

Skript zum Kurs: Gesprächsführung und Kommunikation

Aufklärung über eine schwerwiegende Diagnose	2
Stufenweise Mitteilung schwieriger Befunde	2
Das Spikes-Protokoll	2
Reaktionen / Emotionen	4
Offenheit versus Nicht-wissen-wollen.	5
Besondere Situationen: Das Gespräch mit...	6
... der suizidalen Patientin	6
... der aggressiven Patientin	8
... der „Borderline-Patientin“	10
... der psychotischen Patientin	11
... der somatisierenden Patientin	11
... der süchtigen Patientin	12
... der missbrauchten Patientin	13
... der vergewaltigten Patientin	14
... der Patientin in der Verlustsituation	14
... betroffenen oder trauernden Angehörigen	15
... der Patientin in der Palliativsituation	15
... der ausländischen Patientin	15
... der minderjährigen Patientin	15
... der alten Patientin	16
... der intelligenzgeminderten Patientin	16
Arztzentrierte Aspekte	17
Burn-out-Syndrom	17
Depression, Sucht, Suizidalität	18
Balintgruppen	19
Supervision	20
Intervision	20
Coaching	20
Zeitmanagement	20
Nähe / Distanz	22
Umgang mit Kritik und Fehlern	23
Kommunikation im Team	24
Grenzüberschreitungen im Arzt-Patientinnen-Kontakt	25
Liebeswahn der Patientin / Stalking	26
Literatur und Links	26
Literaturverzeichnis	27

Aufklärung über eine schwerwiegende Diagnose

Selbst erfahrene Ärzte berichten immer wieder, dass zu ihren schwersten Aufgaben zählt, schwerwiegende Diagnosen oder Befunde mit den entsprechenden Konsequenzen mitzuteilen. Selbst „Übung“ verschafft für solche Situationen keine Routine. Gerade wenn es sich um maligne Erkrankungen handelt oder um Erkrankungen, die ansonsten das Leben vollständig verändern (onkologische Erkrankung, HIV-Infektion, aber auch OP-Komplikationen wie z.B. Verlust der Gebärmutter bei atonischer Nachblutung nach der Entbindung etc.) können schwierige Gesprächssituationen entstehen. Wie für alle anderen Gesprächssituationen ist es hierfür erforderlich, den eigenen Stil zu finden, so dass man im Gespräch authentisch wirkt. Das gezielte Üben solcher Gesprächssituationen kann besonders zu Beginn der medizinischen Tätigkeit zu mehr Sicherheit führen. Ebenfalls ist das „**Lernen am Modell**“ sehr hilfreich, indem man zunächst bei erfahreneren Kollegen an solchen Gesprächen teilnimmt. Dabei muss man nicht unbedingt nur das mitnehmen, was man selbst sinnvoll findet, sondern vielleicht auch das abspeichern, was man selbst als Patient so nicht erleben möchte.

Stufenweise Mitteilung schwieriger Befunde

Je nach medizinischer Vorgeschichte kann ein Aufklärungsgespräch in einem einmaligen Gespräch stattfinden oder stufenweise vor sich gehen. Gerade das **stufenweise Vorgehen** kann einer Patientin ermöglichen, sich Schritt für Schritt anzupassen. Dies könnte z.B. bedeuten, dass man bei einer entsprechenden Verdachtsdiagnose bereits bei Vorliegen der ersten Befunde der Patientin gegenüber eine entsprechende Äußerung macht, wie etwa „Leider sehen die ersten Befunde nicht so gut aus, wie wir uns das gewünscht hätten. Wenn wir alle Ergebnisse zusammen haben, dann sprechen wir ausführlich darüber.“ Es hilft der Patientin wenig, wenn man sie „möglichst lange“ von der Konfrontation mit der Diagnose verschonen möchte. Je eher eine Patientin bereits gedanklich darauf eingestellt ist, dass der Befund nicht so gut sein könnte, umso eher kann sie dem endgültigen Diagnosegespräch folgen.

Das Spikes-Protokoll

Hilfreich bei diesen schwierigen Gesprächen („breaking bad news“) kann die Orientierung am sogenannten SPIKES-Protokoll (Baile et al. 2000) sein, das die verschiedenen Aspekte bei der Aufklärung in 6 Schritten gut zusammenfasst (Tabelle 1).

Nach dem SPIKES-Protokoll beinhalten diese Gespräche 4 Ziele:

1. Das Sammeln von Informationen über den aktuellen Wissenstand der Patientin
2. Die Mitteilung der medizinischen Fakten in Abhängigkeit von den Patientenbedürfnissen
3. Das Signalisieren von Unterstützung
4. Die Entwicklung eines Behandlungsplanes

Zur Übersicht wurde das Protokoll in Tabelle 1 zusammengefasst dargestellt. Zunächst (Schritt 1) sollte der Arzt, der eine schwerwiegende Diagnose überbringt, für eine **ruhige, ungestörte Umgebung** sorgen, z.B. ein Arztzimmer mit mehreren Stühlen, ausgeschaltetem Pieper und ohne „Durchgangsverkehr“. Muss das Gespräch im Patientenzimmer stattfinden, sollten keine Mitpatientinnen anwesend sein und die Möglichkeit für ein Gespräch auf gleicher Augenhöhe gewährleistet sein. Auch eine Sitzmöglichkeit für Bezugspersonen, die möglichst einbezogen werden, sollte zur Verfügung stehen.

Der Arzt sollte sich zu Beginn des Gesprächs (Schritt 2) über das **Wissen** der Patientin bezogen auf ihre Erkrankung und über ihre Gedanken zu deren Ursachen einfühlsam erkundigen.

Die **Bereitschaft** der Patientin, die Diagnose erfahren zu wollen oder zu können, sollte daraufhin (Schritt 3) vorsichtig erfragt werden „Ich würde jetzt gerne mit Ihnen über die Untersuchungsergebnisse sprechen. Ist das in Ordnung?“

Bevor die Diagnose mitgeteilt wird, sollte die **negative Nachricht angekündigt** werden (Schritt 4). „Es tut mir sehr leid, dass ich Ihnen keine besseren Nachrichten überbringen kann“. Die Mitteilung selbst sollte mit einem auf die Patientin abgestimmten Vokabular und nicht zu ausschweifend vorgenommen werden.

Im Anschluss an diese Mitteilung muss genügend Zeit sein, um auf die **gefühlsmäßigen Reaktionen** der Patientin eingehen zu können (Schritt 5). Empathisches Mitgefühl und die Entpathologisierung dieser Emotionen können entlastend wirken. Manchmal müssen Gefühlsäußerungen bewusst „erlaubt“ werden, damit die Patientin nicht meint, „sich zusammenreißen zu müssen“. „Sie können ruhig weinen, das ist doch ganz normal“.

Das **Besprechen des weiteren Vorgehens** (Schritt 6) kann für manche Patientinnen einen Ausblick auf Therapie und eventuelle Heilung geben und damit Hoffnung vermitteln. Einige Patientinnen sind nach der Diagnosemitteilung jedoch nicht mehr aufnahmefähig und brauchen lediglich die Aussicht auf weitere ausführliche Gespräche zur Therapieplanung.

Tabelle 1: SPIKES-Protokoll nach Baile („breaking bad news“)

Schritte	Abkürzung	Englischer Überbegriff	Hauptthema	Beispiele
Schritt 1	S	Setting Up the Interview	Geschützte Umgebung schaffen	<ul style="list-style-type: none"> • Bezugspersonen mit einbeziehen • Hinsetzen, auf gleicher Augenhöhe • Unterbrechungen vermeiden
Schritt 2	P	Assessing the patient's perception	Einschätzung der Patientenwahrnehmung	<ul style="list-style-type: none"> • „Was wissen Sie bisher über Ihre medizinische Situation?“ • „Was denken Sie, warum wir diese Untersuchung durchführen wollen?“
Schritt 3	I	Obtaining the patient's invitation	Einschätzen der Bereitschaft, die schlechte Nachricht aufzunehmen	<ul style="list-style-type: none"> • „Wie soll ich Ihnen die Testergebnisse vorstellen? Soll ich Ihnen alle Ergebnisse ausführlich beschreiben, oder nur die wichtigsten Ergebnisse skizzieren und eher den Behandlungsplan ausführlich beschreiben?“ • Hinweis auf Gesprächsmöglichkeit zu einem späteren Zeitpunkt
Schritt 4	K	Giving knowledge and information to the patient	Warnung vor der Mitteilung der schlechten Prognose und achtvolle Kommunikation der Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • „Unglücklicherweise habe ich schlechte Neuigkeiten für Sie...“ • „Es tut mir sehr leid, aber ich muss Ihnen sagen,

				dass....“
				<ul style="list-style-type: none"> •Anpassung an das Patientenvokabular •Nutzung „nicht-technischer“ Worte (z.B. „streuen“ statt „metastasieren“) •Meidung von zuviel Direktheit •Mitteilen der Informationen in kleinen Einheiten •Vermeiden von Phrasen
Schritt 5	E	Addressing the patient's emotions with empathic responses	Emotionen der Patientin widerspiegeln und mit empathischen Äußerungen Unterstützung signalisieren	<ul style="list-style-type: none"> •Erfassen der Emotionen (z.B. Trauer, Wut, Schock) •Benennen der Gefühle •Identifikation der Ursache für die Emotion •Patientin Raum geben, um ihre Gefühle auszusprechen
Schritt 6	S	Strategy and summary	Abhängig vom Befinden des Patienten wird das weitere Vorgehen ausführlich besprochen	<ul style="list-style-type: none"> •Auf Aufnahmefähigkeit achten •Ängste und Ungewissheit vermindern •Patientenwünsche berücksichtigen •Missverständnisse verhindern •Aussicht auf weitere Gesprächsmöglichkeiten

Reaktionen / Emotionen

Eine typische Reaktion auf die Mitteilung einer gravierenden Diagnose ist die **akute Belastungsreaktion**. Es handelt sich um eine Art „Schockreaktion“, die sich je nach Patientin sehr unterschiedlich äußern kann. Sie kann sehr ruhig werden und gar nichts mehr sagen oder verzweifelt sein, in Tränen ausbrechen bzw. mit starker Ängstlichkeit reagieren etc. Die Art der Reaktion hängt von der jeweiligen Diagnose, aber auch von der Persönlichkeit der Patientin, ihren Vorerfahrungen und ihren jeweiligen Lebensumständen ab. Wichtig zu wissen ist, dass im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion unter Umständen Aufmerksamkeit und Wahrnehmung nur noch eingeschränkt funktionieren, was bedeutet, dass es in einer solchen Situation keinen Sinn macht, die Patientin über weitere Maßnahmen aufzuklären. Viel sinnvoller kann es sein, der Patientin erst einmal Zeit zu lassen, sich darauf einzustellen, und die weitere Aufklärung und Therapieplanung auf ein späteres Gespräch zu verschieben. In einer akuten Belastungsreaktion "Schockreaktion" ist eine Patientin nicht entscheidungs- oder einwilligungsfähig. Sehr hilfreich kann in einer solchen Situation die Anwesenheit eines Angehörigen sein. Es ist aus unserer Sicht sehr sinnvoll solche Aufklärungsgespräche von Anfang an so zu planen, dass eine Vertrauensperson dabei sein kann. Beispielsweise kann man der Patientin ankündigen: „Ich würde gerne heute Nachmittag mit Ihnen die Befunde besprechen, wir haben nun alles zusammen. Vielleicht wäre es ganz gut, wenn Ihr Mann auch dazu kommt, wann kommt der denn üblicherweise zu Besuch?“. Damit kann die Patientin schon erkennen, dass es ein relevantes Gespräch wird. Diese Information kann sicherlich bereits Sorgen auslösen,

andererseits erspart man der Patientin überhaupt nichts, wenn man sie „schonen möchte“. Die Anwesenheit einer Vertrauensperson hat den weiteren Vorteil, dass weniger Informationen verloren gehen („Vier Ohren hören mehr als zwei.“). Ein sehr wichtiger Vorteil besteht zudem darin, dass von Anfang an **in der Familie ein gleicher Informationsstand** besteht und dass Patientin und Angehörige sich Dinge nicht gegenseitig vorenthalten, um den jeweils anderen zu schonen. Die schlechteste Variante ist sicher, mit der Patientin alleine zu sprechen und anschließend zu sagen: „Ich würde dann auch gerne noch mit Ihrem Mann sprechen“. Diese Patientin wird wahrscheinlich vermuten, dass es noch schlimmer um sie steht, als Sie ihr gesagt haben, dass Sie das aber nur dem Mann sagen möchten. Und sie wird immer den Verdacht haben, dass ihr Mann ihr ebenfalls nicht die ganze Wahrheit sagt. Die „Sprachlosigkeit“, die aus einem solchen Vorgehen in manchen Familien resultiert, kann man manchmal in tragischer Weise in Kliniken erleben: für jeden Außenstehenden ist ersichtlich, dass eine Patientin in einem präfinalen Zustand ist, während aber Familie und Patientin sich nach wie vor gegenseitig Hoffnung machen und nicht in der Lage sind, über das wichtige Thema Abschied nehmen und alles, was sonst noch von Bedeutung sein könnte, zu sprechen.

