

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Burger M

**Das pränataldiagnostische Gespräch - ein
"schwieriges Unterfangen" - Spezielle Aspekte der
Kommunikation in der Pränatalmedizin**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2012; 30 (1)
(Ausgabe für Österreich), 10-14*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2012; 30 (1)
(Ausgabe für Schweiz), 12-16*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Das pränataldiagnostische Gespräch – ein „schwieriges Unterfangen“

Spezielle Aspekte der Kommunikation in der Pränatalmedizin

M. Burger

Die Führung eines ärztlichen Gesprächs ist eine – nicht nur kommunikationstechnisch – sehr komplexe Aufgabe, die viele Möglichkeiten der Missverständnisse und Fehlinterpretationen in sich birgt. Im folgenden Beitrag soll gestrafft und schlaglichtartig auf einige wichtige Aspekte des pränataldiagnostischen Gesprächs aus psychodynamischer Sicht hingewiesen werden, um sowohl Ärzte zu sensibilisieren, als auch eine differenziertere Sichtweise bei einer späteren Bewertung dieser Gespräche zu ermöglichen.

Die österreichischen Patientenanwälte sind sich nach wie vor mit ihrem Kärntner Kollegen **Dr. Erwin Kalbhenn** einig, dass zumindest 70 % aller Beschwerden und sogar Behandlungsvorwürfe auf kommunikative Defizite der handelnden Personen zurückzuführen sind [1]. Nach Einschätzung des nö. Patientenanwalts **Dr. Gerald Bachinger** werden bis zu 90 % der Beschwerden in der Patientenanwaltschaft aufgrund von „Kommunikationsfehlern“ eingebracht.

Ohne Zweifel steht im Zentrum einer humanen Medizin, die das bio-psycho-soziale Modell berücksichtigt, das ärztliche Gespräch. Es bildet die Basis einer guten Arzt-Patienten-Beziehung, ein tragfähiges Fundament, auf das sowohl der Arzt als auch der Patient in weiterer Folge bauen können. In der Pränataldiagnostik unterscheidet sich die Gesprächsführung in einigen wesentlichen Punkten von den „üblichen“ ärztlichen Gesprächen. Die offensichtlichsten und wichtigsten Unterschiede sind:

- Es gibt im Unterschied zu anderen medizinischen Disziplinen keinen gesellschaftlichen Konsens, wie mit der Pränataldiagnostik und den eventuell darauffolgenden Konsequenzen umzugehen ist. In den meisten medizinischen Bereichen scheint es sehr klar und es wird kaum hinterfragt, was „man zu tun“ hat. Es gibt

kaum eine breite gesellschaftliche Diskussion, ob ein entzündeter Blinddarm werden oder ein gebrochener Knochen bis zur Heilung ruhiggestellt werden muss. Die Pränataldiagnostik berührt jedoch viel offensichtlicher individuelle Sichtweisen der persönlichsten Themen Moral, Ethik, Theologie, Lebensplanung, eigene Werte und Biographie, Sozialisation und vieles mehr. Spätestens hier zeigt sich die Pränatalmedizin als „Natur-Wissenschaft“ begrenzt und muss zur individualisierten „Human-Wissenschaft“ erweitert werden.

- Die Pränataldiagnostik ist die einzige Situation, in der in einem Drei-Personen-System – ohne jetzt in den philosophischen, soziologischen oder theologischen Diskurs einzusteigen, ob ein Fetus eine „Person“ ist oder nicht – zwei „Parteien“, nämlich die ärztliche Seite und die verwandte Seite (Eltern), über das Schicksal einer 3. Person entscheiden, ohne von ihr je eine Willenskundgebung irgendeiner Art als Information und eventuelle Entscheidungshilfe bekommen zu haben; eine extrem belastende Situation, da es hier kein offensichtliches „Richtig“ oder „Falsch“ gibt und auch nach getroffener Entscheidung nicht überprüft werden kann, was für wen richtig oder falsch gewesen wäre.
- Aus den vorherigen Punkten ergibt sich, dass die gesprächsleitende Person einen

