche sind nicht nur notwendige diagnostische und therapievorbereitende Instrumente, sondern können tragfähige soziale Beziehungen schaffen, auf deren Grundlage Vertrauen und Adhärenz entstehen. Dies gelingt jedoch nur, wenn auch die Erwartungen und Krankheitsvorstellungen des Patienten in die Gespräche einbezogen werden und wenn Patienten sich ausreichend und nicht einseitig informiert fühlen. Im positiven Fall gelangen Ärzte und Patienten dann zu gemeinsamen Entscheidungen, die von den Patienten mitgetragen werden.

Schlüsselwörter: Arzt-Patient-Kommunikation, Gesundheits- und Krankheitsüberzeugungen, gemeinsame Entscheidungsfindung

Abstract

Medical talks with patients take place in a certain environment (doctor's office, hospital), that can be beneficial or adverse for the quality of conversation. These conversations are not only essential diagnostic and therapy relevant tools, they can also create sustainable social relations that are the basis for trust and adherence. However, this can only be successful if the patient's expectations and health or illness beliefs are included and the patient feels sufficiently informed. The most positive outcome would be a shared decision making between doctor and patient.

Keywords: Doctor-Patient Communication, Health Beliefs, Shared Decision Making

Univ.-Prof. Dr. Hans-Wolfgang Hoefert
Stormstraße 3, D-14050 Berlin
hwhoefert@t-online.de

Vorbemerkung

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf zwei zentrale Phasen im Gespräch zwischen Ärzten und ihren Patienten, nämlich auf die Phase der Anamnese bzw. Diagnose sowie auf die Phase der Erläuterung einer Diagnose bzw. der Erklärung von medizinischen Sachverhalten. In beiden Phasen sollten Ärzte zum Teil unterschiedliche Gesprächsprinzipien beachten und ihr Kommunikationsverhalten steuern, um zu einvernehmlichen Entscheidungen über das weitere therapeutische Vorgehen zu gelangen. In dem Maße, in dem sich Patienten sich in ihrer Krankheitssicht verstanden fühlen und den Arzt als Partner auf ihrem Wege erleben, sind sie auch bereit, ärztlichen Ratschlägen zu folgen.

1. Gesprächskontexte

Die Qualität von Arzt-Patient-Gesprächen hängt nicht nur von den beteiligten Personen ab, sondern auch von den jeweiligen – mehr oder weniger gestaltbaren – Gesprächskontexten.

- a) So finden beispielsweise im *Krankenhaus* bedingt durch die Bettposition des Patienten Gespräche direkt am Krankenbett (gelegentlich mit einem auf dem Krankenbett sitzenden Arzt) statt. Dies verkürzt zwar die Gesprächsdistanz und erleichtert für den Patienten den Stimmaufwand, schafft aber eine oft nicht gewollte Intimität zwischen den Gesprächspartnern. Im Gegensatz dazu werden häufig bei Mehr-Personen-Visiten aus Demonstrationsgründen Gespräche mit dem Kranken – dazu noch aus einer Oben-Unten-Position – initiiert, bei denen man kaum eine Offenheit des Patienten erwarten darf. Ähnlich verhält es sich, wenn Gespräche in Gegenwart von Mitpatienten im Krankenzimmer begonnen werden. Dazu kommt, dass die Gesprächspartner – bedingt durch Schichtdienst und Abkömmlichkeit – häufiger wechseln als in einer Arztpraxis und sich auf diese Weise schwerer eine Arzt-Patient-Beziehung aufbauen lässt.¹
- b) In der *Arztpraxis* sind die Gesprächsbedin-

gungen im Hinblick auf optimale Distanzen und Intimität vergleichsweise günstiger. Hier ist Intimität prinzipiell möglich, obwohl durch die Gegenwart von Personal diese nicht immer hergestellt wird oder – aus forensischen Gründen – auch nicht hergestellt werden soll. Auch lässt sich eine optimale Gesprächsdistanz in gleichberechtigter Position durch das Gespräch am Schreibtisch schaffen. Diese Gesprächskonstellation eignet sich vor allem dann, wenn sehr persönliche Themen angesprochen werden sollen; ungeeignet ist die Ansprache persönlicher Themen während einer körperlichen Untersuchung.

Gesprächskontexte unterscheiden sich somit vor allem hinsichtlich der jeweils hergestellten Distanzen zwischen den Gesprächspartnern: Bei zu großer Distanz ist die Bereitschaft des Patienten zur Selbstoffenbarung eher gering, bei zu geringer Distanz wird diese als Eingriff in die Intimsphäre erlebt. Daneben erfordert das jeweilige Thema eine angemessene körperliche Distanz: Sehr private, mitunter „heikle“ Themen erfordern mehr Distanz (und die Abwesenheit von Dritten) als schlichte „technische“ Abfragen. Gespräche am Schreibtisch unterstreichen die Ernsthaftigkeit der ärztlichen Bemühungen und würdigen die Gesamtperson des Patienten, während Gespräche im Stehen oder auf der Bettkante häufig improvisiert und unverbindlich wirken.

2. Gespräche als Aushandlung sozialer Beziehungen

Die Arzt-Patient-Beziehung verlangt im Gegensatz zu einer Begegnung zwischen bisher miteinander fremden Personen normalerweise keine aufwändige wechselseitige Rollendefinition oder Erkundung der jeweiligen Gesprächsabsichten, weil die jeweiligen Rollen eingeübt und gesellschaftlich anerkannt sind. Probleme auf der einen oder anderen Seite können dann entstehen, wenn

- Patienten (z. B. bei Themen, für die sie sich kompetenter halten) die Führungsrolle des

Arztes in Zweifel ziehen;

- Patienten durch ihre Persönlichkeit oder durch eine geschilderte Symptomatik, die in die Kategorie der psychosomatischen oder „medizinisch unerklärbaren Symptome“ eingeordnet wird, den Arzt in seiner fachlichen Kompetenz überfordern und verunsichern;²
- Ärzte sich in Bezug auf Therapieempfehlungen rigide und so dominant verhalten, dass Patienten sich in ihrer Entscheidungsfreiheit eingeengt fühlen und allein deshalb schon Widerstand („Reaktanz“) zeigen, und zwar ungeachtet der Qualität und Umsetzbarkeit der Therapieempfehlungen;
- Ärzte aus dem Bemühen heraus, eine möglichst zwanglose Atmosphäre zu schaffen, sich so leger und informell geben, dass Patienten Zweifel an der Professionalität entwickeln;
- medizinisch Unbeteiligte (in der Regel Angehörige und Pflegepersonen, im Krankenhaus manchmal auch vorgesetzte Ärzte) anwesend sind, die man als gesprächsführender Arzt nicht abweisen kann, aber die eigene Rollensicherheit untergraben.

In der aktuellen Kommunikation zwischen Arzt und Patient finden also wechselseitige Anpassungsprozesse statt, welche die eigentliche Gesprächsdynamik begründen. Die folgende Tabelle zeigt unterschiedliche Stadien der wechselseitigen Anpassung, bei denen die Fähigkeit und Bereitschaft konstitutiv ist, sich in die Lage des Gegenübers hineinzusetzen.

In gewisser Weise „belohnen“ sich die Gesprächspartner für ihre erbrachte Anpassungsleistung: Ärzte, die unter Zeitdruck stehen, sind dankbar für Patienten, die sich auf den (medizinischen) Gesprächszweck beschränken, auf alle Fragen des Arztes eingehen, das Gespräch strukturieren helfen und knappe, diagnostisch aussagekräftige Informationen liefern. Patienten sind dankbar, wenn sie nicht nach „heiklen“ Themen ihrer Lebensführung (z. B. Genussgewohnheiten) gefragt werden und ihnen der Arzt ein hohes Maß an gesundheitlichem Selbstmanagement zutraut. In solchen Fällen bescheinigen sie sich gegenseitig, „kooperativ“ bzw. „verständnisvoll“ gewesen zu sein. In gegenteiligen Fällen, in denen eine mühsame Rollenaushandlung mit der Bestimmung jeweiliger Kompetenzen oder der Gesprächsfüh-

Anpassung	Arzt	Patient
maximal	Arzt hält Patienten für einen „Experten in eigener Sache“, betrachtet Krankheitserleben als Bestandteil des Krankheitsbildes und bezieht dieses in seine Diagnose mit ein.	Patient traut dem Arzt zu, die für eine Diagnose wichtigen Informationen herauszuhören oder berücksichtigt das knappe Zeitbudget und beschränkt sich auf die medizinisch vermutlich relevanten Informationen.
tendenziell	Arzt toleriert persönliche Themen, greift sie jedoch nicht auf und integriert sie nicht in seine Diagnose.	Patient lässt in Nebenbemerkungen erkennen, was ihn bewegt, öffnet sich aber nicht weiter, weil er der Meinung ist, dass dies nicht interessiert.
minimal	Arzt hält Patienten medizinisch für inkompetent, folgt einem festen Diagnoseschema, interessiert sich nicht für Persönliches.	Patient betrachtet Arzt als Ansprechpartner für alle Probleme, ignoriert den zeitlichen und organisatorischen Rahmen, redet „drauflos“.

Tab. 1: Wechselseitige Anpassungsprozesse in der Arzt-Patient-Interaktion (nach Hoefert 2010³)

rung stattfinden müssen, bestimmte Antworten vom Patienten verweigert werden oder der Patient unrealistische und unerfüllbare Erwartungen formuliert oder gar die Kompetenz des Arztes in Frage stellt, wächst zumindest die ärztliche Unzufriedenheit, welche sich in einer eingeschränkteren Kommunikation und einer möglichst schnellen Verabschiedung bemerkbar macht. Für den unzufriedenen Patienten einer Arztpraxis bleibt oft nur der Weg, den Therapieempfehlungen nicht zu folgen („non-compliance“) oder die Arztpraxis nicht wieder aufzusuchen.

3. Anamnese-Gespräche

Zu den häufigsten Gesprächsarten im medizinischen Alltag zählen Anamnese- oder Diagnostik-Gespräche. Für viele Ärzte erscheinen solche Gespräche unbequem, aber unumgänglich, weil bestimmte Informationen (Erstauftreten eines Symptoms, Schmerzbegleitung u. ä.) nicht durch die körperliche und technische Untersuchung ermittelt werden können. Andere Ärzte nutzen das anamnestische Gespräch, um einen Gesamteindruck von der Lebenslage, der grundsätzlichen subjektiven Befindlichkeit („Krank-Sein“, „Gesund-Sein“) zu erhalten, die persönlichen Ressourcen und die sonstigen Hilfsmöglichkeiten des Patienten zu erkunden, ehe sie sich auf die Ermittlung der spezifischen Symptomatik konzentrieren. Im Rahmen dieser allgemeinen Anamnese erscheinen besonders zwei Themen bedeutsam, deren Bedeutung oft erst im weiteren Verlauf der Behandlung deutlich wird, nämlich die „Krankheitstheorie“ des Patienten und die sich daraus ergebenden Erwartungen an den Krankheitsverlauf und dessen Behandlung.

Subjektive Krankheitstheorien

Subjektive Krankheitstheorien oder, einfacher ausgedrückt: Krankheitsvorstellungen, bezeichnen die Annahmen des Patienten

- über die Art der Symptomatik (im einfachen Fall Anzeichen einer Verletzung, einer Vergif-

tung oder einer Infektion, im schweren Fall Anzeichen einer chronischen oder lebensbedrohlichen Erkrankung wie Krebs);

- über vermutliche Ursachen (äußere Einwirkungen bis hin zu genetischen Defiziten, gelegentlich auch einem gesundheitsabträglichen Lebenswandel mit ungünstiger Ernährung, mangelnder Bewegung und schlechter Stressbewältigung);
- über den wahrscheinlichen Verlauf einer Krankheit (von einer kurzfristigen Krise bis hin zu einer beginnenden lebenslangen Chronizität oder einem erhöhten Mortalitätsrisiko)
- über die Heilbarkeit oder Therapierbarkeit einer Krankheit (von einer einmaligen, eher technischen oder pharmakologischen Intervention bis hin zu einer notwendigen Dauertherapie bei der Annahme von Chronizität, eventuell auch bis hin zur Annahme, dass massive Interventionen wie Operationen oder bei Krebsverdacht Radio- und Chemotherapie notwendig werden);
- über die Krankheitsfolgen (von keinen oder geringfügigen Folgen bis hin zur Einschränkung der Lebensqualität, dem Verlust des Arbeitsplatzes und der Beeinträchtigung sozialer Beziehungen).

Derartige Krankheitsvorstellungen steuern die Selbstwahrnehmung und werden nicht selten begleitet von Ängsten oder auch Hoffnungen. Aus ärztlicher Sicht erscheinen sie manchmal wenig fundiert und kontrastieren – nach entsprechender technischer Diagnose und Befragung des Patienten – mit der „objektiven“ Einschätzung des Arztes, so dass aus seiner Sicht entweder eine Korrektur der Krankheitsvorstellungen notwendig erscheint oder aber – bei einer Konvergenz der jeweiligen Vorstellungen – eine gute Grundlage für die Verständigung und die weitere Therapie geschaffen wird.⁴ Bei völlig divergenten Vorstellungen kann der Patient jedoch auch zum „schwierigen“ Patienten in der ärztlichen Wahrnehmung werden.⁵

Patienten-Erwartungen

Patienten haben recht unterschiedliche Erwartungen an eine Behandlung bzw. an die Kommunikation mit dem behandelnden Arzt. Diese reichen von einer „universalistischen“ Erwartungshaltung, bei der nicht nur Gesundheitsprobleme, sondern alle Lebensprobleme zur Sprache kommen können und der Arzt zum allgemeinen „Lebenshelfer“ stilisiert wird, bis zu einer „funktionalistischen“ Erwartungshaltung, bei der ein Arzt wie ein Techniker oder Handwerker ein spezifisches, meist lokales Gesundheitsproblem lösen soll.

Daneben können solche Erwartungen als mehr oder weniger „naiv“ bezeichnet werden. So erwarten manche (naive) Patienten, dass

- ein gesundheitliches Problem stets endgültig und abschließend gelöst werden kann;
- das Problem fokal begrenzt ist (ähnlich wie bei einer Hautverletzung) und eine Komorbidität auszuschließen ist;
- das Gesundheitsproblem stets von außen und mit technischen oder pharmakologischen Hilfsmitteln, aber ohne eigene Mitwirkung (z. B. Veränderung der Ernährung und des Bewegungsverhaltens) lösbar ist;
- bei einem durchaus wirksamen Medikament nicht mit irgendwelchen Nebenwirkungen gerechnet werden muss.

Bereits während der Anamnese, aber auch im weiteren Verlauf der Behandlung kann ein Arzt solche Erwartungen gezielt ansprechen und gegebenenfalls korrigieren, insbesondere dann, wenn er den Eindruck hat, diese Erwartungen seien unerfüllbar. Denn unerfüllbare Erwartungen führen zwangsläufig zu Enttäuschung und Unzufriedenheit, welche einerseits zu mangelnder Compliance oder Adhärenz und andererseits zu häufigerem Arztwechsel bzw. einer stärkeren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems beitragen.

Frageverhalten des Arztes

Ärzte neigen auf Grund ihrer naturwissenschaftlichen Ausbildung dazu, eine anamnestische

Situation so schnell und so weit wie möglich zu objektivieren. Sofern dies allein mit einer körperlichen Untersuchung nicht gelingt, bevorzugen sie dann Faktenfragen (Wann, Wo, Wie usw.). Mit Hilfe derartiger Fragen gelingt es jedoch nicht, die oben erwähnten Krankheitsvorstellungen und Erwartungen oder auch eigene Ideen des Patienten zu erkunden, welche im Sinne einer Selbsthilfe oder Ressourcenmobilisierung nützlich sein könnten. Die folgende Übersicht (Tabelle 2) soll deshalb Anregungen geben, die eigene bevorzugte Fragetypologie des Arztes zu überprüfen und gegebenenfalls zu erweitern.

Den in Tabelle 2 genannten Fragetypen ist gemeinsam, dass sie – wenn auch zum Teil ungeeignet – auf bestimmte Antworten oder Informationen abzielen, die einem sachlichen Gesprächsziel dienlich sind. Daneben werden aber in manchen Gesprächen auch Fragen gestellt, die etwas anderes bezwecken:

- Manche Fragen werden nur gestellt, um erkennen zu lassen, welche eigene Position man hat oder über welches Hintergrundwissen man verfügt. Sie sind eher eine Form des Selbstausdrucks als ein Instrument zur Ermittlung von Informationen.
- Manche Fragen werden in der Überzeugung gestellt, dass es dem Anderen ähnlich geht wie einem selbst bzw. dass auch er die gleiche Antwort gibt wie man sie selbst geben würde. Solche Fragen schaffen ein Gefühl von Gemeinsamkeit und gleichartiger Betroffenheit.
- Manche Fragen werden nicht primär deshalb gestellt, weil man an den Antworten interessiert ist, sondern eher daran, dass sich der Andere an der gestellten Frage „abarbeitet“ und damit einen indirekten Beweis für die Wertschätzung des Fragers erbringt. Insbesondere bei provokanten Fragen kann der Frager sicher sein, eine – womöglich gefühlsgeladene – Reaktion zu erhalten.
- Manche Fragen zielen darauf ab, den Gesprächspartner „aus der Reserve zu locken“.

Fragetypen		
Fragetyp	Charakteristik	Vor- und Nachteile
offene Frage	Lässt viele Antwortmöglichkeiten offen: „Was alles fällt Ihnen zu ... ein?“ „Welche Beschwerden hatten Sie in den letzten Jahren?“	Geeignet für die Eröffnung eines Gesprächs oder eines neuen Themas. Problem, die eventuell sehr vielen Informationen zu ordnen und darauf einzugehen.
geschlossene Frage	Zielt ab auf eine bestimmte Information, lässt nur geringen Spielraum: „Wann/Wo war das?“ „Wollen Sie ... oder nicht?“	Geeignet zur schnellen Erlangung von Information bzw. zur Präzisierung von Antworten. Gesprächspartner hat keinen Raum für Hintergrundinformationen und Erläuterungen.
Impulsfrage	Soll den Gesprächspartner zur Fortsetzung seiner Ausführungen anregen: „Und da gab es sicher noch etwas ...?“ „Das muss schmerzhaft gewesen sein ...?“	Geeignet für die Erkundung weiterer Umstände einer Situation, der beteiligten Gefühle und Gedanken. Fördert manchmal Informationen zutage, die vom Thema ablenken.
Suggestivfrage	Soll den Gesprächspartner auf eine bestimmte erwünschte Antwort festlegen: „Sie wollen doch sicher, dass ...?“	Geeignet, wenn ein Gesprächspartner noch zögerlich ist, aber bereits eine Antworttendenz erkennen lässt. Kann dazu führen, dass er sich „übrumpelt“ fühlt und nachträglich die Antwort bereut.
Rhetorische Frage	Zielt nicht auf eine Antwort ab, sondern soll den eigenen Gesprächsfluss aufrecht erhalten: „Helfen tatsächlich keine meiner Medikamente? Nein, das muss daran liegen, dass ...“	Geeignet als rhetorisches Element, irritiert jedoch Gesprächspartner, die eine echte Frage vermuten. Bei der nächsten echten Frage werden sie unter Umständen auf eine Antwort verzichten.
Invertierte Frage	Stellt das eigentliche Frageobjekt an das Satzende: „Wenn ich Ihren Hausarzt fragen würde, was ... dann würde er mir vermutlich was erzählen?“	Ungeeignet, weil die Aufmerksamkeitsspanne sehr gedehnt wird und das eigentliche Frageobjekt aus dem Blick geraten kann.
Doppelfrage	Besteht aus mehreren Fragen, die oft wegen des Zeitdrucks gleichzeitig gestellt werden: „Wann wurde ... wo war das und wer hat das veranlasst ...?“	Ungeeignet, weil der Gesprächspartner oft nicht alle Fragen speichert und nicht weiß, auf welche Teilfrage er zuerst eingehen soll.

Tab. 2: Fragetypologie (nach Hoefert ⁶)

Diese Versuchung besteht vor allem dann, wenn sich der Gesprächspartner betont rational und reserviert verhält. Häufig versuchen

dies Patienten, indem sie Fragen nach dem Privatleben des Arztes stellen.

- Manche Fragen haben den Zweck, dem Ande-

ren zu schmeicheln und zu zeigen, dass man am Anderen Interesse hat. Besonders geeignet sind Fragen, die ein – bereits bekanntes – Hobby, eine weltanschauliche Position oder ein Vergangenheitsereignis zum Gegenstand haben.

- Fragen können auch verwendet werden, um eine Gesprächsbeziehung zu dominieren. Solange jemand fragt, befindet sich der Andere in einer Abhängigkeitsposition, – muss nachdenken, begründen oder sich eventuell rechtfertigen.

Das Stellen von Fragen erfordert zunächst eine nach innen gerichtete *Aufmerksamkeit*. Sobald die Frage den Gesprächspartner erreicht hat, bedarf es seitens des Fragenden einer nach außen gerichteten Aufmerksamkeit, um feststellen zu können, ob die Frage akustisch und inhaltlich verstanden worden ist, weiterhin, welche nicht-verbalen Reaktionen (Zögern, Stirnrünzeln, Erröten, Veränderung der Körperhaltung usw.) die Frage ausgelöst hat. Und schließlich muss die Aufmerksamkeit wieder der Speicherung und inhaltlichen Interpretation der Antwort gelten. Dabei muss der Fragende unterscheiden zwischen den mitgeteilten Informationen und den subverbalen „Tönungen“ des Gesagten, welche die Antwort unterschiedlich interpretierbar machen. Ein typischer Anfängerfehler in der Diagnostik besteht darin, die Fragen nach einem bestimmten Schema zu stellen (eventuell noch mit dem Blick auf eine Check-Liste) und bei den Antworten unaufmerksam zu werden, weil sich die Konzentration bereits auf die demnächst zu stellende Frage richtet.

Fragende und Antwortende *konditionieren* sich gegenseitig im Gesprächsprozess. Wenn man sozial sensibel genug ist, wird man bemerken, dass bestimmte eigene Fragen eher Desinteresse, Ungeduld oder Unmut hervorrufen – und solche Fragen möglicherweise künftig nicht mehr oder seltener stellen. Umgekehrt kann man durch die Knappheit der Antworten oder durch nicht-verbale Signale zeigen, dass die Frage unerwünscht ist.

Im positiven Fall, d. h. wenn die Reaktion auf eine Frage zeigt, dass die Frage offenbar sehr willkommen war, wird man als Frager dazu neigen, die Frage künftig häufiger zu stellen. Im beruflichen Zusammenhang kommt man jedoch nicht umhin, bestimmte Fragen, die dem Gesprächspartner wahrscheinlich unangenehm sind (z. B. Fragen nach Sexualität, Körperpflege oder Konsumgewohnheiten), dennoch zu stellen. Erfahrene Frager leiten deshalb solche Fragen oft mit der Bemerkung ein, die Frage, die sie gleich stellen wollen, sei dem Gesprächspartner wahrscheinlich unangenehm, würde ihn wahrscheinlich ärgern, würde ihn erstaunen, um die vermutliche Reaktion dadurch abzuschwächen. Es spricht auch nichts dagegen, die Gründe für die eigene Frage zumindest nachträglich zu erwähnen, um ein Höchstmaß an Transparenz in der Kommunikation herzustellen. Schließlich kann man als Arzt auch nachfragen, warum der *Patient* eine bestimmte Frage gestellt hat (die dahinterstehenden Motive können von einem allgemeinen Informationsbedürfnis bis hin zu spezifischen Vermutungen über seine Krankheit und den wahrscheinlichen Krankheitsverlauf reichen). Da derartige Vermutungen häufig von Ängsten oder Hoffnungen begleitet werden, kann sich die ärztliche Reaktion auf die Patientenfrage auf den *Frageinhalt* ebenso wie auf das zum Ausdruck kommende *Gefühl* beziehen.

4. Aufklärung des Patienten

Zumindest in Arztpraxen schließt sich an eine mündliche Befragung, eine körperliche Untersuchung und eventuell eine technische Diagnostik in der Regel eine Gesprächsphase vom Typ der Information (andere Begriffe sind Aufklärung oder Psychoedukation) an; in Krankenhäusern erfolgen solche Gespräche wegen des höheren diagnostischen Aufwandes und der Beteiligung mehrerer Spezialisten oft erst mit großem zeitlichen Abstand (und einer entsprechend langen Zeit der Unsicherheit bei Patienten und ihren Angehörigen).

Das für Patienten wichtigste Qualitätsmerkmal

bei derartigen Aufklärungsgesprächen ist die Verständlichkeit. Verständlichkeit von gesprochenen oder schriftlichen Texten lässt sich nach vier Dimensionen beurteilen, die in der folgenden Tabelle in ihrer positiven und negativen Ausprägung zusammengefasst sind.

Verständlichkeit speziell im medizinischen Kontext kann durch die Verwendung von medizinischen Fachbegriffen in den Augen des Arztes präzisiert, in den Augen des Patienten aber erschwert werden. Um auch aus rechtlichen Gründen sicher zu gehen, ist deshalb die Verwendung präziser Fachbegriffe mit anschließender Erläuterung in einer für den Patienten verständlichen Sprache zu empfehlen. Dabei sollten Ärzte sich *nicht* von der Annahme leiten lassen, dass Patienten mit einem höheren formalen Bildungsgrad gleichzeitig auch die medizinische Fachsprache besser verstehen. In Zweifelsfällen kann der Arzt sich auch durch einige Vorfragen einen Eindruck vom Wissensstand verschaffen, ehe er mit seinen Erklärungen beginnt. Weitere Anregungen zur Aufklärung und Information – insbesondere bei

„ungünstigen“ Diagnosen („bad news“) – finden sich bei Kutscher & Seßler⁸ sowie Schweikhardt & Fritzsche.⁹

5. Metakommunikation

Unter „Metakommunikation“ versteht man die Kommunikation über die (gerade stattfindende) Kommunikation zwischen mindestens zwei Gesprächspartnern. Ziel der Metakommunikation ist es, auf Besonderheiten oder Störungen in der Kommunikation aufmerksam zu machen bzw. jene zu beseitigen. Metakommunikation durch den Arzt kann beispielsweise stattfinden, wenn

- ein Patient trotz vieler Fragen kaum Antworten und Informationen gibt
- ein Patient den Arzt bei seinen Erklärungen frühzeitig oder häufig unterbricht
- ein Patient nicht-verbale Zeichen von Ungeduld, Gereiztheit oder Ablehnung zeigt.

