

**Thomas Hehlmann**

# Wie sollte man von schweren Krankheiten erfahren?

**Standards der Arzt-Patienten-Kommunikation  
und die Realität bei MS**

Universität Bremen  
FB 11: Human- und Gesundheitswissenschaften  
Institut für Public Health & Pflegeforschung (IPP)

Vortrag am 09.04.2015 in Marktheidenfeld, DMSG Kontaktgruppe Main-Spessart „Wissen gibt Sicherheit“

# Übersicht

- 1. Wozu Gesundheitskommunikationsforschung?**
- 2. Qualitätsmerkmale der Arzt-Patienten-Kommunikation**
- 3. Die Wirklichkeit: Interviews mit MS-Erkrankten**

# Gesundheitskommunikation

## 1. Gesundheitskommunikation

- Medizin-/Soziologie
- Publizistik
- Linguistik



(Badura & Gloy 1972)  
(Siegrist 1978)  
(Köhle & Raspe 1982)  
(Raspe 1983)

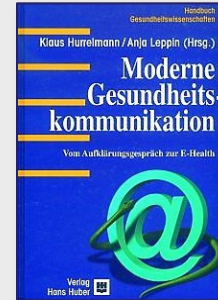
(Signitzer 1989)

(Lalouschek & Menz 1990)  
(Lönning & Rehbein 1993)  
(Redder & Wiese 1994)

---

## 2. Gesundheitskommunikation

- Gesundheitswissenschaften



(Jazbinsek 2000; Hurrelmann & Leppin 2001; Schnabel & Bödeker 2012)

# Gesundheitskommunikation

**Arzt-Patienten-Kommunikation**  
**Gesundheitsberatung/ Gesundheitsförderung**

**Partizipative Entscheidungsfindung**  
**Shared Decision Making (SDM)**

**Risikokommunikation**  
**Kommunikation durch Medien**

- **Radio/ TV/ Film**
- **Printmedien/ Gesundheitsjournalismus**
- **Internet/ Sozial Media**

**E-Health/ M-Health/ Telemedizin**  
**Gesundheitskampagnen**

(Hurrelmann & Baumann 2014)



# Gesundheitskommunikation

**„Entgegen unserem alltäglichen Sprachgebrauch kann menschliche Kommunikation nicht als Transport, Transfer oder Tausch verstanden werden. [...] Informationen und Bedeutung (Sinn) können nicht übertragen werden, sondern werden von den Kommunikationspartnern [...] individuell konstruiert.“**

**(Beck 2007: 27)**

# Gesundheitskommunikation

**„Ich bin davon überzeugt,  
dass das Gespräch [mit dem  
Patienten] das mächtigste,  
umfassendste, empfind-  
samste und vielseitigste  
Instrument ist, das dem Arzt  
zur Verfügung steht. [...] .“**

(Engel 1998)

# Gesundheitskommunikation

## 1. Inhaltsaspekt „Was“

---

## 2. Beziehungsaspekt

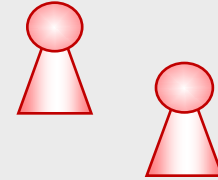
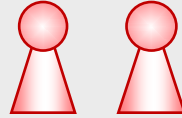
„Wie“

**Beziehungsgestaltung**

(Watzlawick et al. 2003)

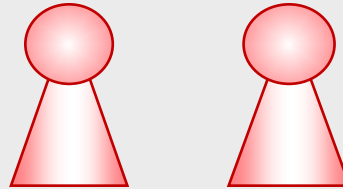
# Gesundheitskommunikation

## 1. Inhaltsaspekt

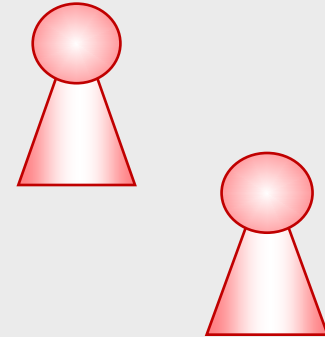


## 2. Beziehungsaspekt

„auf Augenhöhe“



„von oben herab“



nach Carl Rogers (2009):  
- empathisch/ einfühlsam  
- wertschätzend  
- authentisch/ echt

