

Arzt-Patient-Kommunikation, Mitteilen schlechter Nachrichten

In: Brähler/Strauss: Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin, 2002

Wolf Langewitz

1. Einleitung

1.1 Zum Stellenwert der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten

Während ärztliches Kommunikationsverhalten bisher mit bestenfalls vage formulierten Qualitätsstandards vermittelt und überprüft wurde, unterliegen technische Fähigkeiten im Medizinstudium und in der Weiterbildung von Ärzten einer rigiden Qualitätskontrolle: Das Auswerten von EKG's, die Beurteilung von Blutaustriichen und Röntgenbildern, etc. werden mit hohem Supervisionsaufwand vermittelt, ausführlich dokumentiert und in der Facharztprüfung überprüft. Diese unterschiedliche Wertschätzung kommunikativer und technischer Fertigkeiten liegt möglicherweise daran, dass im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation wirklich befriedigende Modelle, die für mehrere Disziplinen Bedeutung haben, weitgehend fehlen. Dieses Defizit ist um so erstaunlicher, als Erfahrungsberichte von Medizinstudenten (Branch *et al.*, 1993), von Studenten im klinischen Jahr (Calman & Donaldson, 1991), sowie von niedergelassenen Ärzten (siehe (Langewitz & Keller, 1997)) übereinstimmend darauf hinweisen, dass im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Kommunikation gravierende Defizite wahrgenommen werden. Auch erfahrene Ärzte, die in unterschiedlichen Fachrichtungen als Consultants tätig sind, beklagen ihre mangelnde Ausbildung in Kommunikationsfertigkeiten (Ramirez *et al.*, 1996). Trotz einer immer weiter expandierenden Vielfalt technischer Untersuchungsmethoden bleibt das ärztliche Gespräch zusammen mit der körperlichen Untersuchung das wichtigste diagnostische Instrument, mit dem bis zu 90% aller Diagnosen korrekt gestellt werden können (z.B. (Martina *et al.*, 1997)).

Es ist gut möglich, dass die enormen Fortschritte auf dem Gebiet technischer Interventionen, die vor allem der Akutmedizin zugute kommen, den Blick auf den Alltag der medizinischen Versorgung verstellen: Hier geht es darum, in langwierigen und oft kleinschrittigen Behandlungen chronische Erkrankungen erträglich zu machen oder mit Störungsbildern umzugehen, für die sich keine eindeutigen biologischen Ursachen finden lassen.

In letzter Zeit ist das Thema Arzt-Patient-Kommunikation zunehmend deutlicher wahrgenommen worden, weil sich hat zeigen lassen, dass sich Patienten, die ihre Ärzte wegen Behandlungsfehlern vor Gericht zitieren, mindestens so sehr über schlechte Kommunikation als über eigentlich schlechte Behandlung beklagen (siehe (Langewitz *et al.*, 1998)). Zudem fördert der Kostendruck bei Anbietern von Versorgungsleistungen im Gesundheitswesen, also bei niedergelassenen Ärzten und Spitä-

lern, die Tendenz, sich gegenüber den potentiellen Kunden, also den Patienten so zu präsentieren, dass das individuelle Angebot oder das Profil der Institution Anklang findet.

1.2 Ein semiotisches Modell der Arzt-Patient-Beziehung

Zur Verknüpfung zwischen dem semiotischen Modell und der Kommunikation zwischen zwei Individuen:

Es gibt Autoren, für die eigentliche Zeichenprozesse erst dann vorliegen, wenn zwischen einem Kommunikator, der etwas mitteilen will und einem Rezipienten, für den diese Mitteilung gedacht ist, 'Zeichen' i.S. von sprachlichen oder non-verbalen Äusserungen ausgetauscht werden. Andere Autoren sehen in der Kommunikation nur einen Sonderfall von weiter zu fassenden Zeichenprozessen, die bereits dann vorliegen, wenn z.B. durch das Beobachten eines Geschehens im Individuum Kognitionen entstehen. Die umfassendste Definition des Geltungsbereiches von Zeichenprozessen (Semiosen) geht auf C.S. Peirce zurück, der jeden Denkprozess als Zeichenprozess versteht, bei dem 'Geist' (mind) Zeichen interpretiert. Für Peirce ist darüber hinaus der Begriff 'Geist' nicht an menschliche oder tierische Hirnfunktionen gebunden, sondern im Prinzip auch in der Welt der Insekten oder 'überall in der rein physikalischen Welt' anzutreffen (s.: (Nöth, 2000)). Diese unterschiedlich weit gefassten Begriffe von Semiosen haben unterschiedliche Verknüpfungen zwischen Semiotik und Kommunikationswissenschaften ermöglicht. Letztere wiederum sind weder in der Definition des Faches noch im Verständnis des Begriffes 'Kommunikation' einheitlich, so dass eine genauere Darstellung der vielfältigen Verbindungen über den Rahmen dieses Buches hinausgehen würde.

Beiden Wissenschaften, der Semiotik und der Kommunikationswissenschaft, ist gemeinsam, dass sie einen im weitesten Sinne dialogischen Prozess betrachten, der sich bei der Semiotik nach Peirce in einem triadischen Raum zwischen einem Zeichen (signifier), einer bezeichneten Sache (thing signified) und der im Geist produzierten Kognition abspielt (dem Interpretanten), während in der Kommunikationswissenschaft eher an den Dialog zwischen zwei kommunizierenden Lebewesen gedacht wird. Sehr vereinfacht gesprochen könnte man Zeichenprozesse als notwendige Voraussetzung für kommunikatives Geschehen betrachten: Wenn der Kommunikator seinem neben ihm sitzenden Rezipienten etwas mitteilen will, muss er in seinen Gedanken oder in seinen Wahrnehmungen Zeichen entdeckt haben, die ihm im Moment mitteilenswert erscheinen. Dieser Vorgang der Interpretation von etwas (signifier) als mitteilenswert ist bereits ein Zeichenprozess. Beim Versuch, dieses so Bezeichnete mitzuteilen, wird der Kommunikator versuchen, aus dem Satz möglicher mitteilbarer Zeichen (Worte, Gesten, Mimik) diejenigen herauszusuchen, die das Mitzuteilende an den Rezipienten so übermitteln, dass er etwas Ähnliches versteht. Bei diesem Schritt weist der Kommunikator einem bestimmten Zeichen die Bedeutung zu von 'dieses Zeichen ist ein geeigneter Übermittler für das von mir Mitzuteilende' - ein typischer Zeichenprozess. Beim Rezipienten finden ähnliche Übersetzungsprozesse statt, bei denen den ihm mitgeteilten Zeichen bestimmte Bedeutungen zugewiesen

werden, die im Empfänger bestimmte Prozesse (Gefühlsregungen, Handlungen, etc.) auslösen.

1.2.1 Kommunizieren als Annäherung individueller Wirklichkeiten

Begreift man Kommunizieren als eine Aktivität, die darauf abzielt, Gemeinsamkeit herzustellen, etwas zum einem 'commune' zwischen zwei Gesprächspartnern werden zu lassen, ist eine gelungene Kommunikation dann anzunehmen, wenn die Wahrnehmungs- und Interpretationsvorgänge bei Kommunikator und Rezipient ähnlich ablaufen. Es ist deswegen so wichtig, auch den Wahrnehmungsaspekt in diese Überlegungen einzubeziehen, weil wir mit J. v. Uexküll davon ausgehen, dass jedes Subjekt Erbauer seiner eigenen Umwelt ist. Damit findet bereits bei der Auswahl der Merkmale, die subjektive Umwelt konstituieren, ein subjekt-spezifischer Auswahlprozess statt, der bestimmten Merkmalen zumindest die Bedeutung von 'relevant für die Wahrnehmung' zuweist - wiederum ein Zeichenprozess.

1.2.2 Zur Übereinstimmung von Arzt- und Patientenpositionen im klinischen Alltag

Vor allem für Notfallinterventionen gilt, dass Übereinstimmung hinsichtlich der zu ergreifenden Massnahmen relativ einfach zu erzielen ist:

Eine 17jährige Jugendliche betritt die Notaufnahme des Spitals in Scuol (GR). Sie stützt mit der linken Hand ihren rechten Unterarm, der auffallend schief aussieht: Folge eines typischen Unfalls beim Snowboardfahren. Für die Aufnahmeärztin in der Ambulanz und für die Patientin besteht hinsichtlich der jetzt anstehenden Handlungsschritte im Wesentlichen Übereinstimmung: Diagnose, Schmerzbekämpfung, Stabilisierung der Fraktur. Bereits die non-verbale Interpretation der sichtbaren Zeichen hat bei beiden Kommunikationspartnern etwas Gemeinsames entstehen lassen: das pragmatische Realitätsprinzip wird erfüllt, für beide resultieren aus der Bedeutungszuteilung ähnliche praktische Konsequenzen.

Allerdings betrifft dies nur einen Teilaspekt der Realität von Ärztin und Patientin. Sobald wir die Interpretation dieses Unfalls auf anderen Ebenen betrachten, z.B. auf der Ebene der emotionalen Bedeutungszuteilung oder der kognitiven Interpretation, ist anzunehmen, dass keine spontane Übereinstimmung herrscht. Für die Ärztin stellt der Unfall ein vertrautes Ereignis mit festgelegtem Procedere dar, was Gefühle einer beruhigenden Kompetenz auslöst. Für die Patientin bedeutet der Unfall - am letzten Tag des Skilagers - zwar eine ärgerliche Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens, aber keine grosse Enttäuschung, da sie durch den Gips vom Mitschreiben der Klausuren nach dem Skilager befreit sein wird. Falls die Ärztin sich ohne vorherige Kommunikation mit der Jugendlichen als Metainterpretin ihrer Gefühle versucht und vor schnellen Trost anbietet wie: „Machen Sie sich keine Sorgen, in 5 Tagen können Sie sicher die Hand wieder gebrauchen!“, hat sie die Sorgen der Patientin nicht vermindert, sondern die erhoffte schulische Entlastung weniger verlockend gestaltet.

