

Ein methodologischer Vorschlag zum Gespräch zwischen Arzt und Patient

## Wiederbelebung – ja oder nein: Was sagt der Patient\* dazu?

Riccardo Ghelli,  
Andreas U. Gerber

Der im Spital tätige Arzt sieht sich täglich mit der Frage nach dem Reanimationsentscheid seiner Patienten konfrontiert. Bleibt die entsprechende Rubrik in der Pflegedokumentation eines Patienten unausgefüllt, so wird er schon auf der ersten Patientenvsichte darauf aufmerksam gemacht, dass die Pflegefachpersonen diesbezüglich eine ärztliche Verordnung erwarten.

Der Arzt entscheidet in dieser Situation nach bestem Wissen und Gewissen – meist recht subjektiv, dies mangels verlässlicher Daten aus der einschlägigen Literatur. Gelegentlich kommt es zu einem Teamentscheid unter Miteinbezug der Pflegenden. Allzu selten wird jedoch der betreffende Patient aktiv miteinbezogen in diese für ihn alles bedeutende Frage.

Aus ärztlicher Sicht gibt es unterschiedliche Gründe, warum ein Patient, v. a. ein Schwerstkranker, nicht um seine Wünsche bezüglich Reanimation befragt wird. Neben fachlichen und sachlichen Argumenten herrscht jedoch v. a. bei Spitalärzten häufig die Meinung vor, der Patient werde durch solche Fragen brüskiert, verunsichert, verängstigt, dies insbesondere dann, wenn er schon bei Spitaleintritt mit einer solchen Frage konfrontiert wird.

Diese Meinung ist nicht belegt. Eine an der Medizinischen Klinik des Spitalzentrums Biel durchgeführte Patientenbefragung im Rahmen einer Dissertation (Riccardo Ghelli) [2] weist sogar eindrücklich darauf hin, dass diese Meinung falsch ist.

Die Patientenbefragung erfolgte in der genannten Dissertation meist anlässlich des (häufig notfallmässigen) Spitaleintrittes. Es wurden 102 Patienten auf standardisierte Art nach ihren allgemeinen Erwartungen an die Spitalärzte und ebenso nach ihren Wünschen bezüglich einer möglicherweise notwendigen Reanimation befragt. Das Gespräch wurde vom zuständigen Arzt und – unabhängig von diesem – auch vom betroffenen Patienten selber schriftlich dokumentiert –, wobei insbesondere Alterspatienten z. T. Hilfe benötigten. Bei Spitalaustritt erfolgte bei 85 (83 %) dieser Patienten eine Nachbefragung darüber, wie sie das initiale Gespräch und die Befragung mittels initialen Fragebogens empfunden hatten. Das

### Réanimation – oui ou non: quelle est la volonté du patient?

Une sous-commission de l'Académie suisse des sciences médicales a récemment mis en consultation les nouvelles directives concernant les décisions de réanimation qu'elle venait d'élaborer [1]. Ces directives invitent les médecins, soignants et thérapeutes à intégrer les patients dans la prise de décision et à aborder avec eux le sujet de la réanimation. En l'occurrence, il s'agit souvent d'un entretien difficile et chargé d'émotions. Partant d'une simple enquête auprès de patients, nous présentons quelques réflexions et un fil conducteur sur la façon de mener un tel entretien; nous faisons également une proposition pour documenter la décision de réanimation dans le dossier du patient.

Resultat war sehr informativ: Von den nachbefragten Patienten äusserten sich 85 % positiv, zum Teil sogar sehr erleichtert darüber, dass bei ihrem Spitaleintritt ein solches Gespräch geführt worden war.

In der oben erwähnten Studie erfolgte die Befragung erst, nachdem das ganze Ärzteteam eine Selbstschulungs- und -erfahrungsphase zur einschlägigen Gesprächstechnik durchgemacht hatte. Auf negatives Echo stiess die Befragung fast nur dann, wenn ein Fragebogen ohne das zugehörige einfühlsame Standardgespräch abgegeben worden war, sowie bei jenen Ärzten, welche erst nach der Schulungs- und Erfahrungsphase zum Team gekommen waren. Die Schlussfolgerung dieser Patientenbefragung ist naheliegend: Für das positive Echo auf die Erfragung der Patientenerwartungen und -wünsche ist die Befragungstechnik entscheidend.

Wie die Anamnesetechnik so kann auch jene Befragungstechnik erlernt werden, welche das Erfassen des Patientenauftrages und die Erwartungen des Patienten im Hinblick auf eine lebensbe-

\* Zur Erleichterung der Lesbarkeit steht im ganzen Text die männliche Form stellvertretend auch für weibliche Personen

#### Interessenbindung:

Wissenschaftlicher Mitarbeiter,  
Institut Dialog Ethik, Zürich;  
Einzelmittglied der Schweizerischen  
Akademie der Medizinischen  
Wissenschaften

#### Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Andreas U. Gerber  
Facharzt für Innere Medizin FMH  
und für Infektiologie FMH  
Burgfeldstrasse 21  
CH-3400 Burgdorf  
Tel. 034 422 66 40 / 079 224 60 08

augerber@bluewin.ch

drohliche Situation zum Ziel hat. Auf Wunsch zahlreicher, vor allem jüngerer Kollegen haben wir in der Folge eine Wegleitung erstellt, welche den Einstieg in das Reanimationsgespräch erleichtern und als Anregung dienen kann. Die Gesprächstechnik selber kann sie nicht ersetzen. Diese muss gelehrt, gelernt und geübt werden. Die einschlägige Gesprächstechnik gehört unseres Erachtens nicht nur in die Grundausbildung jedes klinisch tätigen Arztes. Auch im klinisch-ärztlichen Alltag muss sie immer wieder bewusst praktiziert werden. Wir nehmen die Vernehmlassung der medizinisch-ethischen Richtlinien zum Thema der Reanimationsentscheide zum Anlass, unsere Wegleitung möglichst vielen Kollegen zur Verfügung zu stellen. Zusätzlich machen wir einen Vorschlag, wie der Reanimationsentscheid in der Patientendokumentation schriftlich festgehalten werden kann.

#### **Vorschlag zur Erfassung des Patienten-auftrages und zur Frage der Reanimation**

Für eine optimale Betreuung eines Patienten ist unumgänglich, dass wir Ärzte den «Patientenauftrag», das heisst die Erwartungen des Patienten an uns Ärzte, kennen und verstehen. Der Arzt muss zusätzlich prüfen, ob die Erwartungen des Patienten realistisch sind. Die folgende Wegleitung soll dem jungen Arzt helfen, ein solches Gespräch zu führen. Das Resultat eines solchen Gespräches ist selbstverständlich nicht statisch. Ein einmal dokumentiertes Gespräch kann aber immer wieder eine Hilfe sein dafür, erneut in ein ähnliches Gespräch «einzusteigen».

Insbesondere bei schwerkranken Patienten sind ein solches Gespräch und dessen Dokumentation in der Krankengeschichte resp. im Austrittsbericht wichtig und hilfreich. Häufig erfordert das Gespräch nicht viel Zeit (Richtzeit etwa 10 bis max. 15 Minuten), es erfordert jedoch eine gewisse Ruhe (Sucher abstellen) und ebenso, dass das «Setting» (im weitesten Sinn die «Umgebung») stimmt. Nach einem Erstgespräch müssen ähnliche, oft kürzere Gespräche (insbesondere auch auf Wunsch des Patienten) wiederholt geführt werden. Schliesslich ist von ausschlaggebender Bedeutung, dass der Arzt für solche Gespräche das nötige Interesse und die nötige Empathie mitbringt. Beides stellt sich mit zunehmender Gesprächskompetenz auf fast selbstverständliche Weise ein.

Folgende Hinweise bzw. folgender Gesprächs-ablauf können hilfreich sein. Diese müssen und sollen jedoch nicht in jedem Fall Punkt für Punkt umgesetzt werden. In der Praxis erwirbt man schnell zahlreiche natürliche, auf den jeweiligen Patienten abgestimmte Varianten.

#### **Grundregel**

Das Gespräch sollte nach einer entsprechenden Einleitung (Aufbau der Arzt-Patienten-Beziehung) am besten nach einer Anamneseerhebung und nach der Erhebung des klinischen Status geführt werden. Der Arzt

- fasst im Sinne einer Einführung die vom Patienten geschilderten gesundheitlichen Probleme zusammen und überprüft, ob er diese richtig verstanden hat (= aktives Zuhören);
- erklärt dem Patienten, dass sich ein heutiger Arzt für die Erwartungen des Patienten an die ärztliche Betreuung interessiert und dass er deshalb einige zusätzliche Fragen stellen möchte;
- betont, dass der Patient nicht antworten muss, wenn er nicht will;
- stellt ohne Zeitdruck auf empathisierende Weise Fragen folgender Art:
  1. Wie empfinden Sie Ihre heutige Lebenssituation, sind Sie zufrieden, haben Sie bestimmte Ängste und Sorgen bezüglich der Zukunft?
  2. Haben Sie Vorstellungen, wie Ihre Krankheit weitergehen könnte?
  3. Haben Sie bestimmte Erwartungen an die ärztliche Betreuung, insbesondere während des jetzigen Spitalaufenthalts?
  4. Haben Sie schon einmal überlegt, dass sich Ihre Krankheit resp. Ihr Gesundheitszustand weiter verschlechtern könnte? Befürchten Sie, Ihre Unabhängigkeit im Alltag zu verlieren resp. zunehmend abhängig zu werden von anderen Personen? Wie empfinden Sie diese Situation?
  5. Im Spital haben wir nicht selten ältere Patienten, die befürchten, dass ihnen Massnahmen aufgezwungen werden. Teilweise glauben Patienten, sie könnten nicht mitentscheiden und müssten alles über sich ergehen lassen, z. B. eine Operation oder eine ungewollte Wiederbelebung. Manchmal fürchten sich Patienten vor technischer Medizin, vor sogenannten maximaler Medizin mit Schläuchen und Apparaten. Haben Sie sich diesbezüglich auch schon Gedanken gemacht?
  6. Haben Sie schon Angehörige oder Ihnen nahestehende Personen verloren? Was hat dies für Sie bedeutet?
  7. Haben Sie schon von Patientenverfügungen gehört (z. B. EXIT-Ausweis)? Haben Sie schon eine solche für sich selbst ausgefüllt? Wollen Sie mir diese zeigen, damit wir darüber sprechen können?
  8. Haben Sie sich schon einmal Gedanken gemacht über Ihr Altwerden, über das Sterben und über Ihren eigenen Tod? Wenn ja,

Reanimationsentscheid (REA-Verordnung)					Patientendaten (Adrema)	
hat nur Gültigkeit für die Situation eines Herzkreislaufstillstandes! <sup>1</sup>						
	Massnahme / Begründung	Datum	Besprochen mit	Urteilsfähigkeit des Patienten am Datum <sup>2</sup>	siehe KG-Eintrag vom (Datum)	Arzt <sup>3</sup> (Stempel und Unterschrift)
<b>REA JA</b>	= Telefon an Nr:					
<b>REA NEIN</b>	<b>DNAR-Verfügung</b> <sup>4</sup> (= Patientenverfügung)					
	<b>DNAR-Verordnung</b> <sup>5</sup> (= Sterben & Tod akzeptieren)					
	<b>Palliative Situation</b> (= Sterben / Tod absehbar)					
	Erneuert / Änderung <sup>6</sup>					
	Erneuert / Änderung					
	Erneuert / Änderung					

<sup>1</sup> Bei Vorliegen einer DNAR-Verordnung (Do Not Attempt Resuscitation) resp. einer Patientenverfügung stehen der Wille des Patienten sowie Fürsorge- und Nichtschadensgebot im Zentrum der diagnostischen und therapeutischen Bemühungen  
<sup>2</sup> Urteilsfähigkeit bezüglich Prognose, Sterben und Tod; Gespräch mit dem Patienten erforderlich; idealerweise in Anwesenheit einer Drittperson (Zeuge)  
<sup>3</sup> Die männliche Form steht stellvertretend für beide Geschlechter  
<sup>4</sup> Gemeint ist ein von Patienten/in rechtsgültig datiertes und unterschriebenes Dokument (Kopie in der Krankenakte)  
<sup>5</sup> Beschluss / Verordnung des Behandlungsteams wenn immer möglich unter Miteinbezug von Pat. resp. Vertrauensperson (dem Pat. am nächsten stehende Person, von diesem bezeichnet); eine DNAR-Verordnung sollte insbes. bei fehlender DNAR-Verfügung in einem Eintrag in der Krankenakte begründet werden.  
<sup>6</sup> Nicht Zutreffendes streichen

warum? Wollen Sie mir ein bisschen darüber erzählen, damit ich Sie besser verstehe?

9. Alles hat früher oder später ein Ende oder funktioniert nicht mehr so gut wie am Anfang. Auch Herz oder Lunge können mit der Zeit schlechter funktionieren oder sogar völlig versagen. Es kann sogar nötig werden, dass wir Ärzte eine lebensbedrohliche Situation mit Apparaten oder Maschinen abzuwenden versuchen. Angenommen, Sie kämen in eine solche Situation, d. h. in die Situation, dass ihr Herz aufhört zu schlagen; möchten Sie, dass man versucht, Sie wiederzubeleben?

10. Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht? Gilt Ihre Meinung nur / auch dann, wenn die Möglichkeit besteht, dass Ihr jetziger Gesundheitszustand gleich bleibt, keinen Schaden nimmt / auch dann, wenn ein zusätzlicher bleibender gesundheitlicher Schaden droht?

11. Sie wissen, dass wir Ärzte auch dann nicht aufgeben, wenn ein Patient auf den Tod krank ist. Manchmal müssen wir aber einfach akzeptieren, dass die Zeit zum Sterben gekommen ist, dass «jemand anderer entscheidet». Dann müssen wir uns gut mit dem betroffenen Patienten absprechen; denn das Ziel unserer Bemühungen ist in dieser Situation nicht das gleiche, wie wenn wir den Tod abwenden müssen. Unsere Behandlung konzentrieren wir in solchen Situationen darauf, dass der Patient möglichst nicht leidet, keine Angst hat, keine Atemnot, vor allem keine Schmerzen und keine innere Unruhe. Wir konzentrieren uns in diesen Fällen auf eine mög-

lichst gute Pflege. Für mich als Arzt ist es wichtig, auch diesbezüglich Ihre Meinung zu kennen.

12. Haben Sie über solche Fragen schon einmal mit Ihrem Hausarzt oder Angehörigen Ihrer Familie oder nahen Freunden gesprochen?

13. Möchten Sie über solche Fragen in den nächsten Tagen noch mal mit mir selbst / mit einem anderen Arzt / mit einer Pflegefachperson, einem Pfarrer oder einer anderen Person sprechen?

Nach solchen Fragen stellt der Arzt sicher, dass keine Missverständnisse vorliegen. Er fasst zu diesem Zweck die Information, wie er sie verstanden hat (den «Patientenauftrag»), noch einmal zusammen. Am Ende des Gesprächs stellt er die entscheidende Feedbackfrage: «War es für Sie bedrückend, dass ich mit Ihnen auch noch über solche Dinge gesprochen habe? Wie haben Sie das ganze Gespräch empfunden? Haben Sie sonst noch Fragen oder etwas Wichtiges, das Sie mir sagen wollen?».

Der Arzt schliesst das Gespräch, indem er den Patienten wieder in die Ist-Situation versetzt, erklärt die nächsten Schritte, wann er wieder Visite machen wird usw.

**Literatur**

1 www.samw.ch/content/d\_Ethik\_Richtlinien.php.  
 2 Ghelli R, Gerber AU. Die Frage der Reanimation (REA): Der Patientenauftrag und Reaktionen auf dessen Erfragung. 66. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin; 1998.