

DER PATIENT IN PALLIATIVER SITUATION

# „Ein besserer Umgang mit sterbenskranken Menschen“



Das „Überbringen schlechter Nachrichten“ zählt zu den belastendsten Aufgaben im Alltag von Ärzten. Mit Hilfe von Simulationsunterricht können Medizinstudierende sich auf solche Situationen vorbereiten.

**H**err Taler wird mit beidseitiger Beinschwäche auf die Palliativstation aufgenommen. Er ist nicht mehr in der Lage zu stehen. Eine Magnetresonanztomographie der Wirbelsäule zeigt eine Einengung des Spinalkanals mit Druck auf das Rückenmark. Im Labor fiel außerdem eine deutlich eingeschränkte Leberfunktion auf. Bei Taler wurde vor neun Monaten ein metastasiertes, nichtkleinzelli-

ges Bronchialkarzinom im Stadium IV diagnostiziert. Jetzt erhielt die Stationsärztin einen Anruf von Talers langjährigem Hausarzt. Schon vor einigen Wochen habe er dem Patienten mitgeteilt, dass seine Krankheit nicht heilbar sei. Er sei ihm gegenüber auch immer ehrlich bezüglich der gravierenden Auswirkungen des Krankheitsfortschritts gewesen. Es ist davon auszugehen, dass der Patient in den nächsten

Wochen sterben wird. Die zuständige Pflegekraft berichtet der Stationsärztin, dass der Patient sehr aufgeregt sei und um ein Gespräch gebeten habe.

Mit leiser Stimme drückt er seine Besorgnis über die Lähmung in seinen Beinen aus. Ruhig und sachlich, aber mit viel Empathie hört sich die Ärztin die Sorgen des Patienten an. Sie verschweigt ihm nicht, dass die Lähmung seiner Bei-



Foto: Jurek/mediasphoto.com

ne irreversibel sei und dass sich seine Leberwerte weiter verschlechtern würden. Schließlich antwortet ihm die Stationsärztin auf die Frage nach der ihm verbleibenden Lebenszeit ehrlich: „Ich glaube, es handelt sich um Wochen.“

Im Anschluss an dieses für sie belastende Gespräch fällt es ihr schwer, in die Realität zurückzufinden. Denn in Wirklichkeit ist sie keine Ärztin, sondern Medizinstudentin im zehnten Semester und Herr Taler ist kein unheilbar Kranker, sondern ein Schauspielpatient. Nina Balfer ist Teilnehmerin



**In einem Vorgespräch** wird den Studierenden unter anderem die Diagnose des „Patienten“ erläutert. Außerdem rekapitulieren sie das SPIKES-Schema.



**Nina Balfer** führt das Aufklärungsgespräch mit ihrem „Patienten“.

## „Sie waren ja so was von besorgt. Es ist mir richtig unter die Haut gegangen.“ **Waldemar Hooge, Kölner Film- und Theaterschauspieler**



**Dozenten und Kommilitonen** können durch ein Spiegelfenster zusehen und über Kopfhörer auch zuhören.



**Das Feedbackgespräch** ist ein wesentlicher Bestandteil des Simulationsunterrichts.

des sogenannten PJ-STARt-Blocks (Schlüsselkompetenz-Training und -Anwendung in realitätsnahen Tagesabläufen) an der Universität zu Köln. Dieser Block bietet Studierenden die Möglichkeit, über eine Woche hinweg auf einer Simulationsstation den klinischen Alltag und das ärztliche Handeln zu erfahren und zu üben. Jeweils 24 Medizinstudenten durchlaufen für eine Woche ganztägig im Rotationsprinzip unterschiedliche Szenarien, zum Beispiel die Module „Herz und Lunge“, „Rückenschmerz“, „chronischer Schmerz“ und „unklares Fieber“. Für diese Szenarien stehen geschulte Simulationspatientinnen und -patienten bereit, es werden Visiten durchgeführt, außerdem soll der „patientenfreie“ ärztliche Alltag abgebildet werden. Begleitet werden die Studierenden von einem Team aus erfahrenen Ärzten, Pharmazeuten und Psychologen. „Das Medizinstudium ist vollgepackt. Die größte Herausforderung für

Lehrende und Studierende ist es, Wissen, Fertigkeiten und ärztliches Handeln in einen Zusammenhang zu bringen“, sagt Priv.-Doz. Dr. med. Christine Schiessl, Oberärztin im Zentrum für Palliativmedizin (Direktor: Prof. Dr. med. Raymond Voltz). „Wir haben hier die Möglichkeit, den Studierenden in einem geschützten Rahmen vor dem praktischen Jahr noch einmal aufzuzeigen, was sie schon können, aber auch, wo ihr Entwicklungspotenzial liegt. Wenn offene Fragen auftauchen arbeiten wir genau da nach, wo es noch Bedarf gibt.“

Ähnlichen Simulationsunterricht gibt es bereits an medizinischen Fakultäten anderer Universitäten (dazu DÄ, Heft 17/2008). Das Besondere an der Kölner Uni ist, dass die Studenten im Rahmen des Projekts auch auf den „Patienten in palliativer Situation“, so der Titel des Moduls, vorbereitet werden. Im kürzlich eröffneten neuen Studierendenhaus der Kölner Uni ist jeder Raum mit Kameras und Mikrofonen aus-



Der **PJ-START-Block**, für den Oberärztin Christine Schiessl verantwortlich ist, möchte Studierenden die Möglichkeit geben, den klinischen Alltag zu erfahren.