(siehe dazu auch Weinberger 2008)



# Gesundheitskommunikation

**„[...] das Wort [...] ist doch ein mächtiges Instrument, es ist das Mittel, durch das wir einander unsere Gefühle kundgeben. [...] Worte können unsagbar wohl tun und fürchterliche Verletzungen zufügen.“**

**(Freud 1926: 13)**

# Gesundheitskommunikation

**Kerr et al. (2003):**

**Von 980 Brustkrebspatientinnen berichteten 47 % über Unklarheiten im Kommunikations-prozess des klinischen Umfelds.**

**Insgesamt konnte nachgewiesen werden, dass eine als unbefriedigend empfundene Kommunikationssituation „**Übermittlung der Diagnose**“ noch **4 Jahre** nach dem Ereignis mit einer schlechteren Lebensqualität einherging.**

(Siehe dazu auch Dippelt et al. 2010)

# Gesundheitskommunikation

## Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit

### Medizinisches Personal

Veränderung in der  
Einstellung

Qualität der Pflege

Stressbewältigung

Verbesserung der  
Professionalität

### Patientinnen

Bedürfnis-  
wahrnehmung

Zufriedenheit  
mit der Pflege

Lebensqualität

Verbesserte Compliance

(Razavi & Delvaux 1997; Maguire & Pitceathly 2002)

# § 630e Aufklärungspflichten (BGB)

„(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
3. für den Patienten verständlich sein.

# Qualitätsmerkmale

„Es kann nicht angehen, dass wir bezüglich Diagnostik und Behandlung ein Höchstmaß an **Qualität** anstreben, während wir dem Selbstbestimmungsrecht, der Ethik und der Kommunikation Qualitätsforderungen zugrunde legen, die [...] im vorigen Jahrhundert aktuell waren [...].“

(Husebo 2009, S. 153)

**Avedis Donabedian**  
(1919 - 2000)

Donabedian macht 1988 im JAMA deutlich, dass es zwei wesentliche Handlungsweisen eines Arztes gibt: eine technisch vorgetragene und eine interpersonale. Er betont weiter, ...

*„ ... die Handhabung der Beziehungsebene [...] ist dabei ein enorm bedeutsames Element.“*

(Donabedian 1988, S. 1744)

# Qualitätsmerkmale nach Baile et al. 2000: 305

## 1. Setting:

Rahmenbedingungen, Sitzpositionen, Augenkontakt, störungsfreie Atmosphäre; ausreichend Zeit

## 2. Patientenwissen:

Was ist an Vorwissen bereits beim Patienten vorhanden?

## 3. Informationsbedarf:

Wie groß ist der Wunsch nach einer umfassenden und transparenten Aufklärung?

## 4. Kenntnisvermittlung:

in einfachen, verständlichen Worten, keine Fach- oder Fremdwörter, nachfragen, ob alles verstanden wurde, keine zu große Angst verbreiten.