großen Einfluss auf die Atmosphäre und den Verlauf des Gesprächs hat. Um ergebnisoffen beraten zu können, sind hohe Selbstreflexion und ein gutes Stück Selbsterfahrung nötig, um z. B. mit den Übertragungsphänomenen während des Gesprächs oder der eigenen Betroffenheit umgehen zu können. Nur was für die aufklärenden Personen selbst gut bearbeitet – nicht notwendigerweise selbst erlebt (!) – ist, kann mit betroffenen Eltern gut besprochen werden. In der Pränataldiagnostik arbeitende Ärzte sollten ihr eigenes Lebens- und Menschenbild gut kennen und reflektiert haben, damit sie eventuell „aushalten können“, dass sich ein Paar für sie selbst unverständlicherweise „anders“ entscheidet.

Nun ist es nicht möglich oder notwendig, eine komplette Zusatzausbildung als Kommunikationswissenschaftler oder Psychotherapeut zu haben, um gut „schallen“ oder beraten zu können. Im Folgenden sollen einige Grundprinzipien erörtert werden, die Missverständnisse vermeiden oder zumindest erklären können.

Die „schlechte Nachricht“ zuerst: Kommunikation ist – auch im Alltag – höchst kompliziert und daher äußerst fehleranfällig. **Konrad Lorenz** (1903–1989) wird die Kausalkette „Gesagt ist nicht gehört – gehört ist nicht verstanden – verstanden ist nicht einverstanden“ zugeschrieben. Das lässt sich situativ erweitern. Hier müsste noch „Gemeint ist nicht gesagt“ voranstellen bzw. mit „Einverstanden ist noch nicht getan“ abgeschlossen werden. Erschwerend kommt noch hinzu, dass man nach **Paul Watzlawick** (1921–2007) nicht „nicht kommunizieren“ kann. Da es für Verhalten kein Gegenteil gibt, man sich also nicht „nicht

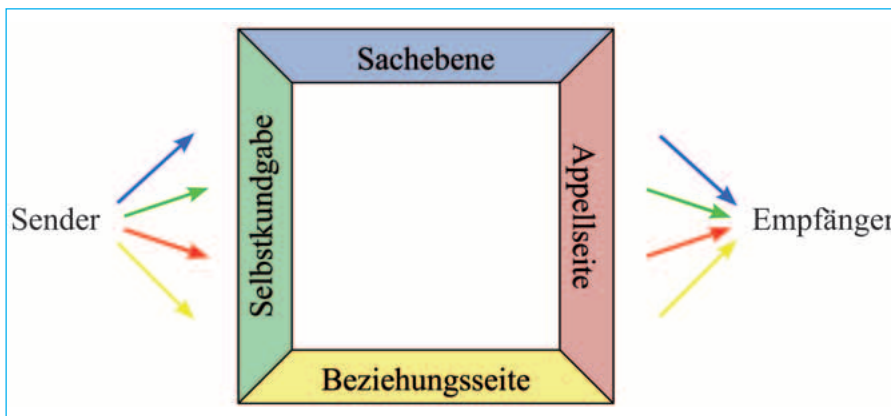
verhalten“ kann, ist es auch unmöglich, nicht zu kommunizieren. Auch Schweigen und Nichthandeln haben Mitteilungscharakter!

Das Prinzip von Kommunikation scheint ganz einfach. Eine Person ist der Sender, der sein Anliegen nach gesellschaftlich (angeblich) vereinbarten Regeln als Nachricht verschlüsselt, z. B. in Sprache oder Schrift. Dieser Nachrichtencode wird an den Empfänger geschickt, der die Nachricht dann zu entschlüsseln versucht. Meist gelingt das recht gut und das ursprüngliche Anliegen erreicht den Empfänger. Im Zweifelsfall kann der Empfänger noch die Nachricht überprüfen, indem er dem Sender zurückmeldet, was bei ihm angekommen ist (Feedback), und dieser wird das mit dem ursprünglichen Anliegen vergleichen. So weit, so gut. Doch leider besteht die gesendete Information nicht nur aus einer Sachebene, sondern aus mehreren Ebenen, die **Schulz von Thun** [2] schon 1981 in seinem bekannten Kommunikationsquadrat beschrieben hat.

Das Kommunikationsquadrat von Schulz von Thun

Jede Nachricht enthält viele verschiedene Botschaften und das macht den Vorgang der zwischenmenschlichen Kommunikation kompliziert und störanfällig, aber auch in gleicher Weise anregend und interessant. Um die Vielfalt der Botschaften, die in einer Nachricht stecken, ordnen zu können, unterscheidet Schulz von Thun 4 psychisch bedeutsame Seiten (Abb. 1).

Zunächst enthält die Nachricht eine Sachinformation (Sachebene). Nun könnte man



1. Vier-Seiten-Modell nach F. Schulz von Thun 1981. Quelle: de.wikipedia.org/wiki/Vier-Seiten-Modell

annehmen, dass das ja das Wesentliche an einer zwischenmenschlichen Kommunikation sei – eben eine Sachinformation zu vermitteln. Dann wäre die Sache wohl eher unproblematisch.

In jeder Nachricht stecken auch Botschaften über den Sender, also ein Stück Selbstoffenbarung, wobei damit sowohl die gewollte Selbstdarstellung als auch die ungewollte Selbstenthüllung einzuschließen sind (Selbstoffenbarungsebene).

Aus einer Nachricht geht ferner hervor, wie der Sender zum Empfänger steht, was er von ihm hält. Oft zeigt sich dies in der gewählten Formulierung, im Tonfall und in anderen nonverbalen Begleitsignalen. Für diese Seite der Nachricht hat der Empfänger meist ein besonders empfindliches Ohr, denn hier fühlt er sich als Person in bestimmter, sehr subjektiver Weise „behandelt“ (Beziehungsebene).

Letztlich wird kaum etwas nur so gesagt – fast alle Nachrichten haben die Funktion, den Empfänger zu etwas zu veranlassen (Appellebene). Der Appellaspekt ist vom Beziehungsaspekt zu unterscheiden, denn mit dem gleichen Appell können sich unterschiedliche Beziehungsbotschaften verbinden.

Dem Sender der Nachricht wird bewusst oder unbewusst eine dieser Ebenen besonders wichtig sein. Die gleichen Ebenen existieren allerdings auch für den Empfänger, der für eine dieser Ebenen (Selbstoffenbarung, Sachebene, Beziehung oder Appell), abhängig von seiner derzeitigen Befindlichkeit und bisherigen Geschichte mit dem Sender, besonders empfänglich ist. Die rein rechnerische Chance auf ein Missverständnis ist also 24:1.

Dazu ein Beispiel aus der Praxis: Ein Arzt meint nach der Doppleruntersuchung, das Kind der Schwangeren sei zart (die Ausdrücke zu groß und zu klein sollten schon lange aus dem pränataldiagnostischen Sprachschatz verschwunden sein) und er möchte die kindliche Durchblutung in einer Woche nochmals kontrollieren. Aus seiner Warte heraus ist die Sachebene klar, er hat genau gemessen (Selbstoffenbarung), möchte die Mutter beruhigen (Beziehung) und ersucht sie, in der Leitstelle einen neuen Termin auszumachen (Appell). Der Schwangeren ist die Sachebene klar, allerdings interpretiert sie, dass der Arzt sich unsicher ist

(Selbstoffenbarung), ihr eventuell die Wahrheit nicht zutraut (Beziehungsebene) und sie sich unbedingt schonen und noch ein bisschen warten soll, in einer Woche wisse er vielleicht mehr (Appellebene). Kommt es nun aus Zeitmangel, Unsicherheit der Schwangeren oder sonstigen atmosphärischen Störungen zu keinem Nachfragen, sind Missverständnisse, Beunruhigungen, Vertrauensverluste oder Unzufriedenheiten vorprogrammiert.

In den meisten Fällen wird der erfahrene Arzt eine Störung der Gesprächsatmosphäre bemerken und reagieren. Das kann von der Aufforderung, noch Fragen zu stellen, gehen bis zum Einholen von Feedback. Ich selbst gestalte es dann so, dass ich die Schwangere bitte, mir den Sachverhalt nochmals zu wiederholen, da ich nicht sicher bin, ob ich es gut und verständlich erklärt habe. Mit dieser Diktion werden die Eltern eher offen antworten, denn wenn sie etwas nicht korrekt wiedergeben, ist es ja nicht ihre, sondern „meine“ Schuld und eine möglicherweise phantasierte Prüfungssituation kann abgewendet werden.

Kognitive Dissonanz

Diese Theorie nach **Leon Festinger** [3] besagt vereinfacht, dass nach einer getroffenen Entscheidung vorzugsweise diejenigen Informationen ausgewählt werden, die die Entscheidung auch im Nachhinein richtig erscheinen lassen und dass gegenteilige Informationen nicht mehr adäquat beachtet werden. Dieses Phänomen betrifft übrigens nicht nur Individuen, sondern auch Teams, Gruppen, Abteilungen, Organisationen bis hin zu Nationen.

Das bedeutet, dass viele Schwangere, die „(unbewusst) beschlossen“ haben, ein gesundes Kind zu bekommen, alles, was dagegen sprechen könnte, ausblenden. In so einem Fall würde es dann einem niedergelassenen Facharzt nichts nützen, wenn er noch so eindringlich eine schwangere Akademikerin in eine „Risikoambulanz“ schickt, weil ihm „etwas aufgefallen ist“. Die Schwangere könnte diese Empfehlung und Überweisung ausblenden, damit ihre Entscheidung („mein Kind ist gesund“) nicht infrage gestellt wird. Das wiederum könnte die Bewertung des Falles *ex post* in einem anderen Licht erscheinen lassen.

Der Anteil des Arztes an der Dynamik eines Gespräches

Das bedeutendste und gewichtigste Instrument der Kommunikation ist die Person selbst. Die Psychodynamik der Personen zueinander beeinflusst maßgeblich das Gespräch. Der Psychoanalytiker **Michael Balint** (1896–1970) hat das erkannt und beschrieben. Er weist darauf hin, dass eine (oft unbewusste) emotionale Einstellung des Arztes zu einem Patienten meist einen stärkeren Einfluss auf das Befinden und die Reaktion des Patienten hat als die anderen arztliehen Maßnahmen. *„In keinem Lehrbuch steht etwas über die Dosierung, in welcher der Arzt sich selbst verschreiben soll; nichts über Form und Häufigkeit, nichts über heilende und erhaltenden Dosen usw. Noch beunruhigender ist der Mangel an Literatur über die Risiken dieses Medikaments, über die vielfältigen allergischen Zustände, auf die man die Patienten zu beobachten hat, oder etwaige unerwünschte Nebenwirkungen“* [4]. Anzustreben wäre daher *„[...] das Erkennen der Psychodynamik der Beziehungen, die der Arzt zu den verschiedenen Patienten hat, und das Erkennen der aus der Persönlichkeit des Arztes stammenden Anteile an dieser Psychodynamik [...]“* [5].

Die Arbeit in Balint-Gruppen vertieft das Verständnis für die persönliche Form der Kommunikation. Das Wissen um den „eigenen Dialog“ umfasst:

- Das Erkennen der eigenen Sprachmuster: Wenn verschiedene „Sprachen“ gesprochen werden, schafft das Unklarheiten, Verunsicherung und Missverständnisse.
- Das Erkennen der eigenen Denkmuster: Gewohnheiten, Vorurteile, Zwänge, Bewertungsmuster und innere „Antreiber“, wie Perfektionismus, Anspruch einer Unfehlbarkeit, übertriebene Helferbedrfnisse oder unangepasste Empathie, beeinflussen die Denkmuster und steuern darber das Verhalten.
- Das Erkennen des eigenen Emotionsmanagements: Wie kann ich zunächst meine Gefühle spüren und danach mit meinen Emotionen umgehen (Mitgefühl, ärger, Sympathie, Ungeduld usw.)? Welchen Einfluss haben die Emotionen auf mein Handeln und wie gelingt die Abgrenzung?
- Das Erkennen der eigenen Distanzierungsfahigkeit: Wo kann ich mich schwer abgrenzen oder wie bin ich leicht im Patientengespräch „verführbar“?

In analoger Art und Weise gelten diese Punkte für das pränataldiagnostische Gespräch. Es ist daher sinnvoll, dass sich die pränataldiagnostisch tätigen Ärzte selbst klar werden, wie sie für sich selbst die relevanten moralischen und persönlichen Fragen beantworten wrdien, wie ihr Menschenbild aussieht. Eine gute Bearbeitung dieser Fragen – wobei es hier natürlich kein „richtig“ oder „falsch“, sondern nur ein „persönlich“ gibt – verhindert die unbewusste Übertragung eigener Wünsche und Ängste auf die verunsicherten und hilfesuhenden Schwangeren in schwierigen Situationen. Es ist auch ein bekanntes Phänomen, dass es in der pränataldiagnostischen Aufklärung Unterschiede gibt, wenn die aufklärende Person selbst Kinder hat, oder noch prägnanter: Unterschiede der gleichen Person, bevor und nachdem sie Kinder bekommen hat.

Angst lähmt

Die Sorge um das eigene Kind ist für die werdenden Eltern eine existenzielle. Die drohende Mitteilung einer „schlechten Nachricht“ löst Ängste und existenzielle Krisen aus, die die Verarbeitung der Informationen extrem erschweren. Während des Gesprächs werden Abwehrmechanismen in Gang gesetzt und die Schwangere kann daher nicht mehr „zuhören“, das heißt Informationen erfassen und verarbeiten. In diesen Grenzsituationen ist eine Autonomie der Schwangeren ein für den aufklärenden Arzt erhffter, aber praktisch unerfllbarer Wunsch. Hier sollte auch der Faktor Zeit berücksichtigt werden! Eine Weiterführung des Gesprächs in einem angemessenen Intervall kann sich als notwendig und hilfreich erweisen.

Das arztliehe Gespräch in der Pränataldiagnostik bewegt sich, wie die meisten medizinischen Gespräche, in einer ängstlichen, zumindest aber angespannten Atmosphère. Da Angst bekannterweise ein schlechter Berater ist, sollte Entangstigung auf Basis von Vertrauen das Ziel sein, um Entscheidungen fällen zu können. Nun haben Eltern natürlicherweise Angst um ihr ungeborenes Kind und in dieser Situation kann es zu Regressionen kommen, in der für die Eltern wieder archaische Beziehungsmuster aus ihrer Kindheit auftauchen. Ohne näher auf die Übertragungs- und Gegenüber-

tragungsphänomene einzugehen, ist z. B. die Frage der Eltern, was der Arzt an ihrer Stelle tun würde, in diesem Moment eine naheliegende.

Zusammenfassung

Das pränataldiagnostische Gespräch stellt sich sowohl vom kommunikationstheoretischen als auch psychodynamischen Aspekt komplexer als viele andere ärztliche Gespräche dar. In der klassischen ärztlichen Ausbildung wird dem Gebiet der Kommunikationstechnik und Gesprächsführung in schwierigen Situationen zu wenig Raum gegeben. Es wäre erstrebenswert, wenn es vermehrt Möglichkeiten gäbe, angehende pränataldiagnostisch tätige Ärzte in Gesprächsführung und den interpersonalen Aspekten der Kommunikation zu schulen, zumindest aber zu sensibilisieren. Initiativen wie die der Schweizer Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (SGUM), die Kurse für kommunikative Kompetenz verpflichtend vorsehen, sind zu begrüßen. Die (freiwillige) professionelle Begleitung der pränataldiagnostisch Tätigen durch Supervision und/oder Balint-Gruppen wäre aus

psychosozialer Sicht „state of the art“, wird leider aber in nur wenigen Institutionen gefördert oder angeboten.

LITERATUR:

1. Kalbhenn E. Shared decision making. Klinik – Interdisziplinäre Zeitschrift für das Krankenhaus 2008; 1: 11–2.
2. Schulz von Thun F. Miteinander reden, Bd. 1–3. Rowohlt, Reinbek, 1981/2011.
3. Festinger L. A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford University Press, Stanford, CA, 1957.
4. Balint M. Der Arzt, der Patient und die Krankheit. Klett-Cotta, Stuttgart, 1957/2010.
5. Rappe-Giesecke K. Supervision – Gruppen- und Teamsupervision in Theorie und Praxis. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 1994.

Korrespondenzadresse:

*OA Dr. med. Michael Burger
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
Landeskrankenhaus Thermenregion
Neunkirchen
A-2620 Neunkirchen, Peischinger Straße 19
E-Mail:
michael.burger@neunkirchen.lknoe.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)