Selbstbewusstere *Patienten* sind ebenfalls in der Lage, entsprechende metakommunikative Bemerkungen zu machen, etwa dann, wenn sie den Eindruck haben, dass

Dimension	Positive Ausprägung	Negative Ausprägung
Einfachheit	geläufige Wörter erklärte Fremdwörter einfache Sätze	viele Fachwörter Schachtelsätze
Gliederung - Ordnung	Überblick über den geplanten Gesprächsverlauf übersichtliche Information einzelne Abschnitte Hervorhebung von Wichtigem	unvermittelter Beginn ungegliederte Informationen keine Denkpausen zwischen den Abschnitten Vermischung von Wichtigem und Unwichtigem
Kürze - Prägnanz	Beschränkung auf wesentliche Informationen, die „auf den Punkt“ gebracht werden	Ausschmückung mit unwesentlichen Informationen „Kern“ oft nicht erkennbar
Zusätzliche Anregung	Persönliche Ansprache des Gesprächspartners Beispiele evtl. auch Scherz	Unpersönliche Ansprache keine Anschaulichkeit „trocken“

Tab. 3: Dimensionen der sprachlichen Verständlichkeit nach Langer et al.⁷

- ihnen der Arzt nicht genügend zuhört;
- der Arzt sie zu einer bestimmten Therapie überreden möchte;
- der Arzt die eigenen Äußerungen falsch oder vorschnell interpretiert.

Metakommunikative Bemerkungen des Arztes können unterschiedliche Ziele verfolgen:

- Gesprächsstrukturierung (Arzt: „Ich stelle Ihnen jetzt ein paar Fragen, die Sie bitte kurz und knapp beantworten – danach können Sie gern ergänzen, wenn ich etwas Wichtiges übersehen habe.“)
- Aufmerksam machen auf kommunikative Akzentuierungen durch den Patienten (Arzt: „Mir fällt auf, dass Sie immer wieder auf das Thema ... zurückkommen.“)
- Beseitigung von Störungen im Gesprächsverlauf (Arzt: „Sie stellen mir Fragen, auf die ich gern etwas später zurückkommen werde.“)
- Thematisierung von nicht ausgesprochenen Begleitemotionen im Gespräch (Arzt: „Ich habe den Eindruck, dass Ihnen das Thema ... unangenehm ist.“).

Metakommunikation kann schließlich auch einen resümierenden Charakter haben, indem wie in einem Kurzprotokoll noch einmal der Gesprächsanlass, der Verlauf und gegebenenfalls die wichtigsten Vereinbarungen zusammengefasst werden.

6. Gemeinsame Entscheidungsbildung mit Patienten

Im Anschluss an die Mitteilung der Diagnose sowie der entsprechenden Hintergrundinformationen stehen Ärzte und Patienten vor der Frage, wie therapeutisch vorgegangen werden soll. Empirisch zeigt sich, dass Ärzte häufig sofort eine Empfehlung abgeben, ohne die Patienten vorher nach ihren eigenen Präferenzen und Ängsten befragt zu haben.¹⁰ Das Konzept der „partizipativen Entscheidungsfindung“ („shared decision making“) beinhaltet die Idealvorstellung einer *gleichberechtigten* Position zwischen Arzt und Patient bei der

Entscheidung. Dazu bedarf es allerdings einer Bemühung des Arztes, die bis dahin vorherrschende Trennung in eine aktive Rolle (Arzt) und eine passive Rolle (Patient) aufzuheben und ihm deutlich zu machen, dass eine Entscheidung ohne seine aktive Mitwirkung ihn nicht befriedigen würde und auch nicht zu der erwünschten Compliance oder Adhärenz bei der Umsetzung der Therapieempfehlungen führen würde.¹¹

Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht noch einmal die wichtigsten Entscheidungsschritte. Dabei steht die Findung und Gewichtung der *Entscheidungskriterien* am Anfang des Entscheidungsprozesses. Manche Patienten nennen hier Kriterien wie „Schmerzfreiheit“ oder „Therapie ohne Einschränkungen des bisherigen Lebensablaufs“, andere nehmen solche Einschränkungen und Belastungen gern in Kauf, wenn sie nur bald wieder gesundheitlich voll rehabilitiert sind. Daran schließt sich eine Erläuterung der Behandlungsalternativen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen bzw. Nebenwirkungen an, bei der wieder eine aktive Rolle des Arztes (vor dem Hintergrund seiner eigenen professionellen Erfahrung sowie seiner Kenntnisse über die Evidenz-Basierung der einen oder anderen Alternative) gefordert ist. Aber auch der Patient kann zu diesem Zeitpunkt seine Vorstellungen einbringen, die er aus Gesprächen im Bekanntenkreis oder aus dem Internet gewonnen hat. Nicht selten werden hier auch Vorstellungen genannt, die von konventionell denkenden Ärzten dem Bereich der komplementär-alternativen Medizin zugeordnet oder als „medizinfremd“ angesehen werden, allerdings heute von zunehmend mehr Patienten in Betracht gezogen werden, weil sie als „natürlich“ und „nebenwirkungsarm“ gelten.¹² Ärzte müssen hier sehr vorsichtig sein, die entsprechenden Vorstellungen nicht einfach abzuwerten, wenn sie diese für unrealistisch oder zu kostspielig halten, weil damit der Eindruck beim Patienten entstehen könnte, der Arzt wolle doch nur seine eigenen Vorstellungen durchsetzen. Das eben angedeutete

Machtproblem stellt sich auch noch einmal bei der Frage der Umsetzung einer – auch vom Patienten favorisierten – Therapieempfehlung, weil hier z. B. ein Krankenhaus (chirurgischer Eingriff) oder ein Kollege mit einer anderen Fachrichtung einbezogen werden muss und der Patient zumindest vorübergehend sich nicht in der Kontrolle des behandelnden Arztes befindet.

Oft wird auch zu wenig gesprochen über die Umsetzung einer einvernehmlich getroffenen Entscheidung. Sie bedarf manchmal nur kleiner Hilfestellungen (z. B. Einbettung eines Medikamentenregimes in die täglichen Lebensabläufe), oft aber auch größerer Hilfestellungen (z. B. Terminvereinbarungen mit anderen Ärzten oder einem

Krankenhaus) sowie der Absicherung einer Unterstützung im jeweiligen sozialen oder beruflichen Umfeld des Patienten.

7. Abschließende Empfehlungen

Ärztliche Gespräche sind nicht einfach nur soziale Begleiterscheinungen einer Tätigkeit, in deren Mittelpunkt Diagnose und Therapie stehen, sondern professionelle Instrumente eigener Art, mit denen Diagnose und Therapie wesentlich verbessert (manchmal auch relativiert) werden können. In Tabelle 5 werden die wichtigsten Empfehlungen zum ärztlichen Gesprächsverhalten noch einmal zusammengefasst.

Ärzte sollten sich vor Augen halten, dass die

Entscheidungsschritt	Leitfragen
Festlegung von Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Kriterien stehen beim Patienten an erster Stelle? • Welche Sekundärkriterien werden von ihm genannt? • Welche ggf. zusätzlichen Kriterien hält der Arzt für unverzichtbar ? • Gibt es Widersprüche zwischen den Kriterien? • Können oder müssen bestimmte Kriterien ausgeschlossen werden?
Behandlungsalternativen	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Behandlungsalternativen kommen – im Sinne der wichtigsten Kriterien – in Frage? • Welche Vor- und Nachteile haben diese jeweils? • In welchem Verhältnis stehen Aufwand und Ertrag? • Mit welchen Risiken und negativen Folgen ist jeweils zu rechnen? • Welche langzeitigen Folgen für die Pflege haben die jeweiligen Alternativen?
Wahl der Alternative	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Alternative genügt den wichtigsten Kriterien am besten? • Welche können demnach ausgeschlossen werden? • Welche Ersatzalternativen kommen ggf. noch in Frage?
Prüfung der Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none"> • Lässt sich die gewählte Alternative problemlos in der eigenen Praxis bzw. einem Krankenhaus umsetzen? • Akzeptiert der Patient die gewählte Alternative ? • An welchen Punkten hat der Patient ggf. noch Bedenken? • Welche Bedenkzeit ist ggf. einzuräumen?
Vorbereitung der Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptiert der Patient den (zeitlichen) Behandlungsplan? • Braucht der Patient ggf. noch Zusatzinformationen? • Welche Vereinbarungen müssen mit den eigenen Mitarbeitern und Fachkollegen getroffen werden?

Tab. 4: Entscheidungsschritte nach Hoefert¹³

Verhaltensempfehlungen	
Äußere Situation	<ul style="list-style-type: none"> • Sitzordnung möglichst auf gleicher Augenhöhe • falls möglich, über Eck (nicht frontal zueinander) sitzen • Störungen ausschalten oder, wenn vorhersehbar, ankündigen • so wenig wie nötig Notizen während des Gesprächs (besser hinterher oder explizit um Notierungspause bitten)
Interesse und Aufmerksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Zeigen von Interesse, auch bei wiederholten oder Routinefällen (für den Patienten ist der Fall neu und einmalig) • Beibehalten der Aufmerksamkeit, auch für das nicht-verbale Verhalten des Patienten • Aufmerksamkeit auch für Nicht-Gesagtes, Zögern und besondere Betonungen (ggf. nachfragen)
Sprache und Sprechen	<ul style="list-style-type: none"> • klar und eher langsamer sprechen • nach wichtigen Aussagen oder Informationen Pausen machen • einfache Sätze bilden, Wichtiges hervorheben • die Wahrheit sagen, aber nicht unbedingt Worte verwenden, die unnötig beängstigen • Fachbegriffe ggf. übersetzen oder erst gebrauchen, wenn der Sachverhalt alltagsverständlich erklärt wurde • bei längeren Gesprächen Zwischenzusammenfassungen und Gesamtzusammenfassung machen
Interaktion	<ul style="list-style-type: none"> • nach Informationsvermittlungsphase zum Fragen ermuntern • nicht-verbale Anzeichen von Unverständnis oder von Fragebedürfnissen aufgreifen und abwarten • Patienten-Fragen als solche willkommen heißen • selbst verbal oder nicht-verbal eindeutiges Feedback geben • Höflichkeitsrituale einhalten
Nicht-verbale Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • offene, eher zugewandte Körperhaltung einnehmen • Blickkontakt halten, ohne zu fixieren oder zu schweifen • lächeln, wenn dies zum Thema oder zur Situation passt

Tab. 5: Verhaltensempfehlungen

besten Therapieempfehlungen nichts nützen, wenn sie vom Patienten nicht eingehalten werden. Das erste Zielkriterium ist daher die Herstellung von Einverständnis (Compliance) bzw. der Einsicht des Patienten, das Richtige gewählt zu haben (Adhärenz). Das zweite Zielkriterium ist die Zufriedenheit mit der Behandlung, welche vom Patienten nicht nur am Gesundheitserfolg, sondern auch an der erlebten Qualität der Arzt-Patient-Interaktion beurteilt wird.

Referenzen

- 1 vgl. Hoefert H.-W., *Theoretische und pragmatische Grundlagen der Kommunikation*, in: Hoefert H.-W., Hellmann W. (Hrsg.), *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus*, Economica, Heidelberg (2008), S. 1-51
- 2 im Überblick Hoefert H.-W., Härter M. (Hrsg.), *Schwierige Patienten*, Huber, Bern (2013)
- 3 Hoefert H.-W., *Psychologie in der Arztpraxis*, Hogrefe, Göttingen (2010), S. 177
- 4 im Überblick Hoefert H.-W., Brähler E. (Hrsg.), *Krankheitsvorstellungen von Patienten – Herausforderung für*

- Medizin und Psychotherapie*, Pabst Science Publ., Lengerich (2013)
- 5 vgl. Hoefert H.-W., Härter M. (Hrsg.), siehe Ref. 2
 - 6 Hoefert H.-W. (2010), siehe Ref. 3, S. 191 f.
 - 7 nach Langer I., Schulz v. Thun F., Tausch R., *Sich verständlich ausdrücken*, 7. Aufl., Reinhardt, München (2002)
 - 8 Kutscher P. P., Seßler H., *Kommunikation - Erfolgsfaktor in der Medizin*, Springer, Heidelberg (2007)
 - 9 Schweikhardt A., Fritzsche K., *Kursbuch ärztliche Kommunikation*, Dt. Ärzteverlag, Köln (2007)
 - 10 Loh A., Simon D., Kriston L., Härter M., *Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen*, Dt Ärztebl (2007); 104(21): A1483-A1488.
 - 11 zur Problematik der Herstellung von Adhärenz vgl. Hoefert H.-W., *Adhärenz als Gesundheitszwang*, in: Hoefert H.-W., Klotter C. (Hrsg.), *Gesundheitszwänge*, Pabst Science Publ., Lengerich (2013), S. 153-188
 - 12 vgl. Hoefert H.-W., Klotter C. (Hrsg.), *Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen*, Hogrefe, Göttingen (2011)
 - 13 Hoefert H.-W., *Kommunikation mit Patienten*, in: Hellmann W. (Hrsg.), *Krankenhausmanagement für leitende Ärzte*, Medhochzwei, Heidelberg (2014) (in Druck)

Monika Keller

Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie

Patient-Centered Communication in Oncology

Zusammenfassung

Interaktionen mit Tumorpatienten und Angehörigen bedeuten für Ärzte große kommunikative Herausforderungen. Patienten fühlen sich existenziell bedroht, sind hoch vulnerabel und stehen in Entscheidungskonflikten. Patientenzentrierte Kommunikation, die in einer personalen, von Respekt und Empathie geprägten Beziehung die Perspektive des Patienten einbezieht, erlaubt eine gelingende Balance zwischen Aufrichtigkeit und realistischer Hoffnung. Die Erfahrung von Sicherheit und Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung unterstützt Patienten wirksam bei der Verarbeitung von Verlusten, Ungewissheit und Ängsten und ermöglicht die Rückgewinnung von Autonomie und Selbstwirksamkeit.

Damit Ärzte ihre Empathie- und Handlungsfähigkeit behalten und erweitern können, sind praxisnahe und qualifizierte Fortbildung sowie professionelle Supervision unerlässlich.

Schlüsselwörter: Patientenzentriert, Kommunikation, Onkologie, Kommunikationstraining

Abstract

Physicians caring for advanced cancer patients and their relatives frequently face serious communication challenges. In the context of unfavourable medical information, setbacks in care and existential threat patients may respond with strong emotions. Patient-centred communication within a trusting, empathic doctor-patient relationship effectively supports patients in dealing with uncertainty and fear, in tolerating grief, and enables them to re-gain autonomy and self-efficacy. To appropriately support physicians in providing patient-centred care and in professionally addressing challenging communication tasks effective communication skills training and qualified supervision should be considered standard in professional cancer care.

Keywords: Patient-Centered, Communication, Cancer Care, Communication Training

Priv.Do. Dr.med. Monika Keller
Sektion Psychoonkologie
Klinik für Allg. Innere Medizin und Psychosomatik
Medizinische Universitätsklinik
Im Neuenheimer Feld 410, D-69120 Heidelberg
monika.keller@med.uni-heidelberg.de

Kommunikation bildet den Kern und die Grundlage jeder professionellen Interaktion zwischen Kranken, Angehörigen und Ärzten. Im Kontext lebensbedrohlicher Krankheiten, für die Krebserkrankungen exemplarisch stehen, ist Kommunikation mit enormen Herausforderungen an die kommunikativen Fähigkeiten aller Beteiligten verbunden, seien sie Patienten, Angehörige, Pflegekräfte oder Ärzte.¹ Dank rückläufiger gesellschaftlicher Tabuisierung und offener Aufklärungspraxis ist es leichter geworden, *über Krebs* zu sprechen, ohne dass es Ärzten unbedingt leichter fällt, *mit Krebskranken* zu sprechen. Was ist das Spezifische, das Interaktionen im Kontext einer Krebserkrankung charakterisiert und manchmal so schwierig sein lässt?

Kommunikation in der Onkologie ist durch die existentielle Bedrohung infolge einer Krebsdiagnose gekennzeichnet, auch im Fall einer günstigen Prognose. *Patienten* stehen vor der Herausforderung, mit tief greifender Verunsicherung, dem Verlust von Kontrolle in nahezu allen Lebensbereichen, mit Furcht und anhaltender Ungewissheit zurecht zu kommen.² Immer wieder gilt es im Verlauf der Erkrankung, komplexe Informationen zu verstehen und zu verarbeiten, nicht selten lebensverändernde Entscheidungen zu treffen und dennoch anhaltende Ungewissheit zu tolerieren.

Für *Angehörige, Familie und Freunde* besteht die Herausforderung darin, Wege zu finden, wie sie einen nahestehenden Menschen am besten trösten und unterstützen können, Zuversicht und Hoffnung zu behalten, wo nötig Verantwortung für ihn zu übernehmen; wie sie ihm gleichzeitig größtmögliche Autonomie zugestehen und eigene Ängste tolerieren können.

Für *Professionelle* in der Onkologie sind die Herausforderungen nicht geringer: Es geht darum, geeignete Wege zu finden, wie sie Patienten „schlechte Nachrichten“ übermitteln, komplexe Informationen verständlich nahe bringen und gemeinsame Entscheidungen ermöglichen können; wie sie auf persönliche Sorgen und Probleme der Patienten eingehen und wie sie mit Verunsiche-

rung und Vulnerabilität von Patienten, deren unvermeidlichen, manchmal heftigen Emotionen, mit Enttäuschung und Vorwurf professionell umgehen können.³

Vor allem geht es immer wieder um eine halbwegs gelingende Balance zwischen Aufrichtigkeit und realistischer Hoffnung.⁴ Gerade weil es in der Onkologie häufig um die Konfrontation mit Grenzen des Menschenmöglichen und damit verbunden mit dem Erleben von Machtlosigkeit geht, dürfte die größte Herausforderung darin liegen, entgegen der zunehmenden Technisierung und Verwissenschaftlichung in der Medizin eine personale Beziehung mit Patienten herzustellen, die von Respekt, Aufrichtigkeit und Empathie geprägt ist und die Patienten das Erleben von Sicherheit und Vertrauen in Autonomie ermöglicht.⁵

Keines dieser Themen lässt Kliniker, seien sie Ärzte oder Pflegenden, persönlich unberührt – wie bewusst oder unterschwellig sie dies auch wahrnehmen mögen.⁶ Gleichzeitig werden gerade an diesen Grenzen inmitten von Leiden, Mutlosigkeit und existenzieller Verunsicherung intensive wechselseitige Erfahrungen möglich, die erfahrene Kliniker als lohnend und bereichernd beschreiben.

Im Mittelpunkt der Anforderungen an menschliche und professionelle Kompetenz, zwischen Heraus- und zuweilen Überforderung und Bereicherung, stellt patientenzentrierte Kommunikation das wichtigste Vehikel bzw. Agens dar, ohne die eine „heilsame“ Behandlung und Versorgung von Krebspatienten nicht denkbar ist.⁷

Patientenzentrierte Kommunikation

Verschiedene psychosomatische Konzepte haben alle zum Ziel, brachliegende Potenziale zu nutzen, die in der Reflexion und Gestaltung einer stärker von Wechselseitigkeit gekennzeichneten Beziehung zwischen Arzt und Patient liegen.⁸

Voraussetzung für die Gestaltung dieser Beziehung ist „Kommunikation“ – womit im ursprünglichen Wortsinn Aktivitäten gemeint sind, die ein „commune“, etwas Gemeinsames zwischen zwei

Personen entstehen lassen. Patientenzentrierung braucht Kommunikation; damit es zu einer Annäherung der unterschiedlichen subjektiven Wirklichkeiten von Patient und Arzt kommen kann.⁹ Das setzt zunächst voraus, das scheinbar Triviale anzuerkennen, nämlich dass Arzt und Patient nicht dieselbe Wirklichkeit teilen.

Die meisten Leitlinien für die kommunikative Aus- und Fortbildung basieren auf dem Konzept der Patientenzentrierung,¹⁰ mit Weiterentwicklungen für spezielle kommunikative Anforderungen; z. B. das SPIKES Modell für das Überbringen schlechter Nachrichten¹¹ als nützliche Orientierungshilfe, besonders für weniger erfahrene Ärzte. Abgestimmt auf die besonderen Erfordernisse von Krebspatienten definieren Epstein und Street¹² (2007) die Aufgaben patientenzentrierter Kommunikation anhand von sechs ineinandergreifenden Funktionen:

- Fördern einer hilfreichen bzw. „heilsamen“ Beziehung
- Austausch von Informationen
- Umgehen mit Emotionen
- Gemeinsame Entscheidungsfindung
- Toleranz für Ungewissheit fördern
- Unterstützen von Selbstbestimmung und eigenen Aktivitäten „Empowerment“).

Der Begriff „Funktionen“ impliziert eine kommunikative Grundkompetenz bzw. -haltung, die sich ausdrücklich nicht auf umschriebene Gesprächstechniken bzw. „skills“, oder auf die „Information und Aufklärung“ von Tumorpatienten beschränkt.¹³

Allerdings ist patientenzentrierte Kommunikation weder ein Allheilmittel, noch ist sie für jeden Patienten und in jeder Situation erstrebenswert.¹⁴ Partizipative Entscheidungsfindung ist sicher nicht angebracht, wenn sich ein Patient in panischem Aufruhr befindet oder unter heftigen Schmerzen leidet.¹⁵ Es kommt darauf an, den individuellen Patienten mit seiner aktuellen körperlichen und seelischen Verfassung im jeweiligen Kontext zu berücksichtigen – sei es das klinische Setting (z. B. Intensivstation), das Ausmaß an re-

aler Ungewissheit und Unvorhersehbarkeit oder die institutionellen Gegebenheiten. Die identische Gesprächsführung, die in einem vertrauten Kontext, z. B. in einer Hausarztpraxis, ideal erscheint, kann sich in einer Krisensituation als gänzlich unangemessen herausstellen.¹⁶

Was wollen und was brauchen Patienten?

Einige Studien zeigen, dass patientenzentrierte Kommunikation mit verringerten körperlichen Beschwerden, einer besseren Einstellung von Diabetes und Bluthochdruck und besserer Compliance einhergehen kann.¹⁷ Dabei stimmen die patientseitigen Effekte nicht ohne weiteres mit dem intendierten und praktizierten kommunikativen Verhalten von Ärzten überein; „gesagt“ ist nicht gleichbedeutend mit „angekommen“. Ausschlaggebend ist die subjektive Wahrnehmung aus Patientensicht, in die vor allem verbale und nonverbale Aspekte der Haltung und der persönlichen Passung eingehen. Neuere Ergebnisse der Placeboforschung¹⁸ sprechen dafür, dass die „heilsame Arzt-Patient Beziehung“ mehr als eine Metapher ist,¹⁹ wofür sich zunehmend auch biologische Marker finden lassen. Seit längerem ist z. B. bekannt, dass Patienten auf eine vertrauensvolle, zugewandte und einfühlsame Haltung ihres Arztes mit endogener Opioidausschüttung und folglich geringerer Schmerzempfindung reagieren.²⁰

Interviews mit Krebspatienten zeigen, dass es ihnen kaum auf spezifische kommunikative „skills“, etwa bestimmte Redewendungen, ankommt.²¹ Patienten wollen sich zumeist bei einem kompetenten und engagierten Arzt in sicheren Händen fühlen, dem sie vertrauen können und der ihnen realistische Hoffnung vermittelt,²² und sie möchten als Person wahrgenommen und respektiert werden.²³ Der zumeist implizite Beziehungswunsch nach einer ärztlichen Bindungsfigur, die Sicherheit, Kompetenz und Vertrauen vermittelt, wurde bisher in Aus- und Fortbildung wie auch in der Forschung gegenüber eher „technischen“ Aspekten der Kommunikation wenig berücksichtigt.²⁴

Die Perspektive der Ärzte

Die Arbeitsbedingungen onkologisch tätiger Ärzte sind durch zunehmend komplexe Behandlungsmodalitäten, die Sektorsierung und Partialisierung von Behandlungsabläufen gekennzeichnet. Immer häufiger sind sie in ihrer klinischen Tätigkeit vereinzelt mit der Folge, dass sich Gelegenheiten zu Modell-Lernen am Vorbild erfahrener Kollegen weitaus seltener als früher bieten.²⁵ In Kliniken und Onkologischen Zentren ist die kontinuierliche, langfristige Betreuung durch einen Arzt die Ausnahme; häufig stehen Ärzte vor der Aufgabe, sich in kurzer Zeit auf neue Patienten mit langer Krankheitsgeschichte einzustellen, denen sie womöglich beim Erstkontakt die Beendigung der aktiven Tumorthherapie nahe zu bringen haben.

Dass die vielfältigen und komplexen Herausforderungen nicht immer spurlos an onkologisch tätigen Ärzten vorbei gehen, lässt sich an hoher psychischer Beanspruchung, der Häufigkeit von Depressivität und „Burnout“-Zeichen bei etwa einem Drittel onkologisch tätiger Ärzte, Alkohol- und Medikamentenkonsum sowie geringer Arbeitszufriedenheit ablesen.²⁶ Dennoch bleibt dieses Problem aber nach wie vor weitgehend tabuisiert. Eher im persönlichen Kontakt erfährt man von den anhaltenden Spuren, die Patientenschicksale bei den Ärzten hinterlassen.

Die Mär vom kalten Aufklärer

Demgegenüber mangelt es nicht an Kritik und Vorwürfen: Besonders der jüngeren Generation von Ärzten fehle es an Empathie mit Krebskranken, eine „kalte“, unprofessionelle Aufklärung würde die Patienten in Verzweiflung treiben und aller Hoffnung berauben. Der Medizinethiker Maio wird zur Aufklärungspraxis von Krebskranken zitiert: *„Der Arzt zieht sich moralisch zurück, sieht sich nur als Dienstleister und investiert nicht mehr in die Beziehung, sondern höchstens noch in seine Rolle als korrekter Aufklärer. Der Patient mit seinen subjektiven Bedürfnissen stört da nur“*.²⁷ Zweifellos gibt es genügend Beispiele wenig gelingender, forcierter Auf-

klärung über eine (unheilbare) Krebserkrankung, von Patienten, die sich vom Arzt allein gelassen fühlen. Zweifellos ist keinem Patienten eine solche Erfahrung zu wünschen. Aber nutzt solche Kritik, die nicht selten als pauschale Anklage geäußert wird, letztlich den Patienten?