In der Schocksituation (akute Belastungsreaktion) ist eine Patientin nicht entscheidungs – und einwilligungsfähig.

Eine wichtige ärztliche Aufgabe gerade im Rahmen solcher Aufklärungsgespräche kann das **Aushalten von Gefühlen** sein. Gefühle der Patientin einfach auszuhalten und nicht sofort Lösungsvorschläge oder tröstende Worte anzubieten, ist gar nicht so einfach. Zunächst einmal zu schweigen, kann manchmal viel hilfreicher sein. Eine typische Reaktion von Ärzten, die selbst Schwierigkeiten mit den Gefühlen ihrer Patienten haben, ist es, sofort zu den Therapieoptionen zu kommen, abzuspulen, was man alles für Möglichkeiten hat, ohne darüber nachzudenken, dass die Patientin wahrscheinlich überhaupt nicht in der Lage ist, zuzuhören. Das bessere Vorgehen wäre, die Patientin in Ruhe zu beobachten, bei ihr zu bleiben und sie mit einer entsprechenden Frage zu ermutigen, über ihre Gefühle zu sprechen („Ich kann mir vorstellen, dass das jetzt für Sie ganz schrecklich ist, so etwas zu hören.“).

Gefühle der Patientin auszuhalten und nicht sofort "Handlungsangebote" zu machen, ist oft eine sinnvolle Intervention.

Offenheit versus Nicht-wissen-wollen.

Insgesamt besteht heute Konsens darüber, dass jede Patientin ein Recht auf Offenheit bezüglich ihrer Erkrankung und Prognose hat. Sie soll umfassend über den Erkrankungsverlauf und Therapiemöglichkeiten aufgeklärt werden. Zur ärztlichen Kunst gehört es aber auch, die Aufklärung so zu gestalten, dass die Patientin nicht zusätzlich durch "brutale Offenheit" traumatisiert wird. **Im ersten Aufklärungsgespräch muss der Schwerpunkt nicht auf die schlechte Prognose einer Erkrankung gelegt werden**; die Patientin wird danach fragen. Wichtig ist, dass die Erkrankung offen beim Namen genannt wird. Die Verwendung von Begriffen wie "Krebs" oder "bösartiger Tumor" macht deutlich, um was es sich handelt. Selbst wenn das Thema der Prognose offen besprochen wurde, kann es sein, dass eine Patientin dies scheinbar wieder verdrängt hat und von einer vermeintlich guten Prognose ausgeht. Der behandelnde Arzt muss dann nicht wiederholt auf die unrealistische Hoffnung auf Heilung hinweisen; eine solche Haltung der Patientin

kann auch ein **Schutzmechanismus** sein, den man respektieren sollte. Im Verlauf der Erkrankung kann das Thema Prognose immer wieder vorsichtig durch sogenannte "Brückenfragen" angeboten werden.

Besondere Situationen: Das Gespräch mit...

Unabhängig vom gynäkologischen Kontext und auch ohne das Bestehen einer psychischen Störung bei der Patientin gibt es besondere Gesprächssituationen, die Ärzte manchmal unsicher oder hilflos machen können. Auf einige dieser Situationen soll im Folgenden näher eingegangen werden, auch mit Hinweisen auf mögliche Verhaltensstrategien bzw. Möglichkeiten der verbalen Intervention.

... der suizidalen Patientin

Frauen begehen häufiger Suizidversuche, während sich Männer ca. zweimal so häufig suizidieren. Es gehört zu den wichtigen Aufgaben eines jeden Arztes, Suizidalität zu erkennen und die Umsetzung zu verhindern. Da ca. 50% der Suizidenten einen Monat zuvor einen Arzt aufsuchen und 75% aller Suizide vorher angekündigt werden, kommt dieser Aufgabe eine besondere Bedeutung zu. Suizidversuche in der Vorgeschichte sind ein Prädiktor für zukünftige Suizidversuche bzw. erfolgreichen Suizid.

Akute Belastungssituationen aber auch chronische Krankheitsverläufe können depressive Symptome und damit auch **lebensmüde Gedanken** mit sich bringen. Diese anzusprechen bringt für die Betroffenen häufig eine große Erleichterung, da sie sich nicht trauen, diese vor Angehörigen oder Freunden zuzugeben. Auch können solche Gedanken wie „so möchte ich nicht weiterleben“ starke Ängste auslösen und die Normalisierung und Bestätigung, dass solche Gedanken mit manifester Suizidalität nichts zu tun haben, können beruhigend wirken. Allerdings können lebensmüde Gedanken auch der Beginn einer suizidalen Spirale sein (s. Abbildung 1).

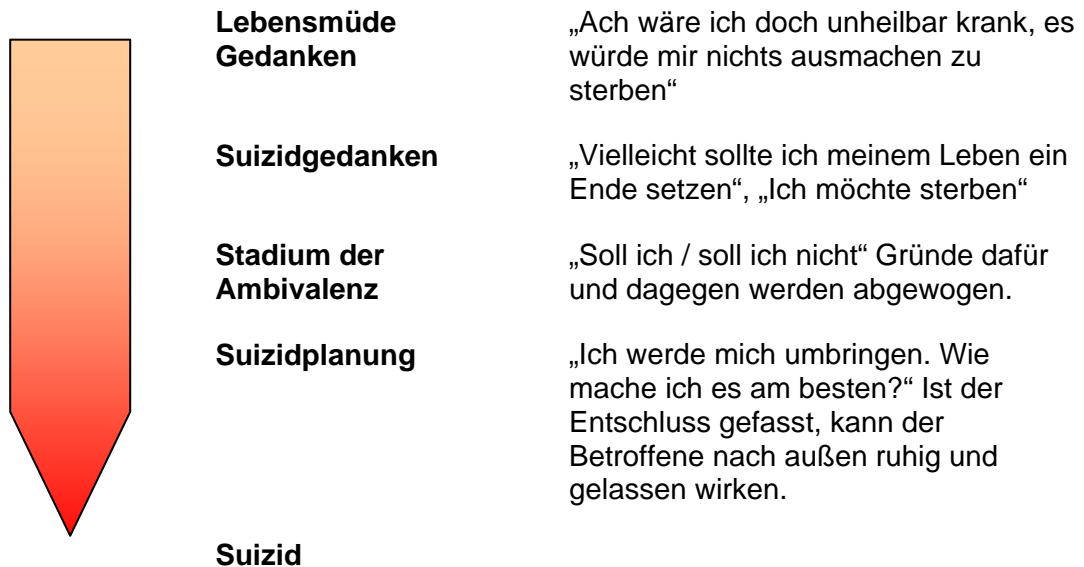
Die Angst, durch die Nachfrage nach suizidalen Gedanken die Patientin damit überhaupt erst auf diese Idee zu bringen oder die Gedanken damit zu verstärken, ist völlig unbegründet. Patientinnen können sehr gut begründen, warum diese „Lösung“ für sie nicht in Frage kommt.

Wichtig ist, die Stadien der Suizidalität zu kennen und konkrete Nachfragen zu stellen, um diese eruieren zu können (s. Abbildung 1). Eine erste Frage könnte sein: „Haben Sie in dieser Situation schon einmal lebensmüde Gedanken gehabt? Haben Sie auch konkret daran gedacht, sich etwas antun zu können?“. Hierbei lassen sich gut allgemein lebensmüde von sich konkretisierenden suizidalen Gedanken trennen. Gibt es einen Hinweis auf Suizidalität, würden weitere klärende Fragen folgen:

- Haben Sie schon daran gedacht, ihre Gedanken umzusetzen, sich also wirklich das Leben zu nehmen?
- Haben Sie sich überlegt, wie Sie es tun würden? Haben Sie bereits Vorbereitungen getroffen? Wenn ja, welche? (das Risiko ist umso größer, je konkreter diese Vorstellungen und Planungen sind)
- Drängen sich diese Gedanken bisweilen auf, ohne dass Sie das möchten? (sich aufdrängende unkontrollierbare Gedanken sind bedrohlich)
- Haben Sie diese Gedanken mit jemandem besprochen? (Suizide werden zumeist angekündigt; solche Ankündigungen müssen ernst genommen werden)

- Wie groß schätzen Sie selber die Gefahr im Moment ein, diese Gedanken umsetzen zu müssen? (eine momentane Distanzierung führt zu mehr Behandlungsspielraum; liegt keine Distanzierung vor, muss die Behandlung und der Schutz der Patientin unmittelbar eingeleitet werden)
- Sie sagen, dass zur Zeit keine Gefahr besteht, was hält sie konkret davon ab? Was spricht dafür weiter zu leben? (Bei konkreten Suizidabsichten wirken übliche Haltestrukturen nicht mehr; wie etwa familiäre Bindungen, religiöse Überzeugungen etc.)

Abbildung 1: Stadien der Suizidalität (adaptiert nach (Rohde and Marneros 2001))



Vorgehen bei Suizidalität: Schwierig kann es sein zu entscheiden, wie man bei Suizidalität reagiert. Muss man die Patientin evtl. sogar in einer psychiatrischen Klinik unterbringen oder hat sie z.B. bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung das Recht sich das Leben zu nehmen? Natürlich lassen sich gerade in diesem Zusammenhang kaum allgemeingültige Ratschläge geben; aber eine Annäherung ist durch die Unterscheidung zwischen geplantem „**Bilanzsuizid**“ und „**Suizidgedanken verursacht durch eine schwere Depression**“ möglich. Von einem Bilanzsuizid (der eher selten vorkommt) spricht man, wenn ein Mensch nach „Bilanzierung“ des Lebens zu dem Schluss kommt, dass er nicht weiterleben möchte. Alle Aspekte werden gegeneinander abgewogen, z.B. die bestehende chronische Erkrankung mit schlechter Prognose, die bereits bestehenden oder in Kürze zu erwartenden schweren Schmerzen, Pflegebedürftigkeit, vielleicht auch Einsamkeit, weil der Lebenspartner verstorben ist, man keine Familie mehr hat etc. Die Entscheidung, nicht mehr weiterleben zu wollen, wird „im klaren Kopf“ getroffen, es handelt sich nicht um eine Verzweiflungstat, nicht um eine impulsive Entscheidung aus dem Bauch heraus oder auf dem Hintergrund schwerer depressiver Symptome. Anders sieht die Situation aus, wenn Suizidgedanken auf dem Boden einer schweren Depression entstehen: Unter dem Einfluss der zunehmenden Verschlechterung der Stimmung wird keine Freude mehr empfunden, alles wirkt wie eine Last, die Welt ist „grau in grau“. Die Vorstellung über die **Hoffnungslosigkeit** der Situation ist an der Realität gemessen in der Regel nicht nachvollziehbar; der betroffene Mensch entwickelt eine Art „Tunnelblick“, allerdings ohne dass sich Licht am Ende dieses Tunnels zeigt. Unter dem Einfluss der hoffnungslosen Stimmung ist eine vernünftige Bewertung der Zukunftsperspektive nicht mehr möglich. „Gegenargumente“ werden beiseite gewischt, die

subjektive depressive Realität herrscht vor. Haltestrukturen (wie etwa religiöse Anschauung, Bindung an die Familie) gelten nicht mehr gegen den Wunsch, aus dem Leben zu scheiden. Basis für die Entscheidung über das eigene Leben bzw. den eigenen Tod wird der Blick durch die depressive Brille. Das ist der wichtige Unterschied zum Bilanz-Suizid: Hier die klare, abwägende Entscheidung, dort der Wunsch, einer als schrecklich und hoffnungslos erlebten Situation zu entfliehen, die sich nur krankheitsbedingt – nämlich depressionsbedingt – so darstellt.

So unterschiedlich wie die Dynamik bei der Patientin, so unterschiedlich ist auch das erforderliche Vorgehen. Hat man festgestellt, dass sie nicht depressiv verstimmt ist und nachvollziehbar „bilanziert“, muss man unter Umständen die Entscheidung treffen, sie ihren Weg gehen zu lassen. Gibt es Hinweise auf eine behandlungsbedürftige und behandlungsfähige psychische Störung – wie etwa eine schwere Depression – dann muss eine solche Behandlung erfolgen, unter Umständen auch gegen den Willen der Patientin. Das Gesetz sieht für solche Fälle die Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik gegen den Willen einer Betroffenen vor. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die suizidalen Gedanken und Impulse verflüchtigen werden, wenn die Depression abklingt. Eine solche Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik wegen Eigengefährdung („**Zwangseinweisung**“) ist in den einzelnen Bundesländern etwas unterschiedlich geregelt, z.B. in Nordrhein-Westfalen im sogenannten **PsychKG** (Gesetz zum Schutz psychisch Kranker). Genauer Informationen zum praktischen Vorgehen in den einzelnen Bundesländern sind über die Gesundheitsämter, die sozialpsychiatrischen Dienste oder auch die Ordnungsämter zu erhalten.