## 5. Empathie:

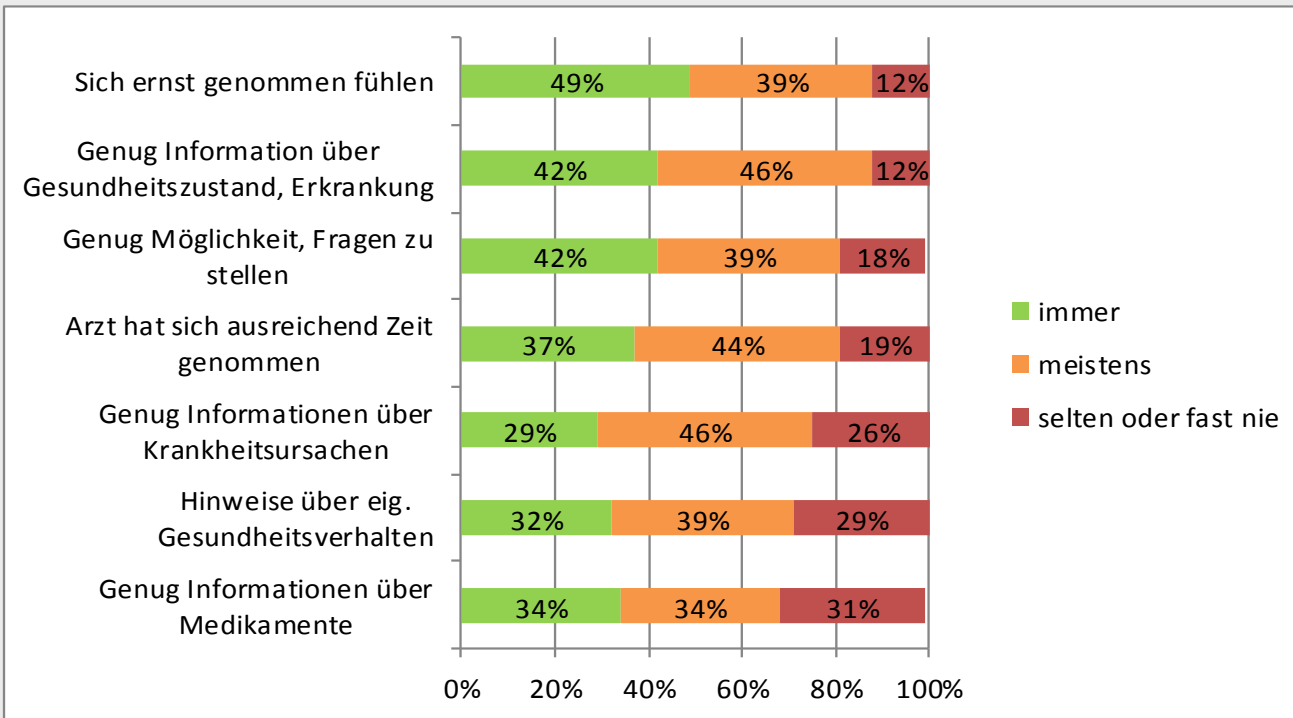
durch Beobachten und Fragen in Erfahrung bringen, wie der Patient sich fühlt, die Gefühle des Patienten akzeptieren und zur Sprache bringen.

## 6. Strategie & Schluss:

nachfragen, ob der Patient in der Lage ist, erste Maßnahmen zu planen, Wunsch nach Beteiligung erfragen, das Gespräch zusammenfassen und verbleibend Fragen klären.

# Qualitätsmerkmale

## Patientenzufriedenheit nach dem letzten Arztbesuch (Stroth et al. 2007)



# S3 Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms

## Grundprinzipien einer patientenzentrierten Kommunikation

Empfehlungsgrad

**A**

Die Art der Vermittlung von Informationen und der Aufklärung der Patientin soll nach folgenden Grundprinzipien einer patientenzentrierten Kommunikation, die eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht, erfolgen:

- Ausdruck von Empathie und aktives Zuhören
- direktes und einfühlsames Ansprechen schwieriger Themen
- wenn möglich, Vermeidung von medizinischem Fachvokabular, ggf. Erklärung von Fachbegriffen
- Strategien, um das Verständnis zu verbessern (Wiederholung, Zusammenfassung wichtiger Informationen, Nutzung von Graphiken u.ä.)
- Ermutigung, Fragen zu stellen
- Erlaubnis und Ermutigung, Gefühle auszudrücken
- weiterführende Hilfe anbieten (s.a. Abschnitt Psychoonkologie)



## S3 Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms

Siehe dazu auch:

Deutsche Krebsgesellschaft (2012). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms.

Deutsche Krebsgesellschaft (2014). S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten.

National Breast Cancer Centre (2003). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer.

Rodin, G., Zimmermann, C., Mayer, C., Howell, D., Katz, M., Sussman, J., Mackay, J.A., Brouwers, M. (2009). Clinician–patient communication: evidence-based recommendations to guide practice in cancer. *Current Oncology* 16 (6) S. 42-49.