Interessiert man sich für die Perspektive der Ärzte, kann man erfahren, dass sie oft genug angesichts der Vielzahl schwerkranker Patienten, denen sie Tag für Tag schlechte Nachrichten zu überbringen haben, an die Grenzen ihrer Empathiefähigkeit kommen. Die wenigsten Patienten werden sie wieder sehen oder weiter behandeln. Oft genug kämpfen Ärzte, hinter der Fassade kühler Distanzierung, mit Schuldgefühlen als Überbringer der schlechten Nachricht. Sie befürchten, Patienten könnten nicht mit dem Schicksalsschlag zurecht kommen, den sie ihnen mit „schlechten Nachrichten“ vermeintlich zufügen, und erleben sich als wenig kompetent, um mit den emotionalen Reaktionen der Patienten angemessen und professionell umzugehen, weshalb sie bemüht sind, sie zu vermeiden oder zu ignorieren.²⁸

Manchmal fühlen sich Ärzte zu unbedingter Aufrichtigkeit gegenüber dem Patienten, seinem „Recht auf Wissen“ um die begrenzte Lebensperspektive verpflichtet.²⁹ Schließlich sehen sie oft keine Alternative, als sich mit Distanzierung und scheinbarer Kälte vor nahe gehenden Schicksalen zu schützen. Zudem ist eine Tendenz zur Tabuisierung zu beobachten: Von wenigen Ausnahmen abgesehen, ist es unüblich, dass sich Ärzte (und Teams) über schwer zu lösende Dilemmata, kommunikative Herausforderungen und Entscheidungskonflikte, geschweige denn über die eigene Befindlichkeit angesichts belastender Interaktionen mit Patienten untereinander austauschen. Eigene emotionale Beteiligung wird eher als beschämend erlebt, zu vermeidender Störfall angesehen denn als unvermeidliche Folge jeder Konfrontation mit Grenzen, der Machtlosigkeit einer kurativ orientierten Medizin gegenüber dem Tod. Tauschen sich Ärzte z. B. im Kontext der KoMPASS Kom-

munikationstrainings über ihre Erfahrungen aus, stellen sie erstaunt fest, dass dieser Austausch im klinischen Alltag kaum stattfindet: „Und darüber reden wir sonst nie!“

Was nutzt Ärzten? - Förderung kommunikativer Fähigkeiten

Kommunikative Kompetenz bedeutet also nicht nur, medizinische Sachverhalte ausdrücken und verständlich darstellen zu können, sondern sich dabei auf den Patienten und seine Erlebniswelt einzulassen und damit ein „Zusammentreffen“ bzw. eine Passung zu ermöglichen.

Nicht allen Ärzten ist kommunikative Kompetenz angeboren und wird zumeist mit klinischer Erfahrung allein nicht ausreichend erworben;³⁰ darin unterscheiden sich onkologisch tätige Ärzte nicht von anderen Fachgebieten.

Die Sichtweise, dass effektive Kommunikation nicht anders als andere ärztliche Fähig- und Fertigkeiten gelehrt und gelernt werden kann, beginnt sich nur zögerlich durchzusetzen. Fortschritte sind am ehesten im Medizinstudium zu beobachten, wo die Vermittlung kommunikativer Kompetenz inzwischen etablierter Bestandteil vieler Curricula geworden ist.³¹ Sie bedarf jedoch der vertiefenden Fortsetzung in der ärztlichen Weiterbildung, vor allem in Bereichen mit hohen Anforderungen an die Arzt-Patient Beziehung, wie sie onkologische Fächer und Palliativmedizin kennzeichnen.³² Einige Länder, z. B. die Schweiz und Großbritannien tragen dieser Notwendigkeit mit verpflichtenden Fortbildungsprogrammen Rechnung, und weltweit entstehen Empfehlungen und Leitlinien.³³

Damit Ärzte von Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenz profitieren, ist es unabdingbar, dass sie von Ärzten akzeptiert und im klinischen Alltag umsetzbar sind.³⁴ Mit dem Erlernen von umschriebenen „skills“, z. B. Redewendungen ist es sicher nicht getan, wenn man berücksichtigt, dass es sich um erfahrene Kliniker handelt, die alltäglich mit komplexen kommunikativen Anforderungen – be-

sonders in der Onkologie – konfrontiert sind. Mit qualifizierter und strukturierter Fortbildung, die sich nicht an vermeintlichen Defiziten orientiert, sondern an ihren vorhandenen Fähigkeiten, können Onkologen ihre kommunikative Kompetenz spürbar und messbar verbessern.

Die beste Evidenz für eine effektive Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten spricht für intensive zwei- bis dreitägige Trainings-Workshops, in denen Ärzte ihre Anliegen anhand von eigenen Fallbeispielen mithilfe von Rollenspielen und mit strukturierter Reflexion durch Teilnehmer und Trainer bearbeiten.³⁵ Wichtig ist dabei die Arbeit in Kleingruppen mit 4 – 6 Teilnehmern sowie ein Klima, das für die Lernenden ein ausgewogenes Verhältnis von Sicherheit und Herausforderung sicherstellt.³⁶

Mit diesem Ansatz, der auf Erfahrungen internationaler Experten aufbaut, werden seit 2008 deutschlandweit KoMPASS Kommunikationstrainings durchgeführt, an denen bisher etwa 400 onkologisch tätige Ärzte teilgenommen haben. Sie attestieren dem KoMPASS-Training wie erhofft hohe Praxisrelevanz und Nutzen und hohen persönlichen Lerngewinn. Ihre Rückmeldungen nach vier Monaten sprechen für einen gelingenden Transfer in den klinischen Alltag und für eine spürbare Entlastung der Ärzte: „Vor vier Monaten hätte ich nie solche Gespräche führen können, seit dem Training habe ich viel weniger Angst“, „Es ist nicht mehr so ein Berg“.³⁷

Kommunikation in existenziellen Krisen

Im KoMPASS Kommunikationstraining machen onkologisch und palliativmedizinisch tätige Ärzte die Erfahrung von persönlichem Nutzen und Entlastung, wenn sie sich anhand eigener Fallbeispiele über schwierige Interaktionen austauschen; und die Erfahrung von eigenem Kompetenzerleben, wenn sie gemeinsam mit Kollegen und Trainern Lösungen für scheinbar ausweglose Krisen und Konfliktsituationen herausfinden. Die folgenden Beispiele beleuchten – als eine Art Werk-

stattbericht – verschiedene Varianten existenzieller Krisen von Patienten und Angehörigen, mit denen Ärzte in ihrem klinischen Alltag konfrontiert sind, und beschreiben deren gemeinsam erarbeiteten Lösungen und Erkenntnisse.

Kollusion und Handlungsdialog gegen unvermeidliche Enttäuschung

Zu den Folgen veränderter Versorgungsstrukturen in der Onkologie, der Konzentration in Organ- und onkologischen Zentren zählt – bei aller wünschenswerten Standardisierung der onkologischen Behandlung und verbesserten Behandlungsergebnissen –, dass vorrangig auf Tumoren, nicht auf Patienten fokussiert wird, obwohl doch in keinem Leitbild der Institutionen die „Patientenorientierung“ fehlen darf. In onkologischen Spitzenzentren, wo Patienten mit ungünstigen Krankheitsverläufen, palliativ intendierten Tumorthérapien bis weit in terminale Krankheitsstadien überwiegen, gerät die Arzt-Patient-Kommunikation nicht selten zum Handlungsdialog, der die Verständigung über Grenzen und reale Machtlosigkeit gegenüber einem unaufhaltsamen Krankheitsprozess scheinbar ersetzt.³⁸ (s. hierzu das erste Fallbeispiel).

Kennzeichnend für diesen Handlungsdialog ist u. a. die Verwendung euphemisierender Metaphern. Für Patienten haben sie einen hohen Stellenwert, weil sie ihnen unausgesprochen einen weiten Interpretations-Spielraum bieten. Die Äußerung des Arztes „Wir haben noch viele Pfeile im Köcher“ interpretiert ein Patient mit fortgeschrittener Tumorerkrankung womöglich als Zusicherung, dass er sich auf den Arzt als machtvollen Verbündeten an seiner Seite gegen die Todesbedrohung verlassen kann. Ganz ähnlich wird auch der aktuelle Begriff der „personalisierten Tumorthérapie“ verstanden. Wie das folgende Fallbeispiel schildert, kann eine solche Kollusion zwischen Patient und Onkologen eine patientenzentrierte Kommunikation erheblich erschweren.

Ein 70jähriger Patient mit weit fortgeschrittenem,

metastasierten Darmkrebs kommt zur Blutabnahme in die Praxis seiner Allgemeinärztin, zu der er ein gutes Vertrauensverhältnis hat. Er zeigt ihr begeistert sein tragbares Chemo-Infusionsgerät. „Schauen Sie mal, was ich da Tolles habe – was sagen Sie dazu?“ Er schwärmt von seinem Onkologen in einem renommierten Krebs-Zentrum, der ihm eine ‚ganz neuartige‘ Therapie in Aussicht gestellt hat: „Da wird eine Therapie ganz speziell für meine Tumorzellen entwickelt“. Die Ärztin ist zwiegespalten: sie möchte den Patienten nicht vor den Kopf stoßen; zugleich fühlt sie sich als „kleine dumme Allgemeinärztin“, ärgert sich andererseits über die fragwürdigen Versprechungen. „Eigentlich wollte ich mit ihm über sein Sterben sprechen – ich habe es nicht hingekriegt – und 4 Wochen später war er tot“.

Im Fall von Krankheitsprogredienz während der Tumorthérapie kommt es unvermeidlich zu Enttäuschung bei Patienten, unterschwellig oft auch bei Ärzten, und nicht selten zu einer für die Interaktion von Krebskranken und Ärzten charakteristischen Kollusion, einer „Verschwörung des Schweigens“. Patienten teilen ihre optimistische Sichtweise mit. Ihre Sorgen und Ängste behalten sie für sich, weil sie z. B. befürchten, der Arzt könnte die aktive Tumorthérapie beenden.

Das geschilderte Dilemma lässt einerseits mangelnde Wertschätzung und Kommunikation zwischen onkologischen Spezialisten und weiter betreuenden Ärzten erkennen.³⁹ Zum anderen bleibt der Patient mit der Kehrseite seines Optimismus, mit seinen Befürchtungen, Zweifeln und Sorgen unerkannt und allein gelassen, die hinter seinem Appell an bewundernde Zustimmung verborgen und nicht leicht herauszufinden sind. Umso mehr, wenn sich eine kompetente Ärztin mit ihren Fähigkeiten womöglich zu schnell in Frage gestellt sieht.

Erschrecken und Sprachlosigkeit

Der Arzt betreut seit längerem eine ältere Patientin mit fortgeschrittenem Magenkrebs, die ihm während ihrer palliativen Chemotherapie ans Herz gewachsen ist. Mit seiner Unterstützung konnte sie eine lang ersehnte Reise verwirklichen, die sie sehr genossen hat. Anschlie-

ßend verschlechtert sich ihr Befinden rasch, sie leidet unter Kräfteverfall, Aszites, Schmerzen. Unvermittelt äußert sie dem Arzt gegenüber: „Ich wollte es gäbe einen Ort, wo ich mich erschießen lassen kann“, was den Arzt schockiert und sprachlos macht.

In scharfem Kontrast zur bisherigen Interaktion kann diese liebenswürdige Patientin ihre Verzweiflung nicht anders vermitteln, als dass der Arzt „zu Tode erschrickt“; seine Sprachlosigkeit ähnelt vermutlich dem Erleben der Patientin und verdeutlicht, dass er im Augenblick handlungsunfähig ist. Solange er sich nicht das eigene gelähmte Erschrecken, sein „Getroffen-sein“ angesichts dieser gewaltsamen Phantasie zugesteht, ist er nicht in der Lage zu einem Perspektivenwechsel in das Erleben der Patientin.

Mit der Rückmeldung der (Schauspieler-)Patientin und der Reflexion des Rollenspiels finden die Ärzte gemeinsam heraus, dass die Patientin sich mit ihrem Leiden als unerträgliche Zumutung erlebt und ihrer Familie – vor allem ihrem Mann – ihr Leiden und Sterben zu Hause ersparen möchte: lieber ein schnelles Ende, als ihm noch länger ihr Leiden zumuten. Der verborgene Appell hinter dem verzweifelten Wunsch nach einem schnellen, gewaltsamen Ende: Es möge einen Ort geben, wo sie geborgen und sicher ist, wo man sich ihrer annimmt. In der anschließenden Wieder-Aufnahme des Rollenspiels nimmt die (Schauspieler-)Patientin eine unmittelbar spürbare Entlastung wahr, als der Arzt ihr zusichert, dass es für sie in der Klinik einen sicheren Ort gibt, wo für sie gesorgt wird und wo sie sterben kann.

Psychische Ausnahmesituationen von Patienten – nicht nur am Lebensende – treffen den Arzt mit zwangsläufig eigener emotionaler Beteiligung, z. B. als heftiges Erschrecken. Es gilt zunächst, dieses Erleben von Macht- und Sprachlosigkeit bei sich selbst zu registrieren und als Ausdruck tiefer Verzweiflung und Ausweglosigkeit der Patientin zu verstehen, die sie nicht anders zu äußern in der Lage ist.⁴⁰ Mit dem vorübergehenden Perspektivenwechsel in das Erleben des Patienten wird es dem

Arzt möglich, selber wieder empathie- und handlungsfähig zu werden.⁴¹

Vorwurf und Anklage von Angehörigen

Häufig berichten Ärzte von Erfahrungen, wo Vorwurf, Anklage und Anschuldigungen von Patienten oder Angehörigen mit großer Heftigkeit geäußert werden. Sie sind – vor allem mit der impliziten massiven Entwertung – für den Arzt oftmals schwer zu tolerieren, umso mehr, wenn sie auf eigene Schuldgefühle treffen:

Die Ärztin betreut einen 28jährigen Patienten mit weit fortgeschrittenem Lungenkrebs, der wegen starker Luftnot auf die Palliativstation kommt. Bei der Punktion eines Pleuraergusses zur Linderung der Atemnot kommt es zu einem Pneumothorax, der eine Pleuradrainage notwendig macht. Die Eltern äußern sich äußerst misstrauisch, vorwurfsvoll und ablehnend gegenüber der Schulmedizin. Der Vater: „Mein Sohn wäre gesund, wenn die Ärzte und die Medizin ihn nicht kaputt gemacht hätten“. Die Ärztin fühlt sich angegriffen, sie schwankt zwischen eigenem Schuldgefühl, den Pneumothorax verursacht zu haben, und hilfloser Wut auf die Eltern und sieht in diesem Dilemma keinen gangbaren Weg, wie sie dem Patienten so helfen kann, wie sie es gerne möchte.

Entwertung und Schuldgefühl – das nicht tatsächlicher Schuld entspricht – machen die Ärztin verletzlich für die heftigen Attacken der Eltern; als hätte auch sie ihren Sohn ‚kaputt gemacht‘. In ihrer hilflosen Wut ist ihr ihre Handlungs- und Empathiefähigkeit abhanden gekommen. Zunächst geht es darum, das Schuldgefühl zu relativieren. Von den Kollegen der KoMPASS Gruppe erfährt sie dadurch Entlastung, dass diese sie als verantwortungsbewusste Ärztin wahrnehmen, dass sie keineswegs ‚schuld‘ an einem bedauerlichen Missgeschick ist, das jedem in dieser Situation hätte passieren können. Erst dadurch wird es ihr möglich, Bedauern und Mitgefühl für den Patienten wie auch Verständnis für die Eltern wahrzunehmen und ihm dies im nächsten Schritt zu vermitteln, verbunden mit der Bereitschaft, ihm nach Kräften beizustehen.

Auch hier ist es vorrangig, dass sich die Ärztin der eigenen Verletztheit hinter ihrer Wut bewusst wird, um nicht in eine nutzlose Negativspirale von Rechtfertigung, womöglich Gegenangriff gegenüber den Eltern zu geraten.⁴² Weder Patienten noch Angehörige wollen ihre Ärzte angreifen oder verletzen – es fällt leichter, Vorwurf, Unmut oder heftige Anklagen zu äußern, als Schmerz und Verzweiflung, und dahinter die eigene Machtlosigkeit gegenüber dem bitteren Schicksal, hier das Sterben des eigenen Kindes, anzuerkennen. Ärzte erleben das Sterben von Patienten dann als besonders quälend und unangemessen, wenn Konflikte mit den Angehörigen zu einer Atmosphäre von Misstrauen, womöglich zu verzweifelten und irrationalen medizinischen Aktionen führen, die zumeist nur das Leiden des Patienten hinauszögern.⁴³ Klage und Leid hinter Anklage und Vorwurf wahrzunehmen, erfordert erneut einen Perspektivenwechsel in das Erleben des Patienten bzw. des Angehörigen; wie in diesem Beispiel verlangt sie Ärzten enorme Verarbeitungs- und Übersetzungsleistung ab. Da dies nicht immer möglich ist, braucht es manchmal eine Erweiterung der dyadischen Konstellation Ärztin – Eltern, die Raum für interaktionelle Alternativen eröffnet. Dies gelingt am besten in gemeinsamen Gesprächen unter Beteiligung von Eltern, Ärztin und Mitgliedern des Stationsteams, am besten unterstützt und moderiert durch ein psychotherapeutisch geschultes Teammitglied.⁴⁴ Schließlich können hinter den Anklagen und Vorwürfen von Angehörigen deren eigene, auf die Ärzte projizierte Themen von vermeintlicher Schuld oder Versagen stehen.⁴⁵

Patienten oder Angehörige in solch einer psychischen Ausnahmesituation brauchen Halt, die ihnen ihr Arzt und möglichst weitere Teammitglieder am besten geben können. Einem Arzt, der selber zutiefst verunsichert ist, ist es weder möglich, die psychische Verfassung des Patienten zutreffend zu erfassen, noch kann er ihm die Sicherheit geben, die der Patient gerade so sehr braucht. Nicht nur in solchen Situationen sollte

es selbstverständlich sein, dass Ärzte ihrerseits auf professionelle Unterstützung, z. B. in Form von individuellem Coaching oder Supervision zurückgreifen können. Es kann ausgesprochen entlastend und klärend sein und die kommunikative Kompetenz nachhaltig fördern, wenn z. B. ein Bezug zu eigenen biographischen Erlebnissen hergestellt werden kann, die im Kontakt mit dem Patienten aktualisiert wurden.⁴⁶

Referenzen

- 1 Dunn S., *The art of teaching communication skills*, in: Kissane D., Bultz B., Butow P., Finlay I. (Hrsg.), *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*, University Press, Oxford (2010), S. 13-25
- 2 Breitbart W., *Communication as the bridge to hope and healing in cancer care*, in: Stiefel F. (Hrsg.), *Communication in Cancer Care*, Springer, Berlin (2006), Foreword
- 3 Baile W., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E., Kudelka A., *SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*, *Oncologist* (2000); 5: 302-11; Beach W., Easter D., Good J., Pigeron E., *Disclosing and responding to cancer "fears" during oncology interviews*, *Soc Sci Med* (2005); 60: 893-910; Buckman R., *Communications and emotions*, *BMJ* (2002); 325: 672
- 4 Hagerty R., Butow P., Ellis P., Dimitry S., Tattersall M., *Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature*, *Ann Oncol* (2005); 16: 1005-53
- 5 Keller M., Zwingmann J., *Kommunikation in der Onkologie*, in: Margulies A., Kroner T., Gaisser A., Bachmann-Mettler I. (Hrsg.), *Onkologische Krankenpflege* (5. Aufl.), Springer, Berlin, New York (2010), S. 641-55
- 6 Shanafelt T., Dyrbye L., *Oncologist Burnout: Causes, Consequences, and Responses*, *J Clin Oncol* (2012); 30:1235-41.
- 7 Epstein R., Street R., *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*, NIH Publication No. 07-6225, MD: National Cancer Institute, Bethesda (2007); Keller M., Barthel Y., *Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie - Erfahrungen mit dem KoMPASS Training*, in: Weis J., Brähler E. (Hrsg.), *Psychoonkologie in Forschung und Praxis*, Schattauer, Stuttgart (2012), S. 147-65
- 8 Balint M., *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*, Klett-Cotta, Stuttgart (1983); Borrell-Carrio F., Suchman A., Epstein R., *The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry*, *Ann Fam*

- Med (2004); 2: 576-82; Engel G., *The biopsychosocial model and the education of health professionals*, Ann NY Acad Sci (1978); 310: 169-81
- 9 Langewitz W., Conen D., Nubling M., Weber H., *Kommunikation ist wesentlich - Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten*, Psychother Psych Med (2002); 52: 348-54
 - 10 Makoul G., *Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement*, Acad Med (2001); 76: 390-3; Simpson M., Buckman R., Stewart M., Maguire P., Lipkin M., Novack D. et al., *Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement*, BMJ (1991); 303: 1385-7
 - 11 Baile W., siehe Ref. 3
 - 12 Epstein R., siehe Ref. 7
 - 13 Berkhof M., van Rijssen J., Schellart A., Anema J., Al-lard J., van der Beek A., *Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews*, Patient Educ Couns (2011); 84: 152-62; Silverman J., *Clinical communication training in continuing medical education: Possible, do-able and done?*, Patient Educ Couns (2011); 84: 141-42
 - 14 Smith R., Hoppe R., *The patient's story: integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing*, Ann Int Med (1991); 115: 470-77
 - 15 Epstein R., *Making communication research matter: What do patients notice, what do patients want, and what do patients need?*, Patient Educ Couns (2006); 60: 272-78
 - 16 Epstein R., ebd.; Salmon P., Young B., *Core assumptions and research opportunities in clinical communication*, Patient Educ Couns (2005); 58: 225-34
 - 17 Stewart M., *Effective physician-patient communication and health outcomes*, Can Med Assoc J (1996); 152: 1423-33; Little P., Everitt H., Williamson I., Warner G., Moore M., Gould C. et al., *Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study*, BMJ (2001); 322: 468-72; Little P., Everitt H., Williamson I., Warner G., Moore M., Gould C. et al., *Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations*, BMJ (2001); 323: 908-11; Kahn K., Schneider E., Malin J., Adams J., Epstein A., *Patient centered experiences in breast cancer: predicting long-term adherence to tamoxifen use*, Med Care (2007); 45: 431-9; Rakel D., Barrett B., Zhang Z., Hoefl T., Chewning B., Marchand L. et al., *Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold*, Patient Educ Couns (2011); 85: 390-7
 - 18 Benedetti F., *How the doctor's words affect the patient's brain*, Evaluation and the health professions (2002); 25: 369-86; Finniss D., Kaptchuk T., Miller F., Benedetti F., *Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects*, Lancet (2010); 375: 686-95; Bensing J., Verheul W., *The silent healer: The role of communication in placebo effects*, Patient Educ Couns (2010); 80: 293-99.
 - 19 Street R. L. jr., Makoul G., Arora N., Epstein R., *How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes*, Patient Educ Couns (2009); 74: 295-301
 - 20 Arora N., *Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior*, Social Science & Medicine (2003); 57(5): 791-806
 - 21 Hagerty R., siehe Ref. 4
 - 22 Hagerty R., siehe Ref. 4; Salmon P., Young B., siehe Ref. 16; Wright E., Holcombe C., Salmon P., *Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study*, Br Med J (2004); 328: 864-7; Mazor K., Beard R., Alexander G., Arora N., Firreno C., Gaglio B., et al., *Patients' and family members' views on patient-centered communication during cancer care*, Psychooncology (2013) [Epub ahead of print]
 - 23 Thorne S., Kuo M., Armstrong E., McPherson G., Harris S., Hislop T., *'Being known': Patients' perspectives of the dynamics of human connection in cancer care.*, Psycho-Oncology (2005); 14: 887-98; Steinhauer K., Christakis N., Clipp E., McNeilly M., Grambow S., Parker J. et al., *Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers*, J Pain Symptom Manage (2001); 22: 727-37
 - 24 Epstein R., siehe Ref. 15; Salmon P., Young B., siehe Ref. 16
 - 25 Shanafelt T., Dyrbye L., siehe Ref. 6; Stiefel F., *Support of the supporters*, Support Care Cancer (2008); 16: 123-26
 - 26 Shanafelt T., Dyrbye L., siehe Ref. 6; Ramirez A., Graham J., Richards M., Cull A., Gregory W., Leaning M. et al., *Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians*, Br J Cancer (1995); 71: 1263-69; Taylor C., Graham J., Potts H. et al., *Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s*, Lancet (2005); 366: 742-44; Otani H., Morita T., Esaki T., Ariyama H., Tsukasa K., Oshima A. et al., *Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment*, Jpn J Clin Oncol (2011); 41: 999-1006
 - 27 Bartens W., *Grenzen der Aufklärung*, Süddeutsche Zeitung (2011).
 - 28 Keller M., Barthel Y., *Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie - Erfahrungen mit dem KoMPASS Training*, in: Weis J., Brähler E. (Hrsg.), *Psychoonkologie in Forschung und Praxis*. Schattauer, Stuttgart (2012), S. 147-65; Pollack K., Arnold R., Jeffreys A., Alexander S., Olsen M., Abernethy A. et al., *Oncologist communication about emotion during visits with patients with*