Aktive Sterbehilfe

Die 83jährige Frau X befindet sich im fortgeschrittenen Stadium einer Brustkrebserkrankung; kürzlich wurden Hirnmetastasen festgestellt. Eine Schwester auf der Station erfährt mehr oder weniger zufällig, dass die Patientin eine Schweizer Organisation kontaktiert hat, die Sterbehilfe leistet. Sie informiert den Stationsarzt; dieser muss die Frage beantworten, ob die Patientin evtl. in die Psychiatrie eingewiesen werden muss. Der hinzugezogene psychiatrische Konsiliarius stellt nach ausführlicher Exploration fest, dass bei Frau X weder eine krankheitswertige Depression noch eine Psychose oder ein organisches Psychosyndrom vorliegt. Sie ist orientiert, kritikfähig, stimmungsmäßig ausgeglichen. Ihre Argumentationskette, warum sie Hilfe beim Suizid möchte, ist nachvollziehbar: der Ehemann ist bereits seit vielen Jahren verstorben, die einzige Tochter ebenfalls, weitere Verwandte sind nicht in der Nähe. Wegen der zunehmenden Pflegebedürftigkeit müsste die Patientin in Kürze ihr Zuhause verlassen und in ein Pflegeheim gehen. Die Alternative, in ein Hospiz zu gehen, hat sie ebenfalls durchdacht. Da sie allerdings fürchtet, auf dem Hintergrund der Hirnmetastasen bald ihre geistige Leistungsfähigkeit einzubüßen und verwirrt zu werden, hat sie diese Möglichkeit für sich verworfen. Nach der Einschätzung des Psychiaters liegen die Voraussetzungen für die Anwendung des PsychKG nicht vor, weshalb die Patientin wie von ihr gewünscht entlassen wird, um in die Schweiz zu reisen.

Dieser Fall zeigt auf, welche Belastungen in solchen Fällen das medizinische Personal auszuhalten hat. Sicher fällt es sehr viel leichter, eine Patientin mit der Aussicht auf Besserung der psychischen Situation antidepressiv zu behandeln oder vielleicht sogar vorübergehend psychiatrisch unterzubringen. Auf der anderen Seite gehört das Akzeptieren solcher Wünsche auch dazu, wenn man die Autonomie der Patientinnen respektieren will.

... der aggressiven Patientin

Aggressive Patienten lösen in uns häufig Mechanismen wie Gegenaggression, Verteidigung oder Vermeidung von Kontakt aus. Bei Ärzten sollten alle drei Verhaltensweisen ausbleiben, was manchmal viel Selbstbeherrschung und Reflexion verlangt. Wichtiger wäre in der jeweiligen Situation zunächst die Perspektive der Patientin einzunehmen bzw. zu verstehen,

was sie aufbringt. Auch das offene Ansprechen der aggressiven Verhaltensweisen der Patientin kann hilfreich sein („Ich merke, dass Sie sehr gereizt sind. Vielleicht wollen Sie mir den Grund dafür erklären?“)

Aggressionen können im Rahmen psychischer Störungen vorkommen (z.B. im Rahmen von Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen). Aggressionen sind bei psychisch gesunden Personen nicht selten Ausdruck einer gegenwärtigen Überforderungssituation oder von ausgesprochener Hilflosigkeit. Durch Anerkennung der entsprechenden Situationsbedingungen und Auslösefaktoren können die meisten Aggressionen beruhigt und geklärt werden. Bei vielen nachvollziehbaren Gründen (z.B. lange Wartezeiten, Missverständnisse, Fehler des Personals) können auch angemessene und ehrliche Entschuldigungen die Situation entschärfen.

Allerdings gibt es trotz zunehmender „Dienstleistungsmentalität“ Grenzen: Auch als Arzt kann man sachlich und freundlich zum Ausdruck bringen, dass man sich bestimmte Verhaltensweisen verbittet.

In Tabelle 2 finden sich Beispiele für verbale Interventionen im Umgang mit aggressiven Patientinnen.

Tabelle 2: Verbale Interventionen im Umgang mit aggressiven Patientinnen

Ratsames Verhalten	Beispiele / Folgen
Frühzeitiges Reagieren auf aggressive Tendenzen, wie Gereiztheit, häufige Unmutsäußerungen; mit der Patientin darüber sprechen	„Sie wirken sehr unzufrieden, stört Sie etwas konkret?“ Patientin kann Beweggründe erläutern, angestauter Ärger wird abgebaut.
Stets auf angemessene Information der Pat. achten	„Möchten Sie noch irgendetwas zu der Behandlung wissen?“ Unwissenheit oder das Gefühl, dass etwas verheimlicht wird, schürt Aggressionen
Einverständnis der Patientin vor jeder Maßnahme einholen	„Ich würde Ihre Wunde jetzt gerne nochmals anschauen, geht das?“ oder „Sollen wir nicht zu Ihrem eigenen Schutz, damit Sie diese Nacht nicht noch einmal aus dem Bett fallen, einen Bettrahmen anbringen?“
Nicht gegen den Willen/Widerstand der Patientin handeln, sondern von der Notwendigkeit bestimmter Maßnahmen überzeugen	„Ich verstehe, dass Sie Angst vor der Untersuchung haben, aber es ist für die Behandlungsplanung sehr wichtig.“ Bei Nichtgelingen das weitere Vorgehen mit Angehörigen, Team und Leitung absprechen.
Der Patientin zuhören und versuchen zu verstehen, was sie innerlich unter Druck setzt	„Ich würde gerne verstehen, was Sie so stark belastet. Ich überlege, wie ich Ihnen helfen kann, damit Sie damit besser klar kommen.“
„Ja-Aber-Gespräche“ und Debatten mit der Patientin vermeiden, vor allem wenn diese bereits erregt oder verärgert ist. Möglichkeiten schaffen, dass die Patientin dem Ärger verbal Luft machen kann.	„OK, ich sehe, dass Sie sich sehr aufregen, ich will versuchen zu verstehen, worum es überhaupt geht. Was ist passiert, wer oder was ärgert Sie derart.“ Die Patientin in ihren Äußerungen nicht sofort unterbrechen oder die eigene Stimme erheben.

<p>Darauf achten, ob bestimmte Personen oder Situationen Aggressionen auslösen; Versuch, diese Ursachen möglichst zu unterbinden</p>	<p>„Kann es sein, dass Sie mit Ihrer Bettnachbarin nicht zurecht kommen?“ Eventuell aggressionsauslösende Situationen / Personen: Uneinigkeiten oder Sticheleien von Mitpatienten, der Besuch eines bestimmten Angehörigen, eine bestimmte Pflegeperson, ein Arzt</p>
--	--

Modifiziert nach A. von Stösser, www.pflegekonzepte.de

... der „Borderline-Patientin“

Der Begriff „Borderline-Störung“ ist ein Synonym für eine Unterform der sogenannten emotional-instabilen Persönlichkeit, die mit einer Vielzahl von psychischen Problemen einhergehen kann, wie etwa depressiven Symptomen, Essproblemen, selbstverletzendem Verhalten (= Autoaggression), Suizidalität, Suchtverhalten bis hin zu kurzen psychotischen Episoden. Zentrales Problem sind Unsicherheiten im Selbstbild und in der Beziehungsgestaltung, wodurch das Kommunikationsverhalten der betroffenen Patientinnen geprägt wird. Eine Borderline-Persönlichkeit entwickelt sich nicht selten nach emotionaler, körperlicher oder sexueller Misshandlung in der frühen Kindheit; die Symptome beginnen in der Regel im Jugend- bzw. Erwachsenenalter.

Berichtet eine Patientin über die Diagnose „Borderline“ in der Anamnese, so löst das nicht selten Befürchtungen bei den behandelnden Ärzten aus, dass irgendetwas Unberechenbares geschehen könnte. Damit ist zunächst einmal nicht zu rechnen, da auch Borderline-Störungen unterschiedliche Ausprägungen und Verläufe haben können und oft mit durchgeführter Therapie und auch zunehmendem Alter weniger akut werden. Schwere Formen, die zu echten Problemen in der Arzt-Patientinnen-Beziehung führen, sind eher selten. Zunächst würde man also eine solche Patientin untersuchen und behandeln wie jede andere auch. Allerdings sollte man das eventuelle Vorhandensein einer Gewalt- bzw. Missbrauchserfahrung im Hinterkopf haben und vor Untersuchungen auf jeden Fall nachfragen („Gibt es etwas, was ich bei der Untersuchung beachten sollte...“). Wenn „merkwürdige Verhaltensweisen“ (wie etwa ein „Wegtreten“ aus der Situation = Dissoziation) auftreten, kann man das hinterher zum Anlass nehmen, vorsichtig nachzufragen („Könnte es sein, dass Ihnen die Situation eben sehr unangenehm war?“). Selbstbestimmung (Autonomie) und Kontrolle können zentrale Punkte gerade für solche Patientinnen sein, worauf man sich einstellen sollte (z.B. bei Hinweisen auf Selbstverletzungen, wie etwa Narben nach Schnittverletzungen an den Innenseiten der Oberschenkel: „Wollen Sie mir erzählen, woher diese Narben stammen?“). Und auch eine Ablehnung bestimmter Maßnahmen sollte man auf diesem Hintergrund akzeptieren.

Nicht jede Patientin, die Borderline-Charakteristika zeigt, hat tatsächlich auch das Vollbild einer Borderline-Störung, was die Stellung der Diagnose rechtfertigen würde. Trotzdem können diese Persönlichkeitsmerkmale die Kommunikation bestimmen. Von besonderer Bedeutung ist ein stabiles Vertrauensverhältnis. Die Betroffenen selber neigen auf dem Hintergrund ihrer Problematik dazu, Beziehungen sehr wechselhaft zu gestalten: Zu Beginn oft sehr zugewandt und positiv („Bei Ihnen habe ich das erste Mal das Gefühl, dass mich jemand versteht“), was dann aber auch sehr schnell in Ablehnung und Entwertung umschlagen kann („Sie sind genauso wie alle anderen, Sie haben auch kein Interesse an mir“). Gerade deshalb ist es wichtig, sich zu Beginn einer neuen Arzt-Patientinnen-Beziehung nicht zu intensiv da hineinziehen zu lassen (ein typischer „Anfängerfehler“), sondern professionelle Distanz bei gleichzeitiger Empathie zu zeigen. Sonst wiederholt man

das, was die Patientin immer wieder erfährt: Jemand kümmert sich intensiv um sie und lässt sie dann fallen.

Gerade dieses Verhalten, manchmal auch etwas abwertend als „Agieren“ bezeichnet, kann zu Konflikten und Spannungen im ganzen Team führen. **Die Patientin „spaltet“ das Team;** es gibt einzelne, die sich intensiv um sie bemühen, andere, die sie nur „nervig“ finden. Werden solche Kommunikationsstrukturen deutlich, sollte das im Team besprochen werden. Ein einheitliches Vorgehen und gleichmäßige Aufmerksamkeit von allen Teammitgliedern kann hier helfen; wichtig ist, dass die möglicherweise gezeigten theatralischen oder hysterisch wirkenden Verhaltensweisen weder positiv noch negativ zu besonderen Reaktionen führen. Es versteht sich von selbst – wie es eigentlich immer selbstverständlich sein sollte –, dass man der Patientin keinen Weg ins eigene Privatleben ebnet, indem man ihr beispielsweise die private Telefonnummer mitteilt – auch nicht, wenn sie intensiv darum bittet. Stattdessen sollte man darauf verweisen, dass es rund um die Uhr in der Klinik kompetente Kollegen gibt, die im Notfall anzusprechen sind.

Im konkreten Einzelfall kann es auch hilfreich sein, mit der Patientin problematische Verhaltensweisen direkt anzusprechen („thematisieren“), allerdings ohne daraus Vorwürfe abzuleiten, sondern mit Sachlichkeit und Empathie („Frau X, ich habe den Eindruck, dass Sie ein hohes Bedürfnis nach Sicherheit haben und deshalb wohl immer wieder verschiedene Kollegen nach ihrer Beurteilung der Situation fragen. Möchten Sie, dass wir besprechen, warum das so ist?“).