# Mitteilung der Diagnose – örtliche Gegebenheiten

Proband	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Gesamt
Sprechzimmer							1			1
Krankenzimmer (privat)						1				1
Krankenzimmer (Mehrbett)	1	1			1			1	1	5
Öffentlich			1							1
Keine direkte Mitteilung				1						1

(Voltmann 2015)

# Mitteilung der Diagnose – örtliche Gegebenheiten

*D: „Ja, also, im Prinzip wurde mir das gar nicht so wirklich mitgeteilt, das ist eigentlich das Kuriose daran. Das hat sich bei mir mehr so aus der Sache an sich ergeben, irgendwann. Aber so einen wirklichen Zeitpunkt der Mitteilung, wo sich jetzt einer vor mich gesetzt hat und gesagt hat „Du hast das!“, den gab es bei mir eigentlich gar nicht.“*

# Mitteilung der Diagnose – Zwischenmenschlichkeit

Proband	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Gesamt
Empathie										0
Neutralität										5
Unbeholfenheit										1
Wertschätzung										0
Fehlende Wertschätzung										4
Zuwendung										0
Zeitdruck										2
Mut Zuspruch und Unterstützung										1
Fehlende Unterstützung										1
Keine direkte Mitteilung										1
Keine Angabe										1

(Voltmann 2015)

# Mitteilung der Diagnose – Zwischenmenschlichkeit

*A: „Keinerlei Verständnis, Einfühlungsvermögen von Seiten des Arztes. Er hat lediglich die, ähm, die medizinischen Fakten gesehen.“*

*H: „Und dann unterhielten die sich miteinander über mich. Und ich habe da im Bett gelegen und habe gedacht, »Hm, warum reden die nicht mit mir. Es geht doch gerade um mich!« Weil bis dahin wusste ich es ja noch nicht final also es stand immer noch die Möglichkeit, dass es, naja dass es eine einmalige Entzündung war.“*

# Mitteilung der Diagnose – Zwischenmenschlichkeit

*B: Es war ja wie gesagt, sechs Ärzteaugen schauen einen an, und das ist dann eher so das Runterspielen quasi, ja das hat man jetzt und man soll sich mal nicht so ein Kopf drüber machen und man hat mir dann morgens da die anderen Leute genannt, die ja auch ganz gut klar kommen würden. Man sollte jetzt nicht das Ende erwarten und auch nicht das Leben direkt umstellen. Da würde man ganz gut mit Leben können. Soweit war die Aussage.“*

# Informationen zur Erkrankung – Diagnoseübermittlung

Proband	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Gesamt
vollständig										0
ausreichend										0
nicht ausreichend										1
keine Informationen erhalten										8

(Voltmann 2015)

# Planung der Therapie – Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten

Proband	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Gesamt
vollständig										0
ausreichend										4
nicht ausreichend										5
keine Informationen erhalten										0



# Planung der Therapie – Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten

*D: „Ähm, auf heutiger Grundlage nicht, nein. Damals dachte ich ja, weil man weiß ja, man ist ja, hat ja keine Ahnung und will sich ja auch an irgend jemanden wenden können und man will ja darauf vertrauen was man gesagt bekommt, und ähm, wem soll man glauben, wenn ich zum Arzt gehe und ich gehe zum Neurologen, der ist dafür zuständig, muss ich mich darauf verlassen, was er sagt.“*

*H: „Und da war ich total in Panik, weil ich gedacht habe »Oh mein Gott, das sind jetzt noch vier Wochen, die ins Land ziehen!« Mir hatte auch keiner erklärt, dass das jetzt nicht schlimm ist, wenn man jetzt ein paar Wochen wartet.“*

# Planung der Therapie – Infos zu Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung

Proband	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Gesamt
vollständig										1
ausreichend										0
nicht ausreichend										4
keine Informationen erhalten										3
keine Angabe										1

(Voltmann 2015)

# Planung der Therapie – Vorgehensweise

Proband	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Gesamt
Paternalistischer Ansatz										5
SDM-Modell										1
Informatives Modell										3