Man darf sicher annehmen, dass in diesem Beispiel wesentliche Zeichen einer komplexen Situation (z.B. Snöberkleidung, deformierter Unterarm, schmerzverzogenes Gesicht der Patientin) von beiden Interaktionspartnern spontan gleichermassen wahrgenommen werden. Es wird aber auch deutlich, dass diese Zeichenkonstellation auf verschiedenen Ebenen interpretiert wird, z.B. einer handlungs-orientierten (motivationalen), einer emotionalen, einer kognitiven (um welchen Vorgang handelt es sich kategorial), etc. Aus diesen verschiedenen, parallel ablaufenden Zeichenprozessen entstehen Partialrealitäten, in denen in unterschiedlichem Ausmass Übereinstimmung herrscht, bzw. hergestellt werden kann.

Gerade im Spital ist die Spannweite der Komplexität der Zeichenprozesse enorm: dies betrifft sowohl ihre mehr oder weniger eingeschränkte Wahrnehmung als auch ihre mehr oder weniger vielschichtige Interpretation.

Bei der Reanimation eines Unfallopfers interessiert zunächst vor allem die Wiederherstellung der vitalen Funktionen - das Aufnahmeteam blendet Riss-Quetschwunden, banale Extremitätenfrakturen, etc. aus seiner Wahrnehmung aus. Mit wem zusammen der Patient im Wagen sass, in welchen Verhältnissen er lebt, etc. ist im Moment nicht von Interesse. Das Aufnahmeteam geht von der Annahme aus, dass seine motivationale Interpretation der vitalen Zeichen (Atemstillstand, Herzstillstand) mit grösster Wahrscheinlichkeit der des Patienten entspricht und handelt entsprechend: Beatmung, externe Herzmassage, venöser Zugang, etc.

Ganz anders sieht es bei chronisch kranken Menschen aus:

Eine 23jährige Patientin mit Zystischer Fibrose soll nach der stationären Behandlung einer Pneumonie mit resistenten Keimen nach Hause entlassen werden. Hier hat die Stationsärztin die Aufgabe, ein viel breiteres Spektrum an Zeichen wahrzunehmen und sich zusätzlich um die Interpretation dieser Zeichen aus der Position der Patientin zu bemühen. Neben den 'biologischen Daten' der Lungenfunktion und der Blutgasanalyse interessieren z.B. die Lebensumstände der Patientin: wer könnte ihr bei alltäglichen Verrichtungen helfen, sind diese Personen auch aus der Sicht der Patientin potentielle Helfer, die sie akzeptieren würde? Wo bekommt sie die notwendige Physiotherapie? Wie erlebt die Patientin ihre momentane Situation emotional? Ist sie womöglich durch den unerwartet schnellen Therapieerfolg so überaus optimistisch, dass sie mit zu wenig Sorgfalt ihre körperliche Befindlichkeit beobachtet und den Kontrolltermin nicht wahrnimmt? Interpretiert sie ihre Krankheit auch motivational (handlungs-orientiert) so wie die Ärztin, wird sie also ihre oralen Antibiotika regelmässig und ausreichend lange einnehmen?

Wir können also als Aufgabe der Kommunikation formulieren, dass sie dem Ziel dienen solle, subjektive Welten, subjektive Realitäten einander anzunähern.
--

Das Beispiel der Snowboardfahrerin betont eher einen bewussten kognitiven Aspekt in der Entstehung einer zumindest im Hinblick auf die Handlungskonsequenzen gemeinsamen Realität - was auch immer Ärztin und Patientin empfinden (emotionale

Ebene), ob sie eher mit Herzklopfen oder ruhigen Körperfunktionen reagieren (physiologische Ebene), sie sind sich einig, was jetzt zunächst geschehen soll - auf pragmatischer Ebene teilen sie zumindest im Moment eine gemeinsame Realität. Diese Gemeinsamkeit ist ihnen bewusst, sie könnten sich verbal zu dieser Übereinstimmung äussern. Daneben gibt es andere Formen der Gemeinsamkeit, die nicht auf kognitiver Basis entstehen. Beispiele dafür sind Gefühle von Miteinander und Gemeinsamkeit beim Hören von Musik oder bei der Pflege von schwer kranken Menschen, die sich verbal nicht mehr ausdrücken können. Gerade bei der Betreuung schwer kranken Menschen ist es wesentlich sich darüber klar zu werden, dass Pflegende oder Ärzte oft nur in Partialrealitäten diese Gemeinsamkeit mit einem Patienten herstellen können - manche verstehen den Patienten ohne Worte, sie sind sehr hilfreich bei körperlichen Interventionen wie beim Umbetten oder beim Waschen. Andere können sehr gut aus geflüsterten Lauten die Wünsche des Patienten herauslesen und auf dieser Ebene Gemeinsamkeit herstellen.

Die grosse Bedeutung guter Kommunikationsfähigkeiten von Ärzten und Ärztinnen im Spital zeigt sich unter anderem bei einer näheren Analyse der Gründe, mit denen Patienten ein strafrechtliches Verfahren gegen Ärzte anstreben. Ganz offenkundig unterscheiden sich Ärzte, die häufiger mit Klagen ihrer Patienten konfrontiert sind, nicht in der medizinischen Qualität ihrer Handlungen von anderen Kollegen, sondern in der Qualität ihrer Kommunikationsfertigkeiten (Entman *et al.*, 1994, Levinson, 1994).

1.2.3 Konsequenzen des semiotischen Modells für die Arzt-Patient Kommunikation

Wenn wir als wesentliche Aufgabe der Kommunikation festhalten, dass sie dazu beitragen soll, wechselseitig subjektive Realitäten kennenzulernen, dann haben Arzt und Patient den gleichen kommunikativen Auftrag: sie müssen die Realität des Anderen so vielschichtig wie nötig kennenlernen und sie müssen dem Anderen dabei behilflich sein, die eigene Realität zu verstehen.

Wie Koerfer, Köhle und Obliers (2000) überzeugend dargestellt haben, ist insbesondere die Erzählung, das Narrativ einer Patientin geeignet, ihre subjektive Sicht zu vermitteln. Narrative orientieren sich an alltäglichen Kommunikationsformen, sie bewegen sich in einem Abstraktionsbereich, der unterhalb der eigentlichen Begriffswelt liegt, sich mehr am unmittelbaren Erleben orientiert. Dem narrativen Gesprächsstil entgegengesetzt ist der interrogative Stil, bei dem in der Regel der Arzt fragt, und der Patient antwortet. Wie G.L. Engel formuliert hat, führen diese Gesprächsformen zu unterschiedlichem Patientenverhalten: „Interrogation generates defensiveness, narration encourages intimacy“ (Engel, 1997).

Wenn im Folgenden das weiterführende Gespräch in der Klinik vor allem aus der Perspektive der Ärztin betrachtet wird, findet eine eigentlich unzulässige Verkürzung der Behandlung des Themas statt: genauso wichtig wäre es, sich dem Thema aus der Sicht des Patienten anzunähern und sich darüber Gedanken zu machen, mit welchen Techniken es dem Patienten gelingen könnte, mit seiner Ärztin 'professionell' zu kommunizieren. Gerechtfertigt erscheint dieses Vorgehen allerdings unter dem Aspekt der schlecht balancierten Machtverhältnisse innerhalb einer Arzt-Patient-Dyade:

- Der Mensch, der sich als 'patients' erlebt, schreibt dem Arzt die Fähigkeit zu, ihm in seinem Leiden zu helfen. Er nimmt diesen Kontakt nicht freiwillig auf, sondern aus einer Notsituation heraus.
- Im Gespräch mit der Ärztin wird er feststellen, dass seine Bereitschaft, auch intime Informationen preiszugeben, von der Ärztin nicht mit gleicher Münze zurückgezahlt wird. Die Reziprozitätserwartung ('Gleiches wird mit Gleichem vergolten') ist ausser Kraft gesetzt (Koerfer *et al.*, 2000).
- In noch viel grösserem Umfang gilt diese Asymmetrie für die Bereitschaft, den eigenen Körper den Händen des Anderen zur Verfügung zu stellen, hier ist der Patient nahezu immer in der Position des Anbietenden.

Zusammengefasst wird deutlich, dass der Hilfesuchende im Vergleich zum Hilfe Anbietenden weit weniger Bewegungsspielraum besitzt.

Die grössere Freiheit des Arztes, den Gesprächsverlauf zu beeinflussen, macht es daher plausibel, sich bei der Beschäftigung mit der Arzt-Patient Kommunikation auf den ärztlichen Interaktionspartner zu konzentrieren, der die grösseren Gestaltungsmöglichkeiten und damit auch die grössere Verantwortung für den Gesprächsverlauf hat. Wenn in den folgenden Abschnitten in erster Linie auf verbale Interventionen abgehoben wird, geschieht dies nicht mit der Annahme, dass non-verbale Signale für den Verlauf eines Gespräches unwichtig seien. Ganz im Gegenteil; häufig signalisieren non-verbale Zeichen bereits vor den verbalen Äusserungen, wie das Gespräch weiter verlaufen wird. So kann das Abwandern der Blickrichtung aus dem direkten Blickkontakt anzeigen, dass Patient oder Arzt eine 'Auszeit' beanspruchen um nachzudenken. Eine forcierte Inspiration kündigt einen wichtigen Redebeitrag an, ein Positionswechsel eine veränderte Stimmung oder Wachsamkeit.

