



Balint- Studienwoche in Sils im Engadin

Wissenschaftliche Auskunft: Dr. med. Heinrich Egli
Administration: Ruth Egli-Dobler
Etzelbuntstrasse 28, 9011 St. Gallen, Schweiz
Telephon: 0041 (0)71 223 40 55
Fax: 0041 (0)71 223 44 01
e-Mail: hch.egli@balint.ch, ruth.egli@balint.ch

www.balint.ch

Interview mit Prof. Dr. med. Wolf Langewitz

18. Januar 2006, Neue Zürcher Zeitung

Die Bedeutung von Pausen beim Überbringen schlechter Nachrichten

Kommunikation in der Medizin - worauf Ärzte im Gespräch mit ihren Patienten achten sollten

Was ihre fachlichen Kompetenzen angeht, geniessen die Ärzte in der Schweiz einen ausgezeichneten Ruf. Weniger gut stehe es um ihre Kommunikationsfähigkeiten, wird in Befragungen oft kritisiert. Im Interview mit der NZZ spricht der Mediziner Wolf Langewitz über nützliche Gesprächstechniken, talentierte Kommunikatoren und boykottierende Ärzte.

Herr Langewitz, nehmen wir an, Sie müssen einem Patienten mitteilen, dass er Prostatakrebs hat. Wie machen Sie das?

Die Aufgabe fängt im Moment an, da ich den Befund sehe und denke: O Gott, ich muss Herrn Meier sagen, dass es Krebs ist in der Prostata.

Was sagen Sie ihm?

Ich würde schauen, dass ich eine halbe Stunde Zeit habe, um das mit ihm in Ruhe besprechen zu können. Dann würde ich einen Termin abmachen und ihm schon am Telefon sagen, dass ich die Befunde der Prostata-Untersuchung besprechen möchte. Die Vorbereitung ist wichtig, damit ich mit der schlechten Nachricht nicht ins Haus falle.

Herr Meier sitzt nun vor Ihnen . . .

Ich würde noch einmal sagen: Ich möchte jetzt gerne mit Ihnen die Befunde der Prostata besprechen. Dann würde ich eine Pause machen - und 60 Prozent der Patienten sagen dann: Ist es also doch Krebs? Denn die meisten wissen, dass man diese Vorsorgeuntersuchung macht, um nach Krebs zu suchen.

Was sagen Sie dann?

Auf seine Frage würde ich mit Ja antworten. Dann wird er wahrscheinlich nach einer kurzen Pause sagen: Wie geht es jetzt weiter? Damit bin ich nicht mehr der Experte für das Umgehen mit Emotionen. Jetzt benutzt mich Herr Meier als urologischen Fachmann, der ihm die nächsten Schritte bei einem auffälligen Prostata-Befund erklärt.

Nicht mehr auf Empfang

Das wäre also das gute Beispiel. Wie sieht das schlechte aus?

Wenn ich dem Patienten sage: Guten Tag, Herr Meier, wir haben bei der Punktion Zellen eines Tumors gefunden. Sie haben Prostatakrebs. Ich würde gerne mit Ihnen besprechen, wie es jetzt weitergeht. Als Nächstes steht eine Computertomographie des Unterleibes bevor, damit wir sehen, ob die Lymphknoten vergrößert sind. Ich glaube aber, dass es noch zu früh ist, um über eine mögliche Behandlung zu reden . . .

Was ist an dieser sachlich korrekten Information auszusetzen?

Sie berücksichtigt nicht, dass der Patient nach dem Wort ?Krebs? vorübergehend nicht mehr auf Empfang ist. Damit riskiere ich als Arzt, dass alles, was ich danach sage, vom Patienten abprallt. Mache ich hingegen an den richtigen Stellen eine Pause, dann weiss ich, in welchem Tempo ich Herrn Meier erzählen kann, dass er Krebs hat.

Sind Sie mit Ihrer Art der Gesprächsführung auch schon gescheitert?

Ja, es gibt Patienten, die nicht in der Lage oder auch nicht bereit sind, ihren Anteil am Gespräch zu liefern. Diese Personen nutzen die Pausen nicht, um selber etwas zu sagen, sondern sie schauen mich an, mit einem Blick, der sagt: Nun mach schon was! Sag was!

Was machen Sie in dieser Situation?

Ich kann den Patienten nach Eröffnen der Diagnose nicht einfach warten lassen. Ich würde also sagen: Oh, ich habe den Eindruck, Sie warten darauf, dass ich Sie jetzt etwas frage. Dann sagt der Patient vielleicht: Ja, Sie sind doch der Arzt! Dann sage ich ihm: Das stimmt. Ich bin der Fachmann für Ihre Krankheit. Aber ich bin nicht der Experte für Ihr Leben. Ich brauche Sie, damit Sie mir von Ihrem Leben erzählen und von dem, was Sie selber von der Krankheit bemerkt haben.