(Voltmann 2015)

# Planung der Therapie – Vorgehensweise

*G: „Und man hat mir nur den Weg vorgegeben, ohne dass ich darauf hätte Einfluss nehmen können. Definitiv.“*

*B: „[...] sondern es war einfach so, dass man gesagt hat »Gucken Sie sich hier mal die Broschüren durch und dann entscheiden wir einfach, was gut in Ihr Leben passt.«*

# Grund für die Durchführung der Therapie

Proband	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Gesamt
Fehlende Alternativen										5
Informierte Entscheidung										1
Entscheidung unter Druck										2
Selbsttherapie										1

(Voltmann 2015)

# Grund für die Durchführung der Therapie

*I: „Aber auch vom Arzt so suggeriert, so im Nachhinein, rückblickend. So »Wenn Sie ihr Medikament nehmen, dann geht es Ihnen gut!«“*

*C: „Diese Verknüpfung war so unmittelbar, MS landet im Rollstuhl. Das ist das Bild, was bis heute existiert. [...] Aber dass es keine andere Möglichkeit gibt, als sofort mit dem Medikament zu beginnen, weil sonst in zwei Jahren im Rollstuhl, ne?“*

*E: „Und auch ich habe ja dieses Bild gehabt »Oh Gott, MS und Rollstuhl!« So wurde es mir ja auch in der Ausbildung noch mitgeteilt, ja, so ist das klassische Bild im Lehrbuch [...].“*

# Defizite

Proband	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Gesamt
Kein Verständnis für Patienten										2
Menschlichkeit fehlt										2
Man wird alleine gelassen										6
Man wird nicht ernst genommen										1
Zu wenig Zeit der Ärzte										2
Man wird nur als Fall gesehen										3
Zu wenig Informationen										6
Man wird unter Druck gesetzt										4

(Voltmann 2015)

# Defizite

*I: „Ich sage das jetzt als Patientin, die dann so da gesessen hat, die so dieses Verzweifelte in sich hatte, die eigentlich [...] von einem Wissenden einen stützenden Arm gebraucht hätte. Das hatten wir dort nicht [...]“*

*G: „Wie ich schon im Vorfeld gerade in diesem Gespräch erwähnt habe, hat er im Grunde genommen nur eine Fallpauschale abgeharkt, »Ja kommen Sie bitte nächstes Quartal wieder!«“*

*G: „Du wartest X Monate um dann festzustellen, dass du wie ein Rindvieh innerhalb von fünf Minuten durchgeschleust wirst.“*



# Wünsche

Proband	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Gesamt
Angemessene Diagnosemitteilung										1
Einfühlsamkeit und Verständnis										5
Privatsphäre										3
Organisatorische Unterstützung										2
Mentale Unterstützung										5
Aufklärung und Information										6
Akzeptanz und weniger Druck										2
Zeit										2
Zuwendung										4
Betreuung und Begleitung										3
Sicherheit										1

(Voltmann 2015)

# Wünsche

*A: „[...] wenn ich das Gefühl habe, ähm, da ist ein bisschen Unterstützung da, es gibt keinen Grund jetzt direkt hoffnungslos, verzweifelt oder sonst was zu werden, sondern wenn der andere, der mir das vermittelt, vielleicht auch gleichzeitig mit vermitteln kann »Komm, das hier ist jetzt vielleicht schlimm, und das musst du jetzt erst mal verdauen, aber es gibt Wege, weiterzumachen und weiterzugehen«.*“

*E: „Weil ich doch nochmal die Hoffnung habe, doch noch so einen Arzt oder Ambulanz zu finden, wo ich mich sicher fühle“*

# Fazit

**Kommunikation ist nicht nur eine neben vielen anderen Bedingungen für Gesundheit und Wohlbefinden, sie ist offenbar von essentieller Bedeutung für den gesamten Bereich der Gestaltung unseres Zusammenlebens.**