Die Beschränkung auf verbale Interaktionsformen geschieht vielmehr aus dem Annahme heraus, dass es schwer möglich ist, in Textform unterschiedliche non-verbale Verhaltensweisen darzustellen, geschweige denn Vorschläge zu unterbreiten, die bereits nach einer Lektüre des Textes verständlich sind.

Eine weitere Einschränkung betrifft die Konzentration auf einen Patienten-zentrierten, am Narrativ orientierten Gesprächsstil: Wie Smith und Hoppe (Smith & Hoppe, 1991) sehr richtig betont haben, hat ein Arzt selbstverständlich auch die Pflicht, geschlossene Fragen zu stellen, sei es in der Systemanamnese oder auf Grund seines Fachwissens. Wenn er z.B. nach der Beschreibung des jetzigen Leidens den Verdacht auf eine chronisch entzündliche Darmerkrankung hat, ist es seine Aufgabe, aktiv nach Hinweisen auf nicht-gastrointestinale Manifestationen zu suchen und z.B. nach Episoden einer Arthritis oder einer Sacroileitis zu fragen. Diese Beschwerden sind wahrscheinlich in den erklärenden Konzepten des Patienten nicht mit den Magen-Darmbeschwerden verknüpft, so dass er sie beim Orthopäden, aber nicht beim Allgemeinarzt oder Internisten vorstellen würde.

Es ist keine eigentlich *kommunikative* Kunst, das eigene Wissen in Form von geschlossenen Fragen an die Patientin heran zu tragen, die Qualität eines Arzt-zentrierten Abschnittes einer Anamnese steht und fällt mit dem fachlichen Wissen einer Ärztin und ihrer Fähigkeit, sich sprachlich an die Möglichkeiten der Patientin anzupassen. Die Übernahme der Gesprächsleitung und das Initiieren einer von der Ärztin geleiteten interrogativen Befragung innert 30 Sekunden ist kommunikativer Alltag

im Spital und in den Praxen (Marvel *et al.*, 1999). Daher wird auf eine Darstellung der Fertigkeiten verzichtet, mit denen es Ärzten gelingt, die Gesprächsführung zu übernehmen und nicht wieder abzugeben.

2. Konkrete Kommunikationstechniken: Die erste Aufgabe der Ärztin: Kennenlernen der subjektiven Realität des Patienten

Die bereits angeführten Beispiele aus der Akutmedizin haben die einfachste Lösung dieser Aufgabe bereits illustriert: die Ärztin beobachtet und schliesst auf Grund der wahrgenommenen Zeichen auf die subjektive Realität des Patienten. Akutmedizin ist aber nicht gleichzusetzen mit Medizin: nur ca. 5 Prozent medizinischer Handlungen vollziehen sich im Rahmen einer Situation, die unmittelbares Handeln erfordert, die überwältigende Mehrzahl von Begegnungen zwischen Ärzten und Patienten erfolgt in einem Kontext, der ganz unterschiedliche Zeichenkonstellationen und Interpretationen beinhaltet.

Wenn die Ärztin die Wahrnehmungen und die Interpretanten der Patientin kennenlernen will, werden ihr interpretierende Konzepte begegnen. Wir benutzen den Begriff des Konzeptes, um deutlich zu machen, dass Wahrnehmungen und interpretierende Gedankenprozesse (Interpretanten) auf ganz unterschiedlichen Ebenen, entsprechend einem Konzept gebündelt werden, so dass bestimmte Sets von Zeichen, also Zeichenkonstellationen wahrgenommen und in einer ganz bestimmten Art und Weise zusammenhängend interpretiert werden.

Wenn sich die Ärztin für die Konzepte ihres Patienten interessiert, muss sie sich aktiv darum bemühen, den Gesprächsraum für den Patienten offenzuhalten; dies um so mehr, als Patienten mit einiger Erfahrung in typischen Arzt-Patient Gesprächen sehr schnell versucht sind, die Gesprächsführung an die Ärztin zu delegieren. Metaphorisch gesprochen sollte die Ärztin versuchen, die Bühne für den Patienten zu räumen und der Versuchung oder Einladung widerstehen, sie vorzeitig selber zu betreten.

2.1 Raum Offenhalten für den Patienten

Den Raum Offenhalten für den Patienten erreicht der Arzt durch folgende Verhaltensweisen:

- Zurückspielen des Rederechtes durch
 - Warten:
der Arzt sollte abwarten, ob der Patient eine kurze Pause von z.B. 3 bis 5 Sekunden dazu benutzen möchte, sich in Ruhe zu überlegen, was er als nächstes dem Arzt mitteilen könnte. Er sollte der Versuchung widerstehen, den Gesprächsfaden selber weiter zu spinnen.
 - Wiederholen:
Patientin: *"Ich habe dieses Blutbild machen lassen, als ich in Frankreich war."*
Arzt: *"Aha, in Frankreich."*

- Spiegeln, Zurückmelden einer emotionalen Befindlichkeit oder eines thematischen Schwerpunktes:
Arzt: *"Sie scheinen sehr aufgebracht zu sein, wenn Sie über diesen Arztbesuch bei der Gynäkologin sprechen."* Oder:
Arzt: *„Ich habe den Eindruck, dass Sie im Moment mehr über die Sorgen ihres Sohnes als über Ihre eigenen Befürchtungen sprechen.“*
- Zusammenfassen:
"Ich möchte gerne zusammenfassen, was Sie gerade gesagt haben. Wenn ich Sie richtig verstehe, ist Folgendes passiert: Als Sie im Urlaub waren, haben Sie abends plötzlich Bauchschmerzen bekommen, Sie fühlten sich abgeschlagen, und Ihnen war übel. Ihr Sohn hat sie dann zur Ärztin gebracht, wo Sie sich wenig verstanden gefühlt haben."

Diese Techniken dienen nicht nur dazu, dem Patienten den Raum offenzuhalten, das Zusammenfassen ist auch dann angebracht, wenn der Arzt das Thema wechseln und den bisherigen Abschnitt des Gespräches abschliessen will. Falls die o.g. Techniken aber das Rederecht an den Patienten zurückspielen sollen, dann dürfen sie nicht in eine Frage des Arztes einmünden.

Es hilft dem Arzt, die Perspektive des Patienten bereits zu Beginn des Gespräches deutlich wahrzunehmen, wenn er versucht,

- die initialen Beschwerden vollständig aufzunehmen und explizit zu wiederholen:
"Sie haben vorhin gesagt, dass Sie jetzt zu mir kommen, weil Sie nachts Atemnotanfälle haben, deswegen schlecht schlafen können und jetzt im Beruf Schwierigkeiten haben, die gewohnte Leistung zu bringen."
- Die Konsultationsgründe explizit zu klären:
"Sie möchten, dass wir versuchen, eine bessere Behandlung für Ihre Atemnot zu finden und dass wir auch noch einmal nachschauen, ob vielleicht zusätzlich zu Ihrem Asthma und den bekannten Allergien etwas Neues dafür verantwortlich sein könnte?"

Durch dieses Rückfragen gibt der Arzt dem Patienten die Möglichkeit, falsche Wahrnehmungen des Arztes zu korrigieren, die sich sonst in Form willkürlicher Hypothesen oder schlimmer in Form falscher diagnostischer Suchstrategien niederschlagen können.

2.2 Strukturieren der Konsultation

Der Freiraum in einem Gespräch kann besser genutzt werden, wenn der zeitliche Rahmen oder organisatorische Bedingungen bekannt sind, unter denen das Gespräch stattfindet. Wiederum in der metaphorischen Bühnensprache: die Patientin wird sich freier auf der Bühne bewegen, wenn sie weiss, was der rote Strich auf dem Boden bedeutet. Sie wird weniger irritiert durch das Sprechen im Hintergrund sein, wenn ihr erklärt wird, dass über ihr Bühnenarbeiter die Beleuchtung reparieren.

Daher sollten

- zeitliche Begrenzungen bereits zu Beginn des Gespräches offen dargelegt werden.
Ärztin: „*Ich würde Ihnen gerne sagen, wie ich mir den Gesprächsablauf vorstelle: Ich wäre froh, wenn Sie zunächst Ihre Sicht der Probleme darstellen könnten, damit wir herausfinden, wie ich Ihnen am besten helfen kann. Danach werde ich von mir aus einige Fragen stellen, und danach werde ich Sie körperlich untersuchen. Wir haben insgesamt 30 Minuten Zeit.*“
Ärztin: „*Ich bin heute später als sonst dran mit der Visite. Es gab einen Notfall, den ich erst versorgen musste. Deswegen werde ich heute nur ganz kurz Visite machen. Ich habe maximal 3 Minuten Zeit für dieses Zimmer. Ich bitte Sie, mir nur zwei Fragen zu beantworten: Haben Sie weniger Schmerzen als gestern mit der neuen Medikamentenkombination? Könnten Sie Ihre Tochter gestern erreichen und über die Entlassung sprechen?*“

Wenn zu Beginn des Gespräches eine Zeitgrenze geäußert wurde, ist es möglich, im weiteren Verlauf des Gespräches

- an die Zeitlimite zu erinnern: "*Darf ich Sie daran erinnern, dass wir nur noch 5 Minuten Zeit haben. Meinen Sie, dass es sinnvoll ist, über dieses Thema heute noch zu sprechen, oder sollten wir das besser auf den nächsten Termin verschieben?*".

