

## Wie sag ich's meinem Patienten?

Kommunikationstrainings für Medizinstudenten an der Ludwig-Maximilians-Universität München<sup>1</sup>

Veronika Kopp, Pia Heußner, Martin R. Fischer, München

Obwohl der Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung ein zentraler Stellenwert zukommt, wird dies in der medizinischen Ausbildung bisher zu wenig beachtet. Seit dem Sommersemester 2007 gibt es an der medizinischen Fakultät der Universität München ein patientenorientiertes Kommunikationstraining, um schwierige Gesprächssituationen unter geschützten Bedingungen zu üben. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Überbringen schlechter Nachrichten.

### Patientenorientiertes Kommunikationstraining

In jahrzehntelanger Forschung konnte immer wieder bestätigt werden, dass mangelnde Kommunikationsfähigkeit von Ärzten mit geringerer Patientenzufriedenheit, mit höheren Beschwerderaten, einem erhöhten Risiko für Kunstfehler-Klagen und schlechterer Gesundheitsversorgung einhergeht.<sup>2</sup> Um diesem Problem zu begegnen, reagierten die medizinischen Fakultäten, indem sie in letzter Zeit zunehmend Kurse zur Arzt-Patienten-Kommunikation in die Curricula der medizinischen Hochschulen einführten.

Auch an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) gibt es seit dem Sommersemester 2007 einen solchen Kurs. Mit den im Sommersemester 2007 eingeführten Studienbeiträgen konnte ein Zentrum für Unterricht und Studium, kurz ZeUS, aufgebaut werden, das einen geeigneten Rahmen für die patientenorientierten Kommunikationstrainings bietet.

Dabei wird mit sog. „standardisierten Patienten“ gearbeitet. Dies sind Schauspieler, die den Patienten wie eine Rolle spielen. Dazu werden sie von Ärzten und Schauspieltrainern eigens auf die jeweilige Patientenrolle vorbereitet und über die Besonderheiten des jeweiligen Krankheitsbildes genauestens informiert. Motivation vieler standardisierter Patienten ist weniger das Geld als vielmehr ihre Überzeugung, damit

die medizinische Ausbildung zu verbessern. „Und Spaß macht es natürlich auch“, meint eine der Schauspielerinnen.

Für die Studierenden besteht das patientenorientierte Kommunikationstraining aus einem Skript, mit dem sie sich auf das Training vorbereiten sollen, und einer Einführung in die Arzt-Patienten-Kommunikation, in der ihnen die wichtigsten theoretischen Inhalte vermittelt werden. Hauptteil dieses Trainings ist die anschließende praktische Übungseinheit mit dem Schauspieler-Patienten.

Jeder Student einer Gruppe, die aus sechs Teilnehmern besteht, hat die Gelegenheit, in der Arztrolle acht Minuten lang mit einem

„Patienten“ ein Gespräch zu führen. Nach Ablauf dieser acht Minuten zieht sich die restliche Gruppe für zwei Minuten mit dem Dozenten zur Absprache des Feedbacks zurück. Der Student, der gerade das Gespräch geführt hat, verlässt die Gruppe und überlegt für sich, was im Gespräch gut und was weniger gut gelaufen ist. Anschließend kommt die Gruppe wieder zusammen, und der Student beginnt mit seiner Selbsteinschätzung. Anschließend erfährt er vom Schauspieler-Patienten, wie dieser sich im Gespräch gefühlt hat und was ihm geholfen hat, aber auch, was er als zukünftiger Arzt noch besser machen könnte. Am Ende erfolgt die Rückmeldung durch die Gruppe.



Die Medizinstudenten der LMU München üben das Führen von schwierigen Patientengesprächen mit Schauspielern.



Die inhaltlichen Herausforderungen, denen sich die Studierenden zu stellen haben, sind dabei vielfältig. So muss in einem Fall einem non-complianten 19-jährigen Schüler, der mit einer hyperglykämischen Krise in die Notambulanz eingeliefert wurde, erklärt werden, wie er mit seinem kürzlich diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 1 umzugehen hat und wie wichtig es ist, diesen richtig zu behandeln. In einem anderen Fall sieht sich eine Studentin Herrn Adam Müller<sup>3</sup> gegenüber. Der 48-jährige übergewichtige Pförtner nimmt seine Blutdruckmedikamente nur noch unregelmäßig ein, da er sie für die Ursache seiner Potenzprobleme hält. Weil er eine neue Partnerin hat, bedeutet diese Potenzeinschränkung eine große Einschränkung seiner Lebensqualität, die er auch durch Diäten nicht eingeschränkt haben möchte. Aufgabe der Studentin ist es, mit Fingerspitzengefühl auf die Potenzprobleme zu sprechen zu kommen und einen neuen Medikamentenplan zu entwickeln, den Herr Adam auch einhält.