## „Die größte Herausforderung für Lehrende und Studierende ist es, Wissen, Fertigkeiten und ärztliches Handeln in einen Zusammenhang zu bringen.“

Christine Schiessl,  
Oberärztin im Zentrum für Palliativmedizin

gestattet. Über Spiegelscheiben, wie man sie aus Krimis im Fernsehen kennt, können Dozenten und Kommilitonen aus dem Besprechungsraum zusehen und über Kopfhörer auch zuhören. Damit auch diese schwerstkranken Patienten überzeugend dargestellt werden, werden die Rollen in der Regel mit professionellen Schauspielern besetzt, die vor ihrem Einsatz außerdem noch intensiv geschult werden. Doch die schwierige Rolle geht auch an ihnen nicht spurlos vorüber. So ist der Kölner Film- und Theaterschauspieler Waldemar Hooge von der Szene selbst emotional aufgeführt. „Sie waren ja so was von besorgt. Es ist mir richtig unter die Haut gegangen.“

Stets ist ein strukturiertes Feedback wesentliches Element des Szenarios, um den Studenten aufzuzeigen, was sie können beziehungsweise wo es noch Verbesserungsbedarf gibt. Zuerst kommt Balfer selbst zu Wort: „Es war nicht ein-

fach. Ich musste die Fakten des Kommunikationsschemas im Kopf behalten und schauen, dass ich damit klarkomme. Im Anschluss an das Aufklärungsgespräch war ich erleichtert, dass ich den Mut dazu aufgebracht habe. Das kann ich für mich nur als persönlichen Gewinn betrachten.“ Von dem Schauspieler, der Dozentin und den Kommilitonen erhält sie viel Anerkennung für ihre Gesprächsführung. „Sie haben wirklich an alles gedacht. Sie haben Fragen gestellt und Antworten gegeben, die ich sofort verstanden habe. Das war sehr professionell“, lobt sie Hooge. Sie habe die Szenerie als sehr realistisch empfunden, stellt Schiessl fest. Schiessl gefällt es, dass die Studentin in ihrer Rolle als Ärztin häufig Blickkontakt mit dem Patienten hielt „und dass man wirklich gespürt hat, wie Ihnen das Schicksal des Patienten am Herzen liegt“.

Doch durchaus nicht alle Arzt-Patienten-Gespräche verlaufen so vorbildlich. Denn trotz der allgemein anerkannten „offenen Aufklärung“ zählt das „Überbringen schlechter Nachrichten“ zu den belastendsten Situationen und am häufigsten delegierten Tätigkeiten im Alltag klinisch tätiger Ärzte. Deshalb hat Schiessl die Studenten in die Kommunikationsstrategie SPIKES (*siehe Kasten*), die in den USA entwickelt wurde, eingeführt: „Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass Patienten nicht möchten, dass man ihnen etwas verschweigt. Es ist immer eine Frage des Wie.“

Die Reaktionen der Studenten auf das Angebot sind durchweg positiv. „Die Vorlesungsreihe hat mir auch persönlich sehr viel gegeben. Vor allem das Gespräch mit dem Patienten sowie der Part im PJ-Startblock haben dazu geführt, dass ich mich wesentlich besser als vorher auf den Umgang mit sterbenskranken Menschen vorbereitet fühle. Außerdem hat es mir auch für meine eigene Weltanschauung interessante Denkanstöße gegeben“, schreibt ein Student. ■

Gisela Klinkhammer

## DAS SPIKES-SCHEMA

**1. Setting up the Interview** (Vorbereitung des Interviews): Damit ein Gespräch von Anfang an positiv verlaufen kann, sollte der Arzt innerlich kurz das Gespräch und seine Aufgabe reflektieren. Außerdem sollte er beispielsweise darauf achten, dass das Gespräch sitzend und auf gleicher Augenhöhe geführt wird. Der Patient sollte freundlich begrüßt und mit Namen angesprochen werden.

**2. Find out the Patient's Perception of the Illness** (Feststellung der Sicht des Patienten von seiner Krankheit): Zunächst sollte der Arzt versuchen, die Sicht des Patienten kennenzulernen. Dafür kann er bestimmte Techniken, wie zum Beispiel die Wiederholung des Gesagten, einsetzen. Er sollte auch das Verständnislevel und das Vokabular des Patienten beachten und versuchen, dessen Sprache zu sprechen.

**3. Get an Invitation to give Information** (Einladung zur Mitteilung der Informationen): Bevor der Arzt die medizinischen Informationen mitteilt, soll-

te er versuchen zu ermitteln, was der Patient erfahren will. Der Patient hat auch das Recht, nicht alles genau wissen zu wollen beziehungsweise zu einem späteren Zeitpunkt, wenn er zu einer Aufnahme eher bereit ist.

**4. Giving the Patient Knowledge and Information** (dem Patienten Wissen und Informationen vermitteln): Der Mitteilung der Diagnose sollte sich schrittweise angenähert werden. Der Arzt sollte möglichst keine medizinischen Fachausdrücke benutzen, einfach und verständlich informieren und kontrollieren, ob der Patient ihn versteht.

**5. Responding to Patient's Emotions** (Reaktion auf die Emotionen des Patienten): Die Gefühle des Patienten sollten auf jeden Fall einbezogen werden. Wenn Emotionen berücksichtigt werden, können Informationen auch aufgenommen werden. Eine wesentliche Voraussetzung für den Umgang mit Gefühlen ist ein empathisches Verhalten.

Quelle: The Oncologist 2000; 5: 302–11