Strukturieren bedeutet auch, Wechsel im Thema und Wechsel im Gesprächsstil, z.B. vom Patienten-zentrierten Gesprächsteil auf einen Arzt-zentrierten Abschnitt anzukündigen. Dieser ist in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass der Arzt auf spezifische, meist fokussierende oder geschlossene Fragen möglichst konkrete Antworten erwartet. Daraus resultiert als Kommunikationstechnik:

- *Expliziter* Wechsel vom Arzt-zentrierten auf den Patienten-zentrierten Teil und vice versa:
"Ich würde Ihnen jetzt gerne ein paar Fragen stellen, die sich auf Ihren Husten beziehen und bitte Sie, diese Fragen so kurz und knapp wie möglich zu beantworten. Haben Sie Auswurf?....."
- *Expliziter* Wechsel im Thema der Konsultation:
"Ich kann mir jetzt vom Husten ein gutes Bild machen und würde gerne mehr wissen zu Ihrer beruflichen Tätigkeit. Könnten Sie mir bitte sagen,"

An dieser Stelle wird noch einmal deutlich, dass eine gelungene Arzt-Patient Kommunikation nicht einfach bedeutet, das Einbahnstrassenmodell des althergebrachten Anamnesegespräches (der Arzt fragt, und der Patient antwortet) durch ein neues Einbahnstrassenmodell zu ersetzen (der Patient spricht, und der Arzt hört zu)! Wenn Kommunikation als wechselseitiger Austauschprozess von Wahrnehmungen und interpretierenden Konzepten begriffen wird, muss das Gespräch beiden Partnern sowohl die Rolle des Sprechenden als auch die des Hörenden zuweisen. Wesentlich ist, dass beide wissen, in welcher Funktion sie jeweils gerade an der Kommunikation teilhaben.

2.3 Umgang mit emotionalen Äusserungen

Es ist nicht selten, dass Patienten, die die Möglichkeit erhalten, ihre eigene Perspektive darzustellen, diesen Raum auch dazu nutzen, die Gefühle zu äussern, die bei ihrer Auseinandersetzung mit einer Erkrankung entstanden sind. Für den Umgang mit Emotionen erscheinen folgende Verhaltensweisen hilfreich:

Nach einer emotionalen Äusserung sollte der Patient die Chance erhalten zu entscheiden, ob er seine Gefühle in diesem Moment, mit dieser Ärztin weiter besprechen möchte. Diesen Entscheidungsspielraum bekommt er ganz wesentlich dadurch,

- dass die Ärztin nach einer emotionalen Äusserung zunächst einmal abwartet.

Es ist in diesem Moment sehr gut möglich, dass der Patient den Blickkontakt abbricht, sich für eine gewisse Zeit ganz nach innen wendet und sich dann mit einem Schulterzucken wieder in den unmittelbaren Kontakt zurückmeldet und sagt: *"Tja, Frau Doktor, was machen wir jetzt?"* In diesem Fall hat er sich wahrscheinlich entschieden, seine Betroffenheit mit der Ärztin jetzt, z.B. in der Visitsituation, nicht zu besprechen. Falls jedoch der Eindruck entsteht, dass der Patient durchaus bereit ist, mit der Ärztin gemeinsam seine emotionale Betroffenheit zu besprechen,

- sollte die Ärztin die Emotion, die für sie aus den Äusserungen des Patienten deutlich wird, benennen und mit der von ihr wahrgenommenen Intensität wiedergeben.

Danach sollte sie wiederum abwarten und so

- dem Patienten Gelegenheit geben, sowohl die Benennung der Emotion als auch die von der Ärztin wahrgenommene Intensität zu korrigieren.

Nur so kann die Ärztin in der Interaktion mit dem Patienten ihre Wahrnehmungsfähigkeit für ihre ganz spezifische emotionale Ausdrucksmöglichkeiten verbessern. Sie sollte auf jeden Fall sich selber Rechenschaft darüber abgeben, ob sie mit diesem Patienten und in diesem Moment eine emotional engere Beziehung eingehen möchte.

2.4 Das Vermitteln von Informationen

Wenn wir akzeptieren, dass subjektive Realität aus dem Dialog von Zeichen und Interpretanten entsteht, muss neben faktischer Information auch mitgeteilt werden, wie diese Information zu interpretieren ist. Ein Paradebeispiel für das fehlende Vermitteln erklärender Konzepte ist die Mitteilung des Herzultraschall-Untersuchers an den Patienten: *"Machen Sie sich keine Sorgen, Ihre Ejektionsfraktion liegt bei 56%."* Wenn dem Patienten nicht gleichzeitig mitgeteilt wird, wo der Normalbereich dieser Messgrösse liegt, wird er selbstverständlich davon ausgehen, dass ein Wert von 100% die Normalität darstellt und entsprechend beunruhigt sein.

Der Vermittler von Informationen sollte davon ausgehen, dass alles was er sagt, vom Patienten in ganz spezifischer Weise, mit Hilfe bereits vorhandener Interpretanten verarbeitet wird. Dies impliziert, dass Informationsvermittlung immer ein rekursiver

Prozess sein muss, in dem Arzt und Patient gemeinsam Verantwortung dafür übernehmen, dass am Ende eines Gespräches beide den Bereich der gemeinsamen Informationsbasis kennen, auf der aufbauend weitere Gespräche stattfinden können. Die Kunst der Informationsvermittlung besteht zusätzlich darin, der Patientin genau die Information zu vermitteln, die sie im Moment braucht, um die für sie wesentlichen Entscheidungen treffen zu können. Diese Beschreibung steht im Kontrast zu einer Definition, die die Kunst der Informationsvermittlung als eine ärztliche Aufgabe beschreibt, bei der es darum geht, in möglichst einfachen und präzisen Worten das zu vermitteln, was ein Patient zu einer bestimmten Erkrankung wissen muss. Diese Art der Informationsvermittlung ist auch ohne ein konkretes Gegenüber denkbar, sie sieht den Patienten als passiven Empfänger einer möglichst perfekt aufbereiteten Nachricht und nicht als einen am *Austausch*prozess von Information notwendig Beteiligten. Wiederum gilt allerdings, dass ebenso wie beim Verhandeln über diagnostische und therapeutische Optionen selbstverständlich die Ärztin sich klar sein sollte über die Informationen, die sie im Interesse der Gesundheit der Patientin unbedingt mitteilen muss. Dies kann z.B. dann der Fall sein, wenn Interaktionen zwischen Alkohol und einem bestimmten Medikament besprochen werden müssen, oder wenn der Quick-Wert *am zweiten Tag* nach der Entlassung aus dem Spital vom Hausarzt kontrolliert werden muss.

Einfache Faustregeln für das Übermitteln von Informationen sind:

- Informationen in einer Sprache vermitteln, die der des Patienten möglichst nahekommt,
- Informationen thematisch gliedern; zwei, drei wirklich essentielle Informationen als solche explizit kenntlich machen,
- sich im Gespräch und am Ende vergewissern, was der Patient versteht und wie er das Verstandene interpretiert. Dies geschieht z.B. mit der Frage der Ärztin: *"Ich finde es ziemlich schwierig, die Zusammenhänge gut zu erklären. Ich bin mir nicht so sicher, ob mir das bei Ihnen gelungen ist. Könnten Sie noch mal wiederholen, was Sie von dem, was ich gesagt habe, verstanden haben?"*

2.5 Kommunizieren als innere Haltung

Damit aus dem Zuhören des Arztes tatsächlich ein Verständnis für die Position des Patienten resultiert, was gleichbedeutend ist mit einem Verständnis der erklärenden und interpretierenden Konzepte des Patienten, bedarf es einer besonderen und nicht ganz einfachen Haltung: der Arzt muss zumindest in den Patienten-zentrierten Gesprächsphasen versuchen, sich ganz in die Geschichte des Patienten hineinzusetzen, er muss sich fesseln lassen durch den Bericht. Dies wird ihm nicht gelingen, wenn er versucht, simultan den Bericht des Patienten in die Kategorienwelt medizinischer Systeme zu übersetzen, sondern nur dann, wenn er seine ganze Aufmerksamkeit darauf verwendet, genau darauf zu achten, ob er der Geschichte des Patienten folgen kann. Das oben erwähnte 'Zusammenfassen des Gehörten in eigenen Worten' ist ein sehr probates Mittel, um sich darüber zu vergewissern, ob man sich als Arzt

immer noch in den Spuren des Patienten durch dessen subjektive Realität bewegt, oder ob man diese Spur verloren hat. Zudem erhält der Patient über das Zusammenfassen des Arztes die Möglichkeit, ihn wiederum präzise auf die eigene Spur zu setzen.

Es muss an dieser Stelle noch einmal betont werden, dass selbstverständlich der Arzt nicht nur zum Zuhören verpflichtet ist, um die Position des Patienten so gut wie möglich zu verstehen, sondern dass er genauso verpflichtet ist, neue Wege aufzuzeigen. Dann ist es Aufgabe des Patienten, zuzuhören und dem Weg des Arztes durch dessen subjektive, fachliche und menschliche Realität zu folgen. Für den Arzt entsteht in dieser Phase die Aufgabe sich zu vergewissern, ob der Patient genauso präzise den Spuren des Arztes folgen kann, wie dieser es vorher mit den Spuren des Patienten versucht hat.