### Vom Überbringen schlechter Nachrichten

Ein weiterer Schwerpunkt dieses Kommunikationstrainings ist das Überbringen schlechter Nachrichten. Wer kennt nicht die Situation, einem Freund, Verwandten, Kollegen oder Patienten eine schlechte Nachricht überbringen zu müssen? Und wem sind nicht die dabei entstehenden Gefühle der Schuld, der übermächtigen Verantwortung und des Stresses vertraut, weil man weiß, beim Gegenüber Hoffnungen zu zerstören und ihn zu enttäuschen?

Aber was sind eigentlich schlechte Nachrichten? In der Forschung fallen unter schlechte Nachrichten alle Nachrichten, die die Sicht des Patienten auf seine Zukunft drastisch und negativ verändern.<sup>4</sup> Solche Situationen erleben Ärzte ständig, und das Überbringen von schlechten Nachrichten gehört für sie zum Arbeitsalltag. Dies zeigte auch eine amerikanische Studie, die im Bereich der Onkologie durchgeführt



Eine Studentin versucht, einem non-complianten Schüler zu erklären, wie wichtig es für ihn ist, seinen Diabetes in den Griff zu bekommen.

wurde.<sup>5</sup> Darin gaben 60 % der 700 befragten Onkologen an, zwischen 5 und 20 Mal im Monat Überbringer schlechter Nachrichten zu sein. 14 % gaben an, sogar mehr als 20 Mal monatlich schlechte Nachrichten überbringen zu müssen.

Das Überbringen schlechter Nachrichten ist eine komplexe soziale Interaktion. Sie erfordert nämlich nicht nur kommunikative Fähigkeiten, sondern auch die angemessene Reaktion auf die Emotionen des Patienten und den Umgang mit den eigenen Gefühlen, die durch die Erwartungen des Patienten und der Angehörigen an den Arzt entstehen. Dazu kommt die Dilemmasituation, Hoffnung geben zu wollen, wo kaum noch Hoffnung ist.

Als in der bereits zitierten Studie gefragt wurde, ob die Onkologen auf diese anspruchsvollen Interaktionen vorbereitet wurden, zeigte sich, dass 42 % der Befragten weder ein Training dafür erhalten noch die Gelegenheit hatten, einen Kollegen beim Überbringen einer schlechten Nachricht zu beobachten. Knapp 40 % hatten die Situation zumindest in der Beobachterposition erlebt. Nur knappe 20 % hatten an einem spezifischen Training teilgenommen – und das, obwohl nachgewiesen werden

konnte, dass ungeschulte Ärzte weit mehr mit Gefühlen wie Angst, zu hoher Verantwortung und Furcht vor negativer Rückmeldung zu kämpfen haben und damit auch mehr Stress und Burn-out unterworfen sind. Zudem konnte gezeigt werden, dass Kommunikationstrainings die Patientenzufriedenheit erhöhen und auch das Wohlbefinden des Arztes steigern.

### Schlechte Nachrichten richtig überbringen: eine Anleitung

Wie nun eine schlechte Nachricht am besten überbracht wird, wird ebenfalls in dem patientenorientierten Kommunikationstraining der LMU gelehrt. Anhand der „ABCDE“-Regel wird Folgendes vermittelt:<sup>6</sup>

#### A – Advance

Zur Vorbereitung auf das Gespräch sollte der Arzt die wichtigsten klinischen Informationen parat haben; im Idealfall sollte die Patientenakte während des Gesprächs zur Hand sein.

Für das Gespräch sollte ein angemessener Zeitraum eingeplant werden, in dem der Arzt nicht gestört wird. Daher sollte er seine Kollegen darüber informieren und den



Piepser auf stumm stellen. Zudem sollte er im Vorfeld klarstellen, ob der Patient wünscht, dass Familienmitglieder oder andere unterstützende Personen am Gespräch teilnehmen. Das Gespräch sollte in einer angenehmen Umgebung stattfinden.

Vor dem Gespräch soll der Arzt mental im Kopf noch einmal durchgehen, wie er dem Patienten die Nachricht überbringen will oder laut aussprechen, was er dem Patienten erzählen möchte. Gut wäre es zudem, wenn er einen Kollegen beim Überbringen schlechter Nachrichten beobachtet, bevor er selbst das erste Mal mit dieser Situation konfrontiert ist. Wichtig ist, dass sich der Arzt auch emotional auf die Situation vorbereitet.

