Ulrich Wiesmann

Das Überbringen ernster Nachrichten in der Medizin

Abstract: Die Aufklärung über eine schwerwiegende Erkrankung und deren Behandlung ist eine häufige und zugleich anspruchsvolle ärztliche Aufgabe. In der medizinpsychologischen Lehre und ärztlichen Fortbildung hat sich ein patientenzentriertes Aufklärungsmodell (SPIKES) bewährt, das vier wesentliche Ziele der Übermittlung ernster Nachrichten berücksichtigt: Informationssammlung von Seiten des Patienten, Vermittlung medizinischer Information, emotionale Unterstützung des Patienten und Sicherstellung der Kooperation bei der Entwicklung eines Behandlungsplanes. Das Überbringen ernster Nachrichten ist eine schwierige professionelle Aufgabe und erfordert ein hohes Ausmaß an kommunikativer und sprachlicher Kompetenz für die Gesprächsgestaltung. Ein gutes Gespräch ist schlussendlich daran zu erkennen, dass ein Austausch von Informationen stattgefunden hat und ein Miteinander möglich ist.

Keywords: Arzt-Patienten-Kommunikation, ärztliche Aufklärung, ärztliche Gesprächsführung, Überbringen ernster Nachrichten

1 Einleitung

Das Übermitteln ernster Diagnosen ist eine schwierige und herausfordernde ärztliche Aufgabe. Es ist offenkundig, dass dem Dialog mit der Patientin/dem Patienten und damit der sprachlichen Gestaltung eine besondere Rolle zukommt. Wie noch zu zeigen sein wird, ist nicht nur wichtig, *was* Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Aufklärungs- und Informationspflicht sagen, sondern *wie* sie es sagen. Das Wie impliziert die Art und Weise, wie der Arzt¹ für sich die Beziehung zum Patienten gestaltet – inwiefern es ihm gelingt, angemessen in die Patientenwirklichkeit – in

1 Wenn in diesem Beitrag von „Arzt“ oder „Patient“ gesprochen wird, so referiere ich damit auf die Rolle von Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten, die diese in den behandelten Gesprächen einnehmen. An manchen Stellen, in denen ich Bezug auf konkrete Befragungen oder Praktiken einer Gruppe von Ärztinnen und Ärzten oder Patientinnen und Patienten nehme, markiere ich dies durch die Verwendung der Doppelform.

Ulrich Wiesmann, Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Medizinische Psychologie, Ulrich, Wiesmann@med.uni-greifswald.de

diesen Mikrokosmos – einzutauchen und ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis auf den Weg zu bringen, so dass der Patient spürt: *„Ich bin gemeint“*. Sprachwissenschaftlich könnte man sagen, dass in einem gelingenden Gespräch der Arzt die Bedeutungsstruktur des Patienten erfasst und dass andererseits der Patient die medizinische Bedeutungsstruktur versteht.

Ich beschreibe aus medizinpsychologischer Sicht, wie effektive und nachhaltige patientenzentrierte Aufklärungsgespräche gestaltet werden können, so dass beide Seiten – Arzt und Patient – davon profitieren und die medizinische Behandlung optimiert wird. Exemplarisch stelle ich das SPIKES-Protokoll vor (Baile et al. 2000), das sich als Orientierungsrahmen für das ärztliche Aufklärungsgespräch gut eignet. Mit diesem Modell haben wir in der vorklinischen Ausbildung des Medizinstudiums in Greifswald seit 15 Jahren gute Erfahrungen gemacht (Wiesmann, Niehörster & Hannich 2009; Wiesmann et al. 2012). So ist das Institut für Medizinische Psychologie eines der ersten in Deutschland gewesen, das das Überbringen ernster Nachrichten erfahrungsbezogen – in Interaktion mit Simulationspatienten – im Medizinstudium vermittelt hat.

Was sind eigentlich ernste Nachrichten in der Medizin? In der internationalen englischsprachigen Forschung, die in den 1990er Jahren ihren Ausgang fand, hat sich der Ausdruck *„breaking bad news“* etabliert. Die Anwendung dieses unglücklichen Begriffs im Gespräch – *„Ich habe leider schlechte Nachrichten für Sie ...“* – halte ich für ethisch-moralisch problematisch, denn er kann desillusionierend wirken und Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht auslösen. Ich bevorzuge daher den Ausdruck *„ernste Nachrichten“*.

Robert Buckman (1992) definiert „schlechte“ Nachrichten als jede Information, die die Sicht einer Person auf ihre Zukunft in nachteiliger und ernster Weise beeinflusst. Fallowfield & Jenkins (2004) sprechen von einer Information, die auf Seiten einer Person eine negative Veränderung erzeugt hinsichtlich ihrer gegenwärtigen und zukünftigen Erwartungen. Ptacek & Eberhard (1996) sprechen von einem kognitiven, verhaltensbezogenen oder emotionalen Defizit, das in einer Person entsteht, die eine ernste Nachricht mit fortdauernden Konsequenzen für die eigene Gesundheit erhält. Offensichtliche Beispiele dafür wären: einer Mutter mitzuteilen, dass ihr Baby tot ist; Eltern zu sagen, dass ihr einziges Kind nach einem Unfall einen irreversiblen Hirnschaden hat; einem 45-jährigen Vater von fünf Kindern eine schlimme Krebsdiagnose zu übermitteln. Es gibt aber auch weniger offensichtliche Beispiele: einem selbständigen Dachdecker mitzuteilen, dass er an einer milden Form von Epilepsie leidet. Auch bei einer solchen weniger dramatisch anmutenden Patientengeschichte können neben den körperlichen auch soziale, emotionale und berufsbezogene Problematiken (wie z. B. eine Existenznot) durch die Diagnosemitteilung ausgelöst werden.

Diese Definitionen verdeutlichen die Bedeutung medizinpsychologischen Wissens, d. h. Kenntnisse über Verhalten und Erleben des Kranken, und unterstreichen die Wichtigkeit bio-psycho-sozialen Denkens in der Medizin (Koerfer & Albus 2018), insofern als „das biopsychosoziale Modell sowohl ein Erkenntnis- und Behandlungsmodell als auch ein Beziehungs- und Kommunikationsmodell“ (Koerfer, Kilarski & Albus 2018: 155) impliziert. Es liegt in der Natur der Dinge, dass ernste Nachrichten immer eine subjektive Komponente haben: Der Patient ist der Betroffene und Leidtragende, und der Arzt als Außenstehender kann sich im Vorfeld nicht unbedingt sicher sein, welche Bedeutung eine Diagnose für den Patienten hat. Die Rezeption einer ernsten Nachricht hängt von individuellen Lebenserfahrungen, von der Persönlichkeit, von religiösen Überzeugungen und philosophischer Lebensanschauung, vom wahrgenommenen sozialen Rückhalt und der psychischen Widerstandsfähigkeit etc. des Patienten ab. Es wird deutlich, dass sich auf der Grundlage der bio-psycho-sozialen Ontogenese des Kranken die jeweilige Bedeutungsstruktur manifestiert. Das Mitteilen ernster Nachrichten ist in allen medizinischen Bereichen eine diffizile ärztliche Aufgabe. In diesem Beitrag möchte ich mich schwerpunktmäßig auf die Onkologie konzentrieren (Wiesmann 2014).

Die ernste Nachricht – eine onkologische Diagnose – löst bei dem Betroffenen in der Regel eine existenzielle Krise aus (Tschuschke 2006). Krebs wird assoziiert mit Leiden-Müssen, Sterben-Müssen, Tod. Die körperliche Unversehrtheit, die Gesunden so selbstverständlich erscheint, ist fundamental bedroht; der eigene Körper funktioniert nicht mehr so, wie er es sonst getan hat. Der Aktionsradius ist eingeschränkt; viele Aktivitäten können nicht mehr oder nur noch eingeschränkt ausgeführt werden. Es stellt sich ein Autonomieverlust ein, d. h. die psychologische Kontrolle und die Selbstbestimmung sind eingeschränkt oder gar verloren. Identität und Selbstwertgefühl werden stark erschüttert, auch in Folge von Stigmatisierungsprozessen und sozialer Isolierung (Faller 1998). Entsprechend gleicht die Gefühlswelt einer Achterbahnfahrt; Angst, Depression, Aggression/Wut gelten allerdings als „schwierige Emotionen“, die auf Seiten der Ärzte häufig Unsicherheit oder gar Hilflosigkeit auslösen, was wiederum dazu führen kann, dass Menschen mit „schwierigen“ Emotionen als „schwierige Patienten“ wahrgenommen werden. Das ist nicht das, was Patienten brauchen. Vor dem Hintergrund einer chronischen Erkrankung mit bedrohlichen bio-psycho-sozialen Auswirkungen bedarf es einer grundlegend vertrauensvoll und partizipativ gestalteten Beziehung zwischen Arzt und Patient, in der die subjektive Befindlichkeit des Patienten ihren Platz hat.

2 Problembereiche der ärztlichen Kommunikation mit schwerkranken Menschen

Fragt man Ärztinnen und Ärzte nach Problembereichen in der Kommunikation mit schwerkranken Menschen, so wird das Mitteilen ernster Nachrichten an erster Stelle genannt (Husebø 2006). Die übrigen angeführten Problemgebiete – ein informiertes Einverständnis erzielen, mit Angehörigen sprechen, Diskussion von Therapiealternativen sowie psychosoziale Probleme ansprechen – sind ärztliche Aufgaben, die im Rahmen der Übermittlung ernster Befunde eine Rolle spielen. Das Mitteilen ernster Nachrichten ist somit eine komplexe Angelegenheit, was ein breites Spektrum kommunikativer Fertigkeiten erfordert.

Was macht nun diese Aufgabe so schwierig? Als erstes führen ärztliche Kolleginnen und Kollegen schwierige Rahmenbedingungen an (Husebø 2006). Ärztliche Tätigkeit erfolgt häufig unter Zeitdruck, so dass wenig Zeit für den einzelnen Patienten bleibt. Der Kostendruck komme hinzu, was eine monetäre Fokussierung ärztlicher Leistungen mit sich bringt. Das ärztliche Gespräch werde schlecht vergütet; es ist insbesondere bei Kassenpatienten „nicht erlösrelevant“. Die EBM-Ziffer 03230 „Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist“ sieht für abrechenbare 10 Minuten einen Wert von 9,74 € vor.

Ein zweiter Grund ist die unzureichende patientenzentrierte Ausbildung in der Gesprächsführung. Die traditionelle akademische Ausbildung favorisiert ein paternalistisches Modell der Gesprächsgestaltung, nach welchem der Arzt väterlich anordnet, verordnet und im besten Sinne des Patienten entscheidet. Zeit- und Kostendruck im ärztlichen Alltag mögen Gründe dafür sein, dass Ärzte wenig in ihre kommunikative Fort- und Weiterbildung investieren und monetär gewinnbringendere Veranstaltungen besuchen. Unzureichende kommunikative Schulung wiederum kann zu emotionaler Überforderung führen und stellt langfristig ein Risikofaktor für Burnout und psychische Störungen unter Ärzten dar (Blanchard et al. 2010; Brown et al. 2009). Insofern ist eine arztzentrierte Gesprächsführung im Sinne einer Distanzierung vom Patienten eine erst einmal naheliegende Strategie für die eigene Psychohygiene.

Ein dritter Grund liegt in der Komplexität einer ernsten Nachricht, die Anforderungen an die Fachlichkeit bzw. das ärztliche Wissen stellt. Es stellen sich viele Fragen, die mit medizinischem Problemlösen assoziiert sind: Handelt es sich um eine Erstdiagnose oder ein Rezidiv? Müssen Therapieziele geändert werden – von einer kurativen, heilenden Ausrichtung hin zu einer palliativen, lindernden Behandlung? Worüber muss aufgeklärt werden: über weitere diagnostische Tests, über komplexe therapeutische Optionen und ihre Nebenwirkungen, über Unsi-

cherheiten bezüglich einer optimalen Behandlung, über Möglichkeiten der Teilnahme an klinischen Untersuchungen, über Randomisierung? Bei Beantwortung dieser Fragen konzentrieren sich Ärzte auf die Vermittlung von „Fakten“ zur Krankheit und verlieren leicht die Perspektive des Kranken aus den Augen.

Der vierte Grund ist, dass das Überbringen ernster Nachrichten an sich eine psychophysiologisch stressreiche Tätigkeit ist (Studer, Danuser & Gomez 2017), insbesondere dann, wenn das Gespräch unter Zeitdruck stattfindet. Der Arzt als Überbringer ernster Nachrichten erfährt starke Emotionen, fühlt sich für die Nachricht in hohem Maße verantwortlich, fürchtet negative Bewertung von Patienten, Angehörigen und anderen. Dieser Stress erhöht den Widerwillen gegenüber der Vermittlung der „Wahrheit am Krankenbett“. Dieser Stress erhöht sich dadurch, dass der Patient als Empfänger der schlechten Nachricht als „gestresst“ wahrgenommen wird.

3 Gute klinische Praxis

Es ist das Verdienst von Silverman, Kurtz & Draper (2013), die drei klassischen klinischen Schlüsselqualifikationen – medizinisch-technisches Wissen, körperliche Untersuchung und medizinisches Problemlösen – um die Kommunikation als vierte klinische Kompetenz erweitert zu haben. Kommunikation wird verstanden als eine basale klinische Fertigkeit, die man erlernen kann – so wie das Blutdruck messen, das Auskultieren, das Lesen eines Röntgenbildes oder das Interpretieren des großen Blutbildes. Genauer gesagt ist Kommunikation eine Abfolge gelernter Fertigkeiten. In diesem Sinne ist das Überbringen ernster Nachrichten darstellbar als ein Set von Vorgehensweisen, wie sie beispielsweise im SPIKES-Protokoll beschrieben sind (Baile et al. 2000). Alle vier Schlüsselqualifikationen zusammen machen eine gute klinische Praxis aus.

In der klinischen Praxis ist es häufig so, dass sich Medizinstudierende und junge Ärztinnen und Ärzte Kommunikation und Gesprächsführung entweder durch eigene persönliche Erfahrung aneignen – *learning by doing* – oder durch Lernen am Modell, d. h. sie beobachten ihre Dozentinnen und Dozenten und andere klinische Vorbilder – *observational learning*. Dies ist insofern problematisch, als „ungünstige“ Verhaltensweisen in der Kommunikation nicht hinterfragt werden und unreflektiert übernommen werden. Die Vorbilder in der Klinik zeigen in der Regel keine patientenzentrierten Kommunikationsformen, sondern vermitteln Formen der medizinischen Problemlösung und die Art und Weise, wie man zu einer medizinischen Diagnose kommt. Das macht die Fernsehserie *Doctor House* so erfolgreich.

Ferner ist es wichtig zu wissen, dass das Wissen über wirkungsvolle Kommunikation alleine nicht ausreichend ist. Wenn ich weiß, wie ich patientenzentriert kommunizieren soll, ist das zwar eine gute Voraussetzung, aber es heißt dann noch lange nicht, dass ich auch in der Lage bin, mein Wissen in adäquates Verhalten umzusetzen. Das bedeutet, es muss eine Lernumgebung geschaffen werden, in der individuelle Rückmeldungen über Verhaltensausführungen zur Behebung der eigenen Schwächen und Konsolidierung der Stärken erfolgen können. Das Erlernen, Beibehalten und Verbessern kommunikativer Fertigkeiten ist eine lebenslange Aufgabe. Man kann ein hohes Niveau erreichen, aber man lernt nie aus ...

Silverman et al. (2013) unterscheiden drei Klassen von Fertigkeiten (*Skills*): inhaltliche, prozessbezogene und wahrnehmungsbezogene Fertigkeiten. Inhaltliche Fertigkeiten fußen auf der medizinischen Wissensbasis, die Ärzte sich erarbeitet haben (*evidence-based medicine*). Es handelt sich um die Sachinformation an den Patienten, d. h. worüber der Arzt wie informiert (z. B. einfache Sprache vs. komplizierte Ausdrucksweise, fachsprachlich vs. Alltagssprachlich, strukturiert vs. chaotisch, prägnant vs. weitschweifig) (Schulz von Thun 1990). Prozessbezogene Fertigkeiten beziehen sich auf die Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung, nämlich wie man Fragen stellt, zuhört, strukturiert, die emotionale Situation des Patienten erfasst, kurzum: wie man das Vertrauen des Patienten gewinnt. Die wahrnehmungsbezogenen Fertigkeiten adressieren die Bewusstheit über eigene Befindlichkeiten und über das eigene Denken, über Sympathie oder Antipathie und mögliche Variationen des Unbehagens dem Patienten gegenüber, über Voreingenommenheiten und Vorurteile. Sie dienen der Beantwortung der Frage, inwiefern sich der Arzt zu einem gegebenen Zeitpunkt auf den Mikrokosmos des Patienten einlassen kann und was ihn davon abhält.

Mit Fertigkeiten allein ist es nicht getan. Aus Sicht einer patientenzentrierten Gesprächsführung geht es schlussendlich darum, mit welchen grundsätzlichen *Haltungen* der Arzt seinem Patienten begegnet, damit dieser *Vertrauen* fassen und sich öffnen kann. Eine authentische Begegnung mit dem Mikrokosmos des Patienten erfordert bestimmte ethisch-moralische Grundhaltungen: Akzeptanz, Empathie und Kongruenz (Aue, Bader & Lühmann 1995; Wiesmann & Hannich 2009). Mit *Akzeptanz* (oder sorgender Zuwendung) ist gemeint, dass dem Patienten unbedingte Wertschätzung entgegengebracht werden sollte, unabhängig von seinen Unzulänglichkeiten und Schwächen, von seinen Persönlichkeitseigenschaften und von anderen Merkmalen (soziale Klasse, politische Einstellung etc.). Das bedeutet, dass der Arzt seine eigenen Wertvorstellungen und Einstellungen nicht zum Kriterium seiner Zugewandtheit machen darf. Eine akzeptierende und wertschätzende Haltung führt dazu, dass Patienten sich öffnen und mögliche Abwehrhaltungen lockern. Dadurch werden auf Seiten des Patienten negative Gefühle (Angst, Scham, Schuld) verringert, und Selbstachtung und Selbstwertgefühl steigen.

Empathie bedeutet einführendes Verstehen. Mit einer empathischen Grundhaltung ist die professionelle Person in der Lage, sich in die oftmals verwirrenden und widersprüchlichen Gefühle des Patienten hineinzusetzen und das emotionale Erleben und die subjektive Bedeutung des Krankseins zu erfassen. Eine empathische Grundhaltung führt dazu, dass Patienten ihre Gefühle besser wahrnehmen und ausdrücken lernen und im Falle von Gefühlsverwirrungen klären und strukturieren können. Damit wird die Introspektionsfähigkeit auf Seiten des Patienten gefördert, die grundlegend für konstruktive Prozesse der Krankheitsverarbeitung ist.

Kongruenz (oder Echtheit) bedeutet, dass der Arzt sich nicht verstellt, sondern aufrichtig und integer auftritt, so dass die Persönlichkeit für den Patienten erkennbar bleibt. In diesem Zusammenhang spielen die o. g. wahrnehmungsbezogenen Fähigkeiten eine wesentliche Rolle. Ein kongruentes Auftreten führt zu Vertrauensbildung, weil der Arzt als Person für den Patienten transparenter wird.

Auf der Grundlage der ärztlichen Haltungen und kommunikativen Fertigkeiten kann eine individualisierte Aufklärung erfolgen, und zwar in dem Sinne, dass die Aufklärung über Diagnose und Behandlung sich nach den Bedürfnissen des Patienten richten muss und nicht umgekehrt. Einerseits ist der Patient nicht immer in der Lage, die volle Wahrheit zu hören. Der Patient hat das Recht darauf, die Wahrheit am Krankenbett nicht hören zu wollen, und der Arzt sollte das respektieren. Andererseits darf der Arzt den Patienten nicht belügen (Husebø 2006).

4 Warum ist das Mitteilen-Können ernster Nachrichten wichtig?

Erstens ist es eine häufige und belastende Aufgabe. Klinikärzte tun dies in ihrer Karriere tausendfach. Die Übermittlung der Diagnose „Krebs“ ist für Ärzte sehr aversiv. Es fühlt sich an, als würde man jemandem vor den Kopf schlagen oder eine Bombe zünden. Die Problematik ist insbesondere dann hoch, wenn der Arzt unerfahren, der Patient jung oder wenn die Aussichten auf eine kurative Behandlung gering sind.

Zweitens: Patienten wollen die Wahrheit. Etwa 95% der Patienten wollen Aufklärung über die Diagnose und ca. 85% wollen gar eine Aufklärung über die Prognose (Husebø 2006). Mit anderen Worten: Patienten geben dem Arzt ein klares Mandat zur Offenheit und Kooperation. Fast alle Patienten mit fortgeschrittener Krankheit und infauster Prognose wissen selbst, wie es um sie steht. Patienten sind hellhörig und lesen die non-verbalen Botschaften. Sie ziehen Schlüsse aus

den Informationen, die ihnen bereits vorliegen. Sie haben Befürchtungen. Patienten wissen mehr um ihre Krankheit und Prognose, als Ärzte vermuten.

Drittens gibt es ethische und juristische Imperative, als da sind: *Informed consent* (informierte Einwilligung, will heißen die von Information und Aufklärung getragene Einwilligung des Patienten in Eingriffe), die Patienten-Autonomie (sein Recht auf Information und Selbstbestimmung) sowie, wie gehabt, die ärztliche Aufklärungspflicht (Husebø 2006).

Das vierte Argument ist das entscheidende: Die klinischen *Outcomes* (Behandlungsergebnisse) verbessern sich (Back et al. 2005; Silverman et al. 2013). Die Art und Weise der Aufklärung beeinflusst das Verständnis der Information, die Therapiemotivation, die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung, das Ausmaß an Hoffnung sowie die psychologische Anpassung. Des Weiteren verordnen „aufklärende“ Ärzte seltener „medizinisch fragwürdige“ harte Behandlungen. Entgegen aller Befürchtung führt Aufklärung nicht zu psychischer „Dekomensation“, sondern ganz im Gegenteil wird die individuelle Lebensqualität gewahrt.

5 Das SPIKES-Protokoll

Als Beispiel für eine individualisierte Aufklärung möchte ich das SPIKES-Protokoll von Baile et al. (2000) vorstellen. SPIKES ist ein Akronym. Jeder der sechs Buchstaben bezeichnet einen Schritt bei der Übermittlung ernster Nachrichten.

1. Das Gespräch beginnen (**SETTING UP** the Interview)
2. Die Sichtweise des Patienten aufnehmen (Assessing the Patient's **PERCEPTION**)
3. Die Aufforderung des Patienten erhalten (Obtaining the Patient's **INVITATION**)
4. Wissen und Informationen vermitteln (Giving **KNOWLEDGE** and Information to the Patient)
5. Auf die Gefühle des Patienten durch empathisches Verhalten eingehen (Addressing the Patient's **EMOTIONS** with Empathic Responses)
6. Sich auf eine gemeinsame Strategie verständigen und Zusammenfassung (**STRATEGY** and **SUMMARY**)

Schritt 1: **SETTING UP the Interview**. Bevor das Gespräch beginnt, ist es wichtig, sich auf das Gespräch vorzubereiten, und dies sowohl inhaltlich („Was will ich sagen?“) als auch von der Selbstwahrnehmung her („Bin ich innerlich bereit dazu?“). Idealerweise sollte die Aufklärung dialogisch erfolgen, d. h. eine erfahrene Pflegekraft sollte am Gespräch aktiv teilnehmen. Das hat viele Vorteile, wobei der gemeinsame Informationsstand hervorzuheben ist.

Ernste Nachrichten sollten selbstredend in einer ungestörten Umgebung übermittelt werden; für Privatsphäre sollte also gesorgt sein. Zeitliche Beschränkungen sollten expliziert und mögliche Unterbrechungen gemanagt werden. Nach Möglichkeit sollten Angehörige einbezogen werden.

Die Gesprächsteilnehmer sollten sitzen, d. h. auf angemessenem Augenkontakt bei gleicher Augenhöhe ist zu achten. Die Beziehungsgestaltung zum Patienten steht im Vordergrund.

Schritt 2: *Assessing the Patient's PERCEPTION.* Bevor die medizinischen Befunde besprochen werden, ist es empfehlenswert, den Patienten sprechen zu lassen (Strategie: *Before you tell, ask.*) Über offene Fragen bekommen die Kliniker ein gutes Bild davon, wie der Patient die medizinische Situation wahrnimmt (z. B. „Was wurde Ihnen bisher mitgeteilt?“). Dann ist es nämlich möglich, Fehlinformationen zu korrigieren oder die weitere Informationsvermittlung auf das Krankheitsverständnis des Patienten zuzuschneiden. Außerdem ist es dann auch möglich, Abwehrprozesse zu erkennen, wie z. B. Verleugnung, Wunschdenken, Auslassen wichtiger aber ungünstiger Informationen über die Krankheit, unrealistische Erwartungen an die Behandlung.

Schritt 3: *Obtaining the Patient's INVITATION.* Die Mehrheit der Patienten will vollständig informiert werden über Diagnose, Prognose und Details der Erkrankung, aber eben nicht alle. So ist es wichtig, genau zuzuhören („Was will der Patient? Äußert er explizit den Wunsch nach vollständiger Information oder weicht er aus?“). Das Vermeiden von Informationen ist ein gültiger psychologischer Bewältigungsmechanismus. Die Aufgabe des Arztes besteht darin, die Botschaften nach den Bedürfnissen des Patienten zu strukturieren, ihn nicht zu überfordern. Gegebenenfalls sollte ein neuer Termin angeboten werden.

Schritt 4: *Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient.* Es hat sich als hilfreich erwiesen, zu Beginn eine Warnung auszusprechen („Die Befunde sind leider ernst.“). Dies verringert den Schock und erleichtert die Informationsverarbeitung.

Bei der Vermittlung medizinischer Fakten ist darauf zu achten, dies in der Sprache des Patienten zu tun. Fachausdrücke sind zu vermeiden (z. B. „gestreut“ anstatt „metastasiert“ oder „Gewebeprobe“ anstatt „Biopsie“). Auch exzessive Unverblümtheit ist zu vermeiden („Sie haben einen sehr schlimmen Krebs und werden sterben, wenn Sie sich nicht sofort behandeln lassen“). Dies kann dazu führen, dass der Patient sich anschließend isoliert fühlt und später wütend wird. Der Überbringer der Nachricht wird auf diese Weise zum Schuldigen gemacht. Infor-

mationen sollten „häppchenweise“ vermittelt und das Verständnis des Patienten sollte jeweils gesichert werden. Wenn die Prognose schlecht ist: Man sagt niemals „*Es gibt nichts mehr, was wir für Sie tun können.*“ Das legt irrigerweise nahe, dass eine gute Schmerzkontrolle und Symptombehandlung nicht möglich sind. Das wäre fatal.

Schritt 5: *Addressing the Patient's EMOTIONS with Empathic Responses.* Das ist die schwierigste Aufgabe: die psychologische Unterstützung des Patienten. Patienten zeigen ein riesiges Spektrum emotionaler Reaktionen (von Schock, Trauer, Wut bis hin zu Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit). Hier ist es wichtig, dass der Arzt empathisch reagiert. Empathie zeigen bedeutet einführendes Verstehen. Es geht darum, sich in die Gefühlslage des Patienten hineinzusetzen und die Gefühle zu benennen. Dadurch entsteht eine Atmosphäre der Offenheit und des Vertrauens. Der Patient kann sich auf seine Gefühle einlassen, die heftig, bedrohlich und oftmals auch widersprüchlich sind. Empathie zeigen heißt Hilfe zum Gefühlsausdruck und zur Gefühlsabklärung geben und den „Gefühlshaushalt“ strukturieren helfen. Der Patient fühlt sich ernst genommen und lernt, die Emotion mit der Wirklichkeit zu verbinden. Die Isolation des Patienten wird durchbrochen.

Schritt 6: **STRATEGY and SUMMARY.** Hier geht es darum, einen patientengerechten Abschluss zu finden. Eine Hilfe ist die Zusammenfassung der wesentlichen Punkte, die zuvor besprochen worden sind. Es gibt gute Erfahrungen damit, dem Patienten und Angehörigen eine Audio-Aufzeichnung des Aufklärungsgesprächs mit nach Hause zu geben. Bevor Therapieoptionen diskutiert werden, sollte die Bereitschaft des Patienten geprüft werden, inwiefern er sich auf einen Therapieplan einlassen kann oder nicht. Wenn ja, sind die Aussichten gut, dass er sich in der Zukunft wahrscheinlich weniger ängstlich und unsicher fühlen wird. Die Partizipation des Patienten ist von entscheidender Bedeutung.

Das Mitteilen ernster Nachrichten ist ein Prozess. Es ist mit einem Mal nicht getan, sondern es findet wiederholt statt. Patienten brauchen Zeit. Sie sind nicht immer gleich offen für die Wahrheit, die innere Bereitschaft ändert sich. Es ist daher angebracht, grundsätzlich Wiederholungsmöglichkeiten einzuplanen. Daher sollte man immer am Ende des Gesprächs einen neuen Termin anbieten und gleichzeitig den Patienten aktiv einbeziehen, z. B. indem man ihn bittet, das Gespräch selbst vorzubereiten („*Schreiben Sie auf, welche Fragen Sie geklärt haben möchten*“), und darüber entscheiden lässt, wer noch mit anwesend sein soll.

6 Fazit

Die folgenden zwei Sätze fassen die Quintessenz dieses Beitrags zusammen: Ärzte sind nicht für die ernste Nachricht verantwortlich. Aber sie sind verantwortlich dafür, *wie* sie die ernste Nachricht Patienten und ihren Angehörigen vermitteln.

Das bedeutet, dass Sprache nicht nur aus Wörtern besteht. Wie etwas gesagt wird, ist vielleicht noch wichtiger als das, was gesagt wird. Sprache ist also insbesondere in der Medizin ein machtvolleres Werkzeug, das vom Arzt reflektiert eingesetzt werden sollte. Mit dem *Wie* ist die Beziehungsgestaltung verbunden – inwiefern der Arzt die Beziehung eher autoritär ausfüllt oder eher partnerschaftlich versteht.

Ärztliche Aufklärung ist *keine* Einbahnstraße im Sinne eines Übertragungsprozesses medizinischer Informationen vom Sender Arzt zum Empfänger Patient. Die Verantwortung des Arztes endet also nicht damit, dass *einmalig* die ernste Nachricht gesendet worden ist. Vielmehr ist Kommunikation ein Interaktionsprozess, wobei die Interaktion erst vollständig ist, wenn der Arzt als Sender vom Empfänger Patient eine Rückmeldung bekommt, wie die Nachricht interpretiert wird, ob sie verstanden wurde und welchen Einfluss diese Nachricht auf den Patienten hat. Es geht um die wechselseitige Eruiierung sprachlich vermittelter Bedeutungsstrukturen.

Die Gesprächsgestaltung als solche ist allerdings eine professionelle Aufgabe. Im besten Fall gelingt es dem Arzt, über patientenzentrierte Kommunikation eine gemeinsame Basis zu bereiten, auf der man sich gegenseitig kennenlernen und wertschätzen lernen kann. Es geht schlussendlich um eine Angleichung der Mikrokosmen von Arzt und Patient. Man könnte auch von Sprachwelten sprechen – mit guter Kommunikation kann erreicht werden, dass sich subjektive Welten und subjektive Wirklichkeiten einander annähern.

Effektive Kommunikation fördert ein Gefühl von Sicherheit auf Seiten des Patienten. Wenn ein Patient sich sicher fühlt, kann er sich gut orientieren. Er versteht seine Situation und er versteht, was er im Gespräch erwarten kann, er kann z. B. einordnen, warum der Arzt jetzt gerade einen bestimmten Fragenkatalog von Symptomen abfragt usw. Wenn der Patient sich sicher fühlt, vergrößert sich der ärztliche Handlungsspielraum.

Effektive Kommunikation ist auf Behandlungsergebnisse fokussiert. Sie ist also nicht *L'art pour l'art*, sondern ist darauf ausgerichtet, medizinische Probleme zu identifizieren und zu lösen. Dies geschieht am gewinnbringendsten durch ein Miteinander von Arzt und Patient. Wenn ein echter Dialog mit dem Patienten entsteht, sind die Weichen für eine gute Zusammenarbeit und für eine partizipative Entscheidungsfindung in der medizinischen Behandlung gestellt.

Die gute Nachricht ist, dass effektive Kommunikation erlernbar ist. Meines Erachtens ist *Breaking Serious News* nur ein Spezialfall der Arzt-Patienten-Bezie-

hung und sollte in ein allgemeines Curriculum über patientenzentrierte Gesprächsführung eingebettet sein. Die empirische Forschung belegt, dass sich die Schulung kommunikativer Kompetenzen lohnt (Fallowfield et al. 2002). Die prozessorientierten Fertigkeiten verbessern sich, d. h. geschulte Betreuer gehen auf die Patientenwirklichkeit ein. Sie lassen die Patienten häufiger zu Wort kommen, indem sie weniger geschlossene Fragen stellen (weniger arztzentriertes Verhalten zeigen) und gleichzeitig verstärkt offene Fragen stellen und die Patienten ermutigen, dass sie über die individuelle Bedeutung der Diagnose und Prognose nachdenken. Sie sind empathischer, d. h. sie ermutigen die Patienten auch, negative Gefühle auszudrücken, und machen deutlich, dass diese Reaktionen natürlich sind und dazu gehören.

Und schlussendlich sind Ärzte zufriedener und gesünder, wenn sie gelernt haben, effektiv zu kommunizieren. Es hat günstige Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung des Arztes. Daher sollte ein entsprechendes Weiterbildungsprogramm fest in Ausbildungs- und Weiterbildungscurricula enthalten sein. Zukünftig wird es darum gehen, den Zugang zu bzw. die Verfügbarkeit von kommunikativen Weiterbildungsmaßnahmen in klinischen Settings zu sichern, und zwar geht es um eine langfristige Implementierung dieser in klinische Settings.

Da liegt nach wie vor der Hase im Pfeffer.

Literatur

- Aue, Michael, Birgit Bader & Jörg Lühmann (1995): *Krankheits- und Sterbebegleitung. Ausbildung, Krisenintervention, Training*. Weinheim: Beltz.
- Back, Anthony L., Robert M. Arnold, Walter F. Baile, James A. Tulsky & Kelly Fryer-Edwards (2005): Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 55 (3), 164–177.
- Baile, Walter F., Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Glober, Estela A. Beale & Andrzej P. Kudelka (2000): SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 5 (4), 302–311.
- Blanchard, P., D. Truchot, L. Albiges-Sauvin, S. Dewas, Y. Pointreau, M. Rodrigues, A. Xhaard, Y. Lorient, P. Giraud, J. C. Soria & G. Kantor (2010): Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *European Journal of Cancer* 46 (15), 2708–2715.
- Brown, Rhonda, Stewart Dunn, Karen Byrnes, Richard Morris, Paul Heinrich & Joanne Shaw (2009): Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Academic Medicine* 84 (11), 1595–1602.
- Buckman, Robert (1992): *How to break bad news – A guide for health care professionals*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Faller, Hermann (1998): *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

- Fallowfield, Lesley & Valerie Jenkins (2004): Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 363 (9405), 312–319.
- Fallowfield, Lesley, Valerie Jenkins, Vern Farewell, Jacky Saul, Anthony Duffy & Rebecca Eves (2002): Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet oncology* 359 (9307), 650–656.
- Husebø, Stein (2006): Kommunikation. In Stein Husebø & Eberhard Klaschik (Hrsg.), *Palliativmedizin: Grundlagen und Praxis – Schmerztherapie – Gesprächsführung – Ethik*, 143–201. Berlin: Springer.
- Koerfer, Armin & Christian Albus (Hrsg.) (2018): *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsführung.
- Koerfer, Armin, Laura L. Kilarski & Christian Albus (2018): Biopsychosoziale Medizin. In Armin Koerfer & Christian Albus (Hrsg.), *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*, 155–194. Göttingen: Verlag für Gesprächsführung.
- Ptacek, John T. & Tara L. Eberhardt (1996): Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA the journal of the American Medical Association* 276 (6), 496–502.
- Schulz von Thun, Friedemann (1990): *Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbek: Rowohlt.
- Silverman, Jonathan, Suzanne Kurtz & Juliet Draper (2013): *Skills for communicating with patients*, 3rd edn. Oxford: Radcliffe.
- Studer, Regina Katharina, Brigitta Danuser & Patrick Gomez (2017): Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: A critical literature review. *International Journal of Psychophysiology* 120, 14–22.
- Tschuschke, Volker (2006): *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Wiesmann, Ulrich (2014): Oncology. In Alex C. Michalos (Hrsg.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, 4489–4496. Dordrecht: Springer.
- Wiesmann, Ulrich & Hans-Joachim Hannich (2009): Ethische Prinzipien im Umgang mit älteren Patienten. *Journal für Anästhesiologie und Intensivmedizin* 16 (2), 54–58.
- Wiesmann, Ulrich, Gabriele Niehörster & Hans-Joachim Hannich (2009): Medizinpsychologische Lehre innovativ gestalten: Förderung von Kommunikations- und Forschungskompetenzen in der vorklinischen Ausbildung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 18 (2), 88–96.
- Wiesmann, Ulrich, Gabriele Niehörster, Wolfgang Hannover, Christine Altenstein, Jeannette Riedel, Kati Möbius & Hans-Joachim Hannich (2012): Das Greifswalder Lehrkonzept Medizinische Psychologie im Studienjahr 2007/08: Förderung von Kommunikations- und Forschungskompetenzen in der vorklinischen Ausbildung. In Ulrich Wiesmann, Christine Altenstein, Wolfgang Hannover, Ulrike Plötz & Jeannette Riedel (Hrsg.), *„Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann“ – Facetten der Medizinischen Psychologie in Greifswald. Eine Hommage anlässlich des 60. Geburtstags von Hans-Joachim Hannich*, 3–17. Lengerich: Pabst.