- advanced cancer, *J Clin Oncol* (2007); 25(36): 5748-52
- 29 Helft P., *Necessary collusion: prognostic communication with advanced cancer patients*, *J Clin Oncol* (2005); 23: 3146-50; Keller M., Zwingmann J., *Kommunikation in der Onkologie*, in: Hax P., Hax-Schoppenhorst T. (Hrsg.), *Kommunikation mit Patienten in der Chirurgie - Praxisempfehlungen für Ärzte aller operativen Fachbereiche*, Kohlhammer, Stuttgart (2011), S. 166-77
- 30 Dunn S., siehe Ref. 1; Baile W. F., Lenzi R., Parker P., Buckman R., Cohen L., *Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study*, *J Clin Oncol* (2002); 20 : 2189-96
- 31 Bachmann C., Abramovitch H., Barbu C., Cavaco A., Elorza R., Haak R. et al., *A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions*, *Patient Educ Couns* (2013); 93: 18-26; Kiessling C., Dieterich A., Fabry G., Hölzer H., Langewitz W., Mühlinghaus I. et al., *Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey*, *Patient Educ Couns* (2010); 81: 259-66
- 32 Stiefel F., Razavi D., *Informing about diagnosis, relapse and progression of disease - communication with the terminally ill cancer patient*, *Recent Results in Cancer Research* (2006); 168: 37-46
- 33 Makoul G., siehe Ref. 10; Maguire P., Pitceathly C., *Key communication skills and how to acquire them*, *BMJ* (2002); 325: 697-700; NICE, *Clinical Excellence: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. Face-to-face communication*, in: NHS (Hrsg.), London (2004); Rodin G., Mackay J., Zimmermann C., Mayer C., Howell D., Katz M. et al., *Clinician-patient communication: a systematic review*, *Support Care Cancer* (2009); 17: 627-44; Stiefel F., Barthel J., Bensing J., Fallowfield L., Jost L., Razavi D. et al., *Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009*, *Ann Oncol* (2010); 21: 204-7
- 34 Berkhof M., siehe Ref. 13; Silverman J., siehe Ref. 13; Davis D., Evans M., Jadad A., Perrier L., Rath D., Ryan D. et al., *The case of knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect*, *Brit Med Journal* (2003); 327: 33-35; Vitinius F., Sonntag B., Barthel Y., Stein B., Kruse J., Keller M., *KoMPASS - Konzeption, Implementierung und Erfahrungen mit einem strukturierten Kommunikationstraining für onkologisch tätige Ärzte*, *Psychother Psych Med* (2013) [Epub ahead of print]
- 35 Berkhof M., siehe Ref. 13; Maguire P., Booth K., Elliott C., Jones A., *Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills- the impact of workshops*, *Eur J Cancer* (1996); 32: 1486-89; Parle M., Maguire P., Heaven C., *The development of a training model to improve health professionals skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients*, *Soc Sci Med* (1997); 44: 231-40
- 36 Arnold R., Back A., Baile W., Fryer-Edwards K., Tulskey J., *The Oncotalk model*, in: Kissane D., Bultz B., Butow P., Finlay I. (Hrsg.), *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*, University Press, Oxford (2010), S. 631-39; Baile W., Parker P., *Breaking bad news*, in: Kissane D., Bultz B., Butow P., Finlay I. (Hrsg.), *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*, University Press, Oxford (2010), S. 101-12; Fryer-Edwards K., Arnold R., Baile W., Tulskey J., Petracca F., Back A., *Reflective teaching practices: an approach to teaching communication skills in a small-group setting*, *Acad Med* (2006); 81: 638-44
- 37 näheres zu Konzept, Methoden und Erfahrungen mit dem KoMPASS Kommunikationstraining siehe Keller M., Barthel Y., siehe Ref. 7, Keller M., Zwingmann J., siehe Ref. 29; Vitinius F., Sonntag B., Barthel Y., Stein B., Kruse J., Keller M., siehe Ref. 34 und www.kompass-o.de
- 38 Rodin G., Mackay J., Zimmermann C., Mayer C., Howell D., Katz M. et al., siehe Ref. 33; Keller M., Zwingmann J., siehe Ref. 29
- 39 Epstein R., Street R., siehe Ref. 7
- 40 Halpern J., *Empathy and patient-physician conflicts*, *J Gen Intern Med.* (2007); 22: 696-700; Meier D., Back A., Morrison R., *The inner life of physicians and care of the seriously ill*, *JAMA* (2001); 286: 3007-14
- 41 Baile W., De Panfilis L., Tanzi S., Moroni M., Walters R., Biasco G., *Using sociodrama and psychodrama to teach communication in end-of-life care*, *J Palliat Med* (2012); 15: 1006-10
- 42 Keller M., Zwingmann J., siehe Ref. 29
- 43 DelVecchio Good M., Gadmer N., Ruopp P., *Narrative nuances on good and bad deaths: internists' tales from high-technology workplaces*, *Soc Sci Med* (2004); 58: 939-53
- 44 Levin T., Moreno B., Silvester W., Kissane D., *End-of-life communication in the intensive care unit*, *Gen Hosp Psychiatry* (2010); 32: 433-42
- 45 Weisman A., *On dying and denying*, Behavioral Publications, New York (1972)
- 46 Stiefel F., siehe Ref. 25; Meier D., Back A., Morrison R., siehe Ref. 40

Michael Peintinger

Interkulturelle Kommunikation in der Medizin

Intercultural Communication in Medicine

Zusammenfassung

Eine wertgebundene Kommunikation von Anamnese bis Abschlussgespräch ist für eine gute Arzt-Patient-Beziehung grundsätzlich unverzichtbar. Mit der hier skizzierten interkulturellen Kommunikation lässt sich eine spezielle Ausformung dieser Gesprächsbeziehung beschreiben. In ihr bedarf es zunächst des Wissens um unterschiedliche kulturgebundene Werthaltungen, zu denen auch die je eigene kulturelle Sphäre zu zählen ist. Darüber hinaus ist eine grundsätzliche Bereitschaft notwendig, das Wertesystem des Patienten wahrzunehmen und einzubeziehen sowie eine generelle kulturelle Sensibilität, sich Neuem und Unbekanntem zu öffnen und nach dem Kohärenzprinzip in das therapeutische Geschehnis einzubringen. Mit Blick auf die „bedingte Gesundheit“ stellt sich damit die Fähigkeit zur interkulturellen Kommunikation als unverzichtbare ärztliche Kompetenz im Rahmen der therapeutischen Partnerschaft dar.

Schlüsselwörter: Wertanamnese, Kohärenz, Lebensqualität, kulturgebunder Informed Consent

Abstract

A valued-based form of communication entails beneficial aspects and is generally indispensable for a positive doctor-patient relationship. Inter-cultural captures a specific form of this communicative relationship. It must rely not only on knowledge about differing culturally embedded value approaches, always also including one's own cultural sphere, too. In addition, a fundamental preparedness to perceive and incorporate the patient's value system is required, as well as general cultural sensitivity, apparent by an openness for what is new and unknown, which is to be incorporated in the therapeutic process under observance of the coherence principle. In this way, keeping in focus "conditional health" based on self-determination, the ability for inter-cultural communication is shown to be the doctor's indispensable professional tool within the therapeutic partnership.

Keywords: Value Anamnesis, Coherence, Quality of Life, Culture-Based Informed Consent

Univ.Lektor OA Dr. Michael Peintinger
Krankenhaus „Göttlicher Heiland“
Dornbacher Straße 20-28, A-1170 Wien
michael.peintinger@meduniwien.ac.at

Grundlegendes

Das eigentliche Zentrum jedes therapeutischen Dienstes auf Basis aller medizintechnischen und pharmakologischen Errungenschaften bildet die konkrete Beziehung mit dem Patienten,¹ die wiederum aus einzelnen kommunikativen Akten besteht. Mit anderen Worten: Alles therapeutische Handeln ist Kommunikation!

Von der ersten Kontaktaufnahme bis zur Verabschiedung am Ende eines gemeinsamen Behandlungsprozesses, von der Terminvereinbarung bis zu den Gedanken, die beim Lesen des Patientenbriefes nach Abschluss der Begegnungen auftreten, finden sich Elemente kommunikativer Beziehung. In besonderer Weise verwirklicht sich dies naturgemäß im institutionellen Kontext, in dem sich Arzt und Patient nicht in einem „lebensweltlichen Zusammenhang“ gegenüberstehen, sondern im Rahmen des Arzt-Patient-Gesprächs die individuelle Krankheit „institutionalisieren“,² in einem Gespräch, das abseits aller Höflichkeits- und Wissensaspekte vor allem dem therapeutischen Umgang mit der Leidenssituation dient.

Diese Gesprächsbeziehung beginnt in der Regel mit der Erhebung der Anamnese, setzt sich in den Informationsgesprächen zu den diagnostischen und therapeutischen Handlungen fort und mündet in den gemeinsamen abschließenden Überlegungen zur weiteren Lebensgestaltung und Sicherung des Erreichten. Ergänzt wird dies durch jene Gespräche, die alle instrumentellen Handlungen begleiten sollten und weniger einem konkreten Informationsauftrag als mehr einer kontinuierlichen empathischen Begleitung des Patienten dienen sollen, ein Dienst, der – wenn auch oft aus dem medizinischen Blickfeld geraten – nicht nur menschlich gefordert und als wesensimmanenter ärztlicher Dienst verstanden werden muss, sondern sich ebenfalls tatsächlich als „not-wendend“ und damit im wahrsten Sinn des Wortes als therapeutisch erweist,³ entsteht.

Dabei zeigt sich zugleich auch, dass jedes Gespräch, losgelöst von allen bekannten kommunikationspsychologischen Gesichtspunkten, auf die

später noch Bezug genommen werden wird, im Wesentlichen gleichzeitig in zwei Bereichen durchgeführt wird. Jeder Satz vermittelt gemeinhin sowohl sachliche Items als auch wertgebundene Elemente.

Es mag kaum überraschend erscheinen, dass sich die Besonderheit der Kommunikation zwischen Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen und damit oft unterschiedlichen Werthaltungen auf eben dieser wertgebundenen Ebene besonders deutlich manifestieren werden. Allerdings zeigt es sich schon mit Verweis auf Pachter, dass in allen therapeutischen Begegnungen die „Kultur“ des Patienten auf eine „Kultur“ der Medizin trifft, etwa in Bezug auf „Auffassungen, Haltungen, Wissen, Kommunikationsstile und Herangehensweisen zu gesundheitsrelevanten Themen“,⁴ sodass sich auf dieser wertgebundenen Ebene auch jeder Patient des eigenen Kulturkreises im Sinne des „next patient different“⁵ in Form von ausreichend unterschiedlichen Werthaltungen präsentieren kann,⁶ und die – zuweilen auch im eigenen Kulturkreis durchaus überraschenden Erklärungsmodelle parallel zum Wissen des Arztes Bedeutung haben können.⁷

Diese grundsätzliche Sichtweise verhindert, dass eine unreflektierte „Überbetonung ethnischer Besonderheiten“ in der konkreten Beziehung zu einer „Mystifizierung“ des unverständlichen Fremden⁸ führt oder etwa Kultur als „Risikofaktor“ für die Beziehung angesehen wird. Denn dadurch wird der Versuchung begegnet, nach „Rezepten“ im Umgang mit Menschen, die nicht den eigenen kulturellen Hintergrund teilen,⁹ zu suchen und damit einer Ausgrenzung Vorschub zu leisten.

Abseits derartiger Missverständnisse kann auch übersehen werden, dass sich unterschiedliche kulturelle Zusammenhänge bereits auf der Sachebene zeigen und Einfluss ausüben können.

Die Entstehungsgeschichte einer Erkrankung, die kulturell gefärbte Krankheitserklärung, aber auch die Bewertung des Krankheitsbildes beruhen auf der Werthaltung der betroffenen Person. Dabei darf nicht übersehen werden, dass auch der Arzt infolge seiner wertgebundenen Vorstel-

lungen eine spezifische Haltung zur vorliegenden Erkrankung einnimmt, ja dass jede „Indikation“, so naturwissenschaftlich-pragmatisch sie sich uns gemeinhin zu präsentieren scheint, letztlich „Wertungen“ beinhaltet.¹⁰

Wer daher die naturwissenschaftliche Faktizität als einzigen Maßstab für medizinische Handlungen ansieht, muss sich bewusst sein, dass er einem Teil seiner geforderten ärztlichen Tätigkeit nicht nachkommt und sein angestrebtes Ziel letztlich oft nur durch Machteinsatz durchsetzen kann.¹¹ Denn ein therapeutischer Prozess, in welchem sich der Betroffene nicht nur gesamtlich einbringen, sondern darüber hinaus Krankheit, Therapie und mögliche Veränderungen von Verhaltensweisen in sein Leben integrieren muss, ist umfassender als jeder noch so gute medizintechnische Reparaturansatz.

Auch in diesem Zusammenhang darf einerseits darauf verwiesen werden, dass dieser wesentliche therapeutische Dienst keinesfalls nur bei Hilfesuchenden aus anderen Kulturkreisen ins Blickfeld geraten soll. Andererseits wird damit deutlich, dass dieser Dienst nicht gelingen kann, wenn nicht der Mensch individuell in seiner kulturgebundenen Werthaltung wahrgenommen wird, sondern gewissermaßen „statistisch“ einem anderen Kulturkreis zugehörig angesehen und daher einer ihn oftmals gar nicht betreffenden Stereotypisierung unterworfen wird. Vor der Versuchung, Menschen anderer Kulturkreise nach rezeptartigen Vorgaben zu betreuen und damit gerade der individuellen und wertgebundenen Persönlichkeit mit Sicherheit nicht gerecht zu werden, kann nicht oft genug gewarnt werden.¹²

Somit lassen sich diesbezüglich zwei unterschiedliche Problemkreise in der Arzt-Patient-Beziehung identifizieren: Zum einen jener, der darauf beruht, dass ganz grundsätzlich die Wertorientierung des Gegenübers nicht wahrgenommen wird, zum anderen die Tatsache, dass die Bedeutung von Vermutungen aufgrund des Aussehens oder Auftretens über- oder unterschätzt wird. Dies

mag auch daran liegen, dass die Arzt-Patient-Beziehung oft so strukturiert ist, dass kulturelle Aspekte kaum berührt werden¹³ oder einer konkreten individuellen Anstrengung bedürfen, damit ihnen – entgegen aller Sachzwänge und struktureller Vorgaben – dennoch zur Bedeutung verholfen wird.

Zusätzlich erschwert kann dies dadurch werden, dass als Folge mangelnden Wissens und oft auch nur mangels Einfühlungsvermögens Missverständnisse auf allen Sprachebenen entstehen.¹⁴

Sieht man von rein sprachgebundenen Verständigungsschwierigkeiten ab, lässt sich somit in einem ersten Zwischenschritt feststellen, dass zahlreiche Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patient häufiger auf der mangelnden Wahrnehmung der mitschwingenden Wertebene oder der bewusst einseitigen Fokussierung auf die Sachebene beruhen und damit jede – auch die eigene – kulturell geprägte Kommunikation erschweren.

Diesen grundlegenden Erwägungen folgend soll die Bedeutung der kulturgebundenen Wertorientierung anhand von vier Bereichen skizziert werden, nämlich der Wertanamnese, der Lebensqualität, des Informed Consent und des Kohärenzgedankens.

Wertanamnese

Soll das therapeutische Handeln dem Wohl des Patienten dienen und in Kenntnis der modernen Gegebenheiten deshalb auch mit seiner Selbstbestimmung kongruent sein, wird die Kenntnis der Wertorientierung *beider* Akteure im Rahmen einer echten therapeutischen Partnerschaft zu einer wesentlichen Grundbedingung.¹⁵

Solange dies in den Entscheidungs- und Aushandlungsprozessen nämlich nicht ausreichend reflektiert und berücksichtigt wird, stehen sich Arzt und Patient auch dann als „moral strangers“ gegenüber, wenn sie in gleichen kulturellen, ethnischen und moralischen Referenzbereichen leben.

Dementsprechend erscheint die Erhebung der Wertorientierung im Rahmen der Anamnese unverzichtbar. Ihre Erkenntnisse begleiten den weiteren therapeutischen Prozess, kulminieren im

Informed Consent und öffnen auch den Blick auf die Sicherung der Lebensqualität im posttherapeutischen Kontext.

Die Wertanamnese beginnt dabei mit einer Form des „In-die-Tiefe-Hörens“. Der Patient, der von seinen Beschwerden erzählt, präsentiert nämlich dabei zugleich auch eine mehrdimensionale Bewertung, die bei etwas Aufmerksamkeit zahlreiche Rückschlüsse auf sein Wertungsgefüge zulässt.¹⁶

Die anschließend explizit erhobenen zentralen Präferenzen des Patienten, die von ihm präsentierten biographischen Aspekte,¹⁷ seine – hoffentlich vom Arzt zugelassenen! – persönlichen Krankheitsdeutungen und Erklärungsmodelle als Interpretation seiner Krankheits-„Erzählung“ ergänzen das nun umfassende Bild über seine Wertungshierarchie, aus der heraus auch Erkenntnisse über seinen individuellen Entscheidungsstil gewonnen werden können.¹⁸

Das Gelingen der Wertanamnese bedarf allerdings eines Überdenkens der oftmals verwendeten Fragemodi.¹⁹ Da gewöhnlich Interesse daran besteht, in kürzester Zeit ein Maximum an Informationen gewinnen zu können, werden zumeist vorwiegend sogenannte „geschlossene Fragen“ gestellt, die dem Patienten zumeist nur Zustimmung oder Ablehnung erlauben. Aber erst „offene Fragen“ ermöglichen eine individuelle Sprach- und Erzählweise, aufgrund derer der Patient in eigenen Worten seine – wertgebundene – Sichtweise darlegen kann. Dabei lässt sich auf bereits bewährte Fragekonzepte wie etwa auf das *Ethnic-Mnemonic*-Konzept von Kobylarz zurückgreifen,²⁰ in denen auf jene Themen verwiesen wird, welche in anderen kulturellen Sphären oft eine größere Bedeutung besitzen als in unseren Breiten. Dabei werden etwa Krankheitsdeutungen innerhalb der Familie oder der Freunde hinterfragt,²¹ bisherige (Selbst-)Heilungsversuche oder die Inanspruchnahme anderer kulturspezifischer Heilkünste thematisiert, wodurch zusätzlich auch die Offenheit des Arztes gegenüber anderen, möglicherweise fremdartigen Vorgehensweisen unterstrichen

wird. Auch durch die Frage, in welcher Form sich der Patient eine konkrete Hilfe vom Arzt erwartet, wird ein Raum für die Preisgabe der Vorstellungen des Patienten eröffnet. Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, dass dies in manchen Kultursphären mitunter als Inkompetenz des Arztes gedeutet werden kann, weil dieser nicht gewissermaßen sofort eine pragmatische Diagnose und daraus abgeleitete Therapie empfiehlt.²² Die Frage nach der Zusammenarbeit im therapeutischen Prozess wiederum bringt die aus der Selbstbestimmung resultierende Mitverantwortung des Patienten ebenso zur Sprache wie jene nach Hilfsmöglichkeiten, etwa seitens der Familie, seitens der vielleicht bereits benannten „Heiler“ oder seitens der individuellen Gemeinschaft.²³ Spätestens anhand dieser Frage werden auch der Stellenwert und die Bedeutung der je eigenen Familienstruktur Aufmerksamkeit erlangen, sofern sie nicht bereits in den Erklärungsmodellen des Patienten und seiner Umgebung deutlich geworden ist. Dies kann eine erste Einschätzung erlauben, inwieweit der Patient bei zukünftigen Entscheidungen auch andere Personen in den Entwicklungsprozess oder als Mithelfer eingebunden wissen will.²⁴

Könnte im Rahmen der Wertanamnese bis zu diesem Augenblick eine Vertrauensbasis etabliert werden, lässt sich schließlich auch die Frage nach den spirituellen Ressourcen stellen, die, wie später gezeigt werden wird, auch für die Einschätzung der Lebensqualität bedeutsam ist. Dass diese Frage in unseren Breiten zweifellos mit einer höheren Hemmschwelle verbunden ist als beispielsweise in den USA, in der eine wesentlich freiere Selbstkundgabe der eigenen Glaubensüberzeugungen üblich ist, sollte dabei unbedingt berücksichtigt werden. Dennoch darf die Möglichkeit zur Frage nicht vorschnell zurückgestellt werden, denn die Kenntnis spiritueller Ressourcen kann wertvolle Zusatzinformationen bieten, die über die zentralen Werte hinaus auch eine Darstellung der individuellen „Freiheit im Glauben“ bieten kann. Dies ist insofern von Interesse, als damit auch eine häufige Ansicht kor-

rigiert werden könnte, wonach Religion und Kultur geradezu selbstverständlich als Ursache für Unfreiheit vermutet werden und – mitunter auch mangels eigenen religiösen Verständnisses – eine autonome Entscheidung grundsätzlich in Frage gestellt wird.²⁵ Hier mag es hilfreich sein zu bedenken, dass ja jeder Mensch individuell bedeutsame Handlungsentscheidungen aufgrund seiner wertbesetzten Überzeugungen zu treffen gewohnt ist, ohne dies bereits als Zwang verstanden wissen zu wollen.

Deshalb sind Wissen, Sensibilität und besonders Erfahrung notwendig, damit zwischen tiefen Glaubensüberzeugungen und vorwiegend sozial bedingter Einflussnahme unterschieden werden kann.

Lebensqualität

Während in der Wertanamnese die moralischen und kulturell bedingten Präferenzen des Patienten erhoben werden, stellen Lebensqualitätseinschätzungen gewissermaßen das darauf basierende Begleitinstrument dar, das während und nach den einzelnen Behandlungsschritten bis hin zu einer posttherapeutisch angestrebten Lebensqualität zur Anwendung gelangen soll.²⁶

Abgesehen davon, dass der Begriff nicht immer gänzlich reflektiert erscheint,²⁷ kann die mehrdimensionale Lebensqualitätseinschätzung zu den Grundfähigkeiten des Menschen gezählt werden.²⁸ In dieser scheint die Auffassung von „gutem Leben“ auf und zeigt eine Verbindung zum zentralen therapeutischen Begriff der „bedingten Gesundheit“.²⁹ Deshalb müssen im therapeutischen Beziehungsalltag Therapieziele und die Auswahl der zu ihrer Erlangung eingesetzten Mittel über eine bloße naturwissenschaftliche Folgenabschätzung und -bewertung hinausreichen und die wertgebundene Auseinandersetzung mit der „unter Belastungen maximal möglichen Selbstbestimmung“ mit einschließen.

Auch in dieser Hinsicht muss – analog – bekräftigt werden, dass es weniger darum geht, welche individuelle Wertorientierung in die je eigene Lebensqualitätseinschätzung einfließt, sondern

ob die Bewertung überhaupt als wesentlich für den individuellen therapeutischen Vorgang angesehen wird und ob aus der bisherigen Kommunikation wertanamnestische Kenntnisse vorliegen, die dem hermeneutischen Prozess dieser Einschätzung dienlich sind.

Die Lebensqualitätseinschätzung umfasst mehrere Kategorien,³⁰ die jeweils auch dem Einfluss der kulturgebundenen Werthaltung unterliegen. Dieser wird spürbar, wenn etwa in der *physischen Dimension* die eigene Körperwahrnehmung bewertet wird oder in der *psychischen* Lebensqualitätskategorie die Fragen nach der persönlichen Zufriedenheit oder nach dem individuellen „Glücksempfinden“ zu beantworten versucht wird. Von besonderer Bedeutung erscheint dabei jedoch die *soziale Dimension*, in welche unter anderem auch die individuellen Beziehungsqualitäten innerhalb des beruflichen und privaten Umfelds einfließen.³¹ Ebenso wertgebunden zeigt sich die vierte Dimension mit den *spirituellen* Aspekten der individuellen Lebensgestaltung. Mit oder ohne explizit wahrgenommenen Bezug zur Transzendenz verweist sie auf die Sinnfrage des Lebens und die daraus resultierende persönliche Standortbestimmung.³² Wenig überraschend geraten hier Themen von zentraler Bedeutung für jeden Menschen ins Blickfeld, die einerseits auf eine kulturelle Universalität des Lebensqualitätsbegriffs³³ verweisen, andererseits wertgebundene kulturelle Aspekte – mitunter mit je spezifischen Gewichtungen³⁴ – zeigen, die im Rahmen der therapeutischen Partnerschaft besprochen werden müssen. Zur Illustration soll je ein Bereich für jede Dimension aufgezeigt werden, der im Rahmen einer wertgebundenen Kommunikation unter Berücksichtigung kultureller Gegebenheiten behandelt werden muss.

Physisch: Schmerzleben

Neben der durch kulturelle Einflüsse sehr differenten individuellen „Körperwahrnehmung“, die ja bereits in der Wertanamnese erhoben worden sein sollte, stellt zweifellos der „Schmerz“ im kul-

turellen Kontext eine besondere Herausforderung dar.³⁵ Das Erleben und der Ausdruck von Schmerz, dessen sensorische Verarbeitungen und die sie begleitenden unterschiedlichen Aufmerksamkeitsprozesse unterliegen ebenso kulturellen Einflüssen wie die Verwendung kulturell geprägter Metaphern zur Darstellung. Sie reichen damit weit über bloß naturwissenschaftlich geprägte Schmerzmodelle hinaus. Einen besonderen Stellenwert nehmen dabei unterschiedliche Formen der Somatisierung³⁶ sowie verstärkte nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten bei fehlender muttersprachlicher Beschreibung der emotionalen Elemente des Schmerzes ein. Dieses Wissen erlaubt ein tieferes Verständnis für spezifische Formen der Schmerzbewältigung (religiös, willentlich, familiär, rational) und verhindern damit auch unsachliche Qualifizierungen von Schmerzäußerungen. Diese durch Kenntnis begründete Haltung ermöglicht erst eine kompetente Hilfe bei individuellen Bewältigungsversuchen, die nur aufgrund von kommunikativen Akten gelingen kann und sich keinesfalls in der bloßen Anwendung von noch so hilfreichen Schmerzskalen erschöpfen darf. Fehlendes Verständnis sowie mangelnde Kenntnis der kulturgebundenen Einflüsse tragen unter anderem auch zu den Phänomenen jahrelanger Krankheitskarrieren oder einem ebenfalls häufigen „doctor shopping“ bei.³⁷

An der Grenze zwischen physischer und psychischer Lebensqualitätsdimension findet sich des Weiteren das Phänomen, dass der Begriff „Schmerz“ oft als Chiffre für viele andere Leidenssituationen fungieren kann, deren Darstellung unter Umständen den kulturellen Gepflogenheiten widersprechen. Wird dies im Gespräch nicht deutlich herausgearbeitet und das vordergründige dargebotene Schmerzsymptom bloß pharmakologisch zu beherrschen versucht, führt dies auch zur „Medikalisierung sozialer Problemlagen“.³⁸

Psychische Dimension

Kulturgebundene Phänomene beeinflussen die psychische Dimension naturgemäß in beson-

derer Weise. Häufig bestehen zudem aufgrund von migrationsbedingten Erfahrungen beeinträchtigende Vorbelastungen. Dafür maßgeblich sind oft vorhergehende „Kumulierungen von notwendigen Anpassungsleistungen“,³⁹ welche besonders durch stressauslösende erhöhte Identitäts-, Trennungs- und Trauerarbeit ausgelöst werden können.⁴⁰ Im Sinne einer heilsamen Kommunikation kann es dabei jedoch mitunter dienlicher sein, wenn der Patient durch eine gezielte Gesprächsbegleitung zunächst eher seine Belastungen in den sozialen Bedingtheiten thematisiert und sich erst auf diese Weise selbst den Einschätzungen der psychischen Dimension annähert. Gerade bei alten Migranten sollte zudem mitbedacht werden, dass in vielen Lebenskonzepten über Jahrzehnte hinweg die Rückkehr in das Herkunftsland nach Beendigung der Arbeitstätigkeit einen Fixpunkt und auch Trost bei Ausgrenzungen und Benachteiligungen im Immigrationsland darstellte.⁴¹ Dies kann damit noch immer als „Mythos“ gelebt und die Identität damit leichter aufrechterhalten werden. Umgekehrt kann es aber auch dramatische Auswirkungen haben, wenn dieses Vorhaben aufgrund körperlicher oder aber auch finanzieller Defizite keineswegs mehr realisierbar erscheint.