#### **B – Build a therapeutic environment/relationship**

Sollten Angehörige und/oder Freunde beim Gespräch anwesend sein, sollte sich der Arzt als Erstes vorstellen und nach den Beziehungsverhältnissen fragen. Zu Beginn des Gesprächs sollte er sich setzen. Dies entspannt den Patienten, da dieser damit weiß, dass der Arzt nun Zeit für ihn hat. Zudem sollte der Arzt darauf achten, dass es

keine Barrieren zwischen ihm und dem Patienten gibt und dass er über Augenkontakt eine Beziehung herstellt. Wenn es angemessen erscheint, kann er den Patienten auch während des Gesprächs berühren. Das Gespräch sollte begonnen werden, indem vorausgeschickt wird, dass es schlechte Nachrichten gibt.

Anschließend sollte der Arzt herausfinden, was und wie viel der Patient über seine Krankheit und die Prognosen wissen möchte. Während der Großteil der Betroffenen den Wunsch nach vollständiger Aufklärung über Diagnose, Prognose und Therapie hat, gibt es auch Patienten, die diese Informationen vermeiden möchten. Um dies herauszufinden, kann beispielsweise gefragt werden: „Welche Fragen haben Sie?“ Der Patient äußert dann, was ihm wichtig ist.

#### **C – Communicate well**

Nach dem Leitsatz „before you tell, ask“ sollte der Patient gefragt werden, was er bereits über seine Situation weiß und wie er diese wahrnimmt. Dies kann beispielsweise über Fragen wie die folgende geschehen: „Was wurde Ihnen bisher über die medizinische Situation mitgeteilt?“ Da-

durch können Missverständnisse in einem frühen Stadium aufgeklärt werden. Zudem gewinnt der Arzt dadurch Einblick in das Verständnis des Patienten und kann die Informationen darauf abstimmen. Der Arzt sollte offen und mitfühlend mit dem Patienten sprechen und Fachwörter/medizinischen Jargon vermeiden. Er sollte sich bewusst sein, dass der Patient nach Mitteilung der schlechten Nachricht wenig vom Gespräch behalten wird. Ermutigungen, Fragen zu stellen, sind daher angebracht. Die wichtigsten Informationen sollten wiederholt und schriftlich fixiert werden. Zudem sollte immer wieder nachgefragt werden, ob der Patient die bisherigen Informationen verstanden hat. Der Arzt muss mit der Möglichkeit rechnen, dass der Patient die Krankheit leugnet.

Am Ende des Gesprächs sollte dieses zusammengefasst und es sollten weitere Maßnahmen und Therapiepläne aufgezeigt werden. Wichtig ist auch, dem Patienten weitere Gespräche mit den Angehörigen und/oder dem Hausarzt verbindlich anzubieten.

#### **D – Deal with patient and family reactions**

Die größte Herausforderung beim Überbringen schlechter Nachrichten ist der Umgang mit den Gefühlen des Patienten und der Angehörigen. Die Reaktionen können dabei unterschiedlicher Natur sein und von Schweigen über Weinen zu Abstreiten oder Ärger reichen. In diesen Situationen ist es wichtig, dass der Arzt Unterstützung und Verbundenheit zum Ausdruck bringt. Empathische Äußerungen wie „es tut mir leid, ich wünschte, ich hätte bessere Nachrichten für Sie“ sind in solchen Fällen angemessen. Dem Patienten sollte Zeit gegeben werden, seine Gefühle zum Ausdruck zu bringen.

#### **E – Encourage and validate emotions**

Nachdem die Nachricht überbracht und sich der erste Schock gelegt hat, sollte der Arzt in Erfahrung bringen, was die Nachricht



Eine Studentin überbringt Herrn Gmeiner die Nachricht über seine unheilbare Krankheit mit schlechter Prognose.



für den Patienten bedeutet. Zudem sollte herausgefunden werden, welche emotionalen und religiösen Bedürfnisse der Patient verspürt und ob er sich damit an Familienmitglieder und/oder Freunde wenden kann.

Der Arzt sollte auch realistische Hoffnung geben. Auch wenn eine Heilung nicht möglich ist, sollte der Patient ermutigt werden, indem ihm aufgezeigt wird, welche Möglichkeiten ihm offenstehen. Dafür stehen interdisziplinäre Ressourcen zur Verfügung.

Der Arzt sollte auf seine eigenen Bedürfnisse während und nach dem Überbringen schlechter Nachrichten achten. Es besteht die Gefahr der Gegenübertragung, die tiefe Gefühle beim Arzt selbst auslösen kann – ohne dass er versteht, woher diese kommen. Eine Nachbesprechung mit im Fall involviertem Personal hilft, nicht nur die weitere medizinische Versorgung zu bewerten, sondern auch die entstandenen negativen Gefühle zu verarbeiten.