3. Das Übermitteln schlechter Nachrichten – eine besondere kommunikative Aufgabe

Das Übermitteln schlechter Nachrichten ist im Prinzip ein Sonderfall der typischen Funktion eines Arzt-Patient Gespräches: Herstellen einer gemeinsamen Realität. Es ist wesentlich, auch hier vom *Austausch* von Informationen und nicht vom reinen *Vermitteln* von Informationen zu sprechen: Auch schlechte Nachrichten treffen selten auf ein Gegenüber, das absolut keine eigenen Vorstellungen, Erklärungskonzepte, Hoffnungen und Erwartungen hat. Selbst im Extremfall eines Verkehrsunfalls mit schweren Verletzungsfolgen, in dem der diensthabende Arzt der Notaufnahme den Ehemann der Patientin anruft, setzt bereits die Tatsache, dass der Arzt sich mit Namen, Funktion und Arbeitsort vorstellt, katastrophale Gedankenketten in Gang, die dann zu der typischen Antwort des bis dahin völlig ahnungslosen Angehörigen führen: "*Oh Gott, ist etwas mit meiner Frau passiert?*".

Gerade das Mitteilen schlechter Nachrichten bereitet Ärzten (und Pflegenden) Mühe. Dabei ist klar, dass eine professionelle Kommunikation zum Beispiel über die Diagnose von Brustkrebs oder das Vorliegen eines Down-Syndroms Angst und Depression der Betroffenen deutlich reduziert (z.B. (Fallowfield, 1993)).

3.1 Bescheid Wissen und Mitentscheiden – zwei unterschiedliche Bedürfnisse

Das Thema "Aufklärung" von Patienten besitzt besondere Bedeutung im Zusammenhang mit der Übermittlung schlechter Nachrichten: soll eine Patientin z.B. erst dann informiert werden, wenn der Befund der Feinnadelbiopsie eines Lymphknotens (maligne Zellen eines Adenokarzinoms) auf einen Primärtumor bezogen werden kann? Sollte der Stationsarzt einen Patienten über die Lebermetastasen informieren, wenn er selber nicht genau weiss, was das für die Prognose des Kolonkarzinoms genau bedeutet, soll er also erst das onkologische Konsil abwarten? Aufklärung des Patienten hat eine grosse aktuelle Bedeutung auf dem Hintergrund einer vor allem in den Medien teilweise heftig geführten Auseinandersetzung um die Respektierung der

Autonomie des Patienten. Unklar bleibt in dieser Diskussion allerdings, ob sich das Autonomiebegehren von Patienten nur auf den Wunsch richtet, vollständig informiert zu werden oder ob es auch den Wunsch mit einbezieht, selber Therapieentscheidungen treffen zu können.

Bei einer Befragung von 338 Patienten an der Universitätsklinik Basel (Innere Medizin, Frauenklinik, Neurologische und Dermatologische Klinik) lässt sich zeigen, dass Patienten beide Aspekte sehr gut auseinanderhalten können:

Frage		zustimmend	ablehnend
<i>"Auch wenn die Nachricht über eine Krankheit schlecht ist, sollte der Patient dies unbedingt erfahren."</i>	Patienten	95 %	5 %
	Ärzte	86 %	9 %
	Pflegende	85 %	11 %
<i>"Man sollte sich an die Ratschläge seiner Ärztin halten, auch wenn man selbst nicht davon überzeugt ist."</i>	Patienten	80 %	20 %
	Ärzte	56 %	41 %
	Pflegende	57 %	30 %
<i>"Es sollte gan den Ärzten überlassen bleiben, über die Behandlung des Patienten zu entscheiden."</i>	Patienten	60 %	38 %
	Ärzte	53 %	43 %
	Pflegende	52 %	33 %

Abbildung 1. Basel: Informationsbedürfnis vs. Entscheidungskompetenz

Während Patienten also ein einerseits ausgeprägtes Bedürfnis nach Information besitzen, das schlechte Nachrichten mit einschliesst, sind sie andererseits bereit, die Behandlungskompetenz an ihre Ärzte zu delegieren. Sie wollen ihr Wissen also nicht dazu benutzen, selbständig Therapieentscheidungen zu treffen.

3.2 Typische Formen der Mitteilung schlechter Nachrichten

In diesem Abschnitt werden "typische" Kommunikationsmuster beim Mitteilen schlechter Nachrichten skizziert, die sich wahrscheinlich selten in dieser, für die Klarheit der Darstellung eher überzeichneten Form in der Praxis finden lassen werden. Sie können allerdings ein gewisses Raster bieten, an dem das eigene Kommunikationsverhalten überprüfbar wird.

Typ 1: Die kurze und knappe Mitteilung des Unvermeidbaren

Manche Ärzte sind der Ansicht, eine Diagnose sollte kurz und korrekt mitgeteilt werden, weitere Interventionen würden sich erübrigen. Ein typisches Beispiel dafür ist ein chirurgischer Oberarzt, der dem Ehemann einer 35-jährigen Frau, die vor 1½ Stunden von einem Lastwagen überrollt wurde, mitteilt: *"Guten Tag, mein Name ist Dr. X, ich habe Ihre Frau operiert. Ich muss Ihnen leider mitteilen, dass nichts zu machen war. Sie ist tot. Mein herzliches Beileid. Auf Wiedersehen."*

Eine bisweilen zu hörende Begründung für diese Art der Kommunikation besteht, neben dem sicherlich immer wohlfeilen Argument der zeitlichen Belastung, darin, dass Verzweiflung und Schock beim Empfänger der schlechten Nachricht sowieso unvermeidbar sind, dass es auch nicht Aufgabe des Arztes sein kann, mit diesem Schock irgendwie umgehen zu müssen, so dass man besser die Katastrophe kurz und bündig vermittelt, der Rest ist Schicksal. Die Literatur zeigt allerdings, dass Patienten diese Art der Diagnosemitteilung nicht schätzen, sie wird als zynisch erlebt und nicht selten wie eine zusätzliche Traumatisierung verarbeitet (s. (Maguire, 1999)).

Typ 2: Die sanfte empathische Art

Andere Kollegen propagieren die "sanfte Mitteilung des Unvermeidbaren", sie sind bereit, mit dem Patienten "in die Trauer hineinzugehen", und halten das Gespräch eher dann für gelungen, wenn der Patient hat weinen können. Ein typisches Beispiel für dieses verstehende, empathische Herangehen ist folgender Dialogausschnitt:

Arzt: *"Wir haben jetzt die Ergebnisse der Gewebeuntersuchung vorliegen, und ich muss Ihnen eine unangenehme Mitteilung machen: Der Knoten ist bösartig."*

Patient: *"Heisst das, ich habe Krebs?"*

Arzt: *"Ja, das heisst es!"*

Patient schweigt

Arzt: *"Ich kann gut verstehen, dass Sie jetzt erst einmal entsetzt sind."*

Patient bekommt feuchte Augen.

Arzt: *"Ja, ich kann gut nachfühlen, dass dies ein sehr trauriger Moment für Sie ist."*

Patient bleibt stumm, beginnt leise zu weinen, Arzt wartet ab, ergreift dann die Hand des Patienten.

Arzt: *"Ich möchte Ihnen sagen, dass ich gerne bereit bin, diesen schweren Weg mit Ihnen zusammen zu gehen."*

Nach 10 Minuten verabschiedet sich der Arzt, nachdem der Patient aufgehört hat zu weinen, mit den Worten:

Arzt: *"Wir sprechen dann morgen darüber, wie es jetzt konkret weitergehen wird und wie wir Ihnen helfen können!"*

In diesem Dialogbeispiel gibt es unter dem Aspekt eines semiotischen Modells der Arzt-Patient Beziehung einen sehr interessanten Moment: Das Schweigen des Patienten nach der Bestätigung seiner Befürchtung *"Habe ich Krebs?"*. Seine Mimik, seine Körperhaltung sind für den Arzt Zeichen, die er als Hinweise auf das Gefühl von "Entsetzen" im Patienten interpretiert. Entsprechend wird diese Meta-Interpretation (der Arzt versucht sich an einer Interpretation des Gefühls, das im Patienten entstanden ist, als dieser den Befund mitgeteilt bekam) zurückgemeldet. Angesprochen auf diese Phase des Gespräches und mögliche andere Interpretationen der non-verbalen Signale sagt der Arzt: *"Das ist doch klar, dass man sich erst mal erschrickt, wenn man hört, dass man Krebs hat"*. Ist das so klar? Wäre nicht auch denkbar, dass die non-verbalen Zeichen an die Aussenwelt zunächst einmal Verwirrung anzeigen, also eine weniger eindeutige Prägung einer emotionalen Reaktion? Tatsächlich resultierte diese Verwirrung eher daraus, dass der Patient bereits seit einigen Wochen befürchtete, Krebs zu haben und in Gesprächen mit seiner Ehefrau erlebte, wie sehr sie bei

dem Gedanken an seinen möglichen Tod und ihr Alleinsein verzweifelt war. Es ist vorstellbar, dass der Patient in diesem Moment des bestürzten Innehaltens überlegte, wie er seiner Ehefrau diese schlimme Nachricht mitteilen soll. In diesem Fall war also die Intervention des Arztes gut gemeint, aber nicht wirklich passend, nicht komplementär zu den Gedankenprozessen, zu der Interpretation des Patienten, die aus der Mitteilung der Diagnose resultierte.

In der Literatur betonen im übrigen dazu befragte Patienten und Patientinnen, dass es ihnen wichtig war, bereits bei der ersten Mitteilung der Diagnose darüber informiert zu werden, dass 'man etwas machen kann', dass sie auf keinen Fall alleine mit dieser Situation werden umgehen müssen (Sardell & Trierweiler, 1993).

Typ 3: Die offene und vollständige Information

Eine dritte typische Möglichkeit der Mitteilung einer Diagnose findet sich im folgenden Dialog wieder:

Arzt: *"Ich habe jetzt das Ergebnis der Knochenuntersuchung (Knochenszintigramm). Ich muss Ihnen eine unangenehme Mitteilung machen: Wir haben dort Absiedelungen ihres Prostatakarzinoms gefunden."*

Patient: *"Oh, Gott, das auch noch. Mir bleibt auch nichts erspart."*

Arzt: *"Ich möchte gerne, dass Sie Bescheid wissen, was das bedeutet. Gar nicht so selten finden sich bei Patienten mit Prostatakarzinomen bereits bei Diagnosestellung Knochenmetastasen, das ist also an sich kein untypischer Befund. Es bedeutet nichts Schlimmes. Ausserdem sind Knochenmetastasen beim Prostatakarzinom meist nicht sehr aggressiv, sie wachsen langsam. Ausserdem kann man sie bei Frakturgefahr ganz gut bestrahlen, Ihnen auch Medikamente geben, damit Sie keine grossen Schmerzen haben."*

Patient: *"Heisst das, ich werde in ein paar Monaten auf jeden Fall Schmerzen haben und im Rollstuhl sitzen?"*

Arzt: *"Nein, so kann man das nicht sagen. Wie gesagt, die Schmerzen kann man gut behandeln und die Knochenmetastasen auch."*

Nach diesem Aufklärungsgespräch begründet der Arzt seine Art der Informationsvermittlung folgendermassen: Damit der Patient selbständig entscheiden kann, soll er möglichst vollständig informiert sein. Es sei sicher besser, ihn nicht lange im Unwissen zu lassen, sondern ihm jetzt gleich die wichtigen Informationen mitzugeben; das sei allemal besser als über ein paar Wochen in kleinen Stückchen.

Offenkundig fühlte sich der Arzt in diesem Gespräch durch die Äusserung des Patienten: *"Mir bleibt auch nichts erspart"* dazu veranlasst, die wahrscheinliche Zukunft in vermeintlich nicht so schwarzen Farben zu malen. Wiederum geschieht dies, ohne dass er weiss, mit welchen Interpretanten der Patient die Zeichenkonstellation 'Prostatakarzinom' interpretiert hat.

Der Arzt folgt dem zweiten Modell der Informationsvermittlung (siehe oben), er bemüht sich um eine nicht zu technische Sprache; er teilt alles mit, was aus seiner Sicht für das Verständnis der Erkrankung wichtig ist. Ein Abgleich der ihm wesentlichen Zeichen mit den Interpretationsschemata des Patienten findet nicht statt. Betrachten wir auch die vom Arzt vermittelten einzelnen Informationen als Zeichen, so

wird in diesem Dialog deutlich, dass der Patient aus der Vielzahl von Zeichen diejenigen herausgreift und behält, die für ihn eine spezifische Bedeutung besitzen. Im Zusammenhang mit den Knochenmetastasen scheint für ihn am ehesten das Wort "Fraktur" wesentlich gewesen zu sein, es besitzt die Bedeutung von 'im Rollstuhl sitzen'. In einem späteren Gespräch stellt sich heraus, dass die Interpretation dieses Patienten aus seinen Erfahrungen mit einem älteren Arbeitskollegen resultiert, der wegen eines Dickdarmkarzinoms und Wirbelsäulenmetastasen die letzten Monate seines Lebens im Rollstuhl verbringen musste. Als dem Arzt dieser Hintergrund bei einer Folgekonsultation klar wurde, hatte er die Gelegenheit, das unterschiedliche Verhalten von Knochenmetastasen eines Adenokarzinoms des Colons und eines Prostatakarzinoms zu erklären. In diesem Moment konnte er sein Fachwissen gezielt dort einsetzen, wo es für die Konzepte des Patienten hilfreich war.

3.3 Barrieren im Kommunikationsverhalten bei Ärzten und Pflegenden

Auch wenn sich die drei skizzierten Typen der Mitteilung von schlechten Nachrichten hinsichtlich der vom Arzt gezeigten Empathie, im Umfang des vermittelten Wissens, etc. deutlich unterscheiden, haben sie etwas gemeinsam: Sie begreifen das Vermitteln von Information im Wesentlichen als Einbahnstrasse vom Arzt zum Patienten. In allen Beispielen sind die Interpretationsschemata des Patienten zunächst nicht relevant; der Arzt tut, was ihm im Kontext *seiner* Interpretanten korrekt erscheint. Im ersten Fallbeispiel ist es dem Angehörigen schlicht verwehrt, eine eigene Position zu artikulieren. Aber auch im zweiten und dritten Beispiel wird deutlich, dass die Patienten Mühe haben, ihre eigene Sichtweise zu Gehör zu bringen. Diese oft zu beobachtende Tendenz, dem Patienten den Raum zu verwehren, in dem er seine interpretierenden Konzepte darstellen könnte, hängt womöglich damit zusammen, dass Ärzte und Pflegende befürchten,

- mit Fragen konfrontiert zu werden, die sie nicht beantworten können oder wollen

Solche Fragen umfassen:

- konkrete ungünstige prognostische Informationen
- existentielle Fragen nach dem Sinn des Todes, Schuldfragen
- Fragen, für deren Beantwortung die fachliche Kompetenz fehlt.

Selbstverständlich gilt, dass nach der Mitteilung einer gravierenden Diagnose das eigentlich oder besonders Schreckliche für einen bestimmten Menschen im Einzelnen nicht vorhersehbar ist. Dies liegt daran, dass vor allem im Spital - anders als bei der Kommunikation mit einem Hausarzt - die Konzepte unbekannt sind, die die komplexen Zeichen einer Diagnosemitteilung in solche ordnen, die für den Patienten im Moment wichtig sind und solche, an die er sich nach dem Gespräch nicht mehr erinnern wird. Je besser eine Ärztin die Lebensgeschichte eines Patienten kennt, desto eher wird sie in der Lage sein, seine interpretierenden Konzepte zu vermuten.

Angesichts der oft fehlenden Kenntnis der Lebensgeschichte eines Patienten im Spital ist es vielleicht hilfreich, auf die Frage: „*Warum passiert mir das jetzt?*“ keine

existentielle Antwort zu versuchen, sondern das eigene Unverständnis zu konstatieren (z.B. *"Ja, das ist entsetzlich, und ich weiss auch nicht, warum Ihnen das passiert."*). Es sollte dem einzelnen Helfer überlassen bleiben zu entscheiden, ob er eine ganz persönliche Antwort auf existentielle Fragen mit einem Patienten besprechen will. Falls er dies möchte, sollte er diese Antwort als eine ganz persönliche kennzeichnen und hinzufügen, dass der Patient sicherlich eine ganz andere für sich finden wird; vielleicht ist die persönliche Antwort auf eine existentielle Frage eine Anregung und eine Ermutigung, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Patienten, die Fragen stellen, die die eigene fachliche Kompetenz überschreiten, werden womöglich vermieden, um die Grenzen des eigenen Wissens nicht offenlegen zu müssen oder um den Patienten nicht zu enttäuschen, der doch so dringend auf eine Antwort wartet. Bei dieser Haltung wird ein wesentlicher Aspekt übersehen: Gesprächspartner von Patienten können nicht nur als Informationsquelle dienen, sondern auch als Advokat des Patienten, der ihm dabei hilft, seine Frage möglichst gut, d.h. präzise und umschrieben zu formulieren und sie an die richtige Person zu richten.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt, der die Kommunikation schlechter Nachrichten erschwert, ist die Furcht,

- mit intensiven Emotionen in Kontakt zu kommen (Verzweiflung, Trauer, Wut). Hinter dieser Angst steht bereits eine spezifische Interpretation dessen, was ein Patient vermitteln möchte, wenn er weint oder wütend ist, nämlich: „Er möchte mir mitteilen: "Hilf mir, und zwar jetzt!". Wiederum ist es der Interpretant des Helfenden, der als gültig gesetzt wird und sein Verhalten determiniert, ohne dass ein Abgleich mit dem Patienten erfolgt. Vorstellbar ist ja durchaus, dass der Patient zwar intensive Trauer verspürt, diese aber nicht in diesem Moment, z.B. auf der Visite in Gegenwart von fünf meist ziemlich fremden Menschen bearbeiten möchte, sondern die eigentliche Auseinandersetzung mit seinen intensiven Gefühlen auf den Moment verschieben will, wenn seine Frau oder seine Kinder zu Besuch kommen.

