

Einleitung

Das schwere Gespräch

Im weiteren Sinne: *Ein Gespräch, in dem es um die existenzielle, unheilbare Krankheit des Gesprächspartners geht.*

Im engeren Sinne: *Ein Gespräch, in dem ich als Arzt bewusst einer Patientin oder einem Patienten die Nachricht vermittele, dass sie oder er an einer existenziellen, unheilbaren Krankheit mit einer (möglichen) fatalen und/oder infausten Prognose leidet.*

Definition A

Definition B

Über dieses Buch

Es ist schon ein Dilemma: Beschreiben – und damit auch hier und da ungebeten anraten –, wie einschneidende Diagnosen verständlich und menschlich vermittelt werden *können*, wenn einer der Eckpfeiler einer solchen Übermittlung ist: *Keine* ungebeten Ratschläge zu geben.

Die Betonung liegt auf „können“. Dieses Buch *will keine* Anweisungen geben, wie Schweres gesagt werden *muss*, auch nicht, wie es gesagt werden *soll*, sondern eher Leitlinien geben, wie es gesagt werden *kann*. Was dieses Buch will: ein sowohl wissenschaftliches als auch menschliches und ethisches Fundament zu geben, auf dem der Leser *seine eigenen* Entscheidungen kompetent treffen kann: Wie *will ich* es tun – und/oder wie *will ich* es *nicht* tun. Es erhebt keinen Anspruch auf wissenschaftliche oder logische *Vollkommenheit*, nicht einmal darauf, ein Lehrbuch zu sein – und will dennoch lehren.

Was dieses Buch bewirken will: den Leser anregen, sich *bewusst* mit der Materie zu beschäftigen. Dem, der seine Sache gut macht, soll es größere Sicherheit, fast möchte ich sagen: Geborgenheit, geben. *Seine* Sache? – Nein, die *gemeinsame* Sache, gemeinsam mit dem Patienten.

„kann“ und „will“

Bewusst werden

Mut zum Andersmachen

Wer sich noch unsicher fühlt, soll Mut bekommen, die Dinge *anders* zu meistern. Das Buch soll zeigen, dass es *Alternativen* und *andere Wege* zu den bekannten und eingefahrenen gibt.

Weiterzumachen wie bisher erspart einem zwar die Mühe der Veränderung – führt, aber auch zu den gleichen (mangelhaften) Ergebnissen wie bisher. War es nicht Einstein, der sagte: „Die Definition von Wahnsinn ist, immer wieder das Gleiche zu tun und andere Ergebnisse zu erwarten.“?

Trotz der Individualität des einzelnen Gesprächs gibt es Grundzüge, die sich wie ein roter Faden durch jede Kommunikation, jedes Gespräch ziehen und die entweder direkt oder in modifizierter Form auch für das schwere Gespräch gelten. Ich habe versucht, einige dieser Züge zu beschreiben, wohl wissend, dass es Fragmente bleiben, die jeder Leser für sich zu *seiner eigenen* Ganzheit zusammenfügen muss.

Varianten

In meiner medizinischen Laufbahn habe ich viele Arten der Handhabung schwerer Gespräche erlebt: Ich habe erlebt, wie eine Patientin mit Lungenmetastasen in einem 6-Bett-Zimmer wochenlang während der Visite angelogen wurde: „Nein, es ist nicht Krebs.“ Ich habe erlebt, dass eine Krankenschwester auf einem Stuhl neben dem Krankenbett saß, die rechte Hand der Patientin in ihren Händen – und so, ohne ein Wort zu sprechen, das auszudrücken vermochte, was wir Ärzte nicht über die Lippen bekamen. Und vor allem habe ich in jungen Jahren erlebt, wie meine eigene Mutter ihrer Mutter die schwere Botschaft vermittelte; ich habe erlebt, wie friedlich, ernst und ehrlich, wie *gut* die schwere Wahrheit vermittelt werden kann – und wie viel Ruhe und Frieden sie bringen kann.

Individualität

Individuelle Fähigkeiten, sowohl auf der Seite des Senders wie auf der Seite des Empfängers, spielen eine große Rolle, wo es um existenzielle Botschaften geht. Wo ich persönliche Kommunikationsbeispiele angeführt habe, sollen diese nicht als Beispiele einer „guten Frage“ oder einer „guten Antwort“ verstanden werden, sondern als Beispiele dafür, wie *ich* kommuniziere, was mit *meinen* Fähigkeiten und Eigenschaften zusammenhängt. Sie haben diese nicht, aber dafür *Ihre Fähigkeiten, Eigenschaften und Ressourcen* – Qualitäten, die *ich nicht* habe, von denen ich vielleicht nur träume.

Lernen – ... und der Preis

Große kommunikative Qualitäten sind nur wenigen in die Wiege gelegt – aber vieles kann *gelernt* und *entwickelt* werden.

Zwei Dinge sind dazu notwendig: 1) Man muss sich der eigenen Mängel und Stärken *bewusst* sein und 2) zugleich bereit sein, die *Investition* vorzunehmen, mit der jegliche Änderung (insbesondere jede Änderung des eigenen Verhaltens) verbunden ist. Hierzu gehört nicht nur die anfängliche Unsicherheit des Erfolgs, sondern auch Ausdauer und Beharrlichkeit, wenn Rückschläge den Blick auf das Ziel trüben oder gar versperren. Rückschläge wird es immer geben; *erkannte* Rückschläge sind (hier wie auch in anderen Zusammenhängen), wenngleich schmerzvoll, lehrreiche und notwendige Schritte auf dem Weg zum gesetzten Ziel.

Kommunikationstheorien gibt es viele: mal mit psychologischem Schwerpunkt, mal mit sozioökonomischem oder auf Wirkung zielenden. Einige Theorien thematisieren besonders den Prozess, andere das System. Alle Theorien enthalten die eine oder andere Wahrheit – keine beinhaltet alle Wahrheiten.

Theorien

Zur Struktur des Buches

Gliederung und Inhalt

Die 2. Auflage unterscheidet sich sowohl im Umfang wie auch in der Gliederung von der alten. Sämtliche Buchteile sind überarbeitet und zum großen Teil neu geschrieben. Der letzte Teil ist außerdem um drei Patientengruppen erweitert, die in der 1. Auflage kaum Erwähnung fanden: Kinder, Demenz-Patienten und Migranten.

Alle drei Teile bilden für sich abgeschlossene Einheiten und hängen doch miteinander zusammen:

- 1) Grundlagen der Kommunikation
- 2) Gespräche
 - ▲ Das (allgemeine) Gespräch
 - ▲ Das Patientengespräch
- 3) Das schwere Gespräch
 - ▲ Der Patient im Allgemeinen
 - ▲ Besondere Patientengruppen
 - Kinder und Jugendliche
 - Demente Patienten

Erster Teil

Inhalt: *Grundlegendes zum Thema Kommunikation*, generelle Betrachtungen über die Materie in ihren verschiedenen Aspekten und Zusammenhängen. Theoretische Betrachtungen werden analysiert, systematisiert, und ihre praktische Bedeutung wird dem aktuellen Kontext zugeordnet. Für manchen Leser werden bekannte Informationen dabei sein – hier sind sie im aktuellen Kontext dargestellt. Der im Buch angewandte Begriff der *Transpretation* (s. Abb. 1, S. 14) und das fundamentale *Kommunikationsmodell* (s. S. 64) sollten dem Leser jedoch stets vor Augen sein. Sie sind der Kern jeder Kommunikation schlechthin.

Zweiter Teil

Es geht im ersten Abschnitt um das Gespräch – *die Einheit im sozialen Miteinander* – um das Gespräch zwischen (mindestens) zwei Menschen, zwischen Ihnen und mir, zwischen Ihnen und Ihrem Partner, Ihren Kindern, Freunden und Feinden. Das allgemeine Gespräch wird hier unter kommunikativen Aspekten betrachtet, und generelle Eigenarten, gängige Charakteristiken und Regeln werden in den Fokus gerückt.

Patientengespräche

Der zweite Abschnitt ist themen- und fachspezifisch: das *Patientengespräch* – zwischen Ihnen (oder einer anderen medizinischen Fachperson) und Ihrem Patienten, in dem es um dessen *Gesundheit* geht. Hierbei gelten die allgemeinen Regeln ohne Einschränkungen, aber es gibt darüber hinaus noch Besonderheiten, die sich vor allem aus dem emotionalen Engagement des Patienten ergeben: Es geht um sein wichtigstes Gut.

Dritter Teil

Im letzten, umfassendsten Teil geht es um das *schwere* Gespräch – das Gespräch mit einem Patienten über seine *unheilbare Krankheit*, über die Behandlungsmöglichkeiten, die Prognose sowie die kurz-, mittel- und langfristigen Folgen. Manchmal bis hin zum Tod.

Auch hier gelten sowohl die *allgemeinen* Regeln wie auch die des *Patientengesprächs*. Es gibt jedoch noch besondere Merkmale, die sich aus der Tatsache ergeben, dass die Krankheit unheilbar ist, das heißt, dass der Patient mit der Krankheit leben muss, vielleicht sogar an ihr sterben wird.

Besondere Patientengruppen

Kinder und Jugendliche, demente Patienten und Migranten sind besondere Patientengruppen. Deren Gemeinsamkeit besteht

darin, dass sich aus der Deutung der Signale (aus Alters-, Verständnis- oder sprachlichen Gründen) besondere Umstände ergeben: Aus der Dyade Patient – Arzt wird eine Triade. Beim Kind: Patient – Eltern – Arzt, beim Demenz-Patienten: Patient – Betreuer – Arzt und beim Migranten: Patient – Übersetzer – Arzt.

Definitionen, Marginalien und URLs

Im Alltag gebrauchen wir viele Worte und Begriffe – oft unbenutzt – mit relativer Bedeutung. 12 °C im Januar bedeuten in Deutschland Wärme, im Juli Kälte. Selbst die Aussage „gutes Wetter“ ist relativ: Ein Eisverkäufer und ein Regenschirmverkäufer werden sich nicht einig.

Worte können in verschiedenen Zusammenhängen verschiedene Bedeutungen haben, und manchmal kann diese zudem von Region zu Region variieren. Bei der intensiven Auseinandersetzung mit einem Thema ist es wichtig, sich ganz *klarzumachen*, was man bei diesem und jenem Wort oder Begriff meint und wie man ihn abgrenzt. Deshalb – und um Missverständnisse zu verhindern – *definiere* ich häufig, was *im Kontext dieses Buches* unter diesem oder jenem Wort und/oder Begriff zu verstehen ist.

Marginalien – ob Grafiken oder Text – haben einen Zweck: das Auf- und Wiederfinden von bestimmten Inhalten zu erleichtern. Sie sind größtenteils mit Bedacht gewählt, und zwar in der Absicht, einen „Haken im Gedächtnis“ zu setzen, so zum visuellen Einprägen von Zusammenhängen beizutragen und als Erinnerung zu dienen.

Internet-Portale ändern von Zeit zu Zeit ihren Inhalt. Deshalb ist bei jeder URL das letzte Zugriffsdatum mit angegeben.

Wenn grundlegende Kommunikation einen solch großen Raum einnimmt, dann hat das einen Grund: In diesem Bereich liegen die meisten Ursachen von Fehlinterpretationen und Missverständnissen – nach dem sogenannten Pareto-Prinzip des Soziologen Vilfredo Pareto (1848–1923) etwa zu 80% [URL 16]. Nonverbales Desinteresse, hinhören statt zuhören, unterbrechen statt ausreden lassen, ungeduldiger Ton (der nächste Patient wartet schon), laufend auf die Uhr schauen, inkongruente Signale (s. „Kongruenz“, S. 23) und ungebetene Ratschläge stehen dabei ganz oben auf der Hitliste, die damit noch längst nicht erschöpft ist.

Definitionen

Marginalien: „Haken“

Internet-Adressen

Wo's schief läuft

An wen ist dieses Buch gerichtet?

Vor Jahren traf ich bei einem Drei-Tages-Seminar, bei dem es sich um Präsentationstechnik handelte, einen Politiker, der als begnadeter Referent bekannt war. Auf meine Frage, was *er* sich von diesem Seminar verspreche, antwortete er: „Neue Impulse. Diejenigen, die zu solchen Seminaren kommen, sind meistens die, die es am wenigsten nötig hätten.“

Zielgruppe

Als ich einige Jahre später dieses Buch auf Dänisch schrieb, befürchtete ich, es würde das Gleiche sein: Die Leser würden diejenigen Kollegen sein, die für das Thema sensibel sind, sich damit schon innerlich auseinandergesetzt haben und sich der Macht- und Hilflosigkeit, die einen so manches Mal vor, während und nach einem schweren Gespräch bedrückt, bewusst sind.

Ich habe nur teilweise Recht bekommen. In Seminaren und Referaten habe ich seither immer wieder erlebt, wie offen und interessiert nicht nur (vor allem junge) Kollegen, sondern auch Seelsorger, Krankenschwestern, Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Laborpersonal und auch Sekretärinnen (die größtenteils keinen direkten Patientenkontakt haben) an das Thema herangegangen sind. Und von Zeit zu Zeit meldet sich auch jemand, der einen unheilbar kranken Mann, Vater oder Nachbarn hat, und der in diesem Buch Dinge gelesen hat, die er in die Tat umsetzen konnte und die ihm in Gesprächen und im Zusammensein mit dem Betroffenen geholfen haben.

Authentizität

Eben diese Erfahrung macht Hoffnung – und hat mich dazu bewogen, dieses Buch vor sechs Jahren auf Deutsch zu schreiben und nun eine 2. Auflage zu aktualisieren und zu erweitern. Hierbei ergibt sich die Frage, was wichtiger ist: Authentizität oder Wirkung, und zwar in folgendem Zusammenhang: In der dänischen Sprache gibt es zwar ein „Du“ und ein „Sie“ (im Gegensatz zum Englischen, wo es nur „you“ gibt), im Alltag wird das „Sie“ aber kaum gebraucht. Auch mit den Patienten sind wir als Ärzte per Du. Im deutschen Sprachraum ist das anders, und die gegenseitige Du-Anrede im Gespräch zwischen Arzt und Patient würde auf den Leser einen eher befremdenden Eindruck machen, der das Inhaltliche stellenweise in den Hintergrund drängen könnte. Aus diesem Grund habe ich als Anredeformen in einigen Fällen die für den deutschsprachigen Raum gängige Sie-Form gewählt,

in Beispielen aus meinem eigenen Leben als Arzt jedoch durchgehend das „Du“ beibehalten.

Der größte Teil der Fallbeispiele kommen aus der eigenen Zeit als Arzt. Erst Assistenzarzt, dann Oberarzt und später Hausarzt in einer Praxis im Süden Dänemarks, nahe der deutsch-dänischen Grenze. Beim Schreiben der Erlebnisse kam mir ein Satz in den Sinn, den ich vor vielen Jahren bei einer Fortbildung hörte: *„Erfolge sind schön, um sich in ihnen zu sonnen; aber wir lernen mehr aus unseren Fehlern.“* Und so finden sich unter den Fallbeispielen auch solche, von denen ich gelernt habe.

Einige der Quellen stammen aus dem angelsächsischen Bereich, andere aus dem skandinavischen. Bei den Letzteren nehme ich nicht an, dass Sie, lieber Leser, die Originalsprache verstehen, und deswegen liefere ich entweder die direkte Übersetzung oder sowohl Originaltext wie Übersetzung. Bei den englischen Texten habe ich eine uneinheitliche Art gewählt: Zum Teil sind die Zitate so einfach, dass eine Übersetzung einer Beleidigung gleichkommen würde. Es gibt aber auch solche, die schon eine größere Kenntnis der englischen Sprache erfordern, um verstanden zu werden – ich habe für die respektiven Passagen die Form der Wiedergabe gewählt, die ich am Zweckmäßigsten ansah. Wo ich mich geirrt habe, möge der Leser mir verzeihen.