### Schlechte Nachrichten zum Trainieren

Mit diesen Inhalten im Hinterkopf werden die Studierenden der Medizin z. B. mit folgendem Fall konfrontiert: Sie sind Stationsarzt der chirurgischen Station und müssen nun ein Aufklärungsgespräch mit Herrn Kurt Gmeiner, einem 50-jährigen selbstständigen Bauunternehmer über dessen Krankheit führen. Herr Gmeiner ist verheiratet, hat zwei Kinder im Alter von 12 und 17 Jahren und steht voll im Leben. Er hatte sich auf Drängen seiner Frau mit schmerzloser Gelbsucht (Ikterus) in der Notaufnahme vorgestellt. Nun wurde, nachdem alle Befunde beisammen sind, die Diagnose eines Pankreaskopfkarcinoms im fortgeschrittenen Stadium gestellt. Die mittlere Überlebenszeit bei metastasiertem Pankreaskarzinom, wie es bei Herrn Gmeiner vorliegt, beträgt einige Monate. Der Patient hat bisher keine Ahnung über die Schwere seiner Krankheit.

Die als Gesprächspartner dienenden Schauspieler und Laienschauspieler sind häufig so überzeugend in ihren Darstellungen, dass die Studenten die Situation als echt erleben. So urteilt eine Studentin nach dem Training: „Die Gesprächssituation ist schon sehr realitätsnah – man denkt dabei eigentlich nicht daran, dass sie nur gestellt ist.“ Wer zuvor der Meinung war, dieses Training könne man nicht ernst nehmen, wird eines Besseren belehrt. Manchen Studierenden geht diese Situation sogar so nahe, dass sie selbst psychischen und emotionalen Beistand brauchen.

In solchen Fällen steht u. a. Dr. Pia Heußner zur Verfügung und nimmt sich des Studierenden an. Als Psycho-Onkologin am Klinikum Großhadern ist sie damit beauftragt, diese Kurse zusammen mit dem Ausbildungsexperten Dr. Martin Fischer zu leiten und die Zusammenarbeit der medizinischen Kliniken zu koordinieren. Bisher sind ihre Erfahrungen sehr positiv. Dies zeigen auch die Evaluationen, die am Ende jedes Kurses durchgeführt wurden.

Auf die Frage, ob die Studierenden glauben, nach dem Kommunikationstraining besser in der Lage zu sein, ein Gespräch mit einem Patienten zu führen, stimmten 67 % der 175 befragten Medizinstudenten weitgehend oder vollkommen zu. Zudem gaben 75 % an, viel beim Training gelernt zu haben. Darüber, dass es wichtig sei, auf das Führen schwieriger Patientengespräche vorbereitet zu werden, waren sich fast alle einig. Dieser Frage stimmten 93 % der Befragten vollkommen bzw. weitgehend zu. Auch darüber, dass das Kommunikationstraining sehr interessant gewesen sei, bestand bei 92 % der Studierenden Einigkeit. Dass es darüber hinaus auch Spaß gemacht habe, zeigen Anmerkungen wie diese: „Die Übung mit Rollenspiel hat wirklich Spaß gemacht. Es ist auch wichtig für einen Arzt, solche Gespräche durchführen zu können.“ Für die Zukunft ist geplant, diese Art des Kommunikationstrainings weiter auszubauen und zu intensivieren.

**Veronika Kopp, M.A., Klinikum der Universität München, Medizinische Klinik – Innenstadt, Schwerpunkt Medizindidaktik, München**

 [Veronika.Kopp@med-uni-muenchen.de](mailto:Veronika.Kopp@med-uni-muenchen.de)

**Dr. med. Pia Heußner, Klinikum der Universität München, Medizinische Klinik und Poliklinik III – Großhadern, München**

 [Pia.Heussner@med-uni-muenchen.de](mailto:Pia.Heussner@med-uni-muenchen.de)

**Dr. med. Martin R. Fischer, MME (Bern), Klinikum der Universität München, Medizinische Klinik – Innenstadt, Schwerpunkt Medizindidaktik, München**

 [Fischer.martin@med-uni-muenchen.de](mailto:Fischer.martin@med-uni-muenchen.de)

Bildquelle: Fotos mit freundlicher Genehmigung der Pressestelle der LMU München

### Anmerkungen

- 1 Im gesamten Text wird zur einfacheren Lesbarkeit die männliche Form gebraucht. Die weibliche Form ist dabei immer mitgemeint.
- 2 Tamblyn R. et al. (2007), Physicians Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities, *JAMA*, 298 (9), 993 – 1001.
- 3 Alle Namen der Patienten sind frei erfunden. Übereinstimmungen mit lebenden Personen sind rein zufällig.
- 4 Vandekieft, G. K. (2001), Breaking bad news. *American Family Physician*, 64 (12), 1975 – 2001; Baile et al. (2000), SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer, *The Oncologist*, 5, 302 – 311.
- 5 Baile et al. (2000), SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer, *The Oncologist*, 5, 302 – 311.
- 6 Vandekieft, G. K. (2001), Breaking bad news. *American Family Physician*, 64 (12), 1975 – 2001.