3.3.1 *Das Übermitteln schlechter Nachrichten unter Berücksichtigung der Interpretanten des Patienten*

Aus den bisherigen Ausführungen ergeben sich wenige Überlegungen zum Mitteilen schlechter Nachrichten, die nicht schon in den grundlegenden Abschnitten behandelt wurden. Der Patient sollte immer wieder die Chance erhalten, seine aktuelle Interpretation der mitgeteilten Fakten zu äussern. Dies wird durch schlichtes *Abwarten* erreicht, für das sich in den obigen Beispielen mehrere Zeitpunkte anbieten:

Im dritten Beispiel kündigt der Arzt im ersten Satz an, dass er schlechte Nachrichten mitteilen wird. Wenn er jetzt zunächst vielleicht für zwei oder drei Sekunden warten würde, gäbe er dem Patienten die Möglichkeit, nonverbal oder verbal (z.B.: *„Ja und, was ist jetzt?“*) auf die Fortsetzung zu drängen, seine eigenen Befürchtungen zu artikulieren: *„Ich hab’ gehnt, es hängt doch mit dem Krebs da unten zusammen, oder?“*

Wenn der Arzt zunächst die negativen Erwartungen des Patienten bestätigen („*Ja, es sind wohl Absiedelungen von Ihrem Prostatakarzinom*“) und dann wieder für einen kurzen Moment abwarten würde, könnte der Patient seine Interpretation dieser Nachricht einbringen. Die Fortsetzung könnte darin bestehen, dass der Patient sich abwendet, aus dem Blickkontakt geht und schliesslich fragt:

Patient: *"Heisst das, dass ich im Rollstuhl landen werde?"*

In diesem Moment wäre sicher die Versuchung gross, mit einem schlichten Nein zu antworten und auf die vergleichsweise benigne Natur der Knochenmetastasen eines Prostatakarzinoms zu verweisen. Aber: Immer noch weiss der Arzt nicht, aufgrund welcher Konzepte, Vorerfahrungen, etc. der Patient genau diese Entwicklung befürchtet. Er könnte auch hier sich zunächst vergewissern und fragen:

Arzt: *"Wie kommen auf Sie auf diese Befürchtung?"*

Dann endlich, nachdem der Patient die Erfahrung mit der Erkrankung des älteren Arbeitskollegen erzählt hat, sind weitere Informationen zum Verhalten von Knochenmetastasen bei unterschiedlichen Tumoren womöglich wirklich passend.

3.4 Grundregeln für das Überbringen schlechter Nachrichten

Grundsätzlich lassen sich bestimmte Bedingungen und Verhaltensweisen definieren, die das Überbringen und das Erhalten schlechter Nachrichten erleichtern (Fallowfield, 1993; Maguire *et al.*, 1996; Brewin, 1991). Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen: Der Überbringer schlechter Nachrichten sollte sich wenn immer möglich:

- bezüglich der zu übermittelnden faktischen Information sorgfältig vorbereiten. Was wird er beim ersten Gespräch mitteilen, gibt es bereits einen Plan für Kontrolluntersuchungen oder nachfolgende diagnostische und therapeutische Schritte,
- sich überlegen, ob er selber es bevorzugen würde, wenn z.B. eine dritte Person (Krankenschwester, Angehörige, Fachkollegen) anwesend ist,
- sich eine ruhige Umgebung für das Übermitteln schlechter Nachrichten suchen, in der eine ungestörte Gesprächsatmosphäre gewährleistet ist,
- schlechte Nachrichten mit einem ausreichenden Zeitpolster übermitteln und nicht fünf Minuten vor der nächsten Operation.

Während des Gespräches ist es wesentlich,

- die eigene Funktion und den Zweck der Besprechung klarzustellen,
- sich nicht darauf zu verlassen, dass andere Kollegen bereits wesentliche Teile der Information vermittelt haben, auch wenn der Patient dies womöglich andeutet; auf die Entgegnung: "Ja, ja, das hat man mir schon alles in der Röntgenabteilung erklärt" sollte zunächst die Rückfrage folgen nach dem, was für den Patienten an wichtiger Information dabei herausgekommen ist.

- Es ist wesentlich, schlechte Nachrichten wann immer möglich mit dem Übermitteln positiver Botschaften zu vermischen, was womöglich "nur" die Zusicherung eines kontinuierlichen Betreuungsangebotes bis in den Tod hinein beinhaltet; vorschneller Trost oder falsche Hoffnungen durch nicht korrekte Information zu wecken, zahlt sich nicht aus.
- Patient und Angehörige müssen genügend Zeit erhalten, schlechte Nachrichten auf sich einwirken zu lassen; dies kann Minuten dauern, in denen ein Schweigen nicht beängstigend, sondern nützlich ist.
- Wenn möglich sollte die Ärztin versuchen zu erfahren, was der Patient im Anschluss an das Gespräch machen möchte: z.B. Alleinesein, mit Angehörigen telefonieren, spazierengehen; daran kann sich die Klärung der Frage anschließen, ob der Patient z.B. am Abend noch einmal kurz mit der Ärztin sprechen möchte, oder ob der Termin am nächsten Tag sinnvoller wäre (vielleicht mit der Ehefrau zusammen?).
- Nach einem solchen Gespräch und nach der Verabschiedung des Patienten sollte sich jeder Helfer die Zeit nehmen, sich über den eigenen Zustand Rechenschaft abzulegen.

Das Überbringen schlechter Nachrichten ist eine professionell anspruchsvolle Tätigkeit, es ist immer emotional belastend. Von daher sollte es seitens der Institutionen genauso respektiert werden, wie andere technisch schwierige Tätigkeiten. Es ist nicht einzusehen, dass eine Ärztin zwar beim Legen eines zentralen Venenkatheters vor Störungen geschützt wird („*Frau Dr. B kann nicht. Sie legt gerade einen Katheter!*“), dafür aber bei einem Aufklärungsgespräch ohne weiteres störfähig ist („*Könnten Sie gerade mal kommen, die Röntgenabteilung möchte*“). Es geht nicht an, dass z.B. Notfall- oder Intensivstationen die Modalitäten der Vermittlung schlechter Nachrichten dem Organisationstalent und der Abgrenzungsfähigkeit eines Diensthabenden überlassen. Genauso wie es Regeln für die Händedesinfektion und die Beatmungsparameter gibt, sollte das Prozedere der Übermittlung schlechter Nachrichten an Angehörige und Patienten Teil der Stationskultur sein.

4. Wie steht es um die Qualität einer gemeinsamen Realität von Betreuenden und Patienten im Spital?

Damit Patienten sich veranlasst sehen, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, müssen sie einem Zeichen in ihrem Inneren oder in ihrer Umgebung eine so hohe Relevanz zubilligen, dass sie sich mit ihren Wahrnehmungen an Aussenstehende wenden. Neben dem Relevanzkriterium müssen die Zeichen, die Menschen wahrnehmen, gleichzeitig auf der Ebene der emotionalen Interpretanten das Etikett von "beunruhigend" und kategorial das Etikett von "nicht normal" erhalten. Bevor ein Mensch zum Arzt kommt, hat er also bestimmten Zeichen bestimmte Bedeutungen zugewiesen, es sind eigentliche Semiosen abgelaufen, deren Ergebnisse dem Arzt mitgeteilt werden. Wünschenswert wäre eigentlich, dass Menschen dann zum Arzt

gehen, wenn sie etwas spüren, das ihre Ärztin gerne erfahren würde. Ärzte und Patienten müssten also bestimmten Zeichen zumindest die Bedeutung von 'sollte mir mitgeteilt werden' bzw. 'sollte ich der Ärztin mitteilen' erteilen. Wie Peay und Peay (1998) überzeugend dargelegt haben, sind sich Ärzte, Menschen, die aktuell behandelt werden und Menschen, die im Moment nicht in ärztlicher Betreuung sind, allerdings bereits in der basalen Bewertung von Wahrnehmungen überwiegend nicht einig. Wenn ein Patient schliesslich zum Arzt kommt, wird er aus den ihm zur Verfügung stehenden Zeichen solche auswählen, von denen er hofft, dass sie zum einen seine Wahrnehmungen und Interpretationen besonders präzise beschreiben und dass sie zum andern geeignet sind, von einem ärztlichen Gegenüber verstanden zu werden. Er wird sich bestimmter Gesten bedienen und z.B. auf die linke Brustseite zeigen, wenn er seine 'Herzschmerzen' beschreibt. Er wird z.B. eine Drehung im Schultergelenk demonstrieren, um den typischen Schmerz auszulösen. Er wird bestimmte Begriffe gebrauchen, womöglich aus der Begriffswelt des Arztes, um sich besser verständlich zu machen: er wird vielleicht von "Herzrhythmusstörungen" sprechen, wenn er eine Unregelmässigkeit des Pulsschlages wahrgenommen hat. Der Arzt wiederum muss das, was der Patient ihm mitteilt, zumindest auf zwei Ebenen versuchen zu verstehen: Zum einen auf der Ebene des nicht fachlich kategorisierenden menschlichen Gegenübers, das sich von einer Geschichte, einem Narrativ fesseln lässt, und zum andern als Fachkundiger, der auf Grund seiner Ausbildung über bestimmte Kategoriensysteme verfügt, mit Hilfe derer er die Mitteilungen des Patienten einordnet. Dass sich bei diesen unterschiedlichen Zeichenprozessen – im Patienten – zwischen Patient und Arzt – und im Arzt Übersetzungsfehler einschleichen, ist mehr als wahrscheinlich. Mehrere Arbeiten (z.B. (Birdwell *et al.*, 1993); (Munk-Jorgensen *et al.*, 1997)) belegen, wie sehr selbstverständlich auch Ärzte bei der Wahrnehmung von Patientenäusserungen durch nicht-faktische Informationen beeinflusst werden, in welchem Ausmass durch die äussere Erscheinung des Patienten oder aber durch bestimmte soziale Merkmale die Bedeutung verändert werden kann, die Ärztinnen und Ärzte den Beschwerden ihrer Patienten zuweisen.

Grundsätzlich gilt, dass Ärzte, die psychosozialen Faktoren in der Betreuung ihrer Patienten eine hohe Bedeutung zuweisen, eher bereit sind, emotionale Themen anzusprechen, und weniger dazu neigen, geschlossene Fragen zu stellen (Levinson & Roter, 1995).

Offenkundig gibt es auch unterschiedliche Konzepte in der Interpretation von Koronarsymptomen bei Männern und Frauen: in einer neueren Arbeit von Vaccarino wird gezeigt, dass jüngere Frauen mit Herzinfarkt länger warten, bis sie das Spital aufsuchen, dass dort längere Zeit vergeht, bis die Diagnose eines Herzinfarktes gestellt wird und dass sie weniger häufig eine thrombolytische Behandlung erhalten (Vaccarino *et al.*, 1999).

Bei Patienten mit Reizdarmsyndrom ist im Rahmen einer Untersuchung an einer Klinikambulanz gezeigt worden, dass krankheitsbezogene Wahrnehmungen durch behandelnde Ärzte nicht korrekt eingeschätzt werden (van Dulmen *et al.*, 1994). Das Gleiche gilt für die interpretierenden Konzepte, die Patientinnen und Ärzte in der Bewältigung ihrer Krankheit anwenden. Es wird z.B. Patientinnen die Tendenz zu

passiven Katastrophenphantasien im Umgang mit der Krankheit zugeschrieben, die genau dieses Bewältigungsverhalten nicht zeigen und umgekehrt.

Pflegende und terminal krebserkrankte Patienten eines Hospiz' in Grossbritannien geben stark abweichende Beurteilungen ab zur Frage der Sinnhaftigkeit bestimmter diagnostischer Massnahmen und letztlich zur Indikation einer Wiederbelebungsmassnahme (Meystre *et al.*, 1997): Während 12 von 23 Patienten eine Wiederbelebung wünschten, wurde diese Massnahme von keiner Pflegenden für angemessen gehalten.

In der oben zitierten Befragung von Patientinnen und Patienten an zwei Schweizerischen Zentrumsspitalern wurden die in Abb. 1 aufgeführten Fragen nicht nur den Patienten, sondern auch den Pflegenden und den Ärzten vorgelegt. Aufgabe der Spitalmitarbeiter war es, sich dazu zu äussern, wie ein individueller Patient wohl diese Fragen beantworten würde. Dabei zeigt sich z.B., dass von den 27 Patienten, bei denen Pflegende annehmen, dass sie schlechte Nachrichten eher nicht mitgeteilt bekommen möchten, 26 gegenteiliger Meinung sind: Sie haben diese Frage bejaht. Genau gleich sieht es aus, wenn man Arztaussagen mit Patientenaussagen und wenn man die Einschätzung von Ärzten und Pflegenden miteinander vergleicht: Auch hier gilt, dass bzgl. der Einschätzung des Patienten keine signifikante Übereinstimmung erzielt wird. Die einzige überzufällig häufige Übereinstimmung besteht zwischen Patienten und Ärzten bei der Antwort auf die Aussage: "Es sollte ganz den Ärzten überlassen bleiben, über die Behandlung der Patienten zu entscheiden": Hier schätzen die behandelnden Ärzte ihre Patienten in 62 % korrekt ein.

Auch bezüglich der Erwartungen an eine Konsultation sind Arzt und Patient eher selten einer Meinung: Anlage 1 gibt die Ergebnisse einer Arbeit wieder, bei der 243 chronisch kranke Patienten einer Klinikambulanz vor der Untersuchung befragt wurden, was sie von der Konsultation erwarten, und hinterher, was sie erhalten hatten. Wie Tabelle 1 zeigt, werden im Schnitt ca. 50 % der Bedürfnisse nicht befriedigt. Deutlich schlechter steht es um die Unterstützung beim Umgang mit emotionalen Belastungen, die zwar nur von knapp einem Drittel der Patienten gewünscht wird, wobei drei Viertel nicht erhalten, was sie wünschen (Joos *et al.*, 1993).

Tabelle 1. Liste der häufigsten und wichtigsten Wünsche von Patienten an ein Konsultation und Prozentsatz der Patienten, deren Wünsche nicht realisiert wurden.

	Wunsch	nicht erhalten
Ich will mein Problem besser verstehen	60 %	25 %
Sagen Sie mir, wird es besser oder schlechter?	60 %	46 %
Was wurde gemacht? Was sind die Ergebnisse?	55 %	36 %
Welche Nebenwirkungen haben die Medikamente?	54 %	47 %
Hilfe bei körperlichen Beschwerden	53 %	46 %
Was kann <i>ICH</i> für mein Problem tun?	48 %	51 %
Hilfe bei emotionalen Problemen	32 %	77 %

Literatur

- Birdwell, B.G., Herbers, J.E. & Kroenke, K. (1993) Evaluating chest pain. The patient's presentation style alters the physician's diagnostic approach, *Arch Intern Med*, 153(17), pp. 1991-1995.
- Branch, W., Pels, R.J., Lawrence, R.S. & Arky, R. (1993) Becoming a doctor. Critical-incident reports from third-year medical students, *N Engl J Med*, 329(15), pp. 1130-1132.
- Brewin, T.B. (1991) Three ways of giving bad news, *Lancet*, 337(8751), pp. 1207-1209.
- Calman, K.C. & Donaldson, M. (1991) The pre-registration house officer year: a critical incident study, *Med Educ*, 25(1), pp. 51-59.
- Engel, G.L. (1997) From biomedical to biopsychosocial. 1. Being scientific in the human domain, *Psychother Psychosom*, 66(2), pp. 57-62.
- Entman, S.S., Glass, C.A., Hickson, G.B., Githens, P.B., Whetten-Goldstein, K. & Sloan, F.A. (1994) The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care [see comments], *Jama*, 272(20), pp. 1588-1591.
- Fallowfield, L. (1993) Giving sad and bad news, *Lancet*, 341(8843), pp. 476-478.
- Joos, S.K., Hickam, D.H. & Borders, L.M. (1993) Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics, *Public Health Rep*, 108(6), pp. 751-759.
- Koerfer, A., Köhle, K. & Obliers, R. (2000) Narrative in der Arzt-Patient-Kommunikation, *Psychotherapie und Sozialwissenschaften*, 2(2), pp. 1-29.
- Langewitz, W. & Keller, R.L.U.S.S. (1997) [Difficult physician-patient relationships--characteristics and possible solutions], *Schweiz Rundsch Med Prax*, 86(36), pp. 1383-1386.
- Langewitz, W.A., Eich, P., Kiss, A. & Wossmar, B. (1998) Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine, *Psychosom Med*, 60(3), pp. 268-276.
- Levinson, W. (1994) Physician-patient communication. A key to malpractice prevention [editorial; comment] [see comments], *Jama*, 272(20), pp. 1619-1620.
- Levinson, W. & Roter, D. (1995) Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills [see comments], *J Gen Intern Med*, 10(7), pp. 375-379.
- Maguire, P. (1999) Improving communication with cancer patients, *Eur J Cancer*, 35(10), pp. 1415-1422.
- Maguire, P., Booth, K., Elliott, C. & Jones, B. (1996) Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills--the impact of workshops [see comments], *Eur J Cancer*, 32A(9), pp. 1486-1489.
- Martina, B., Bucheli, B., Stotz, M., Battegay, E. & Gyr, N. (1997) First clinical judgment by primary care physicians distinguishes well between nonorganic and organic causes of abdominal or chest pain, *J Gen Intern Med*, 12(8), pp. 459-465.
- Marvel, M.K., Epstein, R.M., Flowers, K. & Beckman, H.B. (1999) Soliciting the patient's agenda: have we improved? [see comments], *Jama*, 281(3), pp. 283-287.

- Meystre, C.J., Burley, N.M. & Ahmedzai, S. (1997) What investigations and procedures do patients in hospices want? Interview based survey of patients and their nurses [see comments], *Bmj*, 315(7117), pp. 1202-1203.
- Munk-Jorgensen, P., Fink, P., Brevik, J.I., Dalgard, O.S., Engberg, M., Hansson, L., Holm, M., Joukamaa, M., Karlsson, H., Lehtinen, V., Nettelblatt, P., Stefansson, C., Sorensen, L., Jensen, J., Borgquist, L., Sandager, I. & Nordstrom, G. (1997) Psychiatric morbidity in primary public health care: a multicentre investigation. Part II. Hidden morbidity and choice of treatment, *Acta Psychiatr Scand*, 95(1), pp. 6-12.
- Nöth, W. (2000) *Handbuch der Semiotik* (Stuttgart, J.B.Metzler Verlag).
- Peay, M.Y. & Peay, E.R. (1998) The evaluation of medical symptoms by patients and doctors, *J Behav Med*, 21(1), pp. 57-81.
- Ramirez, A.J., Graham, J., Richards, M.A., Cull, A. & Gregory, W.M. (1996) Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work, *Lancet*, 347(9003), pp. 724-728.
- Sardell, A.N. & Trierweiler, S.J. (1993) Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness, *Cancer*, 72(11), pp. 3355-3365.
- Smith, R.C. & Hoppe, R.B. (1991) The patient's story: integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing [see comments], *Ann Intern Med*, 115(6), pp. 470-477.
- Vaccarino, V., Parsons, L., Every, N.R., Barron, H.V. & Krumholz, H.M. (1999) Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. National Registry of Myocardial Infarction 2 Participants, *N Engl J Med*, 341(4), pp. 217-225.
- van Dulmen, A.M., Fennis, J.F., Mokkink, H.G., van der Velden, H.G. & Bleijenberg, G. (1994) Doctors' perception of patients' cognitions and complaints in irritable bowel syndrome at an out-patient clinic, *J Psychosom Res*, 38(6), pp. 581-590.