# Literatur

- Badura, B. & Gloy, K. (Hrsg.) (1972). *Soziologie der Kommunikation. Eine Textauswahl zur Einführung*. Stuttgart: Friedrich Frommann Verlag.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – A Six-Step Protokoll for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. In: *The Oncologist* 5, 302-311.
- Beck, K. (2007). *Kommunikationswissenschaft*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Deutsche Krebsgesellschaft (2012). *Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms*.
- Deutsche Krebsgesellschaft (2014). *S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten*.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C. & Greitemann, B. (2010). Patient-Arzt-Interaktion in der Rehabilitation: Gibt es einen Zusammenhang zwischen wahrgenommener Interaktionsqualität und langfristigen Behandlungsergebnissen? *Rehabilitation* 49 S. 315 - 325.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *Journal of the American Medical Association* 260 (12) S. 1743-1748.
- Engel, G.L. (1998). Wie lange noch muss sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen? In: R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, O.W. Schonecke, T.v. Uexküll & W. Wesiack (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin*. (S.). München: Urban & Schwarzenberg.
- Freud, S. (1926). *Die Frage der Laienanalyse*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Hurrelmann, K. & Baumann, E. (Hrsg.) (2014). *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Hans Huber.
- Hurrelmann, K. & Leppin, A. (Hrsg.) (2001). *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Huber.
- Husebo, S. (2009): *Kommunikation*. In: Husebo, S. & Klaschik, E.: *Palliativmedizin (147-153)*. Heidelberg: Springer.
- Jazbinsek, D. (Hrsg.) (2000). *Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Kerr, J., Engel, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H. & Holzel, D. (2003). Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Ann Oncol* 14 (3) S. 421-427.
- Köhle, K. & Raspe, H.-H. (Hrsg.) (1982). *Das Gespräch während der Visite. Empirische Untersuchungen*. München: Urban & Schwarzenbeck.
- Lalouschek, J. & Menz, F. (1990). *Ambulanzgespräche. Kommunikation zwischen Ambulanzschwestern und Ärzten*. In: K. Ehlich, A. Koerfer, A. Redder & R. Weingarten (Hrsg.). *Medizinische und Therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. (S. 12-26). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lönning, P. & Rehbein, J. (Hrsg.) (1993). *Arzt-Patientenkommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Maguire, P. & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 325 (7366) S. 697-700.
- National Breast Cancer Centre (2003). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*.
- Raspe, H.-H. (1983). *Aufklärung und Information im Krankenhaus*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Razavi, D. & Delvaux, N. (1997). Communication skills and psychological training in oncology. *Eur J Cancer* 33 Suppl 6 S. S15-21.
- Redder, A. & Wiese, I. (Hrsg.) (1994). *Medizinische Kommunikation: Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Rodin, G., Zimmermann, C., Mayer, C., Howell, D., Katz, M., Sussman, J., Mackay, J.A., Brouwers, M. (2009). Clinician-patient communication: evidence-based recommendations to guide practice in cancer. *Current Oncology* 16 (6) S. 42-49.
- Rogers, C.R. (2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. München: Reinhardt.
- Schnabel, P.-E. & Bödeker, M. (2012). *Gesundheitskommunikation. Mehr als Reden über Krankheit*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Siegrist, J. (Hrsg.) (1978). *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus*. Stuttgart: Enke.
- Signitzer, B. (1989). *Gesundheitskommunikation. Ein neues Lehr- und Forschungsfeld*. *Medienjournal* 13 S. 114-123.
- Stroth, S., Post, A., Pfuhl, J. & Marstedt, G. (2007). *Ratlose Patienten? Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bevölkerung*. Bremen: Edition Temmen.
- Voltmann, S. (2015). *Das Überbringen schlechter Nachrichten; Die Übermittlung der Diagnose Multiple Sklerose aus der Sicht der Betroffenen*. Master Thesis MPH: Universität Bremen.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (2003). *Menschliche Kommunikation. Formen Störungen Paradoxien*. Bern: Hans Huber.
- Weinberger, S. (2008). *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe*. Weinheim: Juventa.

**Vielen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit !**