

## **„Darf eine Obduktion stattfinden?“**

### **Das wichtige Gespräch zwischen Arzt und Angehörigen**

Linus S. Geisler

#### **Die Todesnachricht**

Was ein Patient und seine Angehörigen während eines Krankenhausaufenthaltes in der Regel erwarten, sind Heilung der Krankheit, zumindest aber Linderung. Der Tod eines Patienten kann dann als ultimativer Fehlschlag des klassischen Heilauftrags erscheinen. Freilich können die Erwartungen der Angehörigen von vornherein auch anders gewichtet sein oder sich grundlegend geändert haben, zum Beispiel, wenn im Krankheitsverlauf Hoffnung in Aussichtslosigkeit umgeschlagen ist, oder das Leiden des Kranken von seiner Umgebung als unerträglich erlebt wurde. Plötzlicher Tod aus scheinbarer Gesundheit, der Tod eines Kindes oder der längst erwartete Tod eines hochbetagten Menschen werden zu unterschiedlichen Erlebnismustern und Trauerreaktionen der Angehörigen führen. Kulturelle und religiöse Besonderheiten, Riten und Äußerungen der Trauer müssen beachtet werden<sup>1</sup>.

Der Arzt, der die Todesnachricht überbringt, muss sich also auf sehr unterschiedliche Verhaltensweisen der Angehörigen einstellen können. Meist kennt er die Geschichte zwischen dem Toten und seinen Hinterbliebenen nicht oder nur umrisshaft. Er weiß nicht, ob die Ehe gut war, die Kinder wohlgeraten, welches Gewicht Glück, Liebe oder Schuld in dieser Beziehung hatten<sup>2</sup>. Aus Angehörigensicht wird der Arzt in dieser Situation nicht selten in der Funktion des „Unglücksboten“ erlebt. Auf ihn projiziert sich spontan vieles gleichzeitig: die Todesnachricht, das scheinbare Versagen der Medizin, vielleicht sogar der Verdacht, dass etwas „schiefgelaufen“ sein könnte, vor allem bei unerwarteten Todesfällen.

Dies spiegelt sich auch in einer von dem Psychologen Frank Lasogga initiierten Studie an der Uni Dortmund über das Überbringen einer Todesnachricht wider<sup>3</sup>. 96 der 171 befragten Überbringer von Todesnachrichten erklärten, die Empfänger hätten vor allem traurig, entsetzt oder fassungslos reagiert, 36 hatten aber auch erlebt, wie Angehörige und Freunde die Nachricht „nüchtern, gefasst oder gelassen“ aufnahmen und gleich über technische Details wie Todesanzeigen oder Beerdigungstermine zu reden begannen.

Wie in vielen anderen kritischen Gesprächssituationen in der Medizin, so zum Beispiel auf der Intensivstation, steht die Beziehung Arzt-Angehörige an einem Scheidepunkt. Wird der Angehörige zum Gegner oder gelingt es im Idealfall, ihn als Verbündeten zu gewinnen? Hinzu kommt der scheinbare Unvereinbarkeitscharakter von Todesmitteilung und dem Ersuchen um Einwilligung in die Obduktion. Verschärft wird die ganze Situation durch den häufig herrschenden oder angenommenen Zeitdruck. Der psychische Druck in dieser Situation ist erheblich und nimmt auch für den erfahrenen Arzt im Lauf der Jahre kaum ab.

Am Anfang jedes Gesprächs mit der Bitte um Zustimmung zur Obduktion steht ein von Vertrauen, Einfühlung und Echtheit geprägtes Gespräch mit den Angehörigen über den

---

<sup>1</sup> Becker, S. A., Wunderer E., Schultz-Gambard J.: Muslimische Patienten. Ein Leitfadens zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. 2. Auflage 2001.

<sup>2</sup> Todesnachricht Verwaiste Eltern In Deutschland e.V.: Sie haben eine Todesnachricht zu überbringen... – URL: <http://www.veid.de>

<sup>3</sup> Arens, Chr.: Todesnachrichten: Mitgefühl zeigen. Deutsches Ärzteblatt 98, Heft 34-35 vom 27.08.01, Seite A-2164 – URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=28387>

Todesfall selbst. Es ist das unerlässliche Nadelöhr, dass kommunikativ passiert werden muss, ehe eine Obduktion überhaupt thematisiert werden kann<sup>4</sup>.

Bezeichnenderweise gibt es nur wenig Literatur zu dieser schwierigen und von nicht wenigen Ärzten gefürchteten Gesprächssituation mit den Angehörigen<sup>5</sup>,<sup>6</sup>. Für Angehörige von Polizei<sup>7</sup>,<sup>8</sup>, Feuerwehr, Rettungsdienst oder Katastrophenschutz so wie Seelsorger<sup>9</sup> existieren hingegen sehr wohl zum Teil gut fundierte und strukturierte Gesprächsanleitungen zum Überbringen einer Todesnachricht.

Im Gespräch mit den Hinterbliebenen können nahezu alle Kommunikationsfallen und -defizite wirksam werden. Von den Ärzten selbst werden sie oft nicht wahrgenommen<sup>10</sup>. In der Dortmunder Studie unter der Leitung von Lasogga zeigte sich, wie schmal der Grat des richtigen Verhaltens für den Überbringer der Todesnachricht ist. Einerseits schätzten die Überbringer selbst „Oberflächlichkeit“, „Gefühlskälte“ und „zu viel Routine“ als zentrale Fehler ein. Doch gleichzeitig bewerteten es zahlreiche Empfänger als sehr positiv, wenn die Überbringer Sicherheit und Ruhe und nicht zu viele Emotionen ausstrahlten. Deutlich wurde allerdings, dass eine unangemessen überbrachte Todesnachricht zu einer zusätzlichen Traumatisierung der Empfänger führen kann.

Wer sollte die Todesnachricht am besten überbringen? Weder der Unerfahrenste (Arzt im Praktikum oder gar PJler), noch unbedingt der Teamleiter oder Chefarzt, sondern idealerweise der Arzt, der den Verstorbenen am besten gekannt hat.

Einheitliche Vorstellungen darüber, wie Todesnachrichten optimal überbracht werden können, gibt es kaum – und kann es auch kaum geben, weil die Lebenssituationen, die Einstellung zum Verstorbenen und auch die Reaktionen der Empfänger individuell sehr unterschiedlich sind. Genauso gilt aber, dass auch und gerade in dieser prekären Situation das Gelingen des Gesprächs von der *Beachtung der elementaren Regeln menschlicher Kommunikation* abhängt.

Wesentlich für ein gelingendes Gespräch sind also:

- (emotionale) Präsenz
- aktives Zuhören
- einführendes Verstehen (Empathie) und
- Annehmen der Wirklichkeit der Gesprächspartner.

Die Empfehlung der Dortmunder Studie lautet daher konsequenterweise in knapper Form: „Die Betroffenen sprechen lassen, selbst eher schweigen, Mitgefühl zeigen.“

Wie für jedes Gespräch so gilt auch für das Gespräch mit den Angehörigen, dass die Qualität des Gesprächsanfangs für das Gelingen des ganzen Gesprächs und die Vertrauensbasis, die dabei gebildet werden soll, ausschlaggebend ist. Ein missglückter Gesprächsanfang macht es unwahrscheinlich, dass Angehörige einer Obduktion zustimmen werden. Hier gilt die Goethesche Maxime: „Wer das erste Knopfloch verfehlt, kommt mit dem Zuknöpfen nicht zurande...“<sup>11</sup>

---

<sup>4</sup> Geisler, L.S.: Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Frankfurt/Main. 4. Auflage.2002. S.348-351. - URL: <http://www.linus-geisler.de/monografien/monograf.html>

<sup>5</sup> Lasogga, F. & Gasch, B.: Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Edewecht: Stumpf & Kossendey, 2000, 2. Aufl.

<sup>6</sup> Bengel, J.: Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. S. 210 Springer Verlag. 1997.

<sup>7</sup> Überbringen von Todesnachrichten. Die Streife, Polizei NRW, Heft 7-8/2001

<sup>8</sup> Wiegel, E.-M.: Bedrückende Last: eine Todesnachricht überbringen. Deutsche Polizei, Heft 2, 1988.

<sup>9</sup> Überbringen einer Todesnachricht. Eine Handreichung für den Überbringer einer Todesnachricht mit praktischen Hinweisen und Beispielen aus dem Bereich der Bundeswehr. Hrsg.: Konvent der Evangelischen Militärggeistlichen im Wehrbereich I, Kiel. 2000.

<sup>10</sup> Weber, M., Werner, A., Nehring, C., Tentrup F.-J.: Die Übermittlung schlechter Nachrichten. Hilfen für gelingende Gespräche im ärztlichen Alltag. Med. Klin. 1999;94:453-7 (Nr.8)

<sup>11</sup> v. Goethe, J.W.: Maximen und Reflexionen. Text der Ausgabe von 1907. Insel, Frankfurt

Angehörige haben ein feines Gespür für die *Echtheit der ärztlichen Haltung* und erleben sterile Professionalität und inneres Unbeteiligtsein rasch als feindseliges Verhalten, das seinerseits Aggressivität provoziert. Glaubwürdigkeit und Überzeugungsfähigkeit des Arztes stehen und fallen mit seiner Fähigkeit, sich auf die aktuelle Situation und Erlebniswelt der Angehörigen einstellen zu können. Er muss auch mit seinen eigenen Ängsten und der eigenen Betroffenheit, die beim Tod eines Patienten in welcher Form auch immer, gegeben ist, umgehen können. Dazu gehört auch die Kraft, die Hiobsbotenrolle auszuhalten. Diese Kraft wurzelt zu wesentlichen Teilen in der eigenen, gereiften Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Sie bestimmt sich aus einem ärztlichen Selbstverständnis, das nicht von einem unbegrenzten Aktionismus geprägt ist, sondern die natürlichen Grenzen ärztlichen Tuns akzeptiert und den nicht abwendbaren Tod eines Patienten nicht als persönliche Niederlage erlebt. Dann besteht auch nicht die Gefahr, dass die „Instrumentenlosigkeit“ in dieser Situation zur Hilflosigkeit führt<sup>12</sup>. Das heutige Medizinstudium sieht allerdings lediglich den Sektionskurs am Studienanfang als einzige verpflichtende Auseinandersetzung mit dem Tod vor.

Der *Gesprächsrahmen* bestimmt wesentlich mit, ob ein tragfähiges Gesprächsklima zustande kommen kann. Todesnachricht und Ersuchen um die Zustimmung zur Obduktion in einem „Flurgespräch“ abhandeln zu wollen, gehört zu den kommunikativen Todsünden. Das Einrichten von Abschiedsräumen in Kliniken sollte obligat sein.

Jeder *Zeitdruck* muss vermieden werden. Nur so kann der Schock der Todesmitteilung gemildert und die Botschaft, wenn auch zunächst nur an der Oberfläche, angenommen werden. Hektik ist ein Garant für Missverstehen und die Unfähigkeit Standpunkte gegenseitig zu akzeptieren. Auch die Dortmunder Studie hat eindeutig gezeigt, dass mangelnde Zeit das entscheidende Problem für unbefriedigende Gesprächsverläufe darstellt.

Wenn die Todesnachricht mitgeteilt ist, sollte Zuhören der nächste Schritt im Gesprächsverlauf sein. Es erlaubt dem Empfänger der Nachricht das Geschehene zu begreifen und sein aktuelles Erleben zu artikulieren. Dem Arzt wiederum erleichtert es, einen gewissen Eindruck von der Beziehung der Angehörigen zum Verstorbenen zu bekommen. Es kann durchaus nützlich sein, diesen Eindruck durch einfache Nachfrage besser zu konkretisieren: „Was war er für ein Mensch?“ „Wie sehr standen Sie sich nahe?“ „Was hat er Ihnen bedeutet?“ Natürlich dürfen solche Rückfragen keinen Verhörcharakter bekommen. Dem Empfänger der Todesnachricht muss die Zeit gegönnt werden, die er braucht, um die aufkommende, entsetzliche Gewissheit zu begreifen. Eine Zeit, die notwendig ist, damit „die Seele hinterherkommt“. Der Angehörige, der unerwartet eine Todesnachricht erhält, kann in dieser Situation selbst zum Patienten werden.

Einfühlsame Wortwahl ist unabdingbar: „Möchten Sie Ihren Mann (nicht die Leiche!) noch einmal sehen?“ Ratschläge sind nicht angesagt, schon gar nicht, wenn es sich um rationale Argumente in einer emotionalen Extremsituation handelt („Sie sind ja noch jung und können wieder Kinder haben.“)

Gerade unerfahrene Kollegen flüchten sich häufig unter einem meist gar nicht vorhandenen Rechtfertigungsdruck in eine kaskadenartige Aufzählung der Maßnahmen, die noch vor dem Tod getroffen worden waren. Hier gilt, dass Information Kommunikation verhindern kann.

Der Schock der Todesnachricht lässt sich eventuell auch durch das sog. Spiegeln im Gespräch etwas mildern. Spiegeln bedeutet, dass der Arzt mit eigenen Worten die Empfindungen seines Gesprächspartners diesem wie in einem Spiegel deutlich macht: „Dies muss ein riesiger Verlust für Sie sein.“ „Sie stehen jetzt wie unter einem Schock und können die ganze Situation noch gar nicht richtig erfassen.“ Diese Methode des Spiegeln kann den Gesprächspartner entlasten, einmal weil sie ihm zeigt, dass er verstanden wird, zum anderen, weil verbalisierte Emotionen leichter verarbeitet werden können<sup>13</sup>. Die Technik des Spiegeln als eine der wirksamsten

<sup>12</sup> Schara, J.: Patientenführung bei Krebschmerz. In: Baar, H.A.: Schmerzbehandlung in Praxis und Klinik. Springer, Berlin. 1987, 114-127

<sup>13</sup> Geisler, L.: aaO. S 54-60. [4]

Methoden einer befriedigenden Gesprächsführung sollte allerdings intensiv geschult und unter Supervision erprobt werden<sup>14</sup>.

Für manche Menschen ist es in solchen Extremsituationen hilfreich, den Gesprächspartner berühren, seine Hand halten oder ihn eventuell sogar in den Arm nehmen zu dürfen. Solche entlastenden Gesten bewirken manchmal mehr als viele Worte. Es scheint mir dabei aber wichtig zu sein, auszuloten wo die eigene Toleranzschwelle hinsichtlich Nähe und Distanz liegt.

### **Die Bitte um Zustimmung zur Obduktion**

Die Todesnachricht und die Bitte um Zustimmung zur Obduktion müssen streng separiert werden – zeitlich und thematisch. Werden sie in „einem Atemzug“ verkoppelt, ist die Ablehnung so gut wie sicher. Die Frage nach der Zustimmung zur Obduktion ist also Thema Nr. 2 im Gespräch mit den Angehörigen und der Übergang eine besonders heikle Phase im Gespräch. Wichtig ist daher eine eindeutige, wenn auch noch so kurze Pause vor dem Themenwechsel. Aus Gesprächen mit Angehörigen potentieller Organspender, die ebenfalls Todesnachricht und die Bitte um Zustimmung zu einem Eingriff umfassen, wissen wir, dass eine thematische Trennung unerlässlich ist.

Ein Gespräch, das auf eine Zustimmung der Angehörigen zur Obduktion abzielt, sollte einen ärztlich und menschlich beratenden, nicht fordernden Charakter besitzen. Ein wichtiges Ziel dieses Gesprächs ist es auch, dass die Angehörigen, wie immer sie sich entscheiden, zu dieser Entscheidung stehen können. Sonst können sich später nur schwer ausräumbare Zweifel oder sogar Schuldgefühle einstellen. In einem ergebnisoffenen Gespräch sollen die Angehörigen zu einer für sie tragfähigen Überzeugung kommen. Das Gefühl, in einer seelischen Ausnahmesituation überredet oder gar überrumpelt worden zu sein, darf sich nicht einstellen.

Wichtig ist es auszuloten, welche Vorstellungen und Bilder von einer Obduktion Angehörige bewegen. Den manchmal geäußerten Befürchtungen, der Verstorbene werde bei der Autopsie „ausgeweidet“ oder „ausgeschlachtet“, kann versichert werden, dass eine Obduktion einen ärztlichen Eingriff mit dem Ziel einer gesicherten Diagnosegewinnung darstellt, ähnlich einer Operation.

Ein *argumentativer Einstieg* könnte „die letzte Sicherheit“ der Diagnose sein, ohne die klinische Diagnose selbst in Frage zu stellen. Viele Angehörige würden sich noch lange Zeit mit Frage, was eigentlich zum Tode geführt hat, herumschlagen. Dies gilt vor allem für plötzliche Todesfälle oder aus der Sicht der Angehörigen schwer verständliche Todesursachen. Eine besonders problematische Situation ist der plötzliche Kindstod. Die Eltern werden oft von Schuldgefühlen geplagt oder durch mehr oder minder verdeckte Schuldzuweisungen der Umgebung belastet<sup>15</sup>. Ein *klares Obduktionsergebnis* kann diesen subjektiv quälenden Prozess rasch beenden.

Im Sinne eines fairen Angebotes sollte immer auf eine Obduktion gedrungen werden, wenn nur der leiseste *Verdacht einer ärztlichen Fehlhandlung* im Raum steht. Der wissenschaftliche Aspekt und der ärztliche Wunsch, aus der Krankheit jedes Patienten lernen zu wollen, können zusätzliche Argumente sein. Wichtig ist es abzuklären, ob *versicherungs- oder versorgungsrechtliche Aspekte* von Bedeutung sein könnten. Auch muss den Angehörigen verbindlich *Auskunft über das Obduktionsergebnis zugesichert* werden.

Gelingt die Zustimmung *nicht im ersten Anlauf*, ist nicht steigender Druck auf die Angehörigen die adäquate Reaktion, sondern geduldiges Wiederholen der Argumente und das Vermitteln des Gefühls, sich ohne Zeitdruck entscheiden zu können. Eventuell ist eine Bedenkzeit einzuräumen.

---

<sup>14</sup> Weber, W.: Wege zum helfenden Gespräch – Gesprächspsychotherapie in der Praxis. 8. Auflage. München-Basel 1987

<sup>15</sup> Stellungnahme der GEPS zur Obduktion vom 24.11.2001. – URL: <http://www.schlaud.de/geps/obduktion.htm>

Schließlich, *je vertrauensvoller und offener das Verhältnis* zwischen Arzt und Angehörigen schon *während* der Behandlungszeit war, umso größer ist die Chance, dass die Bitte um Zustimmung zur Obduktion erfolgversprechend ist.

Für viele Angehörige ist es beruhigend, wenn ihnen die Möglichkeit für ein *weiteres Gespräch* zu einem späteren Zeitpunkt angeboten wird. Häufig besteht das Bedürfnis, über Krankheit und Tod des Verstorbenen aus der Wirklichkeit der Angehörigen und auch der des Patienten noch einmal sprechen zu können. Auch hier ist aktives Zuhören die wichtigste ärztliche Haltung. Sie erschließt unter anderem dem Arzt die Chance, aus dieser Deutung und Auslegung der letzten Krankheit seines Patienten mehr zu lernen, als Krankenakten meistens enthalten.

### **Zustimmung zur Obduktion – Grundzüge des Gesprächs mit den Angehörigen**

1. Grundlage: emotionale Präsenz, aktives Zuhören, Einfühlungsvermögen und Akzeptanz
2. Sterile Professionalität und inneres Unbeteiligtsein sind wesentliche Ursachen für Ablehnung und Aggressivität.
3. Angemessener Gesprächsrahmen (Besprechungszimmer, Abschiedsraum) - keine „Flurgespräche“
4. Behutsame, einfache und warmherzige Sprache
5. Kein Zeitdruck!
6. Deutliche Trennung von Todesnachricht und dem Ersuchen um Zustimmung zur Autopsie: zeitlich und thematisch.
7. Das Ersuchen um Zustimmung zur Obduktion soll beratenden, nicht fordernden Charakter haben
8. Argumente für eine Obduktion können sein:
  - „letzte diagnostische Sicherheit“ (vor allem bei plötzlichen oder überraschenden Todesfällen),
  - Aufklärung bei Verdacht auf ärztliches Fehlverhalten,
  - Klärung versicherungs- und versorgungsrechtlicher Fragen
  - wissenschaftliche Fragestellungen (Nutzen für andere Patienten)
9. Wenn die Zustimmung nicht im ersten Anlauf zu erreichen ist: geduldiges Wiederholen der Argumente, Einfühlen in die Gegenargumente, nochmals: kein Zeitdruck. Eventuell Bedenkzeit anbieten
10. Je vertrauensvoller und offener sich die Arzt-Angehörigenbeziehung schon während der Behandlungsphase gestaltet, desto eher ist ein positives Gesprächsergebnis zu erwarten.