Möglichkeiten der Verweigerung

Umfragen zeigen, dass die medizinische Versorgung in der Schweiz als fachlich hochstehend beurteilt wird. Den Ärzten wird aber oft mangelnde Kommunikationsfähigkeiten vorgeworfen. Stimmen Sie diesem Befund zu?

Als Patient habe ich in der Schweiz überwiegend zugewandte, freundliche und kompetente Ärzte kennen gelernt . . .

Und als Fachmann für Kommunikation?

Da stelle ich fest, dass viele Schweizer Ärzte offen und neugierig sind, etwas auszuprobieren. Selbstverständlich kenne ich auch Patienten, die sich bitter beklagen über nicht sensible, manchmal auch arrogante Ärzte mit abweisender Kommunikation. Solche Ärzte besuchen meist keine Kommunikationskurse. Um sie zu erreichen, müsste der Spitaldirektor Mitarbeiter entlassen, bei denen es in Befragungen durch das Spital ständig negative Rückmeldungen gibt und die sich weigern, sich mit diesem Aspekt ihrer Professionalität auseinanderzusetzen. Wir würden ja auch mit einem Arzt ein ernstes Wort reden, der beim Operieren ständig Nachblutungen produziert, weil er keine saubere Blutstillung macht.

Kommen alle Ärzte freiwillig in Ihre Kurse?

Einige werden auch geschickt. Wenn ein Spital möchte, dass sich die Kommunikationskultur ändert, dann sollte man nicht nur mit den Ärzten arbeiten, die an dem Thema interessiert sind.

Was ist Ihre Erfahrung mit Ärzten, die Ihnen geschickt werden - lernen die etwas?

Wenn sie im Seminar mitmachen, dann lernen sie erstaunlich schnell und erstaunlich gut. Wenn sie sich aber verweigern, dann sitzen sie da und werden gepflegt, und das war's.

Zufriedener und gesünder

Wie funktioniert der Boykott?

Man sagt nichts, auch keine Kritik, macht beim Rollenspiel den Clown oder weigert sich, Rollenspiele zu machen. Es gibt viele Möglichkeiten der Verweigerung.

Kommt das häufig vor?

Der Boykott ist gar nicht so selten. Ich glaube, das hat oft damit zu tun, wie die Ärzte auf ein solches Seminar vorbereitet werden. Wenn es von oben verordnet wird, womöglich noch als Strafe für schlechte Befragungswerte, dann ist eine skeptische Haltung verständlich.

Der Volksmund sagt: Rede so, wie dir der Schnabel gewachsen ist! Führen erlernte Kommunikationstechniken nicht dazu, dass man seine Spontanität und Natürlichkeit verliert?

Am Anfang bestimmt. Das ist wie beim Umsteigen von normalen Ski auf Carving-Ski. Dann geht einem vielleicht für zwei, drei Tage die Freude am Skifahren und das spontane Bewegungsmuster verloren. Die Ärzte brauchen unterschiedlich lang, bis sie wieder genauso spontan kommunizieren wie früher, dann aber mit professioneller Technik.

Was nützt es dem Patienten, wenn sein Arzt besser kommunizieren kann?

Er ist zufriedener und auch gesünder.

Das ist interessant. Gibt es dazu Studien?

Aus Israel gibt es eine, die das belegt. Gesünder heisst in diesem Zusammenhang: Die Patienten brauchen weniger Arztbesuche, haben weniger Beschwerden, weniger Laboruntersuchungen und weniger Medikamente.

Es gibt aber auch Patienten, die sich bei autoritären, wortkargen Ärzten wohl fühlen, solange die fachlich gute Arbeit leisten.

Das stimmt, und die wird es immer geben.

Ist das eine Minderheit?

Nein. Wenn man Patienten fragt: Meinen Sie, der Arzt sollte die Entscheidung übernehmen, dann gibt es nach wie vor eine Mehrheit, die diese Frage bejaht. Auf der anderen Seite zeigen die Befragungen aber auch, dass praktisch alle Patienten informiert werden wollen. Die Leute können sehr gut zwischen diesen beiden Dingen differenzieren.

Grosses Machtgefälle

Wie sieht ein Kommunikationskurs bei Ihnen aus?

Als Erstes sagen wir den Ärzten, dass Kommunikation mit Patienten keine Privatsache ist, sondern eine professionelle Fertigkeit. Einige Kollegen sind enttäuscht, wenn wir ihnen sagen: Die Tatsache, dass Sie mit Ihren Mitarbeitern und Ihrem Partner erfolgreich kommunizieren, sagt nichts darüber aus, ob sie das genauso kompetent mit Patienten machen.

Gibt es denn einen Unterschied zwischen professioneller Kommunikation und einem Gespräch im privaten Umfeld?

In der privaten Kommunikation gilt eine Wechselseitigkeit. Wenn ich Ihnen von meinen Hobbys erzähle, dann erwarte ich, dass Sie mir auch erzählen, was Sie in der Freizeit machen. Wir entsprechen uns in den Themen und im Ausmass der Intimität, mit der wir uns etwas erzählen. Diese Symmetrie existiert beim professionellen Gespräch nicht. Und es gibt immer ein Machtgefälle zwischen dem, der hofft, helfen zu können, und dem Patiens, dem Leidenden.

Zurück zu Ihrem Kommunikationskurs . . .

Wir lassen die Ärzte Videoaufnahmen machen mit Schauspieler-Patienten. So können sie sehen, wie sie kommunizieren. Und wir lassen sie Rollenspiele machen. Damit sie in der Rolle des Patienten erleben, wie es sich anfühlt, wenn die Ärztin mal so und mal so kommuniziert. Danach vermitteln wir Gesprächstechniken, die man braucht, um den Patienten seine Geschichte erzählen zu lassen. Dazu gehört Warten, Pause machen, einzelne Begriffe wiederholen und Zusammenfassen. Wir zeigen ihnen auch die Techniken, die im Umgang oder im Aufgreifen von Emotionen und im Vermitteln von Informationen nützlich sind. Das üben sie dann im Rollenspiel. Zum Schluss gehen wir mit den Kursteilnehmern an ihren Arbeitsort im Spital oder in der Praxis und geben ihnen Feedbacks zu ihrem Kommunikationsverhalten.

Braucht es auch Talent fürs Kommunizieren?

Ja, zweifellos. Es gibt Studenten, die bereits genial kommunizieren. Bei ihnen geht es nur noch darum, ihnen bewusst zu machen, was sie genau tun. Es kann aber jeder Arzt lernen, seinen Patienten Raum zu geben, damit sie sich als Individuen darstellen können, eine gewisse Neugierde am Menschen vorausgesetzt.

Instinktives Zeitgefühl

Was zeichnet das Kommunikationstalent aus?

Sie haben ein instinktives Zeitgefühl und passen sich innert Sekunden an das Tempo des Patienten an. Sie spüren, wie lang eine Pause sein darf, damit der Patient sie geniesst. Und wie kurz sie sein muss, damit er nicht beunruhigt wird. Gute Kommunikatoren beherrschen diese Gratwanderung mit traumwandlerischer Sicherheit. Und sie haben eine natürliche Autorität. Sie trauen sich, ein Gespräch zu gestalten. Dazu gehört auch, zeitliche Rahmenbedingungen zu definieren, innerhalb deren sich der Patient frei bewegen kann. Sie sagen etwa am Anfang des Gesprächs: Ich habe mir jetzt eine halbe Stunde Zeit genommen. Wenn das nicht reicht, machen wir einen weiteren Termin ab.

Spielen auch Gefühle und Empathie eine Rolle?

Nicht jeder hat die gleiche Fähigkeit, sich in eine andere Person hineinzuversetzen und sich

gefühlsmässig anregen zu lassen. Von daher gibt es unterschiedlich Empathie-begabte Ärzte. Im Medizinstudium sollten wir vermitteln, wie man diese Schwingungsfähigkeit kontrollieren kann: wie man sich schwingungsfähiger macht und wie man sich verschliesst, um nicht von den Emotionen des Patienten überwältigt zu werden.

In Fernsehserien hält der Doktor seine Patienten oft am Arm. Spielt Körperkontakt für eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation eine Rolle?

Es gilt nicht die Regel, dass nur derjenige ein guter Arzt ist, der dem weinenden Patienten die Hand auf den Arm legt oder ihn an der Schulter fasst. Wer aber sagt: Man darf nie einen Patienten berühren, weil das als sexueller Übergriff missverstanden werden könnte, ist sicher kein besonders empathischer Kommunikator. Die Schwierigkeit besteht darin, herauszufinden, ob es für mich und für den Patienten im Moment passend ist, eine Berührung anzubieten.

Weiss man, ob Patienten Körperkontakt schätzen?

Mir fällt dazu keine Studie ein. Ich glaube aber, es verhält sich so wie bei allen kommunikativen Tätigkeiten. Ein Drittel der Patienten sagt immer: Das taugt bei mir nicht. Es gibt stets einen grossen Anteil an Patienten, die genau das nicht möchten, wofür die Mehrheit plädiert.

Was sind häufige Fehler beim Kommunizieren?

Dass wir die Menge an Information nicht an die Bedürfnisse der Patienten anpassen. Und dass wir die Information ungeordnet, also nicht in Überschriften und Text gegliedert, überbringen.

Gibt es unverzeihliche Fehler?

Praktisch nicht. Wir Ärzte bekommen fast immer eine zweite Chance. Dann können wir versuchen, mit dem Patienten ein besseres Gespräch zu führen.

Trotz guter Kommunikationstechnik kann die Chemie zwischen Arzt und Patient nicht stimmen. Was machen Sie dann?

Es ist möglich, dass es mir nicht gelingt, das, was ich dem Patienten anbieten kann oder möchte, so zu verändern, dass es seinen Bedürfnissen entspricht. Oder ich habe den Eindruck, dass wir uns ständig nicht verstehen. Wir können beide versuchen, was wir wollen, und wir laufen dennoch in Missverständnisse. Dann liegt es möglicherweise an einer in Worten schlecht fassbaren Unverträglichkeit. Dann wäre es ehrlich, dieses Problem anzusprechen. Ich würde sagen: Ich weiss nicht, ob ich der richtige Arzt bin, um Ihnen zu helfen.

Aber dann werden Sie den Patienten verlieren.

Das ist eine völlig normale Entwicklung, die in jeder Beziehung möglich ist.

Recht auf Nichtwissen

In der Psychiatrie ist Zuhören und Sprechen eine therapeutische Massnahme. Gilt das auch für Allgemeinärzte oder Frauenärzte?

Ja. In der Schweiz hat aber die Psychiatrie als einzige ärztliche Fachrichtung das Privileg, Psychotherapien anbieten zu dürfen. In anderen Ländern ist das anders geregelt. Dort kann sich jede Fachärztin die Zusatzqualifikation Psychotherapie erwerben. Was ich hervorragend finde. Denn auch in der Gynäkologie sind viele Patientinnen nicht nur mit einer technischen Intervention zu beruhigen, sondern sie brauchen das Gespräch. Warum soll sich eine

Gynäkologin nicht im Zuhören und Sprechen qualifizieren und eine Psychotherapie-Ausbildung machen können? Es ist nicht einzusehen, warum das in der Schweiz nicht geht.

Die Zeiten, als die Ärzte ihre Patienten über eine Diagnose schlicht angelogen haben, sind vorbei. Gibt es ihrer Meinung nach heute noch Gründe, etwas vor dem Patienten zu verschweigen? Anders gefragt: Gibt es ein Recht auf Nichtwissen?

Ja, wahrscheinlich schon. Mir fällt die Situation ein, in der wir noch nicht genau wissen, was wir dem Patienten an Therapie anbieten können. Wir wissen zum Beispiel, dass es Tumorgewebe in Lymphknoten gibt, aber noch nicht, woher es kommt und was für ein Krebs es ist. In dieser Situation finde ich es überlegenswert, den Patienten so lange nicht zu informieren, bis tatsächlich klar ist, was dieser Befund für ihn bedeutet.

Und sonst?

Ich denke, dass Patienten sehr wohl in der Lage sind, das, was sie nicht hören wollen, auszublenden. Von daher nehmen sie sich das Recht auf das Nichtwissen, unabhängig davon, ob ich als Arzt es ihnen gewähre oder nicht. Sie nehmen sich dieses Recht etwa, indem sie mich daran hindern, noch mehr Informationen zu geben. Das gelingt aber nur, wenn ich die erwähnten Pausen beim Vermitteln der Informationen mache. Dann merke ich nämlich, wenn der Patient sagt: O. k., das ist gut, bis zum nächsten Mal. Damit setzt er mir ein Stopp-Signal. Er sagt mir: Mehr Details brauche ich jetzt nicht.

Interview: Alan Niederer

ni. Wolf Langewitz, 1951 in Oldenburg i. O. geboren, wuchs in Bremen auf. In den siebziger Jahren studierte er Medizin in Freiburg i. Br. Danach liess er sich in Bonn zum Internisten ausbilden und absolvierte berufsbegleitend eine Ausbildung zum Psychotherapeuten. Die Psychosomatik hatte ihn zu interessieren begonnen, als er auf einer Dialyse-Station arbeitete. Damals stellte er fest, dass sich Patienten unterschiedlich gut auf ihre Krankheit einstellen können. Auch ist ihm damals klar geworden, dass er die individuelle Welt seiner Patienten nur dann kennen lernen kann, wenn er sie aus ihrem Leben erzählen lässt. Damit war auch sein Interesse für professionelle Kommunikation geweckt. Nach der Habilitation wechselte Langewitz 1990 an das Universitätsspital Basel, wo er seit 1998 Leiter der Abteilung für Psychosomatik ist. Er ist Mitherausgeber des von Thure von Uexküll gegründeten Lehrbuch-Klassikers «Psychosomatische Medizin» und gibt seit Jahren Kommunikationskurse für Ärzte.

Diesen Artikel finden Sie auf NZZ Online unter:
<http://www.nzz.ch/2006/01/18/ft/articleDFXZ3.html>

Copyright © Neue Zürcher Zeitung AG