... der psychotischen Patientin

Der Kontakt mit einer psychotischen Patientin ist in der Regel geprägt durch die im Vordergrund stehende Symptomatik. Bestehen produktive Symptome (z.B. Wahn, Halluzinationen oder Beeinflussungserlebnisse), gehen diese in der Regel mit Angst und Unruhe einher. Wichtig ist es, von ärztlicher Seite beruhigend auf die Patientin einzuwirken, dabei aber gleichzeitig immer wieder den Krankheitscharakter herauszustellen („Sie brauchen hier bei uns keine Angst zu haben; diese Vorstellungen haben mit Ihrer Krankheit zu tun; es besteht für Sie keine reale Gefahr“). Wichtig ist dabei, weder die Vorstellungen der Patientin als „Einbildung“ abzutun oder ihr den Eindruck zu geben, dass man ihr nicht glaubt. Aber man darf ihr auch keine „Bestätigung“ geben – auch nicht indirekt, z.B. indem man sagt: „Wir werden Sie vor den Verfolgern schützen“. Das würde der Patientin später nur die Distanzierung von ihren Wahnideen erschweren, weil man ihr ja vorher indirekt bestätigt hatte, dass da tatsächlich Verfolger waren („Aber der Herr Doktor hat doch auch davon gesprochen“). Gerade eine durchgehend neutral und empathisch vermittelte, aber eindeutige Zuordnung der Symptome als krankhaft ist zur Angstreduktion und insbesondere für die zunehmende Distanzierung der Patientin von ihren psychotischen Inhalten wichtig.

Bestehen Störungen des formalen Gedankengangs (gehen also die Gedanken durcheinander oder ist die Patientin assoziativ gelockert, sie kann kaum beim Thema bleiben), ist ebenfalls ein ruhiger und sachlicher Umgang mit der Situation hilfreich. Komplexe Erklärungen sollten in solchen Fällen vermieden werden.

... der somatisierenden Patientin

Patientinnen können aus unterschiedlichen Gründen zur Somatisierung neigen, z.B. auf dem Hintergrund einer ausgeprägten Somatisierungsstörung, die Krankheitswert hat, aber unter Umständen auch auf ihrem speziellen kulturellen oder persönlichen Hintergrund. Das Ausmaß von körperlichen Beschwerden, die nicht mit dem gegebenen somatischen Befund

in Einklang zu bringen sind, kann sehr unterschiedlich sein. Somatisierung kann auch als eine Kommunikationsweise betrachtet werden: Die Patientin drückt auf diese Weise vielleicht Probleme und Bedürfnisse aus, die sie sonst nicht verbalisieren könnte (z.B. ausgeprägte Schmerzen als Ausdruck von Suche nach Hilfe und Unterstützung in einer schwierigen Lebenssituation; Schwindel als Ausdruck von Angst in bestimmten Situationen). Da die Feststellung von Somatisierung immer eine positive Diagnose und keine Ausschlussdiagnose ist („Wir finden nichts somatisches, also muss es etwas psychisches sein“ sollte als Aussage obsolet sein), gehört das Gespräch über die eventuell zugrunde liegenden Probleme immer zur Diagnosestellung.

Steht fest, dass eine Patientin somatisiert, dass also die Beschwerden oder ihr Ausmaß nicht durch den zugrunde liegenden somatischen Befund erklärt werden können, sollte das nicht zur Abwertung der Patientin führen. Die Patientin muss sich weiterhin ernst genommen fühlen und auch eine eventuell folgende Überweisung zum Psychiater oder zur Psychotherapeutin nicht als „Abschieben“ verstehen. Wichtig ist vor allen Dingen, nicht zu versuchen, ihr einfach ihr somatisches Krankheitsmodell „auszureden“. Eine bessere Hinführung in entsprechende Maßnahmen ist, dieses Modell zunächst einmal unangetastet zu lassen und ihr eine Brücke zu bauen: „Leider haben wir im Moment keine weiteren operativen Therapiemöglichkeiten; möglicherweise müssen Sie mit diesen Beschwerden weiterleben. Wir wissen aus anderen Zusammenhängen, dass man aber mit entsprechenden schmerztherapeutischen Maßnahmen, wie die Psychotherapeuten sie durchführen, eine gute Linderung der Beschwerden erreichen kann. Sie können dabei auch lernen, mit den Beschwerden noch besser umzugehen“.

Im Sinne der Vorbeugung einer Fixierung auf ein somatisches Krankheitsmodell ist es sinnvoll, möglichst frühzeitig im diagnostischen Prozess „ganz selbstverständlich“ auch die psychische Diagnostik mit einzubinden. Wenn der Psychiater oder die Psychotherapeutin erst ganz am Ende der Kette stehen (nach dem Motto: „Wir haben alles untersucht und nichts gefunden, vielleicht sollten Sie mal zum Psychiater gehen“) wird man wenig Bereitschaft bei der Patientin finden, sich darauf einzulassen. Gerade der Umgang mit dem Problem Somatisierung spiegelt nicht selten auch die eigenen Berührungängste mit der Psychologie und der Psychiatrie wider.

... der süchtigen Patientin

Die sogenannten stoffgebundenen Abhängigkeiten, wie etwa **Drogen- oder Alkoholsucht**, werden häufig von Patientinnen versteckt bzw. verleugnet. Dennoch spielen sie im medizinischen Kontext in vielerlei Hinsicht eine relevante Rolle: Eine Patientin könnte Entzugserscheinungen bekommen, wenn sie stationär aufgenommen wird, sie könnte ihr ungeborenes Kind durch Substanzabusus in der Schwangerschaft schädigen oder sie könnte versuchen, Medikamente für ihre Sucht verschrieben zu bekommen oder sogar zu entwenden. Diese wenigen Beispiele zeigen schon, welche Probleme in der Kommunikation mit der Patientin entstehen können: Möglicherweise kann man mit seinen eigenen Aggressionen der süchtigen Patientin gegenüber schlecht umgehen, vielleicht hat man Probleme, sich gegen das Drängen der Patientin nach Ausstellung eines Rezeptes abzugrenzen. Hilfreich ist zunächst die Kenntnis der Formen von Abhängigkeit und eventueller Folgeerkrankungen bei einzelnen Substanzen. Für die Gesprächsführung empfiehlt sich im Umgang mit süchtigen Patientinnen eine klare, aber dennoch neutrale und empathische Haltung (z.B. gar keine Benzodiazepine verschreiben und nicht sagen, „Na gut, eine kleine Packung“, sondern freundlich und bestimmt die Verordnung ablehnen).

Hilfsangebote sollten ernst gemeint und konstruktiv sein, aber immer auch die Autonomie der Patientin berücksichtigen. Gerade Patientinnen mit einer Abhängigkeitsproblematik brauchen

längere Zeit, bis sie eine vertrauensvolle Beziehung zu einem Arzt aufbauen und sich vielleicht auf Hilfsangebote einlassen können. Überengagement und der Versuch, die Patientin zu bestimmten Dingen zu „überreden“, wirken dabei eher kontraproduktiv. Offenheit (z.B. über die schon deutlich werdenden Folgeerkrankungen oder sozialen Auswirkungen) und das immer wieder gemachte Angebot, prinzipiell für Unterstützung zur Verfügung zu stehen, sind oftmals das einzige mögliche Vorgehen. („Ich mache mir große Sorgen um Sie, weil man an den Leberwerten sehr deutlich die Auswirkungen Ihres übermäßigen Alkoholkonsums erkennen kann. Ich merke, dass Sie zur Zeit noch Schwierigkeiten haben, sich auf eine Entwöhnungsbehandlung einzulassen. Ich gebe Ihnen aber trotzdem einmal die Information über die Selbsthilfegruppe mit. Wenn Sie das nächste Mal kommen, können wir gerne noch einmal darüber sprechen.“)

Handelt es sich um eine Patientin mit Essstörung oder eine Spielsucht, also um eine **nicht-stoffgebundene Sucht**, macht das den Umgang mit der Patientin nicht einfacher. Auch im Umgang mit **bulimischen oder magersüchtigen** Patientinnen gilt, dass man immer nur Hilfsangebote machen kann, aber auch mit der Verweigerung der Patientin rechnen muss. Lässt sich die Patientin willig auf Hilfsangebote ein, sollte man nicht zu euphorisch sein: Vielleicht gilt ihr Versprechen, eine ambulante Psychotherapie aufzunehmen, nur so lange sie in der Klinik ist. Auch bei Essstörungen gilt: solange keine lebensbedrohliche Gefährdung besteht, die die Behandlung gegen den Willen der Patientin möglich macht, ist man auf Freiwilligkeit angewiesen. Die einzige Möglichkeit besteht also in dem Versuch, in kleinen Schritten eine gute Arzt-Patientinnen-Beziehung aufzubauen, um vielleicht langfristig etwas zu erreichen.

... der missbrauchten Patientin

Geht man davon aus, dass jede 3. bis 5. Frau in ihrem Leben sexuelle Missbrauchserfahrungen macht, bzw. sexuelle Übergriffe erlebt hat, wird ein Arzt, selbst in der ganz normalen gynäkologischen Routine-Sprechstunde, täglich mit diesen Frauen in Berührung kommen. In den meisten Fällen weiß der behandelnde Arzt nichts von dieser Vorgeschichte. Viele Patientinnen werden aber auch von sich aus nicht dieses Thema ansprechen. Günstig ist, wenn ein Gynäkologe auf eine neue Patientin trifft, sie immer vor der ersten körperlichen und genitalen Untersuchung zu fragen, ob es unangenehme Vorerfahrungen gibt und er irgendetwas bei der Untersuchung berücksichtigen soll. Dann kann die Patientin selber entscheiden, ob sie bei eventueller Vorgeschichte dieses Gesprächsangebot annimmt oder nicht.

In der Schwangerschaft oder in der Geburtssituation zeichnen sich diese Patientinnen vielleicht durch besondere Ängste aus oder dadurch, dass sie bei Untersuchungen oder unter den Wehen dissoziieren, also abwesend und unansprechbar wirken.

Hat der Arzt einen konkreten oder auch nur unbestimmten Verdacht, dass ein Missbrauch in der Vorgeschichte erlebt wurde, sollte ein vorsichtiges Gesprächsangebot erfolgen. Dabei kann der Patientin auch gleichzeitig vermittelt werden, ob der Arzt selbst sich mit der Problematik auskennt oder ob er entsprechende professionelle Stellen und Therapeuten kennt, an die er die Patientin vermitteln kann.

Ist ein sexueller Missbrauch bekannt, sollte der Arzt sich mit der betroffenen Patientin gut besprechen, wie er sich bei Untersuchungen und Behandlungen verhalten kann, ohne sie zu retraumatisieren. Den meisten Frauen ist es sehr wichtig, dass alle Berührungen vorher angekündigt und begründet werden. Sätze wie „das tut doch nicht weh“ oder „ist doch gleich vorbei“ oder „ich bin gleich fertig“ werden in Missbrauchssituationen häufig gebraucht und

sollten vom Arzt nicht benutzt werden, auch wenn es in einem gänzlich anderen Kontext geschieht.

Wichtig ist, das berichtete oder angedeutete Geschehen nicht in Frage zu stellen, sondern der Patientin zu vermitteln, dass man rücksichtsvoll mit ihr und ihrer Geschichte umgehen wird. Dies ist vielleicht dann besonders schwierig, wenn eine Patientin sich in Folge solcher Vorerfahrungen nicht ängstlich und zurückhaltend verhält, sondern vielleicht promiskuitiv und distanzlos. Solche Verhaltensweisen gehen meist auf die Körperwahrnehmungsstörungen und ein vermindertes Selbstwertgefühl zurück, ausgelöst durch frühen, jahrelangen Missbrauch. Gerade in diesen Fällen ist eine professionelle Distanz enorm wichtig.

... der vergewaltigten Patientin

Kommt eine Frau direkt nach einer Vergewaltigung in die Klinik oder die Praxis müssen zum einen die Formalien zur Indiziensicherung beachtet werden. Gleichzeitig hat man eine Patientin in einer Schocksituation vor sich, die sehr individuell auf dieses Trauma reagieren kann, wie z.B. mit Rückzug, Verstumung, Aggression, starkem Weinen etc. Nach Möglichkeit sollte eine weibliche Ärztin sich um die Patientin kümmern und nur nach Zustimmung der Patientin vorsichtig und einfühlsam Untersuchungen vornehmen. Möchte die Patientin nicht, dass die Polizei informiert wird, sollte zumindest eine Gerichtsmedizinerin hinzugezogen werden, die mit der Patientin die entsprechende Beweissicherung bespricht, wenn sie sich später doch noch für eine Anzeige entscheidet. Möchte eine Patientin über ihr Erlebnis sprechen, sollte man sie möglichst spontan berichten lassen und alles für ein späteres Verfahren gut dokumentieren.

Gut wäre die Vermittlung der Patientin an eine entsprechende Beratungsstelle, die auf Vergewaltigungen bzw. Gewalt gegen Frauen spezialisiert ist und bei allen weiteren Schritten begleiten und helfen kann.

... der Patientin in der Verlustsituation

In einer Situation, in der der Patientin das Versterben ihres ungeborenen oder zu früh geborenen Babys mitgeteilt wird, sind viele verschiedene Reaktionsweisen der Betroffenen möglich. Im Rahmen des ersten Schocks können sowohl emotionale Starre als auch starke emotionale Äußerungen wie Weinen und Schreien vorkommen. Wütende, aggressive Reaktionen sind ebenfalls möglich. Der Arzt sollte möglichst geduldig und verständig diese ersten Äußerungen aushalten und auffangen. In der Regel reicht es aus, der Patientin zu spiegeln, dass diese Reaktionen „normal“ und nachvollziehbar sind. Auch die Aussprache von Beileid und Anteilnahme „es tut mir so leid, dass Ihnen das passiert“ wirkt tröstlich. Zudem kann es sinnvoll sein, eine gewisse Zeit zu schweigen und weitere Reaktionen abzuwarten, aber ohne unbeteiligt zu wirken. Das Angebot, einen Angehörigen anzurufen, und die in Aussichtstellung einer weiteren Betreuungsmöglichkeit können ebenfalls hilfreich sein. Es ist individuell sehr unterschiedlich, ob jemand nach so einer Mitteilung lieber erst mal alleine die Nachricht verarbeiten möchte oder auf gar keinen Fall allein gelassen werden will.

Wenig sinnvoll ist Aktionismus, um die intensiven Gefühle (auf beiden Seiten) zu überspielen. Auch sollten nicht zu viele Informationen, wie etwa zu Beerdigungsmodalitäten, in der unmittelbaren Mitteilungssituation besprochen werden. Die Betroffene und auch mit betroffene Partner oder Angehörige sind in der Regel nicht sehr aufnahmefähig.

... betroffenen oder trauernden Angehörigen

Im Grunde gilt im Kontakt mit Angehörigen, die ihr Familienmitglied verloren haben, das gleiche wie im Umgang mit Patientinnen in der Verlustsituation. Es gilt die Gefühle mit auszuhalten und in der Regel zu normalisieren, also deutlich zu machen, dass sie in der Situation angemessen und nachvollziehbar reagieren („Ich kann mir vorstellen, dass das jetzt für Sie ganz schrecklich ist. Das würde jedem so gehen.“). Wenn deutlich wird, dass Trauer bewusst zurückgehalten wird oder z.B. Kinder „geschont“ werden sollen, indem vor ihnen nicht getrauert wird, ist es wichtig einen „guten Trauerprozess“ anzustoßen. Manchmal brauchen Betroffene Hilfe dabei, sich auf die Trauer einzulassen.

Aber nicht nur in Verlustsituationen kommt Trauer vor. Auch wenn z.B. ein behindertes Kind auf die Welt kommt, kann das „Nicht-gesund-sein“ betrauert werden.

... der Patientin in der Palliativsituation

Die Betreuung von Patienten in der Endphase ihres Lebens kann gut gelingen, wenn ihnen das Gefühl vermittelt werden kann, dass sie nicht allein gelassen werden und alle ihre Bedürfnisse Beachtung finden. Schlimm ist, wenn sterbende Menschen sich „aufgegeben“ fühlen und ihnen mitgeteilt wird „dass man für sie nichts mehr tun kann“. Bis zum letzten Atemzug ist die einfühlsame, palliative, schmerzstillende und beruhigende Begleitung eine wichtig ärztliche Aufgabe. Hilfe bedeutet nicht immer Heilung, und gerade in diesen Situationen ist die ärztliche Betreuung neben den pflegenden Kräften von besonderer Bedeutung. Dies bringt für den Arzt eine besondere und vor allem emotionale Belastung mit sich, der er sich stellen sollte – vielleicht mit Unterstützung durch kollegialen Austausch in Balintgruppen, Intervention oder Supervision.

... der ausländischen Patientin

Bei ausländischen Patientinnen können zum einen die fremde Sprache oder mangelnde Deutschkenntnisse das ärztliche Gespräch erschweren, aber auch kulturelle Unterschiede können die Einschätzung von psychischen wie somatischen Symptomen verfälschen. Eine Übersetzung wird nicht selten von Familienangehörigen übernommen, die bisweilen eigene Meinungen dabei einbringen. Der Arzt kann nicht von einer 1:1 Übersetzung ausgehen. Auch die Rückübersetzung klappt nicht immer einwandfrei. Klage und Gefühlsausdruck bei Symptomen können kulturell deutlich variieren.

Viele Geschenke für starke Schmerzen

Eine afrikanische Patientin, schrie unter der Geburt so laut, dass die Geburtshelfer und Hebammen sich ernsthafte Sorgen machten, ohne den medizinischen Grund für dieses Ausmaß an Schmerzen zu erkennen. Im Nachhinein stellte sich heraus, dass im afrikanischen Heimatdorf der Patientin die Geschenke der Dorfbewohner sich nach der Geburt auch nach den zu ertragenen „Qualen“ unter der Geburt richteten und lautes Schreien mit vielen Geschenken assoziiert war.

Viel häufiger als in diesem Beispiel besteht jedoch die Gefahr der Unterschätzung als der Überschätzung der Symptome, wenn die Kommunikation durch Sprache und Kultur erschwert ist.

... der minderjährigen Patientin

Bei Kindern bis zur Pubertät sollten in der Regel Eltern bei Untersuchungen und Gesprächen anwesend sein. Ab der Menarche kommt es häufig vor, dass die Mädchen selbständig einen

Gynäkologen aufsuchen, idealerweise sind die Eltern über den Arztbesuch zumindest informiert. Je nach Anliegen und Familienkonstellation kann es im Jugendalter sinnvoll sein, Begleitpersonen (z.B. die Mutter) hinaus zu bitten, um zunächst alleine mit dem Mädchen reden zu können.

Themen, die mit jugendlichen Mädchen relevant werden können, sind Gespräche über Verhütungsmittel und Ansteckungsmöglichkeiten beim Geschlechtsverkehr. Nicht selten kommen Mädchen bereits vor dem 18. Lebensjahr mit der Frage nach der „Pille danach“, weil sie zuvor ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten oder Unsicherheiten bezüglich der Sicherheit der gewählten Verhütungsmittel bestehen. Hierbei müssen Gynäkologen immer wieder entscheiden, wie reif und differenziert ein Mädchen wirkt, und ob die Gabe dieser Pille auch ohne Information der Eltern vertretbar ist.

Bei minderjährigen Mädchen, die aufgrund von Scheideninfektionen oder anderen Verletzungen in die gynäkologische Sprechstunde kommen, muss immer auch auf Missbrauchs- und Vergewaltigungszeichen geachtet werden. Kommen minderjährige Mädchen in der Frühschwangerschaft oder sogar in höheren Schwangerschaftswochen mit Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch, müssen unbedingt Beeinflussungstendenzen der Eltern auf die Tochter berücksichtigt werden. Hier ist es in der Regel sinnvoll, mit dem Mädchen auch alleine zu sprechen, um sich ein eigenständiges Bild über die vorgebrachte Situation zu machen.

... der alten Patientin

Alte Patientinnen sollten mit besonderem Respekt behandelt werden, auch wenn die Kommunikation aus verschiedenen Gründen erschwert sein kann. Im fortgeschrittenen Alter kommen Schwerhörigkeit oder dementielle Prozesse häufiger als bei jüngeren Menschen vor. Das heißt aber nicht, dass die Kommunikation „über den Kopf der Patientin hinweg“ geschehen darf. Die Hinzuziehung von Angehörigen zur Besprechung von Befunden und Therapieplanungen kann sehr sinnvoll sein. Trotzdem sollten möglichst alle Gespräche im Beisein der Patientin erfolgen.

Manchmal ergibt sich die Situation, dass eine alte Patientin über ihre Erkrankung und insbesondere über ihre Prognose offenbar gar nicht so gerne aufgeklärt werden möchte („Herr Doktor, vielleicht besprechen Sie das besser mit meiner Tochter“). Dieses Recht auf Nicht-wissen-wollen sollte man dann auch respektieren und in die Behandlungsplanung einbeziehen.

Bei der **dementen Patientin** ist es unerlässlich, einen Betreuer oder einen Bevollmächtigten mit der entsprechenden Patientenverfügung bzw. mit einer Vorsorgevollmacht zur Einwilligung in medizinische Eingriffe ansprechen zu können. Auch der enge Austausch mit einer eventuellen Heimbetreuung ist wichtig, damit wichtige Informationen nicht verloren gehen.

... der intelligenzgeminderten Patientin

Intelligenzminderung kann in verschiedenen Abstufungen von geringer Intelligenz (IQ 70-85) bis zur schwersten geistigen Behinderung (IQ<20) vorkommen. Bei den schwereren Formen gibt es Betreuungspersonen, die über die medizinische Versorgung der betreuten Person entscheiden. Aber auch hier gilt, dass geistig Behinderte respektvoll behandelt und untersucht werden müssen. Alle Untersuchungsschritte müssen angekündigt und erklärt werden, auch wenn nicht klar ist, wie viel die Patientin davon versteht. Hilfreich ist in der Regel die Anwesenheit einer vertrauten Person, was die Situation für die Patientin einfacher

und weniger angstbesetzt macht. Zudem kann solch eine Vertrauensperson undeutliche Äußerungen, Reaktionen oder non-verbale Zeichen dem Arzt „übersetzen“ bzw. erklären.

Bei der leichten Intelligenzminderung, die immerhin bei 15% der Bevölkerung auftritt, muss sich der behandelnde Arzt selber einen Eindruck verschaffen über eventuell hinzukommende soziale und emotionale Unreife, die die Entscheidungsfähigkeit in manchen Zusammenhängen deutlich erschweren kann.

Arztzentrierte Aspekte

Der tagtägliche Umgang mit den verschiedensten Menschen, die neben ihrem medizinischen Anliegen auch ihre persönliche Situation, ihre Persönlichkeit und ihre Erwartungen mit in die Arzt-Patientin-Beziehung einbringen, stellt eine große Herausforderung dar. Es gilt eine eigene Professionalität zu entwickeln, die weder in Überengagement noch in einer ablehnenden oder abwertenden Haltung den Patientinnen gegenüber mündet. Verständnis von anderen geht aber nicht ohne Verstehen der eigenen Person mit ihren eigenen Stärken, Schwächen, Wünschen und Zielen einher. Dieses Kapitel beleuchtet zum einen unterstützende Maßnahmen für Ärzte, mit Hilfe derer sich Schwierigkeiten im Berufs- aber auch Privatleben analysieren und verbessern lassen und zum anderen spezielle Themen, die gerade in den helfenden Berufen von besonderer Wichtigkeit sind. Zu nennen sind hier Zeitmanagement oder Umgang mit Nähe und Distanz bzw. mit Kritik und Fehlern.

Burn-out-Syndrom

Für das Syndrom des „Ausgebrannt-seins“ sind vor allem soziale und helfende Berufe anfällig. Mindestens 20% aller Ärzte sollen mit einem Burn-out zu kämpfen haben. Das Burn-out-Syndrom kann sich in verschiedenen Symptomkonstellationen äußern. Psychische und psychosomatische Symptome kommen vor, wie ein anhaltendes Gefühl der Erschöpfung, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Gereiztheit, Nervosität, Zynismus im Umgang mit Patienten und Mitarbeitern, kardiale oder gastrointestinale Symptome, Kopf- und Rückenschmerzen. Langfristige Folgen des Burn-outs können Substanzabusus und auch Suizidalität sein, die bekanntlich bei Ärzten besonders gehäuft vorkommen.

In einer Befragung von 5750 niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen in Deutschland (Gebuhr 2002) gaben 59% an, ausgelaugt zu sein, 49% klagten über Schlafdefizite, 57% über unregelmäßiges Essen. Durchschnittlich wurden in der Woche 55 Stunden gearbeitet und 255 Patienten versorgt. 20% fühlten sich oft sehr verzweifelt, 26% würden am liebsten alles hinwerfen. 69% beschrieben ihr Privatleben als unbefriedigend, nur 21% verfügten über genügend Zeit für persönliche Interessen. (Reimer et al. 2001) fanden zudem in ihrer eigenen Studie, dass nur ein Viertel der Ärzte ihren Kindern raten würde, den Arztberuf zu wählen.

Das Burn-out-Syndrom entsteht vor allem dann, wenn ein hoher Leistungsdruck bzw. –anspruch besteht, dabei aber wenig Einflussmöglichkeiten gesehen werden (z.B. auf die Arbeitssituation, das Arbeitsumfeld, die Atmosphäre). Es entwickelt sich häufig durch eine Kombination aus körperlichem Stress, Zeitdruck und negativen Belastungen aus Enttäuschungen. Es folgt eine Depersonalisation, durch die der Betroffene sich mehr und mehr zurückzieht. Leistungseinbußen werden nicht selten durch Alkohol oder Pharmaka kompensiert, bis ein Zusammenbruch folgt (Ruebsam-Simon 2002).

Zur Vorbeugung eines Burn-outs ist eine sensible Selbstwahrnehmung erforderlich und die Gegensteuerung bei ersten Anzeichen einer dauerhaften Überlastung. Weniger gefährdet sind Ärzte, die nicht zu selbstkritisch sind, sich und anderen Fehler zugestehen können, eigene Schwächen mit Humor nehmen können, ein hohes Maß an Selbstverständnis aufweisen, wissen welche Ziele sie warum verfolgen, ihre Werte und Stärken kennen, ihre Träume, Ziele und Visionen anerkennen und ihre Entscheidungen mit ihren inneren Werten und Strukturen überein bringen (Bergner 2004). Da das sicherlich nicht immer und in jeder Lebenslage klappt, ist gerade für Ärzte die Teilnahme an Balintgruppen (s.u.) oder die Inanspruchnahme von Supervision (s.u.) extrem wichtig.

Inzwischen gibt es zudem eine **Burn-out-Hotline** der Vereinigung Psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK, www.vpk.eu) sowie des Deutschen Ärztinnenbundes (www.aerztinnenbund.de).

Depression, Sucht, Suizidalität

Depressionen, Angststörungen, Substanzabusus und Suizidalität können Folgen eines Burn-out-Syndroms sein, können aber auch losgelöst von der oben beschriebenen Symptomatik vorkommen.

Depressionen werden von Ärzten oder anderen professionellen Helfern oft nicht zugegeben, weil sie als persönliche Niederlage erlebt werden, die schamvoll versteckt wird. Falsche Rollenannahmen, Angst, ausgegrenzt zu werden oder die Befürchtung juristischer Konsequenzen führen zur Aufrechterhaltung und Verschlimmerung der Symptomatik in einer Art *circulus vitiosus*. Häufig erfolgt eine Selbstmedikation, die nicht zielführend sein muss, gerade wenn Benzodiazepine anstatt indizierte Antidepressiva eingenommen werden. Eine Krankschreibung erlauben sich die wenigsten.

Sucht: Es liegen Schätzungen vor, die davon ausgehen, dass 10-15% aller Mediziner irgendwann in ihrem Leben unter einer Substanzabhängigkeit leiden (Reimer et al. 2001). Grund für diese erhöhte Suchtgefährdung scheint in einer beeinträchtigten Lebenszufriedenheit der Ärzte zu liegen, ausgelöst durch lange Arbeitszeiten mit Nacht- und Rufbereitschaft, und zunehmender ökonomischer Unsicherheit wie auch berufsfremder Tätigkeiten. Vor allem Entspannungsmechanismen funktionieren bei den substanzabhängigen Ärzten schlechter als bei nicht-abhängigen. Sportliche Aktivitäten, kollegiale Kontakte, Gespräche mit der Partnerin werden ersetzt durch Alkohol, Nikotin oder illegale Drogen. Besonders schwierig ist es für Ärzte, sich in stationäre Behandlung zu begeben, weil dort die „Anonymität“ verloren geht. Die Oberbergkliniken im Schwarzwald, Weserbergland und Berlin/Brandenburg haben sich auf substanzabhängige Ärzte spezialisiert und richten ihr Betreuungs- und Therapiekonzept an den besonderen Rollensituationen erkrankter Ärzte aus. Der Gründer und geistige Vater der Kliniken Professor Mathias Gottschaldt war zuvor selber alkoholkrank (www.oberbergkliniken.de).

Suizidalität: Die Zahl der Suizide bei Ärzten liegt weit über den Vergleichszahlen alters- und geschlechtsentsprechender Vergleichsgruppen; für Ärzte um das 2,5fache erhöht, für Ärztinnen sogar um das 5,7fache. Unter Medizinstudenten gilt der Suizid sogar als die zweithäufigste Todesursache (vgl. (Reimer et al. 2001). Begründet liegen diese Zahlen in affektiven Störungen, Suchtkrankheiten und Partnerschaftsproblemen; nicht selten Folgen eines Burn-out-Syndroms (s.o.). Berufliche Probleme gelten jedoch als eher sekundär. Störungen werden nur zu spät erkannt bzw. gar nicht behandelt außer in der Selbstmedikation, wozu auch Alkohol und illegale Drogen genutzt werden. Zudem scheint der leichte Zugang zu entsprechenden Narkotika oder anderen Medikamenten, mit denen Suizide sicher durchzuführen sind, ein weiterer Grund für den hohen Anteil „erfolgreicher“

Suizide. Die höchsten Raten sind bei den Psychiatern gefolgt von den Anästhesisten zu verzeichnen. Internisten, Neurologen und Allgemeinmediziner weisen ungefähr gleiche Raten auf.

Arbeitszufriedenheit: Kinderärzte zeigen in Umfragen die höchste Zufriedenheit unter den Ärzten. Auch HNO-Ärzte und Hausärzte liegen mit ihrer Arbeitszufriedenheit im oberen Bereich. Als negativ bewertet wird diese von Orthopäden, Urologen, hausärztlich tätigen Internisten und Augenärzten. Gynäkologen empfinden sich als nur mäßig zufrieden (vgl. (Rottenfußler 1999).

Gerade wenn sich ein Arzt im gravierenden Widerspruch zu seinem Idealbild als Arzt sieht, der immer seelisch stabil, hilfsbereit und jeder Anforderung gewachsen sein soll und will, ist eine Krise vorprogrammiert.

Balintgruppen

Michael Balint, ein Psychiater und Psychoanalytiker ungarischer Herkunft, hat Anfang der 50er Jahre erstmals eine Weiterbildung für niedergelassene Hausärzte angeboten, die als Diskussionsseminar über psychische Probleme in der ärztlichen Praxis gedacht war. Gegenstand dieser Seminare, die heute unter dem Begriff Balintgruppen bekannt sind, ist die **Fokussierung der Arzt-Patienten-Beziehung** vor allem unter den Aspekten der Übertragung und Gegenübertragung. „Wie geht der Patient mit mir um?“ und „Welche Person soll ich im Leben des Patienten spielen?“ bzw. „Welcher Konflikt im Leben des Patienten wird hier mit mir re-inszeniert?“ sind dabei zentrale Fragen. In der Beziehung zwischen Arzt und Patient können Störungen auftreten, die das ärztliche Handeln und den Heilungsverlauf beeinträchtigen. Ein wichtiges Anliegen Balints war, den Haus- und Fachärzten eine psychosomatische Kompetenz zu vermitteln und einen Wandel von der Krankheitsorientierung hin zu einer Patientenorientierung zu bewirken.

Heute sind Balintgruppen ein fester Bestandteil der gynäkologischen Facharzt-Weiterbildung und verpflichtend für die Abrechnung der Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung.

Die Deutsche Balintgesellschaft (www.balintgesellschaft.de) formuliert folgende Ziele der Teilnahme an Balintgruppen:

- Das Erkennen der therapeutischen Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung
- Besseres Verständnis der Patienten
- Leichter Zugang zu Problempatienten
- Verordnung und Wirkung der „Droge Arzt“
- Erkennen der eigenen Gefühle gegenüber den Problempatienten
- Lernen des sensiblen Zuhörens
- Besseres Erfassen von körperlichen und seelischen Anteilen einer Krankheit um Sinne einer Gesamtdiagnose
- Entlastung des Arztes von Inanspruchnahme außerhalb der Sprechstunden durch vertrauensvollere Arzt-Patient-Beziehung.

Die Gruppen bestehen in der Regel aus acht bis zwölf Ärzten/ -innen und werden von einem Balint-Gruppenleiter geführt, der über eine psychotherapeutische Zusatzausbildung verfügt und bei der Balintgesellschaft als Gruppenleiter anerkannt sein muss. Inzwischen beschränken sich diese Seminare nicht mehr nur auf die allgemeinpraktisch tätigen Ärzte. Ärzte aller Fachrichtungen und auch bereits Medizinstudenten nutzen diese Fortbildungsmethode.

Supervision

Der Begriff Supervision wird zum einen für die Führung, Beratung und Kontrolle durch Vorgesetzte verwandt (administrative Supervision) und zum anderen als psychotherapeutische Supervision und Supervision in der Sozialarbeit (clinical Supervision). Bei der klinisch eingesetzten Supervision werden Einzel- vs. Gruppensupervision sowie Fach- vs. Teamsupervision unterschieden. **Gegenstand der Supervision** sind in der Regel berufliche Zusammenhänge, die unter emotionalen und beziehungsorientierten Gesichtspunkten besprochen werden können. Dabei geht es sowohl um die Bewältigung beruflicher Aufgaben als auch um die Erhaltung psychischen Wohlbefindens. Individuell lassen sich in der Supervision dabei sehr unterschiedliche Schwerpunkte setzen. In der **Einzel- und Gruppensupervision** können aktuelle Belastungen, aber auch Motivationen, Ziele und berufliche Pläne in den Fokus genommen werden. Aktuelle Belastungen können sich dabei auf konkrete berufliche Aufgaben, aber auch auf persönliche und private Probleme beziehen. Gerade im Einzelsetting ergibt sich zumeist eine Mischung aus fachlicher und persönlich-privater Supervision. In der Gruppensupervision wird das Supervisionsziel zu Beginn klar definiert. Die **Fach- bzw. Fallsupervision** ist dabei häufig ähnlich konzipiert wie eine Balint-Gruppe, kann aber auch Themen über die Patientenversorgung hinaus betrachten. Die **Teamsupervision** hingegen macht die Zusammenarbeit und Beziehungen innerhalb eines Teams (Stationsteam, Assistenzärzte etc.) zum Thema. Dabei können Lern-, Veränderungs- und Entwicklungsprozesse begleitet und optimiert werden.

Intervision

Unter Intervision versteht man eine kollegiale Fallberatung mit ähnlichen Zielen wie bei der Supervision. Es können Moderatoren reihum benannt werden. Auch ein sehr strukturiertes Vorgehen ist möglich aber nicht zwingend. Strukturierte kollegiale Beratung sieht beispielsweise das Heilsbronner Modell vor (www.josefstal.net/kollegiale-beratung/).

Coaching

Ursprünglich wurde das Wort „Coach“ dem Trainer im sportlichen Bereich entliehen, der zusätzlich als Begleiter und Motivator verantwortlich für die Weiterentwicklung der sportlichen wie mentalen Fertigkeiten seines „Coachees“ ist. Als individuelle Begleitung und Beratung in Hinblick auf Persönlichkeitsentwicklung und Fortkommen im professionellen Bereich hielt das Coaching Einzug in wirtschaftliche Managementsysteme. Im Gegensatz zur Psychotherapie setzt das Coaching bei seinen „Kunden“ funktionierende Selbstregulationsprozesse voraus, auf denen weitere Entwicklungsprozesse aufbauen können. Diese Prozesse werden individuell und wertneutral begleitet durch Beratung, persönliches Feedback und gezielte Trainingseinheiten. Gerade im Gesundheitswesen-Management wird Coaching eingesetzt, um z.B. leitende Klinikärzte bei ihren sehr unterschiedlichen Anforderungen und Aufgaben zu unterstützen. Dabei wird die persönlich-private Situation der Führungskräfte nach Bedarf mit berücksichtigt.

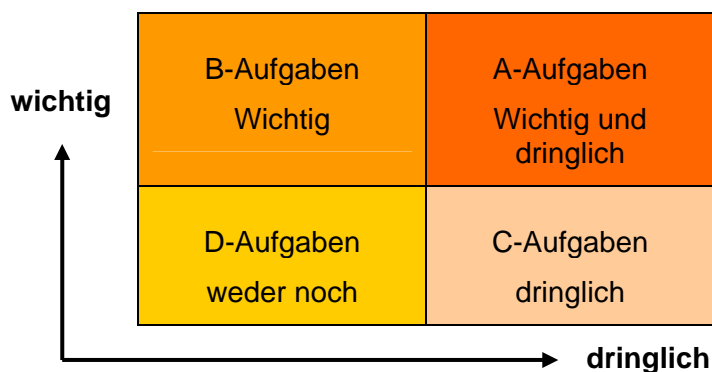
Zeitmanagement

Ärzte haben nie genug Zeit - für die Patienten, für Fortbildungen, für das persönliche Wohlbefinden, Sport, Entspannung, gesunde Ernährung, für die Familie und den Freundeskreis. Trotzdem werden im Gegenteil zum Managementbereich in der Wirtschaft für Ärzte selten Zeitmanagement-Seminare angeboten. Gleichzeitig ist aber bekannt, dass Zeitmangel zu Stress und innerlichem Druck führt, was langfristig wiederum zu

psychosomatischen und auch somatischen Erkrankungen bis hin zum Burn-out-Syndrom oder einer Suchtproblematik, aber zumindest zu großer Unzufriedenheit führen kann.

Zeitmanagement beinhaltet nicht nur eine bestimmte Technik, sondern hängt auch mit der persönlichen Lebensführung, Selbstorganisation und –disziplin zusammen (vgl. auch (von Fournier 2000). Um zu einem guten Zeitmanagement zu kommen, müssen eigene Ziele, kurz- wie langfristige, konkretisiert, am besten formuliert und aufgeschrieben und dann nach Prioritäten geordnet werden. Der häufigste Fehler besteht in der vorrangigen Erledigung kleinerer aber leichter Aufgaben, die zu sofortigen kleinen Erfolgserlebnissen führen, und dem ständigen Aufschieben der eigentlich wichtigen Aufgaben, die dann letztlich in Eile erledigt werden müssen. Der amerikanische Präsident D. Eisenhower entwickelte für seine Aufgaben ein Schema, das er mit den Dimensionen „wichtig“ und „dringlich“ versah (s. Abbildung 2).

Abbildung 2: Zeitmanagement nach dem Eisenhower-Prinzip (adaptiert nach von Fournier et al. 2000)



Die Aufgaben mit der höchsten Priorität sind die A-Aufgaben, da diese wichtig und dringlich sind. Häufig befinden sich hierunter Aufgaben, die einst B-Aufgaben waren, wichtige aber noch nicht dringliche Aufgaben, die nicht zeitig in Ruhe und ohne Stress erledigt wurden und somit in die A-Kategorie gerutscht sind und aktuell viel Druck verursachen. C-Aufgaben sind solche Arbeiten, die weniger wichtig sind, aber dringlich erscheinen bzw. sind. Häufig werden tagelang nur C-Aufgaben erledigt, vor allem wenn jemand Schwierigkeiten hat, Bitten und Aufforderungen abzuschlagen und auch mal Nein zu sagen. Die vierte Kategorie besteht aus D-Aufgaben, die weder wichtig noch dringlich sind und uns gerne von Wichtigem abhalten (Fensterputzen statt für die Prüfung zu lernen, Adressverzeichnis aktualisieren statt den Vortrag vorzubereiten etc.).

Untersuchungen zur Arbeitsorganisation haben gezeigt, dass mit 20% der für eine Aufgabe aufgewendeten Zeit 80% der Ergebnisse erzielt werden. Die übrigen 80% der Zeitaufwendung bringen lediglich 20% der Ergebnisse. Vor allem gelten diese Zahlen für Telefonate und Besprechungen, bei denen viel Zeit eingespart werden könnte (von Fournier 2000).

Ein häufiger Fehler im Zeitmanagement ist die vollständige Verplanung der zur Verfügung stehenden Zeit. **Unvorhergesehenes** wird nicht eingeplant, kommt aber gerade in der Medizin in hohem Anteil vor (Notfälle, dringende Hausbesuche etc.). Eingeplant werden sollte auch eine Zeit der „Ungestörtheit“, z.B. eine feste Stunde am Tag, in der die wichtigen (noch nicht dringlichen) B-Aufgaben geschützt vor Telefonaten, Piepsern, Anklopfen etc. erledigt werden können.

Nähe / Distanz

Empathische Nähe zur Patientin einerseits und professionelle Distanz im Arzt-Patientinnen-Kontakt andererseits sind nur scheinbar widersprüchliche Forderungen.

Empathie und professionelle Distanz schließen sich nicht aus, im Gegenteil, es sind beides Aspekte einer gut gelungenen Kommunikationsstrategie.

Empathie bedeutet, sich auf die Patientin einzulassen, ihre Gefühle nachempfinden zu können und dies auch zum Ausdruck zu bringen. Das bedeutet aber nicht, persönlich mit zu leiden, so wie man es beispielsweise bei einem Freund oder Familienangehörigen tun würde. Professionelle Distanz bedeutet andererseits nicht, dass man kühl und zurückhaltend auftreten muss, sondern es bedeutet nur, dass man zu der Patientin keine persönliche Beziehung aufnimmt, also auch keine gefühlsmäßig persönliche Beziehung. Dies ist insbesondere wichtig, um den Arzt selber zu schützen vor nicht auszuhaltenden gefühlsmäßigen Verwicklungen und Konflikten und ihm andererseits den Blick auf eine professionelle Sichtweise, die für schwierige Entscheidungen nötig ist, zu verstellen.

Vielleicht sollte aber gerade in diesem Kontext darauf hingewiesen werden, dass **persönliche Gefühle wie Sympathie und Antipathie** auch Ärzten nicht fremd sein müssen; würde man fordern, dass sie nicht vorkommen dürfen, wäre das sicher weltfremd und unrealistisch. Die Professionalität zeigt sich dann aber im Umgang mit solchen Gefühlen, dass man zum Beispiel eine Patientin möglichst nicht merken lässt, wenn sie persönlich nicht auf so viel Sympathie stößt und umgekehrt eine besonders sympathische, ansprechende Patientin zwar freundlich, aber nicht überschwänglich und distanzlos behandelt. Oft ist es eine Gratwanderung, weil ja auch die Patientin sich ihrerseits verhält, agiert und reagiert, so dass es sich um ein ständiges **Wechselspiel in der Kommunikation** zwischen Arzt und Patientin handelt. Sicher gelingt nicht immer eine optimale Kommunikation; wenn das der Fall ist, sollte man aber in der Lage sein, sich selbst zu reflektieren und herauszufinden, was dazu beigetragen hat. Dies ist besonders wichtig, wenn man merkt, dass man Probleme mit den Aspekten Nähe und Distanz hat – das kann zuviel Nähe, aber auch zuviel Distanz sein.

Gerade in den ersten Berufsjahren können turbulente berufliche Situationen entstehen – je nachdem, mit welcher speziellen Gesprächssituation oder auch psychischen Konstellation der Patientin man es zu tun hat. Dabei einen professionellen eigenen Stil zu finden, der aber gleichzeitig der Patientin das Gefühl der empathischen Zuwendung vermittelt, kann auch gefördert werden, wenn man Kollegen beobachtet – was machen diese gut oder was machen diese gerade nicht gut –, aber auch, wenn man Patientinnen zuhört. Viele Patientinnen haben unangenehme Begebenheiten in der Kommunikation mit Ärzten zu berichten, wie sie beispielsweise unsensibel und harsch behandelt wurden. Dies mögen im Gesamtkontext beispielsweise einer onkologischen Erkrankung Kleinigkeiten sein, für die Patientin bleiben es aber unter Umständen negative Erinnerungen, die sie kaum ausblenden kann. Dies ist auch unter dem Aspekt wichtig, dass das ärztliche Verhalten, gerade bei solchen chronischen Erkrankungen wichtig ist für das Gesamtgefühl, gut oder schlecht behandelt zu werden. Und auch die Möglichkeit der Traumatisierung durch bestimmte Handlungsabläufe oder ärztliches Verhalten sollte nicht vergessen werden. Eine weitere Möglichkeit, im Umgang mit Patientinnen etwas hinzu zu lernen, besteht darin, selbst sehr bewusst wahrzunehmen, wie man sich als Patient – also in der umgekehrten Rolle – fühlt: Macht es einem nicht selber eine Menge aus, wenn man kurz angebunden abgefertigt wird, lange warten muss, halb angezogen in einem Durchgangsraum sitzt und auf eine Untersuchung wartet? Selbstreflexion und Austausch mit anderen Kollegen helfen ebenfalls weiter.

Ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit Nähe und Distanz ist das Thema **Grenzüberschreitungen**, was nicht nur in der Psychotherapie, sondern in der ärztlichen Behandlung insgesamt, ein wichtiges Thema ist. Naturgemäß müssen Frauenärzte da besonders sensibel und vorsichtig sein. Grenzüberschreitungen können übrigens auch bereits unbedachte verbale Äußerungen sein.

Umgang mit Kritik und Fehlern

Dem Robert-Koch-Institut zufolge kommt es jährlich in Deutschland zu etwa 40.000 Vorwürfen wegen vermuteter medizinischer Behandlungsfehler vor. Bei rund 30% werden die Fehler gerichtlich anerkannt, dies entspricht etwa 12.000 pro Jahr. Vor allem gegen die operativen Disziplinen und Krankenhausärzte richten sich die Fehlervorwürfe. Als Gründe für die Entstehung von medizinischen Behandlungsfehlern werden vorrangig organisatorische Defizite, Dokumentationsdefizite und nicht optimal geeignete Behandlungseinrichtungen genannt.

Gerade in Deutschland wird immer wieder der Vorwurf einer „schlechten Fehlerkultur“ laut. Die Einrichtung von anonymen Meldesystemen, Fehlerkonferenzen in Krankenhäusern und Fortbildungen zum Thema ärztliche Fehlerkultur sollen diesen Vorwürfen entgegenwirken. Auch die flächendeckende Einführung von Qualitätssicherungsinstrumenten und Qualitätsmanagement in ärztlichen Praxen und Krankenhäusern soll zur Senkung der Fehlerzahlen beitragen. Die Entwicklung von Leitlinien der Fachgesellschaften soll die objektive Beurteilung und Begutachtung von Schadens- und Fehlervorwürfen erleichtern.

(Schwappach and Koeck 2004) haben Faktoren untersucht, die das Verhalten und das Urteil von Patienten und ihrer Angehörigen nach einem medizinischen Fehler beeinflussen. Ihre Internet-Befragung von 1.017 Personen ergab, dass der wichtigste Faktor dafür, welche Maßnahmen die Patienten nach einem medizinischen Fehler ergreifen, in der Schwere des Schadensereignisses liegt. Gleichzeitig zeigte die **Verhaltensweise des Arztes** einen großen Einfluss auf das weitere Geschehen. Die Forderung nach strengen Sanktionen für den Arzt sank um 59%, wenn dieser sich ehrlich, einfühlsam und verantwortlich im Umgang mit dem schwerwiegenden Fehler und dem Betroffenen verhielt. Die klare Anerkennung eines Fehlers seitens des Arztes und die Entschuldigung dafür waren für die Befragten ganz wesentliche Faktoren, die die negativen Urteile senkten. Zweideutige Aussagen und die Implizierung einer "Mitverantwortung" des Patienten am Geschehen führten eher zu einer negativen Bewertung.

Auch andere Studien zeigen, dass die meisten Patienten durchaus akzeptieren, dass Fehler passieren und dass die Forderungen nach Sanktionen in hohem Maß von der Haltung und dem Auftreten des Arztes abhängen.

Für den persönlichen Umgang mit eigenen Fehlern ist es wichtig, zunächst einmal anzuerkennen, dass jeder (auch man selbst) Fehler macht, dass man aus Fehlern lernen kann und dass ein zugegebener Fehler weniger schwer wiegt als ein verheimlichter. Vor allem in Krankenhäusern sollte es immer zu einer **unmittelbaren Fehlermeldung an den Vorgesetzten** kommen, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Bei schwerwiegenden Fehlern muss auch die Haftpflicht-Versicherung sofort informiert werden. Dann sollten in einer möglichst offenen und einfühlsamen Weise mit der Betroffenen der Fehler und die daraus resultierenden Konsequenzen besprochen werden. Wichtig ist, dass die Betroffene erkennt, dass es dem Arzt wirklich leid tut und er sich entsprechend entschuldigt. Positiv wirkt, wenn der Arzt oder der Chefarzt persönlich sich in der Folge intensiv um die Patientin kümmert.

Klare Verantwortungsübernahme und eine Entschuldigung bei fehlerhaftem ärztlichen Verhalten oder Missgeschicken im Stationsalltag gehören zum professionellen

Fehlermanagement. Patientinnen können unter diesen Umständen viel besser mit den Folgen umgehen („auch Ärzte sind Menschen und machen Fehler“) und greifen seltener zu juristischen Schritten.

Manchmal geht es aber nicht einmal um schwere oder auch leichtere Behandlungsfehler, sondern um durchaus richtige Behandlungsschritte, die trotzdem mit erheblichen Schmerzen oder Leid für die Patientin verbunden waren, wie z.B. vaginal-operative Maßnahmen unter der Geburt. Auch in solchen Fällen kann es sich auf das Arzt-Patientinnen-Verhältnis positiv auswirken, wenn der Arzt dieses Leid anerkennt und sein Mitfühlen deutlich macht, ohne dass es um Schuldzugeständnisse geht („Es tut mir leid, dass wir in dieser Situation so handeln mussten, aber die Herztöne ihres Kindes wurden bedrohlich schwach.“ oder „Die Behandlung ist sicherlich anders verlaufen als Sie und wir uns das gewünscht hätten, die Befunde machten dieses Vorgehen aber nötig.“). Unter Umständen lässt sich so verhindern, dass eine Patientin eine Situation als traumatisch erlebt und längerfristig mit den Folgen zu kämpfen hat.

Kommunikation im Team

Kommunikation im Team und insbesondere der Umgang mit anderen Berufsgruppen (beispielsweise Hebammen, Pflegepersonal) bereitet manchmal Schwierigkeiten. Überall, wo Menschen zusammenarbeiten, kann es zu Konflikten und ausgesprochenen oder unausgesprochenen Aggressionen kommen. Werden solche Probleme nicht offen ausgetauscht, sondern schwelen weiter, führt dies nicht selten zur intensiven gedanklichen und zeitlichen Okkupation der Beteiligten, weil immer wieder darüber geredet wird, was der andere gerade gesagt, getan oder auch nicht getan hat. Gerade wenn man neu in ein Team hineinkommt, also zunächst der Außenseiter ist, befindet man sich als Arzt unter Umständen in einer schwierigen Situation – insbesondere, wenn man als junger Arzt, der gerade von der Universität kommt, erfahrenen Schwestern und Pflegern gegenübersteht. Für alle im Team auftretenden Konflikte – egal ob offen oder unterschwellig – gilt die Empfehlung, dass durch das offene Ansprechen („thematisieren“) in der Regel ein gemeinsamer Weg gefunden werden kann, einen solchen Konflikt zu entschärfen. Hierbei bewähren sich sogenannte **ICH-Botschaften**, die möglichst situationsbezogen formuliert werden („Ich fühlte mich gestern bei der OP-Zuteilung übergangen.“). Verallgemeinernde DU-Botschaften („Sie übergehen mich immer bei der OP-Liste“) sind meist weniger zielführend. Eher wenig Emotionalität und damit **mehr Sachlichkeit** („Ich merke, dass es im Team gewisse Unzufriedenheiten gibt. Ich würde gerne mit Ihnen einmal darüber reden...“) erhöht die Bereitschaft zum Gespräch. Gerade in solchen Situationen ist es von besonderer Bedeutung, dass es nicht zu einem Austausch von Vorwürfen und Gegenvorwürfen kommt. Wird man auf Dinge hingewiesen, die vielleicht nicht gut gelaufen sind oder die bei den anderen nicht gut ankommen, sollte nicht die erste Reaktion die „Verteidigung“ sein (also **keine „Ja-aber...- Sätze“**). Selbst wenn man das anders sieht, kann man zunächst einmal die Aussage des anderen zur Kenntnis nehmen, diese vielleicht später noch einmal durchdenken. Äußerungen wie „Ich wusste nicht, dass Sie das so wahrnehmen...“, ich werde mich bemühen, in Zukunft besser darauf zu achten...“ können die ganze Situation sehr entspannen.

Konflikte im Team sind manchmal dadurch vermeidbar, dass man den anderen Berufsgruppen trotz aller Hierarchieunterschiede und Weisungsbefugnis eine ihrer Erfahrung entsprechende **Wertschätzung** entgegenbringt. Jeder Arzt hat in seiner Ausbildung die Erfahrung gemacht, dass man von dem umfangreichen Wissen und der Praxisorientierung des Pflegepersonals sehr gut profitieren kann. **Wertschätzung bedeutet aber nicht Distanzlosigkeit** und muss auch nicht kumpelhaften Umgang bedeuten. Im Gegenteil, solche Verhaltensweisen werden auch im Team nicht selten als Grenzüberschreitungen gewertet und führen zu erneuten Irritationen.

Bei Konflikten im Team ist das frühzeitige Thematisieren (Ansprechen) hilfreich für den Abbau eigener Negativgefühle und Aggression. Missverständnisse können so oft vermieden werden.

Das hier Gesagte gilt natürlich nicht nur für die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen, sondern auch für den Umgang mit anderen ärztlichen Kollegen. Statt sich immer wieder über irgendetwas zu ärgern („Mit ihren schönen Augen schafft die Kollegin es immer, vom Chef zu den Operationen hinzugeholt zu werden und mir bleiben nur die Hilfsarbeiten. Ich werde meinen OP-Katalog nie voll bekommen.“) sollte man **frühzeitig das Gespräch suchen**. Versucht man, solche Punkte mit Kollegen anzusprechen, so wird man oft feststellen, dass ganz andere Beweggründe und Motivationen hinter bestimmten Handlungen oder Verhaltensweisen stehen und dass dann von der anderen Seite auch die Bemühung kommt, etwas an der Situation zu ändern.

Neben der Entspannung der Arbeitsatmosphäre für alle Beteiligten führt im Übrigen das **offene Ansprechen von Problemen** dazu, dass man das innere Aufstauen von Aggressionen vermeidet, die einen gedanklich beschäftigen, die man „mit nach Hause nimmt“ und die das Lebensgefühl sehr negativ beeinflussen können, bis hin zum Burnout. Spricht man Probleme früh an, nämlich dann, wenn man merkt, dass sie einen länger als eigentlich gewünscht beschäftigen, trägt das auch zur eigenen Entlastung bei. Baldiges Ansprechen kann in diesem Sinne als positive Maßnahme für die „Psychohygiene“ gelten.

Grenzüberschreitungen im Arzt-Patientinnen-Kontakt

Es versteht sich von selbst, dass im Kontakt und Verhalten gegenüber Patientinnen von ärztlicher Seite bestimmte Grenzen nicht überschritten werden – weder in körperlicher, noch in psychischer Hinsicht. Dennoch kommen solche Ereignisse vor, weshalb es nicht nur berufsrechtliche sondern auch strafrechtliche Konsequenzen haben kann. Insbesondere **Grenzüberschreitungen in der Psychotherapie**, d.h. also die Aufnahme persönlicher Beziehungen mit Patientinnen in der Psychotherapie, wurden vor wenigen Jahren als Straftatbestand gesetzlich neu geregelt (§ 174c StGB). Dabei sind insbesondere Personen geschützt, die an einer geistigen Behinderung oder seelischen Erkrankung leiden (wie etwa Patientinnen mit Depressionen, Angsterkrankungen, Psychosen, emotional-instabiler Persönlichkeit etc.) und deshalb in Behandlung sind. Strafbar sind aber alle Handlungen, die von Seiten eines Arztes oder Psychotherapeuten **unter Ausnutzung eines Abhängigkeitsverhältnisses** vorgenommen werden, unabhängig davon, ob die Patientin „einverstanden“ ist. Dabei gilt auch die Arzt-Patientinnen- bzw. Psychotherapeut-Patientinnen-Beziehung als Abhängigkeitsverhältnis. Werden Handlungen **gegen den Willen der Patientin** vorgenommen, ist das natürlich erst recht strafrechtlich relevant.

Um nicht in Schwierigkeiten zu geraten, sollte die Regel gelten, dass private Beziehungen mit Patientinnen grundsätzlich nicht entstehen sollten. Natürlich gelten für den „Landarzt“, der in eine dörfliche Gemeinde integriert ist und daher unweigerlich auch Patientinnen aus seinem privaten Bekanntenkreis hat, etwas großzügigere Voraussetzungen. Auf keinen Fall darf man aber Wissen aus Patientenkontakten zur Herstellung privater Beziehungen benutzen, wie etwa die Telefonnummer einer Patientin aus der Akte entnehmen und sie nach der Entlassung anrufen. Auch wenn die Initiative von der Patientin ausgeht, sollte man die Grenze zu einer professionellen Distanz nicht überschreiten. Gerade als Frauenarzt mit der naturgemäß großen körperlichen Nähe ist dies von besonderer Bedeutung.

Gerät man als Arzt trotz aller Zurückhaltung in eine Konfliktsituation, weil man sich beispielsweise gefühlsmäßig zu sehr auf eine Patientin eingelassen hat, sollte man sich Hilfe holen – z.B. bei einem erfahrenen Kollegen, einem Supervisor oder auch unter Wahrung der

Anonymität der Patientin in der Balintgruppe. Die Lösung kann allerdings nicht darin liegen, die Behandlung der Patientin an einen Kollegen abzugeben und sich dann zur Intensivierung der Beziehung frei zu fühlen.

Liebeswahn der Patientin / Stalking

Grenzüberschreitungen können auch von Seiten der Patientin vorkommen, z.B. als Versuch, eine persönliche Beziehung aufzubauen bzw. den Arzt zu privater Kontaktaufnahme zu ermutigen. Es versteht sich von selbst, dass man im professionellen Umgang mit solchen Versuchen Zurückhaltung üben und Distanz einhalten sollte. Allerdings gibt es auch Frauen, die sich in den Arzt „verlieben“, was sich dann als immer zudringlicheres Verhalten bis hin zum Liebeswahn äußern kann. Verhalten, wie es auch als Stalking bezeichnet wird, kann die Folge sein: Trotz aller klaren Zurückweisungen interpretiert die Betroffene jede Äußerung – egal ob freundlich oder aggressiv und ablehnend als Beweis für die Zuneigung des Arztes und belästigt ihn durch Telefonanrufe, Geschenke, Besuche, aber auch Verleumdungen oder sogar Anrufe bei seiner Ehefrau.

Seit 2007 ist das Stalking in Deutschland unter Strafe gestellt; man kann also eine Stalkerin anzeigen und sollte dies auch tun. Handelt es sich um eine Frau mit Liebeswahn, hat man ebenfalls keine andere Möglichkeit der Reaktion. Von den Strafermittlungsbehörden muss dann ggf. eine psychiatrische Begutachtung beauftragt werden mit der Frage der Schuldfähigkeit der Betroffenen (s. oben).

Um möglichst gar nicht in eine solche Situation zu kommen, sollte man allen Versuchen von Patientinnen in Richtung Grenzüberschreitung mit zurückhaltender Neutralität entgegen. Bemerkt man ein Problem im Kontakt mit einer Patientin, kann es sinnvoll sein, einen Kollegen zu bitten, sich weiter um diese Patientin zu kümmern. Lassen sich Kontakte nicht vermeiden, sollte man den Boden der freundlichen, aber distanzierten Neutralität nicht verlassen.

Literatur und Links

Weiterführende Literatur:

Knoblauch J, Wöltje H. Zeitmanagement Taschenguide. München: Haufe, 2006

Mäulen B. Ärztegesundheit. München: Urban & Vogel, 2006

Schweickhardt A, Fritzsche K. Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2007

Thill KD. TimeCheck-Analyse für die Arztpraxis. Vom Zeitfrust zum Zeitmanagement in 8 Schritten. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2003

Links:

www.balintgesellschaft.de

www.vpk.eu

Burn-out-Hotline der Vereinigung Psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK)

www.aerztinnenbund.de

Burn-out-Hotliene des Deutschen Ärztinnenbundes

www.oberbergkliniken.de

Suchtkliniken für Ärzte

www.josefstal.net/kollegiale-beratung/

Konzept zur strukturierten Intervention

www.jeder-fehler-zaehlt.de

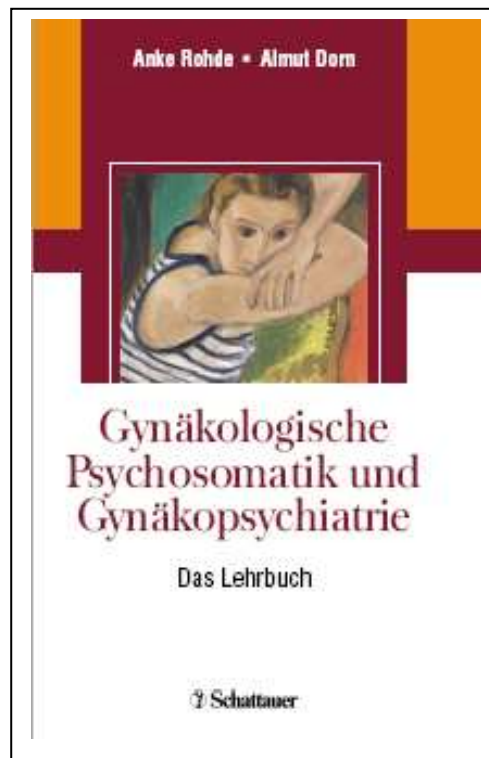
Fehlerberichts- und Lernsystemseite für Hausarztpraxen, auf der niedergelassene Ärzte Fehler und Beihnahe-Fehler berichten können

Literaturverzeichnis

- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP (2000) SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 5:302-311
- Bergner T (2004) Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe - Burn-out bei Ärzten. *Deutsches Ärzteblatt* 101:B1866-1868
- Gebuhr K (2002) Die vertragsärztliche Gegenwart im Lichte des Burnout-Syndroms; Die wirtschaftliche Entwicklung und die ärztliche Selbstverwaltung in der vertragsärztlichen Meinung (Brendan-Schmittmann-Stiftung). www.nav-virchowbund.de
- Reimer C, Jurkat H, Mäulen B, Stetter F (2001) Zur Problematik der Suchtgefährdung von berufstätigen Medizinern. *Psychotherapeut* 46:376-385
- Rohde A, Marneros A (2001) Die vielen Gesichter der Depression. UNI-MED, Bremen
- Rottenfuß R (1999) Viele Kassenärzte fühlen sich ausgebrannt. *Deutsches Ärzteblatt* 96:A610--613
- Ruebsam-Simon E (2002) Veränderung beginnt im Kopf - Arztberuf in der Krise. *Deutsches Ärzteblatt* 99:A2840-2844
- Schwappach DL, Koeck CM (2004) What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *Int J Qual Health Care* 16:317-326
- von Fournier C (2000) Fest umrissene Ziele und klare Prioritäten - Zeitmanagement. *Deutsches Ärzteblatt* 97:A2374-2377

Kontaktanschrift:

Prof. Dr. med. Anke Rohde
Gynäkologische Psychosomatik
Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn
e-mail: anke.rohde@ukb.uni-bonn.de



Erscheinungsdatum: Oktober 2007