Es gibt den Patienten und die Patientin und ebenso Ärzte und Ärztinnen. Wenn im Buch weitgehend auf die Feminin-Endungen „-in“ und „-innen“ verzichtet wird, dann, weil eine konsequente orthografisch korrekte Umsetzung dieser Schreibweise zu Satzungeheuern, größerer Seitenzahl und schlechterer Lesbarkeit führen würde, ohne dabei ein Mehr an Wissen zu liefern.

Studien

In meinem Buch verweise ich oft auf Studien. In den letzten Jahrzehnten sind etliche Studien gemacht worden, um das Fundament des schweren Gesprächs wissenschaftlich zu erforschen. Für Sachverhalte, die man untersuchen wollte, wurden Eingangskriterien und gleichermaßen Exklusionskriterien geschaffen. Es wurden studienrelevante Fragen kreiert und Vermutungen bestätigt oder auch nicht – und manchmal gar widerlegt.

Fallbeispiele

Englisch und Skandinavisch

Femininum ...

Cum grano salis

Auch Studien sollten „cum grano salis“ betrachtet werden. Aus mehreren Gründen:

**Interpretation –
immer!**

Zunächst sind Ergebnisse einer jeden Studie eine Interpretation. Und Interpretation ist am Ende *immer* eine subjektive Sache, abhängig von der jeweiligen Optik. An den Autor des folgenden Zitats erinnere ich mich nicht, an dessen Worte schon: *„Die Farbe einer Schrift ist nicht nur abhängig von der Farbe der Tinte, mit der sie geschrieben wurde, sondern auch von der Farbe der Brillengläser, durch die sie gelesen wird.“*

Fragebögen

Einige Studien sind Fragebogenuntersuchungen. Die Beantwortung der Fragen unterliegt immer *Stimmungsschwankungen*. Dazu kommt, dass ich bei prospektiven Fragebögen immer nur eine *Vermutung* abgeben kann, wie ich *denke*, dass ich entscheiden oder handeln *würde*.

**Retrospektive
Studien**

Bei retrospektiven Untersuchungen kommt bei Krankheiten mit infauster Prognose hinzu, dass eine Patientengruppe fehlt: die bereits Verstorbenen. Bei bösartigen Krankheiten kann das schon etwas bedeuten.

Wenn wir uns diesen Umstand vor Augen halten, können wir aus den Studien viel lernen. Das heutige Wissen über die Kommunikation mit unheilbar kranken Menschen hätten wir nicht, wenn es nicht in den vergangenen Jahrzehnten Ärzte gegeben hätte, die für dieses Thema brannten und sich der Forschung auf dem Gebiet widmeten. Wir haben ihnen viel zu verdanken.

Zukunftsaussichten

**Unterrichtsfach
in spe**

Es kündigen sich hoffnungsfrohe Zeiten an, wenn das Thema *Kommunikation im Gesundheitswesen* heißt. Patienten haben schon immer um ihre Bedeutung gewusst, sie erfuhren sie am eigenen Leib – und an eigener Seele. Zunehmend wenden sich auch andere Berufs- und Bevölkerungsgruppen der Patienten-Arzt-Kommunikation zu und erkennen ihren Stellenwert. Es werden nicht nur Kurse gegeben und Kongresse abgehalten, sondern das Thema zieht als Fach in die Unterrichtspläne der medizinischen Fakultäten ein. Auf dem Kongress „Health Communication in Asia in the 21st Century“ in Seoul im Herbst 2008 berichtete Prof. J. J. Chin aus Singapur, dass *Kommunikation* in seiner Stadt beim Medizinstudium Examensfach sei.

Auch in Europa werden in diesen Jahren die Studienpläne medizinischer Fakultäten um das Fach *Kommunikation* erweitert und bereichert. Es ist eine Frage der Zeit, bis es in Umfang und Bewertung den Platz einnehmen wird, der ihm gebührt; aber: Wir sind unterwegs.

Gute Zukunftsaussichten!

Hjerpsted, Frühjahr 2011