Soziale Dimension

Es ist kaum überraschend, dass die in der sozialen Dimension der Lebensqualität geborgenen familiären Aspekte in vielen Kultursphären einen überdurchschnittlich großen Einfluss auf die Lebensqualitätseinschätzung ausüben können.⁴² Wie zahlreiche Untersuchungen zeigen, trifft dies auch unabhängig davon zu, welche Sozialbeziehungen der Patient als sein familiäres Umfeld bezeichnet.⁴³ Diese familiären Aspekte betreffen besonders die Stellung der kranken Person innerhalb der Familie, einschließlich der Frage nach generationsspezifischen Entfremdungen, etwa weil junge Menschen schneller an Gepflogenheiten der neuen Heimat adaptierten. Auch eventuell vorhergehende migrationsbedingte Trennungs-

phasen beeinflussen die familiäre Binnenstruktur gleichermaßen wie sozioökologische Faktoren, welchen die Familie als Ganzes innerhalb der Sozialstruktur des Ankunftslandes mit möglichen Ausgrenzungen oder ungünstigen Arbeits- und Wohnbedingungen ausgesetzt ist.⁴⁴ Ebenso können die häufig immer noch engen Kontakte zu weiteren Familienmitgliedern im Herkunftsland⁴⁵ die therapeutische Zusammenarbeit maßgeblich beeinflussen, wie auch diesbezüglich erlittene Defizite⁴⁶ die Lebensqualitätseinschätzung massiv negativ färben.

Spirituelle Dimension

Zweifellos stellt die Thematisierung der spirituellen Dimension sowohl im Gefüge der Medizin selbst als auch in einer konkreten Arzt-Patient-Beziehung den herausforderndsten Teil der individuellen Lebensqualitätseinschätzung dar. Versteht man unter dem in der Medizin noch nicht so lange gebräuchlichen Begriff Spiritualität⁴⁷ wesentliche Bereiche der „Sinnebene des Lebens“,⁴⁸ welche sowohl in der Identität als auch in konkreten Handlungen wahrgenommen werden können, wird einsichtig, dass es sich hier keineswegs um einen religionsgebundenen Begriff handelt, sondern vielmehr um ein Grundbedürfnis des Menschen,⁴⁹ sich selbst, sein Leben und die ihm wichtigen Werte in seiner persönlichen Geschichte dauerhaft zu verorten. Die spirituelle Dimension hat deshalb nicht nur eine große Bedeutung für das Erleben des Patienten, sondern insbesondere auch auf den Umgang mit seiner Krankheit (Coping) und der Sinngebung im Leiden, welche wiederum die lebensqualitätsgebundene Einordnung des Widerfahrens im Leben beeinflusst. Dabei muss bedacht werden, dass in dieser Dimension beispielsweise auch der Stellenwert und die Bedeutung von religiösen Heilern und Glaubenslehrern, von kulturell ausgeprägten Traditionen und individuellen Glaubensüberzeugungen zur Geltung kommen.

Selbstredend ist diese spirituelle Dimension von besonderer Bedeutung, wenn sich Fragen

eines ankündigenden Lebensendes ergeben, in denen auch die Vorstellungen von einem „guten Sterben“ anklingen. Letzteres ist umfassend in religiösen Weltanschauungen verankert⁵⁰ und hat wiederum Auswirkungen auf die unterschiedlichen Sterbekulturen. Kulturgebundene Sterbegepflogenheiten, erste Trauerrituale der Angehörigen und der spezifische Umgang mit den Verstorbenen haben Bezug zur spirituellen Dimension und können auch über die Heilsamkeit der Trauerarbeit entscheiden. Eine besondere Problematik kann in Analogie zum bereits genannten, aufgegebenen Traum von der möglichen Rückkehr ins Heimatland insbesondere das „Sterben in der Fremde“ darstellen.⁵¹

So einsichtig die Bedeutung der spirituellen Dimension in den letztgenannten Aspekten erscheinen mag, muss doch nochmals betont werden, dass sie grundsätzlich jedem therapeutischen Geschehnis innewohnen sollte. Die Erarbeitung ihrer Kenntnis darf daher auch dann nicht vernachlässigt werden, wenn – wie beschrieben – in der Wertanamnese selbst noch nicht der geeignete Moment dafür gefunden wurde.

Informed Consent

Dem westlich orientierten Verständnis von Selbstbestimmung entsprechend, das auch in den rechtlich normierten Zustimmungskonstrukten Eingang gefunden hat, wird die individuelle Zustimmung nach Aufklärung, der so genannte „Informed Consent“, als jene Form gesehen, welche einerseits den Patienten ausreichend in Therapieentscheidungen einbindet, andererseits dem Arzt erst ein gesetzeskonformes Handeln erlaubt.

Bei näherer Betrachtung erweist sich diese selbstverständliche Sichtweise jedoch keineswegs als universell gültig, sondern muss vielmehr auf Basis des jeweils soziokulturellen Kontexts betrachtet werden.⁵² Während in der westlichen Hemisphäre der Informed Consent nämlich als Nachweis der individuellen Autonomie angesehen wird, betrachtet man dies in anderen Kulturbereichen, in

denen kollektive Normen – religiöse wie politische – vor individuellen rangieren, als zu einseitig und favorisiert erweiterte Vorstellungen. Bei den familienorientierten Konzepten reicht dabei die Bandbreite von einem kooperativen „Family Consent“, in welchem eine familiäre Vermittlungspflicht bei einem Dissens zwischen Arzt und Patient festgeschrieben wird,⁵³ über Konstrukte, in welchen der Arzt mehr als Moderator der Entscheidungsfindung innerhalb der Familie fungiert⁵⁴ bis zu Auffassungen, welche den Arzt als Freund der Familie ansehen, der diese selbstverständlich in alle Gespräche und Entscheidungen einbezieht.⁵⁵

Deshalb muss davor gewarnt werden, dass bei Menschen, welche bislang gewohnt waren, ihre Entscheidungen nach diesen Vorstellungen zu treffen, ein Scheingegensatz konstruiert wird, in welchem die westliche Selbstbestimmungsauslegungen fortschrittlicher als gemeinschaftsorientierte Entscheidungen bewertet wird.⁵⁶ Denn aus anderem kulturellen Blickwinkel muss die Einbeziehung der Familie nicht Entmündigung bedeuten. Es kann sogar Ausdruck der freien Erwartung des Patienten sein, dass beispielsweise innerhalb eines „Family Consent“ die Entscheidung getroffen wird, wobei es gerade Ausdruck seiner Selbstbestimmung ist, wenn er definieren kann, wodurch sich seine Familie konstituiert und welche (wandelnde) Bedeutung der unterschiedlichen Familienformen er konkret beimisst!

Wesentlich erscheint daher, dass der Patient jeweils *frei entscheiden kann*, inwieweit er für seine Beschlussfähigkeit abseits der je eigenen gedanklichen Leistung der Interaktion mit anderen Vertrauten bedarf, - eine Haltung, der übrigens auch in unseren Breiten, etwa bei langjährig zusammenlebenden Ehepaaren - durchaus gebräuchlich ist.⁵⁷

Es wäre fatal und im therapeutischen Prozess massiv hinderlich, würde dieser „social support“ grundsätzlich als abträglich angesehen und bloß normativ auf einem rein individuell verstandenen „Informed Consent“ beharrt werden, was sogar zum Abbruch der Kommunikation und zur dau-

erhaften Beschädigung der therapeutischen Beziehung führen kann!⁵⁸

Es stellt aus Sicht des Autors zudem kein juristisches Problem dar, wenn aus sozialen Gründen über den Individualkonsens hinaus ein familiäres „Shared Decisionmaking“ eingebunden wird, sofern keine begründeten Zeichen für eine Beeinträchtigung der individuellen Autonomie gefunden werden können.⁵⁹ Damit kann das Spannungsfeld des Gegensatzes „Familien- versus Patientenautonomie“ im Sinne einer „Patientenautonomie in und mit der Familie“ aufgelöst werden.

Da ein bestehenbleibendes Spannungsfeld in diesem Bereich mit Blick auf die soziale Dimension ebenfalls deutliche Beeinträchtigungen der Lebensqualität nach sich ziehen kann, erweist sich die interkulturell orientierte Kommunikation rund um die Zustimmungsprozesse als wahrhaft therapeutischer, ja mitunter direkt heilsamer Beitrag.

Kohärenz

Die Interkulturelle Kompetenz im therapeutischen Kontext zeigt sich somit vorwiegend in den dabei angewendeten auf Werthaltungen basierenden kommunikativen Verhaltensweisen.⁶⁰ Diese erfordern die grundsätzliche Bereitschaft, Kulturkonflikte wahrzunehmen und den Patienten nicht zu einer bedingungslosen Anpassung an eine rein naturwissenschaftliche Logik der Medizin zu zwingen. Erst wenn beide sich gegenseitig auch auf Basis der Wertorientierung begreifen lernen, kann die Mitbestimmung zum Leitgedanken der Arzt-Patient-Beziehung avancieren.

Diese spezifische Auslegung des Kohärenzbegriffs durch Kropiunigg, dem hier in seiner Darstellung, Begründung, Entfaltung und Wirkung gefolgt wird,⁶¹ beschreibt damit die „Umsetzung wechselseitig zu erwartender Handlungen, deren Sinnhaftigkeit den Beteiligten aus ihrem kulturellen Vorwissen unmittelbar einsichtig“⁶² wird, - eine zweifellos ebenso anspruchsvolle wie interessante Perspektive der partnerschaftlichen Kommunikation. Die gemeinsame kommunikative

Leistung besteht dabei nicht nur in der Kenntnis der „fremden Lebenswelt“ und ihrer Wertorientierung, somit eben der „Subjektiven Wirklichkeit des Patienten“,⁶³ sondern auch im Bemühen, dass alles Fremde und Unbekannte, das zunächst eine Inkohärenz erzeugt, im Diskurs so einsichtig wird, dass es in den gemeinsamen Aushandlungsprozess einbezogen werden kann.

Dieser Kohärenzprozess stellt an sich dabei keineswegs eine Neuheit in der Arzt-Patient-Kommunikation dar, der erst mit der Behandlung von Patienten aus anderen kulturellen Sphären Bedeutung erlangt hat. Dies illustrieren Aushandlungsprozesse bei speziellen religiösen Vorschriften aber auch aufgrund von Wissen, das aus dem Internet präsentiert wird, bei medizinisch unterschiedlichen – etwa naturwissenschaftlichen versus ganzheitlichen – Sichtweisen oder den spirituellen Bedürfnissen westlich sozialisierter Patienten.

Die empathische Hereinnahme fremder Vorstellungen in die therapeutische Beziehung ist also grundsätzlich erforderlich und von religiösen und kulturellen Hintergründen unabhängig. Denn die Zufriedenheit des Patienten wird weniger von der ethnischen Zugehörigkeit beeinflusst, sondern davon, ob seine je eigenen Krankheitsvorstellungen wahr- und ernstgenommen werden.

Mithin könnte Kohärenz auch dadurch charakterisiert werden, dass eine Harmonisierung der ethnischen und religiösen Normen mit jenen der Medizin und den „medizinischen Ritualen“ angestrebt wird, ja im Idealfall eine Übereinstimmung erzielt werden kann. Ausgangspunkt dafür könnte die von Gadamer für jeden echten Dialog geforderte Haltung darstellen, wonach „der Andere Recht haben könnte“.⁶⁴

Im Sinne der durch Kohärenz geprägten Kommunikation wird dabei die kulturell-wertgebundenen Haltung des Gegenübers nicht deshalb respektiert, weil sie als richtig erkannt wäre, sondern vielmehr, weil sie zunächst einmal grundsätzlich in den Gesprächsprozess einbezogen werden muss. Dies fördert die Bereitschaft, fremde

Vorstellungen offen zu reflektieren und keineswegs eigene Überzeugungen einer falsch verstandenen Multikulturalität zu opfern.

Conclusio

Interkulturelle Kommunikation lässt sich damit als eine durch den Einfluss unterschiedlicher kultureller Werthaltungen prononcierte Ausformung einer an sich schon vielschichtigen Gesprächsstruktur innerhalb einer guten Arzt-Patient-Beziehung beschreiben. Die darin aufscheinende kulturelle Sensibilität und Aufgeschlossenheit, die Bereitschaft, sich Neuem und Unbekanntem zu öffnen sind Teil einer Kompetenz, welche die Bedeutung der Wahrnehmung des Wertesystems einschließlich der aus der Krankheit und der sozialen Situation erwachsenen Veränderungen, etwaige dadurch verursachte Lernvorgänge und persönliche Entwicklungen bewusst bejaht.

Ausdruck dafür ist die Bereitwilligkeit, auch andere bedeutsame Beziehungsfaktoren wie das Geschlecht, das Alter, die Gesinnung oder den sozialen Hintergrund im therapeutischen Geschehnis zu begreifen und empathisch zu berücksichtigen.⁶⁵

Somit kann die Fähigkeit zur interkulturellen Kommunikation – nicht zuletzt im Hinblick auf die auf der Selbstbestimmung beruhende „bedingte Gesundheit“ als eine zentrale und unverzichtbare ärztliche Kompetenz im Rahmen der therapeutischen Partnerschaft angesehen werden.

Referenzen

- 1 Geschlechtsspezifische Termini sind aus Gründen der leichteren Lesbarkeit nur einfach angeführt. Das jeweils andere Geschlecht ist dabei gemäß EU-Gleichbehandlungsrichtlinie 2004/113/EG selbstverständlich mitgemeint.
- 2 vgl. Lalouschek J., „Irgendwie hat man ja doch bißl Angst.“, in: Löning P., Rehbein J., *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*, de Gruyter, Berlin, New York (1993), S. 177- 90, hier S. 178
- 3 Uexküll T. von, spricht in diesem Zusammenhang von der eigentliche „Wirklichkeit der Medizin“: Uex-

- küll T. von, *Körper-Sein, Körper-Haben - Der Hintergrund des Dualismus in der Medizin*, Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie (2001); 51: 128-133, hier: 133
- 4 Pachter L., *Culture and clinical care: Folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery*, Journal of the American Medical Association (1994); 271(9): 690-694, hier S. 690
 - 5 vgl. Svenaeus F., *Hermeneutics of Medicine in the Wake of Gadamer: the Issue of Phronesis*, Theoretical Medicine and Bioethics (2003); 24(5): 407-431, hier: 426
 - 6 Man denke allein an die unterschiedlichen Werthaltungen und die darauf basierenden Sprachstrukturen und des unterschiedlichen Krankheitserlebens in den letzten Generationen der eigenen Gesellschaft - von der Kriegs- über die Nachkriegsgeneration, von der Aufbaugeneration bis zur „Generation Y“
 - 7 vgl. Kleinman A., Benson P., *Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it*, Plos Medicine (2006); 3(10): 1673-1676
 - 8 vgl. Schmacke N., *Migration und Gesundheit: Ist Ausgrenzung unvermeidbar?*, Gesundheitswesen (2002); 64: 554-559, hier: 558
 - 9 vgl. Kutalek R., *Kulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit: Medizinanthropologische Ansätze*, in: Peintinger M. (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Facultas, Wien (2011), S. 23-39
 - 10 näher: Hunstorfer K., *Kulturelle und ethnische Aspekte der naturwissenschaftlichen Behandlungsindikation*, in: Peintinger M. (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Facultas, Wien (2011), S. 63-75
 - 11 vgl. Peintinger M., *Macht in der Medizin aus ärztlicher Sicht*, in: Anselm R., Inthorn J., Kaelin L., Körtner U., *Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen*, Edition Ethik, Band: 12, Edition Ruprecht, Göttingen (2013), S. 97-128; Anselm R., Inthorn J., Kaelin L., Körtner U., *Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen*, Edition Ethik, Band: 12, Edition Ruprecht, Göttingen (2013)
 - 12 vgl. Kutalek R., siehe Ref. 9
 - 13 vgl. Hunstorfer K., siehe Ref. 10
 - 14 vgl. Menz F., *Ärztliche Gespräche mit PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen*, in: Peintinger M. (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Facultas, Wien (2011), S. 225-237
 - 15 vgl. dazu auch O'Neills Kritik an der „minimalistischen Interpretation“ individueller Autonomie: O'Neill O., *Autonomy and trust in bioethics*, Cambridge University Press, New York (2002); vgl. Peintinger M., *Therapeutische Partnerschaft. Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung*, Springer, Wien (2003)
 - 16 vgl. Peintinger M., *Von der Wertanamnese zur Selbstbestimmung – Grundbedingungen für eine individuelle therapeutische Beziehung*, in: Peintinger M. (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Facultas, Wien (2011), S. 75-89
 - 17 „Der Arzt muss diese Biographie kennen, ein Bereich, der in der heutigen Praxis stark vernachlässigt wird.“, Huseboe S., Klaschik E., *Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie. Ethik u. Kommunikation*, Springer, Bern (1998), S. 111
 - 18 Illhardt spricht in diesem Zusammenhang von elf Wertorientierungen, die wichtige Differenzen aufzeigen: Illhardt F., *Einverständnis und Kultur: Anmerkungen zu einem neuen Problem der Medizin*, Ethik Med (1998); 10: 26-39, hier: 33
 - 19 „Bei kultureller Kompetenz geht es nicht nur um das Aneignen von Wissen über Gesundheitsverhalten oder Krankheitstheorien religiöser oder ethnischer Gruppen. Es geht in erster Linie darum, die richtigen Fragen zu stellen.“, Frankenberg R., *Learning from AIDS: The future of anthropology*, in: Weaver T. (ed.), *The dynamics of applied anthropology in the twentieth century: The Malinowski Award papers*, Society for Applied Anthropology, Oklahoma City (2002), S. 327-345
 - 20 Kobylarz F. et al., *The Ethnics Mnemonic: A Clinical Tool for Ethnogeriatric Education*, J Am Geriatr Soc (2002); 50: 1582-1589. ETHNICS steht für Explanation-Treatment-Healers-Negotiate-Intervention-Collaborate-Spirituality. Vgl. Kleinman A., Benson P., siehe Ref. 7
 - 21 Nach Bichmann scheint die transnationale „soziale Dimension“ auch nach Migration beibehalten zu werden und es wird die traditionelle Selbsthilfestruktur des sozialen Netzwerks der Herkunftsregion über Distanzen hinweg gepflegt und benützt: Bichmann W., *Medizinische Systeme Afrikas*, in: Pfeleiderer B., Greifeld K., Bichmann W., *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*, Dietrich Reimer, Berlin (1995) S. 33-65, hier S. 42; Pfeleiderer B., Greifeld K., Bichmann W., *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*, Dietrich Reimer, Berlin (1995) S. 33-65
 - 22 vgl. Eichler K., *Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen*, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (2008), S. 275
 - 23 Nach Untersuchungen von Eichler greifen „Migranten selbstbewusst und intensiv, ... aber auch verantwortungsbewusst“ auf ihr gewohntes Laiengesundheits-

- system zurück, das sie als Vorstufe zur Inanspruchnahme der professionellen Hilfe ansehen. Eichler K., ebd., S. 283
- 24 vgl. insbesondere Braune F., *Informed Consent im kulturbedingten Spannungsfeld*, in: Peintinger M. (Hrsg.) *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Facultas, Wien (2011), S. 189-203
- 25 vgl. Heller B., *Sterbekulturen. Die Bedeutung unterschiedlicher kultureller und religiöser Auffassungen für die palliative Betreuung und das Palliativ-Management in den Allgemeinordinationen*, in: Peintinger M. (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Facultas, Wien (2011), S. 303-317
- 26 Peintinger M., *Lebensqualität als Element partnerschaftlicher Entscheidungen*, in: Peintinger M. (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Facultas, Wien (2011), S. 145-159
- 27 näher dazu Peintinger M., *Ethische Grundfragen in der Medizin*, Facultas, Wien (2008), S. 115 ff.
- 28 Nussbaum M., *Gerechtigkeit oder das gute Leben*, Suhrkamp, Frankfurt (1999)
- 29 vgl. dazu Peintinger M., siehe Ref. 27
- 30 Über die Problematik der Reduktion auf leicht Messbares, nicht zuletzt auch im Hinblick auf die individuelle statistische Verwendung und als Parameter für ökonomische Entscheidungen siehe Peintinger M., siehe Ref. 27, S. 115 ff.
- 31 Die Berufswelt muss dabei äußerst individuell angesehen werden: So sind beispielsweise auch Kinder in ihrer Berufswelt tätig, welche sich zumeist mit dem Schulbesuch und den damit verbundenen Arbeiten deckt. Ebenso können viele Pensionisten und alte Menschen, welche nicht mehr „offiziell“ einer Erwerbstätigkeit nachgehen, viele ihrer freiwillig übernommenen Aufgaben geradezu als berufliche Verpflichtungen erleben.
- 32 Dazu auch: Peintinger M., *Glaube, Hoffnung, Schmerz*, in: Bernatzky G. et al., *Nichtmedikamentöse Schmerztherapie*, Springer, Wien (2007), S. 31-50
- 33 „Unabhängig von nationalen Ursprüngen und aktuellen Lebensbedingungen könnte es für Menschen wichtig sein, sich psychisch wohl zu fühlen, körperlich fit, sozial integriert und funktional kompetent zu sein“, Bullinger M., *Trends in der internationalen Lebensqualitätsforschung*, in: Petermann F. (Hrsg.), *Lebensqualität und chronische Krankheit*, Dustri-Verlag, München, S. 5-28 (hier: S. 6); Schmoll H. J., Höffgen K., Possinger K., *Kompendium Internistischer Onkologie*, Springer, Berlin (1996)
- 34 vgl. die Untersuchungen von Bullinger M. et al., *Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA project approach*, *Journal of Clinical Epidemiology*, 51:11, (1998) 913-923
- 35 vgl. Aigner M., *Schmerz im kulturellen Kontext*, in: Peintinger M. (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Facultas, Wien (2011), S. 159-173
- 36 vgl. Basibüyük A., *Migrantinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen in Österreich*, in: Peintinger M. (Hrsg.) *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Facultas, Wien (2011), S. 173-189
- 37 vgl. Basibüyük A., ebd.
- 38 Basibüyük A., siehe Ref. 36
- 39 Hornung R., *Prävention und Gesundheitsförderung bei Migrantinnen*, in: Hurrelmann K., Klotz T., Haisch J. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, Hans Huber, Bern (2004), S. 329-337, hier S. 330, zit. in: Eichler K., siehe Ref. 22, S. 18 f.
- 40 Kürsat-Ahlers E., *Migration als psychischer Prozess*, in: Borde T., David M., Kentenich H., *Migration – Frauen-Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*, Mabuse, Frankfurt (2000), S. 45-56, hier S. 46 ff.
- 41 vgl. Prinz A. et al., *Der alte Mensch im unterschiedlichen kulturellen Kontext*, in: Peintinger M. (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Facultas, Wien (2011), S. 263-271
- 42 vgl. Golsabahi S., *Klinik - Ort der Begegnung : Arzt-(fremder)-Patient-Beziehung*, Schriftenreihe zur transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Lit, Berlin (2009), S. 16
- 43 vgl. dazu Golombok/Badger: „the quality of family relationships matters more than the way in which a family is formed.“ (Golombok S., Badger S., *Children raised in mother-headed families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood*, *Human Reproduction* (2010); 25: 150ff (156) in: Bernat E., *Anmerkung zu „Verbot künstlicher Insemination in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft verfassungswidrig?“*; RdM (2013), 2013/74, 117 f. (hier: 118) und RdM (2013), 2013/75, 3. Juni 2013, 117 f. (hier: 118); Bernat E., *Anmerkung zu „Verbot künstlicher Insemination in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft verfassungswidrig?“*; RdM (2013), 2013/74, 113-118
- 44 Geiger I., *Interkulturelle Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden für den öffentlichen Gesundheitsdienst zum Aufbau des Handlungsfeldes Migration*, LögD Praxishefte, Band 3, Bielefeld (2000), S. 27
- 45 vgl. die Studie über die „Wochenbeterfahrung chinesischer Migrantinnen in Berliner Krankenhäusern“ (Wolf A., *Gesundheit, Erkrankung und Heilung kulturell verstehen. Medizinethnologische Konzepte im Kontext von Migrationsprozessen*, in: Trummer-Karl U., Pammer C.

- (Hrsg.), *Migration, Kultur und Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen*, Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, Inst. F. Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Univ. Linz (2010), S. 33-56, hier S. 44)
- 46 Als Mythos erweist sich gemäß dieser Daten der „großfamiliäre Zusammenhalt“. Viele Frauen bzw. Familien haben keine Familienmitglieder in Wohnortnähe: vgl. dazu Kutalek R., siehe Ref. 9
- 47 Schaupp W., *Spiritualität als wesentliches Element in der Arzt-Patient-Beziehung mit unterschiedlichen kulturellen Werthaltungen?*, in: Peintinger M. (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Facultas, Wien (2011), S. 89-103
- 48 Tugendhat E., *Spiritualität, Religion und Mystik*, in: Leutwyler S., Nägeli M., *Spiritualität und Wissenschaft*, vdf Hochschulverlag, Zürich (2005), S. 95-106
- 49 „Spiritualität offenbar ein Grundbedürfnis sehr vieler Menschen, an welchen Punkten ihres Lebens auch immer“ (Schwings R., *Geleitwort*, in: Leutwyler S., Nägeli N., *Spiritualität und Wissenschaft*, vdf Hochschulverlag, Zürich, (2005), S. 9-11, hier S. 9)
- 50 Heller B., siehe Ref. 25
- 51 Pils K., *Sterben in der Fremde – Ambulante Betreuung von PalliativpatientInnen mit Migrationshintergrund*, in: Peintinger M. (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Facultas, Wien (2011), S. 317-329
- 52 vgl. Braune F., siehe Ref. 24, von dem auch die folgenden Beispiele stammen.; vgl. auch Friele M., *Sowohl als auch? Zur Koppelung des Informed Consent und des Community Consent Prinzips in kulturübergreifenden klinischen Forschungsvorhaben*, *Ethik Med* (2012); 24: 313-322
- 53 z. B. Beijing
- 54 z. B. Hong Kong
- 55 z. B. Taiwan
- 56 „Autonom ist nicht nur der Mitteleuropäer, sondern auch das Mitglied einer eher gemeinschaftsorientierten Kulturgruppe, also der, der weniger in der Ich-Form, sondern mehr in der Wir-Form denkt ... Das Problem ist mithin das Maß an Individualität, nicht das Maß an Autonomie“, Illhardt F., siehe Ref. 18, S. 34
- 57 Schuth W., *Subjektive Ätiologievorstellungen gynäkologischer Patientinnen und ihr Schicksal in der Arzt-Patienten-Beziehung*, in: Frick-Bruder V., Kentenich H. (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe*, Psycho-sozial-Verlag, Gießen (1995), S. 137-142
- 58 vgl. Braune F., siehe Ref. 24
- 59 Auch in unserem Kulturbereich lässt sich diese sozialverträgliche Vorgehensweise anhand von Beispielen belegen. So ist die Unterschrift des mündigen Minderjährigen oft allein selbstverständlich rechtsgültig. Aus Beziehungsgründen wird jedoch nichts dagegen sprechen, bei Zustimmung des Minderjährigen auch den begleitenden Elternteil, der über die Rechtslage vielleicht nicht so informiert ist, und es daher so wie bisher seine Zustimmung als Selbstverständlichkeit ansieht, nicht von einer grundsätzlichen Einbindung ausschließen und in der Folge auch einer – erwarteten – zusätzlichen Unterschriftsleistung akzeptieren!
- 60 vgl. Menz F., siehe Ref. 14
- 61 Kropiunigg U., *Medizin, Integration und Kohärenz im interkulturellen Kontext*, in: Peintinger M. (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Facultas, Wien (2011), S. 39-63
- 62 Kropiunigg U., ebd.
- 63 1981 Titel der Antrittsvorlesung Erwin Ringels in Wien zur Berufung auf den Wr. Lehrstuhl für Med. Psychologie, vgl. Kropiunigg U., siehe Ref. 61
- 64 Gadamer H., *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, Mohr Siebeck, Tübingen (1975)
- 65 vgl. Kutalek R., siehe Ref. 9

Martina Hess, Regina Hummer

Schlechte Nachrichten überbringen: Wie sag ich es dem Patienten?

Conveying Bad News: How Do I Tell the Patient?

Mediziner sollen heilen und helfen. Sie sollen ihr Fachgebiet gut beherrschen und auf dem neuesten Stand der Forschung sein. Aber oft müssen sie Gespräche führen, wo es weder ums Heilen noch um eine fachliche Kompetenz geht, sondern darum, einem Patienten eine tragische Diagnose mitzuteilen.

Keinem fällt das leicht. Wie viel Wahrheit ist dem Patienten zumutbar? Soll ein Arzt gleich alles sagen oder lieber nach und nach? Soll er sachlich bleiben, oder darf er Emotionen zeigen? Und was braucht ein Patient in einer solchen Situation? Und was braucht der Arzt? Wohin geht er mit seinen Tränen und Ängsten?

1. Warum ist so ein Gespräch überhaupt schwierig für einen Arzt?

Kommunikation empfinden wir als schwierig bei Gesprächen, in denen wir Inhalte vermitteln müssen, die unseren eigenen Wünschen und Werten entgegenstehen und bei Gesprächen, über deren optimale Führung wir im Sinne der Gesprächstechnik zu wenig Wissen haben.

Für viele stehen bei der Wahl des Berufes in der Medizin Werte wie Helfen, Heilen, Fürsorge, andere glücklich zu machen, Zuhören, fachliche Kompetenz, vielleicht auch: mit moderner Wissenschaft Neuerungen schaffen, Bahnbrechendes für die Gesellschaft leisten u. ä.

Wenn einem Patienten mitgeteilt werden muss, dass er an einem Karzinom erkrankt ist, kann der Mediziner nur mehr wenige dieser Ideale leben. Auf den ersten Blick scheinen zu helfen, andere glücklich zu machen u. a. völlig ausgeschlossen.

Das Gefühl, gegen die eigenen Wünsche oder Werte handeln zu müssen, kann dazu führen, dass

sich der Arzt am Endpunkt seiner Rolle als Helfer und womöglich sogar als eigentlicher Verursacher der Trauer fühlt. Gleichzeitig ist er der Gefühlsansteckung ausgesetzt, spürt oft selbst große Trauer und muss *mit*-leiden. Dazu kommt, dass der Arzt häufig unter akutem Zeit- und Handlungsdruck steht, wenn rasche Entscheidungen getroffen werden müssen. Gleichzeitig wächst dabei die Angst davor, dass Patient oder Angehörige aggressiv werden könnten. Und schließlich wird die Herausforderung in einem solchen schwierigen Gespräch noch durch die Furcht des Arztes vor der eigenen medizinisch-fachlichen Unvollkommenheit und die Angst vor Schadenersatz-Klagen gesteigert.

In Hinblick auf Schulung und Ausbildung zu einer hilfreichen Gesprächsführung für diese schwierigen Situationen lässt sich beobachten, dass medizinisches Personal oft nur schwer Zugang zu mehr Wissen und Training über Gesprächstechniken bekommt. Diese mangelnde Sicherheit in der Gesprächsführung erhöht das Unbehagen in dieser ohnehin schon schwierigen Situation.

Was kann unter diesen Umständen (z. B. Diagnose „Tödliche Erkrankung“) überhaupt „gut“ sein? Worin kann das Gesprächsziel des Arztes bestehen? Wie kann er dies im Gespräch erreichen?

Die üblichen Ziele in Arzt-Patienten-Gesprächen lassen sich auf schwierige Diagnosegespräche kaum anwenden: Die Idee, dass ein Patient nach einem Gespräch mit dem Arzt zufrieden ist, ihm Sorgen abgenommen werden, er sich sicher fühlt oder alles sachlich bleibt, kann in dieser Art von Gespräch nicht verwirklicht werden. Häufig ist das Gesprächsziel völlig unklar, dieser Umstand löst beim Arzt große Irritation aus.

Das Gefühl der Hilflosigkeit taucht beim Arzt dann ganz massiv auf, wenn er nicht weiß, wie er noch helfen kann, wenn er glaubt, dass nicht mehr zu helfen ist. Und tatsächlich: Niemand kann den Schmerz und die Trauer von Patienten und Angehörigen heilen. Niemand kann die Last abnehmen, die Patienten und Angehörige zu tragen haben. Hilfeversuche auf dieser Ebene führen zum Gefühl als Helfer hilflos und in weiterer Folge auch schuldig zu sein.¹

Entscheidend ist, dass der Arzt sich darüber im Klaren wird, dass „helfen“ an dieser Stelle einen anderen Fokus bekommt: es geht nun nicht mehr darum, heilen zu können und Hoffnung auf Gesundheit zu machen, sondern um Hilfe, die dazu beiträgt, die emotionale Situation des Patienten zu stabilisieren, zu wissen und zu begleiten, was im Patienten vor sich geht und diesem zu helfen, diese Phasen von Schock und Trauer zu durchleben.

Als Arzt möchte man in einem solchen Gespräch gerne Hoffnung geben. Hoffnung auf eine Verlängerung der Lebenserwartung gibt es aber möglicherweise nicht. Es gilt die Hoffnung zu stärken, die Integrität der Person und ihre Integration in die Gemeinschaft aufrechtzuerhalten. Das Ziel ist, die Angst zu mindern, dass der psychische oder soziale Tod womöglich dem körperlichen zuvorkommt.²

Um sich dem Patienten, seinen Gefühlen, seinen Fragen und seinem psychodynamischen Prozess mit voller Aufmerksamkeit widmen zu können, ist es wichtig, über die Phasen, die ein Patient nach der Mitteilung einer schwerwiegenden Diagnose durchmacht, Bescheid zu wissen. Diese Orientierung im Gespräch verleiht dem Arzt Sicherheit in der Gesprächsführung und hilft ihm, aus seiner Funktion und Rolle als Arzt zu agieren.

2. Was geht im Patienten vor, wenn eine schwerwiegende Diagnose mitgeteilt wird?

Patienten und Angehörige in traumatischen Situationen befinden sich in einem psychischen Ausnahmezustand, der ihre gesamte Wahrneh-

mung verändert.³ Wenn ein Patient eine schockierende Nachricht erhält, hört, sieht und verarbeitet er Informationen auf vollkommen andere Art und Weise als in sonst gewohnten Situationen.

Normalerweise sind Menschen in der Lage, sich auch bei Schwierigkeiten verschiedene Möglichkeiten zur Lösung vorstellen zu können. Dadurch bleiben sie auch handlungsfähig.

Bei einer Traumatisierung (Verlust, Verlust der Gesundheit, Gewalt etc.) wird die innere Welt jedoch zu einer Gefahrenzone, die Zukunft wird einzig als Bedrohung erlebt, Lösungsmöglichkeiten können nicht entworfen werden. Ein Verunfallter mit Diagnose „Querschnittslähmung“ hat anfangs keine Idee davon, wie ein Leben im Rollstuhl möglich ist, die Mutter eines Kindes mit Behinderung hat zuerst keine Vorstellung davon, wie das Leben mit diesem Kind bewältigbar ist.

Als besonders hilfreich für das Verstehen der gefühlsmäßigen Abläufe im Patienten hat sich das 5-Phasenmodell von Roswita Königswieser⁴ erwiesen. Gerade wenn es um den Verlust der eigenen Gesundheit oder der Gesundheit von nahen Angehörigen geht, handelt es sich um ein traumatisches Ereignis, das von der menschlichen Psyche langsam und in Phasen bewältigt bzw. integriert werden muss. Die Phasen werden oft nicht eine nach der anderen durchlaufen, sondern kehren immer wieder, um einen weiteren Teil des Traumas zu bewältigen. Im Folgenden soll das Modell über die Auswirkung schockierender Nachrichten in seinen einzelnen Phasen kurz erläutert werden.

Erste Phase: Schock

Unmittelbar nach einem katastrophalen Ereignis können Orientierungslosigkeit, Fassungslosigkeit, starke Erregung oder Erstarrung auftreten. Nach Königswieser ist ein lähmender Schockzustand nur von kurzer Dauer, kann aber als eine Art Schnellhilfe des Organismus angesehen werden, der die Wucht der Katastrophe verringert. Wenn wesentliche Faktoren der Selbstdefinition eines Menschen wegfallen, ist er fassungslos, im wahr-

ten Sinne des Wortes: Es fehlen die gewohnte Fassung, der Rahmen, die Fixpunkte.

Zweite Phase: Hoffnung auf Rückgängigmachen (Verleugnung)

Hier entsteht eine irrationale Hoffnung darauf, dass alles nicht wahr ist, eine Verwechslung vorliegt oder ein schlechter Scherz gemacht wird. Patienten schütteln den Kopf, glauben falsch gehört zu haben, zeigen abweisende Bewegungen und sagen „Das gibt’s doch nicht!“ o. ä.

Dieser Abwehrmechanismus schützt den Organismus vor permanenter Belastung und Angst, kann jedoch bedrohlich werden, wenn diese vermeintliche Hoffnung in extrem belastenden Situationen so stark wird, dass der Bezug zur Realität verzerrt wird und vom Patienten eine Scheinwirklichkeit aufgebaut wird.

Dritte Phase: Aggression

Die ständig wechselnden Gefühlszustände zwischen Hoffnung und Verzweiflung und die immer klarere Konfrontation mit der Realität verursachen den Wunsch, sich dagegen aufzulehnen. Dies geschieht in Form von Aggression, um sich gegen die Bedrohung lebenswichtiger Interessen zu wehren. Ziel der Aggression ist meist nicht nur der Verursacher des Leids, sofern es einen solchen gibt. Die Wut kann auch andere Objekte oder Personen, insbesondere den Arzt, treffen.

Königswieser zufolge sind aggressive Reaktionen aber nicht sinnlos. Sie helfen, große Energien abzuladen, wodurch die Situation leichter zu verkraften ist. Ein Verdrängen oder Unterdrücken der Aggression könnte eher zu tiefen Depressionen und psychosomatischen Reaktionen führen, die den Trauerprozess insgesamt verzögern.

Vierte Phase: Depression

Die Bewusstheit darüber, dass die belastende Situation auch durch aggressives Verhalten nicht zu verändern ist, führt zum Auftreten depressiver Störungen. Diese Phase ist von Antriebslosigkeit,

Minderwertigkeitsgefühl und eigenen Schuldgefühlen geprägt. Die Aggression nach außen verwandelt sich in eine Aggression nach innen („Ich habe es nicht anders verdient“; „Ich bin selbst schuld, wenn ich besser aufgepasst hätte, wäre es nicht passiert“...).

Fünfte Phase: Trauerarbeit

Langsam beginnt ein Verarbeitungsprozess, in dem im Patienten oder Angehörigen eine neue Identität entsteht: ein anderes Leben als jenes vor dem traumatischen Ereignis, keines, in dem das Trauma verdrängt und vergessen wird, sondern eines, in dem eine Aussöhnung mit der Realität und mit sich selbst gelingt und das tragische Ereignis in eine neue Identität integriert wird. Der Gelähmte erkennt für sich, dass das Leben auch im Rollstuhl lebenswert ist. Die Eltern des verstorbenen, krebserkrankten Kindes können als ersten Gedanken die tiefe, bewusste Beziehung zu ihrem Kind während der Zeit der Erkrankung aufrufen.

Bei erfolgloser Trauerarbeit gelingt es dagegen nicht, aus der Depression und der Abkapselung von der Umwelt auszubrechen.

3. Gesprächsstrategien

Herz – Hirn – Strategie

Jedes Gespräch findet gleichzeitig auf zwei Ebenen statt: der sachlichen Inhaltsebene (Hirn) und der gefühlsbezogenen Beziehungsebene (Herz). Gerade in einem schwierigen Gespräch mit Patienten ist es von erheblicher Bedeutung, ganz bewusst beide Ebenen zu berücksichtigen und als gesprächsführender Arzt aktiv die Ebenen abwechselnd anzusprechen.

Menschen sind grundsätzlich nur auf der Kommunikationsebene erreichbar, auf der sie sich gerade selbst befinden. Ein betroffener Patient ist sehr emotionell, traurig, enttäuscht, verzweifelt und wenig in der Lage, detaillierte Sachinformation aufzunehmen. Für die Gesprächsstrategie des Arztes bedeutet dies, dass sachliche

Informationen erst einmal in einfacher Form gegeben werden müssen und immer wieder ein Gesprächswechsel zum Ansprechen von Emotionen stattfinden muss („Das ist jetzt ganz schwierig für Sie, diese Nachricht zu hören“; „So, wie Sie sich jetzt fühlen, ist eine ganz normale Reaktion, allen meinen Patienten geht es auch so...“; „Was würden Sie jetzt gleich gerne wissen? Viele Fragen werden noch kommen... Ihr Ansprechpartner ist ...“). Konkrete Ansprechpartner geben dem Patienten Sicherheit und können zur Stabilisierung im Schockzustand beitragen. Wenn ein in Emotionen versunkener Patient Verständnis für seine Gefühle erfährt, lässt ihn das auch wieder aufmerksamer für sachliche Informationen, erste Therapie-schritte, Medikamente etc. werden.

Ein Arzt spürt in dieser Situation der Diagnosevermittlung von vielen Seiten Druck. Er ist persönlich betroffen, hat gleichzeitig möglicherweise Zeitdruck und soll rasch handeln. Dabei dem Patienten gegenüber empathisch zu bleiben, ist eine schwierige Aufgabe. Wie leicht kann es einem doch passieren, die eigene Gefühlsansteckung zu verhindern zu suchen, indem einem der Blickkontakt entgleitet, indem man keine Fragen nach dem Befinden des Patienten mehr stellt, indem man in einem Monolog alle Information herunterspült.

Patienten beklagen sich mitunter, nicht ausreichend aufgeklärt worden zu sein. Grund dafür kann sein, dass ihnen Informationen zu einem Zeitpunkt gegeben wurden, zu dem sie nicht aufnahmefähig waren. Die Emotion blockierte geradezu die Kognition.

Gesprächsstrategie zu den 5 Phasen im Umgang mit schockierenden Nachrichten⁵

- *Information rasch und direkt geben:* Der Arzt beginnt das Gespräch am besten ohne lange Einleitung oder small talk, er spricht in kurzen Sätzen und beginnt einmal nur mit dem Wesentlichen, wenn nötig, wiederholt er die Information. Dann muss der Patient unbedingt emotional abgeholt werden. Im

Schock kann der Patient nur wenig Information aufnehmen, eventuell sind mehrere Gespräche notwendig.

- *Zeit lassen, um den Schock überwinden zu können.* Manchmal scheinen Menschen im Schockzustand beeindruckend sachlich und gefasst. Hier gilt Vorsicht, denn die Betäubung des Schockes kann sich auch in einer vermeintlichen Normalität ausdrücken.
- *Aggression aushalten:* Die Aggression ist notwendig. Wenn sie sich in der Hilflosigkeit gegen den Arzt richtet, so ist nicht dieser als Person gemeint, sondern in seiner Funktion als Arzt, als Überbringer der schlechten Nachricht. Die Aggression in diesem Fall auszuhalten, heißt für den Arzt, nicht abzuwehren, sondern Verständnis zu zeigen. („Ich verstehe, dass Sie das wütend macht.“)
- *Depression aushalten, nicht abwehren:* Die Neigung trösten zu wollen, kann dazu verleiten Hoffnung zu geben, wo keine ist, noch einmal nachzuschauen, ob sich niemand geirrt hat, den Namen vertauscht hat, ob alles doch nicht so schlimm ist. Das hilft dem Patienten nicht, sondern verlängert die depressive Phase. Ebenso wenig hilfreich ist das Sprechen von möglichen Vorteilen des Ereignisses (z. B. gegenüber den Angehörigen, dass der Tod eine „Erlösung“ sein kann, dass die Diagnose „wenigstens Klarheit schafft“) und das Trösten („Machen Sie sich jetzt einmal keine Sorgen“, „Wir bekommen alles in den Griff“). Der Trauernde kann Trost nicht hören und empfindet ihn als Anmaßung. Erst, wenn es dem Arzt gelingt, Aggression und Depression ausgehalten zu haben, kann er mit dem Patienten an weiteren Schritten arbeiten.
- *Angebot von Hilfe:* Im Zuge der ersten Diagnosemitteilung bezieht sich die Hilfe oft auf die allerersten Schritte („Wie kommen Sie jetzt nach Hause?“, „Welche nahestehende Person soll Sie jetzt abholen?“) und auf die Sicherheit, jederzeit Fragen stellen zu

können, nicht alleine zu sein, den Arzt als Begleiter zu wissen (Kontakt Daten, Telefonnummern des Arztes oder anderer Ansprechpartner, ein nächster Termin). Der Arzt kann jedenfalls anregen, dass der Patient Kontakt mit nahestehenden Menschen herstellt. Je weiter sich der Patient in der Phase der Trauerarbeit befindet, wird es ihm auch möglich sein, Hilfe selbst einzufordern oder zu erbitten.

Ich/ Wir – Es – Strategie

Die innere Einstellung eines Menschen hat den größten Einfluss auf den Verlauf eines Gespräches. Dennoch kann die Gesprächsführung gerade diesen Verlauf erleichtern, wenn man auch um unterstützende Formulierungstechniken Bescheid weiß.

In diesem Zusammenhang ist es hilfreich, bewusst zu unterscheiden, wann man in der 3. Person (es) und wann man in der 1. Person (ich/wir) spricht.

In der 1. Person zu sprechen, bietet sich an, wenn Nähe geschaffen werden soll und Unterstützung angeboten wird, wenn ein Helfen möglich ist und der Arzt etwas Positives sagen kann. Beispiele: „...Wir schicken Ihnen die Unterlagen...“; „Ich habe (mich) für Sie (erkundigt)...“; „Schauen wir uns das gemeinsam an...“

Die 3. Person eignet sich dagegen besser für negative Informationen wie z. B. den schwerwiegenden Befund. Beispiele: „Die Untersuchungen haben ergeben, dass...“; „Das Röntgen zeigt...“; „Der heutige Stand der Wissenschaft ist...“

Bei Anwendung dieses sprachlichen Unterschieds berichten Ärzte, dass es ihnen leichter fällt, einfühlsam zu bleiben. Sie verdeutlichen sich selbst, wo und wie sie dem Patienten helfen. Das diffuse Gefühl durch die Überbringung der Nachricht Mitschuld am Leid zu tragen, tritt nicht mehr auf, weil die Ärzte sich der großen Hilfe, die sie in einer solch leidvollen Situation als Begleiter geben können, bewusst werden.

Bei Formulierungen wie „Ich muss Ihnen leider eine schlimme Nachricht überbringen...“ schwingt

im Sprecher leicht ein Wunsch mit, dem Patienten Schmerz oder Trauer abnehmen zu wollen. Ein Wunsch, der unmöglich zu erfüllen ist und den Arzt in die Hilflosigkeit und den Patient auch in die Aggression führen kann.

Die Formulierung „Die Untersuchungen haben ergeben...“ in Kombination mit „Ich bin jetzt für Sie da... Kann ich einen Angehörigen informieren?... Welche Informationen kann ich für Sie besorgen? Ich nenne Ihnen einen Ansprechpartner...“ hilft nicht nur als sprachliche Technik, sondern hat auch eine rückkoppelnde Wirkung auf die innere Einstellung und das Selbstbewusstsein des Arztes.

4. Praktische Gesprächsführung

Sich der eigenen Betroffenheit als Arzt zu stellen ist an sich nicht leicht, ein möglicher Zeit- und Handlungsdruck macht dies noch schwieriger. Da kann es schon unbewusst passieren, dass ein Arzt den Blickkontakt mit dem Patienten oder den Angehörigen verliert, hinter Ordnern und Computerbildschirm sitzen bleibt, am Fußende des Bettes weit weg vom Kopf steht oder sich missverständlich ausdrückt in der Hoffnung, ein Schonen des Patienten zu bewirken. Die unbewusste Angst vor Gefühlsansteckung verleitet den Arzt unwillkürlich, nicht mehr in empathischem Kontakt mit dem Patienten zu sein, einseitig Sachinformationen weiterzugeben oder zu übersehen, dass ein Patient im Schockzustand (emotional betäubt) äußerlich sachlich und gefasst wirkt.

Ein klarer Ablauf und viel Wissen um Wortwahl und Körpersprache können den Arzt dabei unterstützen, das Gespräch so zu führen, dass der Patient in der Bewältigung seiner Trauerphasen gut unterstützt wird und dass der Arzt mit dem Gefühl, gut gehandelt zu haben, aus dem Gespräch geht.

Vor dem Gespräch - Vorbereitung und Gesprächsziel: Für das Gelingen des Gespräches ist es wesentlich, dass sich der Arzt Zeit für seine persönliche Gesprächsvorbereitung nimmt. Er vergewissert sich noch einmal der Details der Diagnose und überlegt

Arzt: Verbal	Arzt: Non-verbal Körpersprache - Mimik - Gestik	Interpretation des Patienten
<ul style="list-style-type: none"> • Ich/Wir-Es – Strategie • Konjunktiv nur dort, wo es tatsächlich mehrere Möglichkeiten gibt • Kurze Sätze • Offene Fragen: um über Emotionen zu sprechen, um Verständnis abzufragen • Geschlossene Fragen: um Daten abzufragen, um das Gespräch zu lenken • Verständliche Sprache, die Sprache des Patienten sprechen • Rückkopplungsschleifen und Information wiederholen • Sandwich-Kommunikation: verbal immer wieder bewusst zwischen Beziehungs- und Inhaltsebene wechseln • Keine Bagatellisierung • Angst, Vorwürfe, Schuldzuweisung, Depression des Patienten aushalten und nicht abwehren • „Ich verstehe, dass Sie jetzt wütend sind...“ • Eigene Betroffenheit zulassen, ohne sich den eigenen Emotionen ausgeliefert fühlen zu müssen 	<ul style="list-style-type: none"> • Blickkontakt • Keine Unterlagen als Barriere • Ausschließlich der Arzt soll der Informant sein • Ungestörter Ort • Nicken • Nicht am Bettende, nicht auf dem Bett, sondern daneben sitzend • Angebot: „Möchten Sie im Bett bleiben oder hier am Tisch sitzen?“ • Nicht vermitteln, dass man unter Zeitdruck steht, gehetzt ist (nicht die Hand auf der Türklinke o. ä.) • Nicht beim Reden in den Computer/ auf den Monitor schauen • Patienten reagieren sehr stark auf nonverbale Kommunikation, wenn die Worte selbst missverständlich sind • Patienten spüren schon anhand der physischen Distanz zum Arzt, ob die Nachricht gut oder schlecht ist • Gesprächspausen machen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schockzustand durch Diagnose: Patient hört nur mehr die Hälfte • Wenn keine emotionale Betroffenheit sichtbar wird: besondere Vorsicht • Rückkopplungs-Schleifen geben auch dem Patienten Sicherheit, alles richtig verstanden zu haben • Beachten, wie viel Information der Patient überhaupt im Erstgespräch will, Informationsbedarf des Patienten erfragen • Vorwissen des Patienten beeinflusst Interpretation stark • Patienten wollen keinen verärgert, routiniert sprechen den Arzt. Besorgte Stimme wird als fürsorglich interpretiert. • Vorgehen vereinbaren, Konsens mit dem Patienten suchen, für Fragen auch später zur Verfügung stehen • Je besser die Verarbeitung der traumatischen Nachricht gelingt, desto bessere compliance des Patienten • Nicht alles, was man sagt, kommt so an

Beispiele für die 3 parallelen Kommunikationsebenen im Diagnosegespräch

seine Wortwahl (Einleitungssätze, Ich-Formulierungen, 3. Person-Formulierungen). Er wählt den Zeitpunkt für das Gespräch eher morgens und nicht abends, und er sucht ein ungestörtes Setting. Der Arzt überlegt auch, mit welchen einfachen

nächsten Schritten er das Gespräch beenden will (Termin für das nächste Gespräch, „Wer bringt Sie nach Hause?“ usw.).

Im Gespräch selbst: In einem Diagnosevermittlungsgespräch ist es wichtig, *drei Ebenen der Kom-*

munikation, die parallel ablaufen, zu beachten: Worte, Non-Verbales und die Interpretation des Ganzen durch den Patienten.

Körpersprache, Tonfall und Mimik verleihen dem gesprochenen Wort erst seine endgültige Wirkung. Welche Bedeutung die Worte und die Körpersprache des Arztes tatsächlich für den Patienten haben, liegt in der „Deutung“, in der Interpretation des Patienten selbst. Abhängig von Vorerfahrungen, Vorwissen, persönlichen Umständen und persönlichem Charakter kann ein und dieselbe Botschaft des Arztes von verschiedenen Menschen verschieden aufgenommen werden. Der Arzt kann nur dann sicher sein, dass das Richtige vom Patienten verstanden wurde, wenn er immer wieder Rückkopplungsschleifen in Form von Fragen („Ich bin mir nicht sicher, ob ich das jetzt verständlich gesagt habe, bitte können Sie mir sagen, was Sie verstanden haben...“ u. ä.) einzieht.

5. Die eigene Psychohygiene – Aushalten um jeden Preis?

Die seelische Gesundheit und die eigene Hilfsbedürftigkeit werden in keiner Berufsgruppe so nachhaltig verharmlost und verdrängt wie in der, die Hilfsbereitschaft als Dienstleistung anbietet.⁶ Mehrere statistische Untersuchungen belegen auch, dass es um Weiterbildungen zum Erhalt der seelischen Gesundheit immer noch nicht ausreichend gut bestellt ist. Ohne bewusste Psychohygiene ist die Gefahr der Überforderung und eines darauf folgenden Burnout bei Ärzten jedoch sehr hoch.

Was hilft dem Arzt nun dabei, seelisch gesund zu bleiben und trotz der Belastung den tieferen Sinn und die Erfüllung in seiner Tätigkeit zu finden?

Ein wesentlicher Faktor, die eigene Psyche zu stärken, ist die Erweiterung des Wissens über den Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen.

Dazu gehört die Sicherheit betreffend die Gesprächstechnik und die Erkenntnis, dass das schwer auszuhaltende Gefühl der eigenen Hilflosigkeit ganz normal ist. Sucht der Arzt nicht nach emotionaler Verbindung mit dem Patienten, ist

die Gefahr der Gefühlsansteckung geringer. In der Distanz, die der Arzt jedoch dadurch aufbaut, entsteht die unbefriedigende, nicht direkt bezweckte Lage, dass Patienten sich verloren fühlen und das Gefühl, dass keiner da ist, der sich verantwortlich um sie kümmert. Ein Gefühl, das der Arzt keinesfalls auslösen will, das er fürchtet und das ihn möglicherweise eine kontraproduktiv noch größere Distanz zum Patienten aufbauen lässt.

Das Wissen, dass Gefühlsansteckung deshalb ein belastendes, aber notwendiges Phänomen im Umgang mit traumatisierten Personen ist, das sogar dazu führen kann, dass der Arzt mitweinen muss, ist grundlegend für die innere Einstellung des Arztes im Gespräch. Der Arzt kann sich die „Erlaubnis“ geben, von der Trauer zeitweilig angesteckt zu werden, im Vertrauen darauf, dass diese als Gefühlsansteckung auch in der Regel innerhalb weniger Minuten überwunden wird.⁷

Elementar für die eigene Psychohygiene ist auch der Austausch mit Kollegen (Intervision), der regelmäßig, bewusst und unmittelbar genutzt werden sollte. Nachbereitungen von Fällen und Gesprächssituationen im Team und in der professionellen Supervision müssen regelmäßig stattfinden, um all das Wissen zu festigen und um sich seiner Kompetenzen als Arzt immer wieder bewusst zu sein.

Referenzen

- 1 Brauchle G., *Notfallpsychologie-Skript 2010*, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol (2010)
- 2 Universitätsklinikum Tübingen, *Leitfaden zur Mitteilung schwerwiegender Befunde und Diagnosen*, http://www.medizin.uni-tuebingen.de/uktmedia/EINRICHTUNGEN/Kliniken/Medizinische+Klinik/Innere+Medizin+IV/PDF_Archiv/LeitfadenDiagnosemitteilung.pdf (letzter Zugriff am 22. 11. 2013)
- 3 Hausmann C., *Einführung in die Psychotraumatologie*, Facultas Universitätsverlag, Wien (2006)
- 4 Königwieser R., *Die Auswirkungen schockierender Nachrichten: psychische Bewältigungsmechanismen und Methoden der Überbringung*, DBW (1985); 45: 51-61
- 5 ebd.

- 6 Schmidbauer W., *Hilflose Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe* (15. Aufl.), Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg (2006)
- 7 Brauchle G., siehe Ref. 1

Ing. Mag. Martina Hess
Psychologin, Trainerin, Beraterin
martina.hess@horizont.co.at
www.cooldown.co.at
Gründerin von www.elternanders.at

Mag. Regina Hummer
Trainerin, Beraterin
regina.hummer@horizont.co.at

Beide:
horizont Personal-, Team- & Organisations-
entwicklung GmbH
Schottenring 17/1/10, A-1010 Wien

Österreich: Ärzte fordern Schutz der Menschenwürde in der Verfassung

Die Österreichische Palliativgesellschaft zeigt sich besorgt über die Strömungen in Europa zur gesetzlichen Erlaubnis der aktiven Sterbehilfe und fordert daher, den „Schutz der Menschenwürde“ in der österreichischen Verfassung zu verankern. Die Online-Petition wurde in wenigen Tagen von rund 800 Personen unterzeichnet. Laut Dietmar Weixler, Palliativmediziner und Mit-Initiator, liegt das Ziel der Petition bei 4000 Unterschriften bis Ende des Jahres.

In der Petition heißt es wörtlich: „Der Wert der Menschenwürde ist allen Menschen zu eigen, von der ersten Lebensstunde bis zur letzten. (...) Aus historischen und humanitären Gründen sind wir bestrebt, jene Menschen zu schützen und zu achten, die unter den Ansprüchen eines radikalen utilitaristischen Denkens zu Opfern werden.“ Menschenwürde könne weder erworben werden noch verloren gehen, sondern komme jedem Menschen zu, „unabhängig von Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Herkunft, Nationalität, Gesundheitszustand, mentalem Status oder religiöser Zugehörigkeit“.

Auch Kardinal Christoph Schönborn appellierte an die verantwortlichen Politiker, den bewährten Weg der medizinischen und menschlichen Sterbebegleitung weiterzugehen und nicht die aktive Sterbehilfe zu fördern, wie dies in anderen Ländern Europas geschehe. „Es gibt nur die aktive Tötung eines Menschen oder die Begleitung. Einen dritten Weg gibt es nicht“, betonte der Wiener Erzbischof. Er sprach sich für ein Verbot von aktiver Sterbehilfe in der österreichischen Verfassung aus.

Eine aktuelle Erhebung unter Pflegekräften und Ärzten in 212 deutschen Kliniken zeigt, dass jeder zweite Schwerstkranke im Krankenhaus stirbt. Bei 40% der Todkranken würden noch unnötige medizinische Therapien vorgenommen, bemängelt Studienleiter Wolfgang George in der Frankfurter Rundschau. Der Sterbeprozess irritiere die zunehmend standardisierten und optimierten Abläufe, betont George. Weder Strukturen in den Krankenhäusern noch Medizinstudium sind auf die Betreuung Sterbender ausgerichtet. „Von den 270 befragten Ärzten gab es keinen, der gesagt hätte, er habe eine sehr gute oder auch nur gute Ausbildung in diesem Bereich gehabt.“

www.palliativ.at

Kathweb, 2. November 2013 (online)

Frankfurter Rundschau, 8. Oktober 2013 (online)

Klinische Forschung: 29 Prozent der Studien verschwinden in der Schublade

Trotz öffentlichen Drucks und der – inzwischen in den USA gesetzlichen - Verpflichtung zur Registrierung klinischer Studien landen die Ergebnisse auch größerer randomisierter Studien häufig in der Schublade. Das zeigt eine aktuelle Analyse der Datenbank *ClinicalTrials.gov*, die nun im *British Medical Journal* publiziert wurde.

Das von den US-National Institutes of Health betriebene Portal *ClinicalTrials.gov*, das Ende Februar 2000 online ging, ist heute die mit Abstand größte Datenbank für klinische Studien. Zu ihren Zielen gehörte es, die Unterschlagung von ungünstigen Studienergebnissen zu verhindern, da dies – vor allem in Meta-Analysen, die die Ergebnisse mehrerer Studien zusammenfassen – schnell zu einer Schiefelage und Überbewertung von Therapien führt.

Studienleiter Christopher Jones von der University of North Carolina und sein Kollege Timothy F. Platts-Mills zeigten, dass von 585 großen randomisierten Studien (mindestens 500 Teilnehmer), die bis Anfang 2009 abgeschlossen waren, die Ergebnisse von 171 Studien nicht publiziert wurden. Trotz der seit 2008 bestehenden Möglichkeit, die Ergebnisse auch direkt auf das Online-Portal *ClinicalTrials.gov* zu stellen, sind bis heute unterm Strich die Outputs von 133 Studien der Öffentlichkeit unbekannt.

Insgesamt waren 468 der 585 Studien von der Industrie gesponsert. Die Nicht-Veröffentlichung war bei von der Industrie gesponserten Studien mit 32% deutlich höher als bei allen anderen (18%). Der Verdacht, dass gerade unter den – etwa von Pharmaunternehmen – finanzierten klinischen Studien das Interesse an einer Veröffentlichung von ungünstigen Ergebnissen gering ist, lässt sich angesichts der aktuellen Daten nicht von der Hand weisen.

Die Autoren sehen in der Nicht-Publikation einen Verstoß gegen ethische Standards, wie sie auch in der Deklaration von Helsinki vorgeschrieben sind. Jones kritisiert zudem, dass rund 300.000 Probanden Risiken ausgesetzt waren, ohne dass sie bzw. die Gesellschaft durch die Kenntnis der Ergebnisse einen möglichen Nutzen daraus ziehen können.

British Medical Journal, 2013; 347: f6104

Deutsches Ärzteblatt, 30. Oktober 2013 (online)

Großbritannien: Genderzid und Spätabtreibung von Behinderten sind diskriminierend

In Großbritannien wachsen überparteiliche Bünd-

nisse, die aus Anti-Diskriminierungsgründen eine Neuregelung des Gesetzes zum Schwangerschaftsabbruch fordern. Anlass sind vermehrte Fälle von Spätabtreibungen von behinderten Kindern sowie das Bekanntwerden der gezielten Abtreibung von Mädchen. Dies führt nun offenbar zu einem kritischen Umdenken auf überparteilicher Ebene.

Das britische Abtreibungsgesetz (Abortion Act) stammt aus dem Jahr 1967 und erlaubt den Schwangerschaftsabbruch bis zur 24. Schwangerschaftswoche (6. Monat). Bei Behinderung des Kindes oder Gefahr für die „mentale oder körperliche Gesundheit“ der Mutter ist die Tötung des Ungeborenen bis zur Geburt legal. Eine Abtreibung allein aufgrund des Geschlechts ist verboten. Im Februar 2012 wurde bekannt, dass in der Praxis diese Gesetze umgangen wurden. Es wurde eine lückenlose Aufklärung gefordert: „Großbritannien: Skandale um Abtreibungspraxis brechen nicht ab“).

Das Verfahren gegen zwei Ärzte, die zugegeben hatten, sich auf Wunsch der Eltern bereit erklärt zu haben, eine Abtreibung allein aufgrund des Geschlechts (Genderzid) durchzuführen, wurde nun jedoch von der Staatsanwaltschaft eingestellt. Begründung: Es gebe „kein öffentliches Interesse“ an der Verfolgung der Taten. Dagegen protestierten nun 50 britische Abgeordnete verschiedenster politischer Lager in einem offenen Brief. Sie hätten zwar sehr unterschiedliche Meinungen über die Abtreibung. Geeint seien sie aber „in der Besorgnis“ über die Entscheidung der Staatsanwaltschaft. Wenn die gezielte Tötung weiblicher Föten nicht strafrechtlich verfolgt würde, wäre das „ein Schritt zurück im Kampf um die Gleichstellung der Geschlechter“, so die Abgeordneten. Genderzid, also die geschlechtsspezifische Abtreibung, sei „illegal“ und „verfassungswidrig“. Gegenwind bekommen die Abgeordneten von der Leiterin der größten Abtreibungsklinikette in Großbritannien, Ann Furedi. Sie verteidigt die geschlechtsspezifische Abtreibung als ein Recht der Frau. Ärzte würden im Falle der Verweigerung eines Schwangerschaftsabbruchs bei Geschlechterwunsch die „mentale Gesundheit“ der Frau gefährden.

Auch die Änderung der Praxis von Spätabtreibungen bei Behinderung war Anlass für ein überparteiliches Bündnis. Eine parlamentarische Kommission aus Vertretern der Konservativen, der Labour-Partei und der Liberaldemokraten warnte in einem Bericht vor einer „eugenischen Mentalität“, die „nicht zu einer zivilisierten Gesellschaft“ passe. Die Regeln, nach denen Ärzte darüber entscheiden, worin ein „erhebliches Risiko“ für eine „schwere Behinderung“ besteht, seien „zufällig“, ohne klare gesetzliche Definition. Eltern würden zur

Abtreibung gedrängt, ohne Information über Alternativen. „Angesichts der Veränderungen im nationalen und internationalen Recht und der gesellschaftlichen Einstellungen, die in den vergangenen Jahren den Blick auf Behinderung verändert haben, empfehlen wir, dass das Parlament die Frage der Abtreibung bei Behinderung neu bewertet“, fordert die Kommission.

Seit 2011 muss das britische Gesundheitsministerium die medizinischen Gründe für Spätabtreibungen offenlegen. Im Zeitraum zwischen 2002 und 2010 wurden rund 18.000 ungeborene Kinder nach dem Pränatalscreening wegen Verdachts auf Behinderung abgetrieben – darunter fanden sich Indikationen wie Verdacht auf Klumpfuß, Hasenscharte oder Downsyndrom. Die Zahl der Fälle, in denen Ärzte eine Abtreibung bis zum 9. Monat (bzw. 40. SSW) genehmigten, wird mit 2.700 Fällen pro Jahr angegeben.

Auch in Österreich hatten jüngst Ärzte der Innsbrucker Universitätsklinik besorgt auf die steigende Zahl von Abtreibungen bei Kindern mit Fehlbildungen hingewiesen. Der Leidensdruck, der durch angeborne Fehlbildungen entsteht, sei bei den Eltern viel größer als bei den Kindern selbst. Diese seien oft „fröhlich und zufrieden“ und kämen „in fast allen Fällen mit ihrer Fehlbildung sehr gut zurecht“, so die auf die Korrektur von Fehlbildungen spezialisierten Innsbrucker Chirurgen.

The Daily Telegraph, 17. und 18. September 2013 (online)

Der Standard, 25. September 2013 (online)

Studie: Verheiratete Krebspatienten haben bessere Überlebenschancen

Verheiratet zu sein wirkt sich offenbar positiv auf die Gesundheit aus. Laut einer im Journal of Clinical Oncology veröffentlichten Studie haben verheiratete Krebspatienten durchschnittlich eine höhere Überlebensrate als unverheiratete.

Oft wird bei verheirateten Menschen der Krebs in einem früheren Stadium erkannt, wenn die Krankheit noch besser behandelt werden kann. Auch scheinen die verheirateten Patienten eine bessere Versorgung zu erhalten. „Wir vermuten, dass die Unterstützung der Ehepartner die Überlebenschancen sehr erhöht“, sagt Studienleiter Ayal Aizer, Radioonkologe vom Brigham and Women's Hospital in Boston. Aizer hat die Daten von fast 735.000 Patienten aus dem US-Krebsregister SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) analysiert, in dem auch der Ehestand der Patienten notiert wird. Die Studie umfasst die zehn häufigsten tödlichen Krebserkrankungen in den USA für den Zeitraum von 2004 bis 2008. Das sind bösartige Tumore in Lunge,

Darm, Brust, Pankreas, Prostata, Leber/Gallengänge, Ovar, Ösophagus und im Kopf-Halsbereich sowie das Non-Hodgkin-Lymphom. Dabei wurden verschiedene demographische Faktoren wie Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, Wohnverhältnisse, Ausbildung und Einkommen berücksichtigt.

„Wir vermuten, dass die soziale Unterstützung von Ehegatten jener Faktor ist, der zu einer markanten Verbesserung der Überlebensrate führt.“ Der Ehepartner begleitet oft den Patienten auf seinen Arztbesuchen und sorgt dafür, dass der Patient die Empfehlungen des Arztes versteht und die nötigen Behandlungen auch durchführt.“ Schon bei der Diagnose gab es Unterschiede: Bei Verheirateten wurde das Krebsleiden zu 17% seltener in einem fortgeschrittenen Stadium entdeckt. Verheiratete erhielten zu 53% häufiger die von den Leitlinien empfohlene Therapie als Alleinstehende (wobei aufgrund der Daten nicht erkennbar war, ob diese Singles tatsächlich allein oder aber in einer festen Beziehung mit einem Partner zusammenlebten). Spätere Diagnose und schlechtere Therapie haben bei Krebserkrankungen häufig eine schlechtere Prognose zur Folge: Das Sterberisiko von Eheleuten war um 20% geringer.

Eine norwegische Studie hat bereits 2011 ähnliche Ergebnisse gezeigt. Die Sterberate von Patienten, deren Diagnose zwischen 1970 und 2007 erfolgte, war demnach bei Unverheirateten eindeutig höher – unabhängig von Alter, Bildungsstatus, Lage des Tumors, Zeit seit der Diagnose und dem Krebsstadium. Dieser Unterschied hatte in Norwegen in den 40 Jahren seit Studienbeginn im Jahr 1970 zugenommen: Die Sterbequote für ledige Männer stieg von 18 auf 35% an. Unter ledigen Frauen nahm die Sterberate von 17% auf 22% zu.

Die US-Forscher wollen ihre Studie nicht als Aufruf zur Ehe als Krebstherapie verstanden wissen. Vielmehr sollten sich Menschen bewusst werden, dass Krebskranke in ihrem Bekanntenkreis die Unterstützung ihrer Mitmenschen benötigen, um im Kampf gegen den Krebs rechtzeitig die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Journal of Clinical Oncology, 2013; doi: 10.1200/

JCO.2013.49.6489

BMC Public Health 2011, 11:804 doi:10.1186/1471-2458-11-804

Studie: Ethik in klinische Leitlinien für Demenz besser integrieren

Eine an Demenz erkrankte Frau wartet auf ihren Mann. Sie weiß nicht mehr, dass er schon verstorben ist. Ist es moralisch vertretbar, ihr zu sagen, dass ihr Mann bald wiederkommt? Immer wieder müssen Menschen, die Demenzkranke behandeln und betreuen, ethische

Entscheidungen dieser Art treffen. Dabei sollen ihnen klinische Leitlinien Orientierung bieten. Doch eine Studie von Wissenschaftlern der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), ergab, dass diese national unterschiedlichen klinischen Leitlinien zur Demenz durchschnittlich nur rund die Hälfte von 31 wichtigen ethischen Herausforderungen ansprechen. Die Forscher hatten in ihrer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Studie Leitlinien aus zwölf Ländern untersucht.

„Die Leitlinien weisen nur 22 Prozent (Schweiz) bis 77 Prozent (USA) von 31 wichtigen ethischen Herausforderungen auf“, sagt Studienleiter Daniel Strech vom MHH-Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin. Sie enthielten sehr unterschiedliche Herausforderungen. Einige umfassen ethische Empfehlungen – teilweise auch mit Begründungen oder Literaturhinweisen. „Elf Leitlinien erwähnen vier ethische Herausforderungen überhaupt nicht – beispielsweise die adäquate Berücksichtigung von Patientenverfügungen und Betreuungsvollmachten oder den angebrachten Umgang mit Lebensmüdigkeit.“ In keiner Anleitung zur Erstellung klinischer Leitlinien stehe, wie krankheitsspezifische ethische Herausforderungen integriert werden können. Sechs Leitlinien wurden von staatlichen Institutionen entworfen (Australien, Frankreich, Malaysia, Neuseeland, Singapur, Großbritannien), vier von medizinischen Fachgesellschaften (Kanada, Deutschland, Schottland, USA), eine von einer Krankenkasse in Kooperation mit einer Medizinischen Universität (Österreich) und eine von einer Expertenkommission (Schweiz). In der deutschen Leitlinie bleibe unter anderem offen, wie mit Zwangsmaßnahmen, versteckter Medikamentengabe oder Lebensmüdigkeit umgegangen werden sollte. Ethische Aspekte sollten besser in klinische Leitlinien integriert werden.

PLOS Medicine, 10(8): e1001498, doi:10.1371/journal.

pmed.1001498

Pressemitteilung Informationsdienst Wissenschaft, 19. August 2013 (online)

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch
20. Jahrgang, Heft 4, 2013
Wilhelm Bergthaler, Ferdinand
Kerschner, Eva Schulev-Steindl:
Editorial: Eine wunderbare
Symbiose zwischen Umwelt- und
Technikrecht;
Erika Wagner: Grundinanspruch-
nahme privater Liegenschaften für
Schutzmaßnahmen und Überflu-
tungsflächen;
Jens Budischowsky: Saatsziel
Tierschutz;
Martin Donat et al.: Stellungnahme
zum dritten Österreichischen Um-
setzungsbericht zur Aarhus-Kon-
vention.

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Eng-
lisch
13. Jahrgang, Heft 2, 2013
Articles:
Archbishop Gerhard L. Müller: Bio-
ethics through the Eyes of Faith;
Rev. Paschal M. Corby, OFM Conv.:
Estranged Fathers: The Alienation
of Men in Heterologous Embryo
Transfer;
Stanislaus J. Dundon: Prudent
Policy Formation of Minimizing
Clerical Child Sexual Abuse.

Medicina e morale

Rom, Rivista internazionale di
Bioetica
Halbjährliche Zeitschrift
2013/3
Articoli:
Gennaro Nuzzo: Medico e infermie-
re insieme per una medicina più
umana;
Maria Šuleková: Le biobanche di
ricerca. Problematiche etico-sociali
tra diritti dell'individuo e prospet-
tiva comunitaria;
Pietro Refolo: Su alcuni effetti delle
trasformazioni nella generazione

umana
Agneta Sutton: Il dibattito in
bioetica. The UK paves the way for
germ-line alterations.

Acta Philosophica

Rom, Italien
Quartalzeitschrift in Italienisch
Vol. 22 (2013), fasc. II
Studi:
Carlos A. Casanova: Dios como cau-
sa eficiente del ser del cosmos, según
Aristóteles (y desde Aristóteles);
Juan Fernando Sellés: Revisión
de la crítica del conocer objetivo
y da defensa del subjetivo según
Kierkegaard.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spa-
nisch
46/2, 2013
Estudios:
Sebastian Fortin: Medición y deco-
herencia desde la perspectiva de los
sistemas cerrados;
Olimpia Lombardi, Marianna
Córdoba: Determinismo en física: la
dimensión de lo posible;
Andrew Pinsent: Why matter
to neo-Aristotelian teleology in
mechanics;
Marta Bertolaso: La indeterminación
biológica y las perspectivas sistémi-
cas de la biología contemporánea;
Juan José Sanguinetti: Libertad,
determinación e indeterminación;
Ignacio Silva: Indeterminismo y
providencia divina.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in
Deutsch
21. Jahrgang, Heft 3, 2013
Leitartikel:
Josef Römel: Ethik der Sterbebe-
gleitung. Zwischen der Unverfü-
gbarkeit des Lebens, dem Selbst-
bestimmungsrecht des Einzelnen
und der zwischenmenschlichen
Solidarität;

Nina Kollegger, Peter Seele: Men-
schenrecht vs. Handelsware. Eine
ethische Fallstudie zu Nestlé's *Crea-
ting Shared Value*-Konzept im Licht
der Einführung des Menschen-
rechts auf sauberes Wasser 2010;
Joseph Schumacher: Hirntod und
Organtransplantation.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
Band 25, Heft 3, 2013
Editorial: Personalisierte Medizin.
Medizinische, ethische, rechtliche
und ökonomische Analysen;
Originalarbeiten:
Jürgen Windeler, Stefan Lange:
Nutzenbewertung personalisier-
ter Interventionen: Methodische
Herausforderungen und Lösungs-
ansätze;
Matthias Port et al.: Individualisier-
te Medizin in der Diagnostik und
prognostische Einschätzung in der
akuten myeloischen Leukämie mit
normalem Karyotyp bei Erwachse-
nen unter 65 Jahren: eine syste-
matische Literaturrecherche und
Metaanalyse zu FLT3-ITD;
Eva C. Winkler et al.: Personalisier-
te Medizin und Informed Consent:
Klinische und ethische Erwägungen
im Rahmen der Entwicklung einer
Best Practice Leitlinie für die bio-
bankbasierte Ganzgenomforschung
in Österreich;
Sebastian Wäscher et al.: „Persona-
lisierte Medizin“ in der Onkologie.
Ärztliche Einschätzungen der
aktuellen Entwicklung in der Kran-
kenversorgung. Ergebnisse einer
qualitativen Interviewstudie;
Sabine Wöhlke, Arndt Heßling, Sil-
ke Schickanz: Wenn es persönlich
wird in der „personalisierten Me-
dizin“: Aufklärung und Kommuni-
kation aus klinischer Forscher-
und Patientenperspektive im empi-
risch-ethischen Vergleich.

Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen

Gian Domenico Borasio
 C.H. Beck, München 2011
 207 Seiten
 ISBN 978-3-406-61708-9

Der Münchner Medizinprofessor und Palliativmediziner Gian Domenico Borasio zieht zu Beginn seines Buches, das inzwischen schon in der 11. Auflage erhältlich ist, einen ungewöhnlichen Vergleich zwischen Geburt und Tod. Beides sind Prozesse, die von der Natur vorprogrammiert sind. Am besten laufen sie ab, wenn man nicht eingreift und sie so wenig wie möglich stört. Damit deutet er an, worauf es ihm in seinem Buch ankommt.

Was brauchen die Menschen am Lebensende wirklich? Die Palliativmedizin steht für eine Medizin am Lebensende, für die Linderung der Leiden und die Verbesserung der Lebensqualität am Lebensende. Sterbebegleitung ist mehr als Symptomkontrolle. Sterbende werden heute häufiger und unnötiger einem Medikalierungsprozess unterworfen, der alles dominiert und wesentliche Aspekte der Begleitung als unwichtig erscheinen lässt. Viele Mediziner wissen nichts von den neuesten Erkenntnissen der Palliativmedizin.

Eine Kommunikation mit allen Beteiligten, die Angst nimmt und Mut zuspricht, fällt oft unter den Tisch. Der Tod ist heute allgemein zu einem Tabuthema geworden. Die Gedanken an das Auslösen des eigenen Ich sind bedrohlich und lösen Gefühle der Angst aus. Man möchte nicht darüber nachdenken. Aber gerade das ist nicht der richtige Weg, um damit fertig zu werden. Erst Gespräche mit und zwischen den Angehörigen machen eine medizinische, psychosoziale und spirituelle Betreuung möglich. Das (Wieder-)Zulassen des natürlichen Todes, dessen Begriff schon gänzlich aus dem modernen Sprachgebrauch gewichen ist, bringt ein Umdenken mit sich, das nur unschwer erkennen ließe, dass beispielsweise die allermeisten Sterbevorgänge – die Schätzungen reichen bis zu neunzig Prozent der Fälle – mit der Hilfe von ge-

schulnten Ärzten und Hospizhelfern zu Hause stattfinden könnten.

Sachlich informierend geht Borasio allgemein auf das Sterben, die Palliativ- und Hospizarbeit wie auch Nahtoderfahrungen ein und argumentierend stellt er sich den schwierigen Themen des Hirntodes und der Sterbehilfe. Er zeigt damit die Weite des Themenspektrums und hinterlässt beim Leser einen soliden Überblick. Der Palliativmediziner lässt auf seinen knapp über 200 Seiten fast nichts aus. Er bringt Fakten, Statistiken und Argumente, erzählt wahre Begebenheiten und persönliche Erlebnisse. Damit hat Borasio so etwas wie eine Art Standardwerk zum Thema Sterben geschrieben. Dabei hört er nicht auf, die wichtige Rolle der Palliativmedizin zu betonen, die vom persönlichen Kontakt mit dem Patienten lebt und die auch seine spirituellen Bedürfnisse in den Blick bekommen muss. Alles in allem betont der Autor, dass der nüchterne und gelassene Blick auf die Endlichkeit Reflexion und Dialog mit den Menschen erfordert. Fazit: Ein Buch „über das Sterben“, das über den aktuellen Wissensstand informiert, aber auch die vorhandenen Missstände im Umgang mit Sterbenden thematisiert, Aus-Wege aufzeigt, und Angehörige, Kranke und Interessierte ermutigt, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

M. Starosciak

Zum Umgang mit Behandlungsfehlern

Kurt W. Schmidt, Markus Sol, Torsten Verrel (Hrsg.)
 LIT Verlag, Berlin 2012
 318 Seiten, 25 Abb., 13 Tabellen
 ISBN 978-3-643-11910-0

Im Jahr 2012 trafen sich junge Forscher und Studenten zu einer Klausurwoche in Bad Homburg, ausgerichtet von der European Law Students Association (ELSA) und geleitet von den Herausgebern dieses Bandes in der Reihe „Ethik und Recht im Krankenhaus“.

Die Klausurwoche widmete sich neuen Entwicklungen im „Handling“ von Behandlungsfehlern, wobei neben Deutschland auch Japan, die USA, Neu-

seeland und Österreich als Beispiele zitiert werden.

In ihrem Einleitungsstatement formulieren die Herausgeber 10 Thesen rund um das Thema Behandlungsfehler:

Jeder Fehler ist eine Last für beide Betroffenen: den Erleider und den Verursacher; die Patienten wünschen sich mehr Transparenz, eine Offenlegung (disclosure) erfolgt zu selten und würde nicht mehr kosten; Meldesysteme wie CRIS sind gut, können aber Fehler nicht verhindern; Schuld und Vergebung basieren auf Menschlichkeit, ohne materielle Ansprüche der Geschädigten anzutasten, und schließlich sei die Aus- und Weiterbildung auf diesem Gebiet ein Muss.

Die Fehlerkultur als solche ist ein relativ junges Phänomen, das sich als solches erst in den vergangenen zehn Jahren herausgebildet hat, wie ein Kapitel aufzeigt. Zentrale Fragen widmen sich dann ganz der Kommunikation von Behandlungsfehlern, wobei es erwartungsgemäß um die Hürden geht, die sich z. B. aus der Offenlegung gegenüber dem Patienten ergeben. So zeigte sich, dass japanische Ärzte einem wohlmeinenden Paternalismus und dem „therapeutischen Privileg“ zuneigen, ein Trend, der sich erstaunlicherweise auf Seiten der Patienten (in einem „Nicht-wissen-Wollen“) wieder findet. Eigenartig ist, dass amerikanische Patienten ähnlich denken, nicht jedoch ihre zur Kommunikation bereiten Behandler, die in 62% bereits Erfahrung mit Gerichten hatten (gegenüber 16% in Deutschland und nur 5% in Japan).

Carola Seifart, Ethikerin in Marburg/L., geht auf das Phänomen des „zweiten Opfers“ ein: Wenn Ärzte auf eigene Behandlungsfehler schlecht vorbereitet sind, unterliegen sie im Ernstfall starken Emotionen der Inkompetenz, der unentschuldbaren Schuld und der Erschütterung ihres beruflichen und menschlichen Selbstverständnisses, gefolgt von anhaltenden Depressionen, durchaus entsprechend einer posttraumatischen Stressreaktion. Hier fehlt es generell an Obsorge, Gespräch, Zuwendung und jeder Art von psychologischer Hilfestellung für diese „second victims“ von Behandlungsfehlern.

Trotz allem darf über solchen Gedanken nicht verdrängt werden, dass ein misslungener Umgang mit Fehlern eine Stagnation der Qualitätssicherung nach sich zieht, wobei altbekannte Mechanismen wie Ableugnen, Relativieren und Minimieren untaugliche Mittel der Kompensation sind (Beitrag Michael Rosentreter, Aachen).

Richard Lux (Bonn) weist mit Recht darauf hin, dass vom technischen Fortschritt allein eine Fehlervermeidung nicht erwartet werden kann, solange der Faktor „Mensch“ dem System inhärent bleibt. Ein Modell, in simulationsbasierten Seminaren den Umgang mit Schadensfällen zu trainieren, stellt Jan Kiesewetter (München) ausführlich dar, um schließlich einzuschränken, dass nur Teilaspekte behandelt werden können.

In mehrfacher Hinsicht interessant ist der Beitrag des evangelischen Pfarrers und Berliner Privat-Dozenten Thomas Wabel. Zum einen scheint er Behandlungsfehler und das damit verbundene schuldhaft Verhalten so sehr von „Vergeben und Verzeihen“ abhängig zu machen, dass die Abgrenzung zur „Sünde“ bei ihm schwer fällt. Zum anderen – und da kann man ihm gut folgen – tritt er für eine Entkoppelung der menschlichen Fehlleistung von der Art der Haftung und Höhe der Entschädigung ein.

Was aber hier fehlt, ist die Differenzierung zwischen Intentionalität bzw. schwerer Fahrlässigkeit einerseits und nicht-intendierter Fehlbehandlung andererseits. Im ersteren Fall ist zur Aufarbeitung die Reue am Platz, im letzteren die Bewältigung von Scham über eigenes Versagen, Mitgefühl mit dem Opfer und Sühnebereitschaft des unglücklichen Verursachers (s. o.: „second victim“). Von solchen Überlegungen ist im Beitrag von Wabel allerdings wenig zu spüren. Die Überlegungen zu Schuld, Vergebung und Verzeihen lassen vermissen, dass es da Kategorien – auf der Seite des Verursachers – gibt wie Offenheit, Wahrhaftigkeit, Tapferkeit, Demut u. a. m., die im Rahmen eines (nicht nur christlichen) Tugendstrebens gegen Hader, Selbsthass, verletzten Stolz und Verzweiflung mobilisiert und

unterstützt werden müssten. Was aber Wabel als auf christlichen Werten fußende Empfehlung abgibt, würde in etwa lauten: Baue, schuldig Gewordener, auf die Güte Gottes, damit du nicht selbst von den Folgen deiner Handlung zerstört wirst. Ferner: Bitte den Geschädigten um Vergebung und hoffe, dass dein Spital Voraussetzungen zur Fehlermeidung ausarbeitet (These 7 und 8, S. 222 f.). Aber ist das wirklich genug? Hier vermisst man einen Hinweis auf Aspekte der Tugendethik.

Doch auch die Philosophin und Ethikerin Martina Schmidhuber (Hannover) stößt mit ihren phänomenologisch gestützten Erwägungen des gegenseitigen(!) Verzeihens in Anlehnung an Mariano Crespo nicht ins Herz der Problematik dieses Buches vor.

Die straf- und haftungsrechtlichen Aspekte runden schließlich auf trockene, informative Weise die Abhandlung ab, getragen von den anerkennden Berichten und Analysen von Varianten internationaler Haftungsregime (darunter auch der Österreichische Härtefonds), sowie einer interessanten Analyse der Fehlerkultur in Neuseeland.

Das Buch beeindruckt zweifellos durch die Vielfalt der Sichtweisen auf das ewig präsente Problem des Behandlungsfehlers. Es tut gut davon zu erfahren, wie viel ehrliche Anstrengungen in der Qualitätssicherung und Fehlerprävention unternommen werden, auch wenn ein fehlerloses System Utopie bleiben muss.

F. Kummer

Die Würde des Embryos. Ethische und rechtliche Probleme der Präimplantationsdiagnostik und der embryonalen Stammzellforschung

Manfred Spieker, Christian Hillgruber, Klaus F. Gärditz
 Veröffentlichungen der Joseph-Höfner-Gesellschaft
 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn 2012
 108 Seiten
 ISBN 978-3-506-77649-5

Der Beginn der Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens, sowie die damit verbundene Definition des Personenbegriffs, gehören zu den entschei-

denden und häufig ausgelegten Grundthemen der Bioethik. Unter zahlreichen Veröffentlichungen zum Thema der Präimplantationsdiagnostik und der embryonalen Stammzellforschung, nimmt diese erste Schrift der Joseph-Höfner-Gesellschaft jedoch einen besonderen Platz ein. Neben einer klaren und allgemeinverständlichen Darstellung der aktuellen Gesetzeslage, ihrer Entwicklung, sowie deren Konsequenzen, legen die Autoren nicht nur deren Verfassungswidrigkeit dar, sondern eröffnen auch konkrete Perspektiven und Vorgehensweisen für eine Veränderung, sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene.

Dass die PID eindeutig auf die Selektion „lebenswürdiger“ Embryonen abzielt und deren Legalisierung somit den Weg zur Eugenik bereitet, arbeitet Manfred Spieker im ersten Artikel der vorliegenden Schrift mit aller Klarheit heraus. Als Politikwissenschaftler und Sozialethiker erörtert er den Argumentationsgang der Befürworter im Vorfeld der Legalisierung und stellt deren Versuche dar, eine Verfassungskonformität zu rechtfertigen. Mit großer Präzision weiß er die einzelnen Widersprüche und Wege der Verschleierung des Selektionsaspektes herauszuarbeiten, ein Aspekt, der sich auch angesichts der von Spieker erläuterten Statistik der European Society of Human Reproduction and Embryology nicht verleugnen lässt.

Christian Hillgruber stellt in seinem Artikel den verfassungsrechtlichen Status des Embryos dar. Angesichts der derzeitigen verfassungswidrigen Gesetzeslage dürfte der Embryo von Beschwerdefähigkeit Gebrauch machen. Als Verfassungsrechtler erörtert Hillgruber die verschiedenen Möglichkeiten prozesslich vorzugehen, um die für den Embryo bestehende Gefahr der Grundrechtsverletzungen abzuwehren. Stringent bis zur letzten Konsequenz durchdachte Vorgehensweisen schildert er in einer auch allgemeinverständlichen Weise und ermuntert zugleich, Initiative zu einer Veränderung der Gesetzeslage zu ergreifen.

Abgerundet wird die vorliegende Veröffentlichung durch den Artikel von Klaus Gärditz, der in seiner

Darlegung der bisherigen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes, das zugrunde liegende Verständnis von Menschenwürde herausarbeitet. Anhand der EuGH-Entscheidung im Fall Brüstle gegen Greenpeace (2011), auf die Gärditz näher eingeht, lässt sich feststellen, dass das Bestreben des Europäischen Gerichtshofes in Richtung eines umfassenden Schutzes menschlichen Lebens geht. Gärditz zeigt, dass die Rechtsprechung unter Beachtung der Fernwirkung von Würdeverletzung durch Zerstörung menschlichen Lebens erfolgte. Dieser Aspekt bestätigt die Annahme, dass der EuGH umsichtig vorgehen und hiermit nicht nur in einem Einzelfall entscheiden wollte, sondern eine Leitlinie vorgeben und die Bedeutung und Tragweite jeglicher Einschränkung menschlichen Lebensschutzes hervorheben wollte. Dieser Artikel gibt somit einen fundierten Ausblick auf Hoffnung.

Ob sich der Europäische Gerichtshof auch in der Auslegung der Grundrechtscharta an dieses Verständnis halten wird, steht derzeit beispielsweise bezüglich der Gewissensentscheidung italienischer Ärzte im Rahmen der Abtreibung auf dem Prüfstand. Auch eine Entscheidung, die derzeit durch eine Bürgerbewegung vorangetrieben wird, hinsichtlich der weiteren finanziellen Förderungswürdigkeit von Forschung an embryonalen Stammzellen, wird vermutlich in naher Zukunft fallen.

Nicht nur wegen der Aktualität und Brisanz des Themas, sondern auch wegen seiner präzisen und fachlich hochkompetenten Ausarbeitung, ist diese Veröffentlichung besonders für diejenigen Leser von Interesse, die – ohne juristisches Fachvokabular beherrschen zu müssen – einen fundierten Überblick über die aktuelle Gesetzeslage und die damit verbundene Problematik erhalten wollen. Die aufgeführten schlagkräftigen Argumente bedeuten eine große Hilfe für die Erarbeitung eines eigenen Argumentationsganges. Gleichzeitig werden dem Leser konkrete Perspektiven zur Veränderung der aktuellen Situation eröffnet, ein Aspekt, der in ähnlichen Veröffentlichungen oft zu wünschen übrig lässt.

B. Reufels

Jahresinhaltsverzeichnis des 20. Bandes (2013)

Die angeführten Seitenzahlen entsprechen folgenden Ausgaben:

Nummer 1 (1-68); Nummer 2 (59-156); Nummer 3 (157-236); Nummer 4 (237-308)

Aus aktuellem Anlass

Deak Monika, <i>Irland: Neues Gesetz weicht Lebensrecht des Ungeborenen auf</i>	167-172
Fuchs Bergund, <i>Ein fauler Kompromiss: Bundesrat segnet marginal veränderte PID-Verordnung ab</i>	6-9
Kummer Susanne, <i>Genderzid: Gezielte Abtreibung von Mädchen - ein weltweites Problem</i>	10-12
Kummer Susanne, <i>IMABE-Symposium: Mental Health und Arbeitswelt</i>	242-244
Prat Enrique H., <i>Ethischer Fallbericht der Pharmaindustrie: Tamiflu</i>	162-166
Stübgen Birgitta, <i>Gesunde Krankheit. Am Weg zum neuen Psychiatrie-Handbuch DSM-5</i>	74-77

Schwerpunkt

Bachleda Teodor, <i>Veränderungen nach dem Hirntod und organprotektive Therapie</i>	111-120
Bauer Axel W., <i>Anthropologische Grundlagen der Medizin</i>	173-184
Beck Matthias, <i>Zur Beziehung von Geist, Genetik und Epigenetik</i>	205-215
Bonelli Johannes, <i>Der Status des Hirntoten</i>	79-91
Buder Robert, Hartig Dominik, <i>Hospitalität: Christliche Spiritualität in der Krankenpflege</i>	217-224
Erk Christian, <i>Überlegungen zur sozialen Gerechtigkeit im Gesundheitswesen</i>	31-42
Gerl-Falkovitz Hanna-Barbara, <i>Zur Anthropologie des Leibes</i>	185-193
Hoefert Hans-Wolfgang, <i>Das ärztliche Gespräch und seine Dynamik</i>	255-266
Hoffmann Thomas S., <i>Philosophische Grundlagen einer Ethik der Kommunikation</i>	245-254
Huber Wolfgang, Bonelli Johannes, <i>Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit in der Medizin</i>	43-50
Keller Monika, <i>Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie</i>	267-276
Laimböck Max, <i>Konflikt zwischen Krankenhausmanagement und Ärzteschaft</i>	21-29
Peintinger Michael, <i>Interkulturelle Kommunikation in der Medizin</i>	277-288
Rosado Johannes, <i>Das menschliche Lebewesen: eine philosophische Betrachtung</i>	121-131
Schwarz Markus, <i>Herausforderungen an einen Manager im Krankenhausbetrieb</i>	13-19
Trinka Eugen, <i>Hirntod: Konzepte, Kriterien, Kontroversen</i>	93-109
Weiber Erhard, <i>Hoffnung am Ende des Lebens - Dimensionen der Hoffnung</i>	195-204

Beitrag

Bonelli Raphael M., <i>Evidenz-basierte Untersuchung der Religiosität in der Psychiatrie</i>	133-142
--	---------

Aus der Praxis

Hess Martina, Hummer Regina, *Schlechte Nachrichten überbringen: Wie sag ich es dem Patienten?* 289-296

Fall

PEG-Sonde bei Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung 143

Stoll Marion, *Kommentar zum Fall* 144-145

Konferenzbericht

Prat Enrique H., *Alpbacher Gesundheitsgespräche 2013: Wer entscheidet Gesundheit?* 225-226

Buchbesprechungen

Bartholomeyczik S., Dinand C. (Hrsg.), *Entscheidungsfindung zur PEG-Sonde bei alten Menschen. Problemlagen und Entscheidungshilfe*, Mabuse, Frankfurt am Main (2012) 231-232

Beck M., *Leben - wie geht das? Die Bedeutung der spirituellen Dimension an den Wendepunkten des Lebens*, Styria Premium Verlag, Wien, Graz, Klagenfurt (2012) 153

Becker A. et al. (Hrsg.), *Klinisches Risikomanagement. Beiträge zur Patientensicherheit*, NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag, Wien, Graz (2012) 59-61

Bielefeldt H., *Auslaufmodell Menschenwürde?*, Verlag Herder, Freiburg im Breisgau (2011) 62-64

Borasio G. D., *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*, C.H. Beck, München (2011) 301

Frewer A. et al. (Hrsg.), *Medizin, Moral und Gefühl. Emotion im ethischen Diskurs*, Verlag Königshausen und Neumann, Würzburg (2012) 232-233

Hoefert H.-W., *Gesundheitsängste*, Pabst Science Publishers, Lengerich (2012) 153-154

Joerden J. C. et al. (Hrsg.), *Menschenwürde und moderne Medizinethik*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden (2011) 64-66

Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg, München (2011) 151-152

Schmidt K. W. et al. (Hrsg.), *Zum Umgang mit Behandlungsfehlern*, LIT Verlag, Berlin (2012) 301-303

Spieker M. et al. (Hrsg.), *Die Würde des Embryos. Ethische und rechtliche Probleme der Präimplantationsdiagnostik und der embryonalen Stammzellforschung*, Veröffentlichungen der Joseph-Höffner-Gesellschaft, Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn (2012) 303-304

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten.

2. Gestalten der Manuskripte

Länge/Umfang: 25.000 - 35.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

Die erste Seite soll enthalten:

1. einen kurzen Titel der Arbeit auf Deutsch und Englisch
2. Name des Autors/ der Autoren
3. Kontaktdaten
4. eine Zusammenfassung des Beitrags (max. 900 Zeichen inkl. Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter auf Deutsch und Englisch

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Datenformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Grafiken werden in Druckqualität (hoher Auflösung) benötigt. Nach Drucklegung werden dem Autor die entsprechenden Belegexemplare zugesandt.

3. Literatur

Die Zitierung erfolgt in Form von Endnoten, wobei die Nummerierung fortlaufend und die Zitierungszahlen hochgestellt sein sollen.

Bei Zeitschriftenbeiträgen sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen oder erster Autorenname und „et al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. abgekürzter Titel der Zeitschrift nach den internationalen Regeln (Index Medicus)
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit

Beispiel: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsorte
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl

Beispiel: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

1. General Remarks

Submission of an article for publication implies the transfer of the comprehensive copyright from the author to IMABE as publisher, including the right of translation into any language. Accepted papers become the permanent property of the publisher.

By establishing manuscripts, the following guidelines should be respected:

The contribution should be provided by the authors in electronic format (MS Word or RTF).

2. Formation of Manuscripts

Length/ scale: 25.000 - 35.000 characters including whitespace characters

First page:

1. Short title in English and German
2. Name of the author/ the authors
3. Contact details
4. Abstract of the article in English (max. 900 characters including whitespace characters) and 3 - 5 keywords in English and German (can be provided by the editor)

Pages should carry consecutive numbers, including those of the reference list. Acknowledgements should be placed between end of text and references. For citation of references the automated footnotes of the file format should be used. Tables and figures should be placed adjacent to the corresponding text. All illustrations need

to be in print quality (high resolution).

The author will receive accordant copies of the published issue.

3. References

The quotation is effected in terms of endnotes, in which the numbering should be consecutive, the quotation numbers elevated.

Articles from journals are cited in the following manner:

1. All Authors, or first author plus "et al.", followed by initials of first name in capital letters.
2. Title
3. Journal in standardized abbreviation (Index Medicus)
4. Year in parentheses followed by semicolon
5. Volume followed by colon
6. Initial and final page

Example: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897-903

Citation of monographs and books:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Publishing company
4. Locations of publishing company
5. Year in parentheses
6. Indication of pages (from - until)

Example: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9-10

IMABE-Info (www.imabe.org)

AIDS 1: Die Infektion und ihre Verbreitung
AIDS 2: Prävention und Therapie
Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht
Drogen
Entschlüsselung des menschlichen Genoms
Ethische Qualität im Krankenhaus
Euthanasie 1: Definitionen und Klarstellungen
Euthanasie 2: Stellungnahmen Kath. Kirche
Familie und Krankheit
Fehlerkultur in der Medizin
Gender
Gentechnik in der Humanmedizin
Grenzen der Sozialmedizin
Hirntod
In-Vitro-Fertilisation
Kardinaltugenden und ärztliche Praxis
Klonen
Kommunikation und Vertrauen
Lebensqualität in der Medizin
Mifegyne. Die Abtreibungspille RU 486
Mitleid: Mitleiden und Mitleben
Neurowissenschaft
Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva
Ökonomie und Gesundheitswesen
Organtransplantation
Palliativmedizin
Der ethische Ruf der Pharmaindustrie
Pille danach
Pille versus Natürliche Empfängnisregelung
Placebo

Post-Abortion-Syndrom (PAS)
Präimplantationsdiagnostik
Pränatale Diagnostik
Pränatalmedizin
Prävention als moralische Tugend des Lebensstils
Reduktion von Therapie bei Terminalpatienten
Ethik in der Schönheitsmedizin
Schwangerschaftsabbruch in Österreich
Sinnorientierte Medizin
Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen
Risiken der späten Schwangerschaft
Stammzellen
Sucht und Alkohol
Tabakrauchen
Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten
Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht
Viagra. Medikament oder Lustpille?

Stellungnahmen (www.imabe.org)

13. 02. 2013: Stellungnahme zur Diskussion über die Wirkungsweise der „Pille danach“
24. 04. 2012: Stellungnahme zum Vorschlag zur Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
04. 02. 2011: Stellungnahme zur „Kind als Schaden“-Judikatur
23. 03. 2009: Stellungnahme zur Empfehlung für eine Liberalisierung der Stammzellforschung

Erklärungen (www.imabe.org)

2011: Präimplantationsdiagnostik
2009: Stammzellen

Vorschau

Imago Hominis · Band 21 · Heft 1/2014
Schwerpunkt: Spiritualität in der Medizin II

Editorial	239	
Current Issues	242	Susanne Kummer IMABE Symposium: Mental Health in the Work Environment
Focus	245	Thomas Sören Hoffmann Philosophical Foundations of an Ethics of Communication
	255	Hans-Wolfgang Hoefert The Medical Interview and its Dynamics
	267	Monika Keller Patient-Centered Communication in Oncology
	277	Michael Peintinger Intercultural Communication in Medicine
Practical Experience	289	Martina Hess, Regina Hummer Conveying Bad News: How Do I Tell the Patient?
News	297	
Journal Review	300	
Book Reviews	301	
	305	Index to Volume 20 (2013)