



Schlechte Nachrichten überbringen

Es sind die unangenehmsten Aufklärungsgespräche: CT, MRT oder Laborergebnisse bestätigen den Verdacht einer schweren Krankheit oder eines Rezidivs. Der Patient hat zwar eine Ahnung, hofft aber auf das Beste. Und Sie müssen ihn enttäuschen. Ein Patentrezept für solche Gespräche gibt es nicht. Aber gute Vorbereitung und eine klare Struktur machen es Ihnen und dem Patienten leichter.

Es muss nicht immer die Krebsdiagnose sein: Auch bei anderen unheilbaren Krankheiten gibt es einen Zeitpunkt, an dem der Arzt dem Patienten die schlechte Nachricht mitteilen muss. Ähnliche Gespräche stehen an, wenn das Ergebnis einer Pränataluntersuchung ungünstig ist, ein Schwerverletzter querschnittsgelähmt bleiben wird oder bei jemandem nur noch eine palliative Behandlung möglich ist. Für den Patienten ändert sich damit schlagartig seine Lebensperspektive, vielen zieht die Nachricht „den Boden unter den Füßen weg“. Umso wichtiger ist es, dass der Arzt einen gewissen Halt bietet.

Das Gespräch vorbereiten

Aufklären: Ja, nein, oder teilweise? Grundsätzlich hat der Patient ein Recht auf vollständige, wahrheitsgemäße Aufklärung. Er darf sie allerdings auch verweigern oder das, was er erfährt, verdrängen. Wichtig ist daher:

- ▶ Kein Aufklärungsgespräch gegen den Willen des Patienten [1]!

Zwar möchten die meisten Patienten aufgeklärt werden – manche jedoch nur teil- bzw. schrittweise oder via Angehörige [1–3]. Dies sollten Sie im Verlauf des Gesprächs unbedingt in Erfahrung bringen (s. unten), aber nicht von vornherein auf das Gespräch verzichten. Außerdem: Für die weitere Behandlung – oder den Verzicht darauf – sind Sie oft auf das Einverständnis und die Mitarbeit des Patienten angewiesen.

Lediglich bei hoher psychischer Labilität, bekannten Suizidabsichten, einem gerade überstandenen Herzinfarkt u. ä. sollten Sie die Aufklärung evtl. verschieben [1, 2].

Zeitpunkt des Gesprächs Prinzipiell sollte die Aufklärung so bald wie möglich nach Diagnosesicherung stattfinden [1, 2]. Wählen Sie außerdem einen geeigneten Zeitpunkt im Tagesablauf, den Sie möglichst sicher einhalten können. Der späte Nachmittag und Abend sind allerdings eher unpassend, da Sie den Patienten in eine schlaflose Nacht entlassen. Planen Sie etwa 30–45 min ein – mit Puffer nach hinten [1, 2].

Weitere Anwesende Viele Patienten möchten, dass Angehörige bei wichtigen Gesprächen dabei sind [1]. „Ich schlage auch oft vor, eine vertraute Pflegekraft

Das SPIKES-Protokoll

1. S – Setting: äußerer Rahmen
2. P – Perception: Kenntnisstand und Bewertung des Patienten erfragen
3. I – Invitation: Einladung durch den Patienten zur Informationsweitergabe abwarten
4. K – Knowledge: Wissen vermitteln, die schlechte Nachricht an sich überbringen
5. E – Emotions: Gefühle des Patienten wahrnehmen und empathisch reagieren
6. S – Strategy & Summary: weitere Behandlung gemeinsam planen

Tab. 1 Das SPIKES-Protokoll zur Übermittlung schlechter Nachrichten [nach 6].

einzu beziehen“, sagt Professor Dr. Martin Weber, Internist und Leiter der Interdisziplinären Einrichtung für Palliativmedizin an der Uniklinik Mainz. „Zum einen kann diese während und nach dem Gespräch eine emotionale Stütze sein, zum anderen schafft es Transparenz im Team.“ Manche Patienten können dagegen offener sprechen, wenn kein Dritter dabei ist.

- ▶ Fragen Sie den Patienten, wenn Sie das Gespräch vereinbaren, nach seinen diesbezüglichen Wünschen [2].

Für den Arzt kann es allerdings auch schwieriger werden, je mehr Gesprächspartner er einbeziehen muss. Mehr als 3–4 Personen sollten daher nicht anwesend sein.

Überbringen Sie die Nachricht persönlich, aber nicht am Telefon!

Ist ein Telefonat unumgänglich, können Sie z. B. sagen: „Die Untersuchungsergebnisse sind da. Können Sie am frühen Nachmittag vorbeikommen, damit wir darüber sprechen können? Ihre Frau kann gern mitkommen.“ [2]

Fakten kennen Die medizinischen Fakten sollten Sie unbedingt parat haben: Diagnose, Prognose, Behandlungsmöglichkeiten, bestmögliche Verläufe. Um persönlich auf den Patienten eingehen zu können, ist es darüber hinaus hilfreich, seine Vorgeschichte, Familiensituation und Überzeugungen zu kennen [2]. Fragen Sie dazu evtl. auch die Pflegekräfte [4]. Außerdem sollten Sie sich überlegen, was Sie in diesem Gespräch auf jeden Fall mitteilen wollen, und worüber Sie evtl. nur auf Nachfrage oder beim nächsten Mal sprechen (z. B. Prognose) [1, 2].

Eigene Haltung Im Umgang mit dem Patienten muss der Arzt eine gewisse Balance halten zwischen

- ▶ Mitgefühl, um auf die Gefühle des Patienten eingehen zu können, und
- ▶ emotionaler Distanz, um ihn unterstützen zu können und sich nicht vom Mitleid überwältigen zu lassen [5].

Weber nennt das „professionelle Nähe“: „Man muss sich für den ganzen Menschen interessieren, nicht nur für das kranke Organ. Der Patient darf spüren, dass man von seinem Schicksal berührt ist“, sagt er. „Aber es muss klar sein, dass der Arzt handlungsfähig bleibt.“

Mögliche Richtschnur im Gespräch: Das SPIKES-Protokoll

Hilfe zur Strukturierung Um das Aufklärungsgespräch zu strukturieren, hat sich das von Baile und Buckman entwickelte SPIKES-Protokoll bewährt [6]. Konkretisiert wird es z. B. in [1–3]. Nach SPIKES gliedert sich das Gespräch in 6 Schritte (☛ Tab. 1).

S – Setting

Geeigneter Raum Das Gespräch sollte in einem separaten Raum stattfinden und nicht von außen unterbrochen werden. Schalten Sie Ihr Mobiltelefon stumm oder aus, sorgen Sie für eine ruhige, freundliche Atmosphäre. Alle Anwesenden sollten bequem sitzen und möglichst auf Augenhöhe miteinander sprechen können.

Vertrauensvolle Atmosphäre Wichtig für ein vertrauensvolles Gespräch sind auch nonverbale Signale wie

- ▶ Blickkontakt,
 - ▶ eine zugewandte Körperhaltung und
 - ▶ bestätigende Gesten, z. B. Nicken [2].
- Vermitteln Sie dem Patienten: Er kann sich auf Sie verlassen, Sie helfen ihm und lassen ihn nicht allein [1]. Nach Ansicht von Prof. Dr. Lukas Radbruch stellt ein schwieriges Aufklärungsgespräch durchaus vergleichbare Anforderungen an den Arzt wie eine OP. Der Anästhesist und Professor für Palliativmedizin an der Universitätsklinik Bonn erinnert sich: „Bei Notsectio-Entbindungen hatte ich oft nur 2 Minuten, um die Narkose einzuleiten. Die gleiche Konzentration und Intensität erlebe ich heute bei manchen Patientengesprächen.“

P – Perception

Wissensstand des Patienten erfragen
Meist ist der Patient mehr oder weniger vorinformiert und entsprechend angespannt [1]. Trotzdem: Statt ihn gleich mit der schlechten Nachricht zu überfallen, sollten Sie zunächst kurz klären:

- ▶ Welchen Wissensstand hat der Patient über seine Krankheit?
 - ▶ Was befürchtet oder hofft er?
 - ▶ Was erwartet er von dem Gespräch? Dafür können Sie z.B. fragen:
 - ▶ „Was wissen Sie bereits über Ihre Erkrankung?“ [2]
 - ▶ „Was spüren Sie momentan von Ihrer Krankheit?“ [4]
 - ▶ „Wie sehen Sie nach dieser Chemotherapie Ihre Situation?“ [3]
- Natürlich sollen Sie ihn nicht auf die Folter spannen – ein paar Sätze reichen oft.

Weitere Aufklärung daran anpassen
Die Antworten des Patienten geben Ihnen nicht nur Hinweise, wo Sie mit Ihren Erklärungen anknüpfen können, sondern auch auf seine Bewältigungsstrategien und seine Bereitschaft, sich auf die Wahrheit einzulassen. „Außerdem machen Sie so bereits zu Beginn deutlich, das hier nicht nur einer spricht, sondern ein Dialog stattfindet“, ergänzt Prof. Weber.

Falls nötig, fassen Sie selbst noch einmal den aktuellen Stand zusammen bzw. korrigieren Sie die Vermutungen des Patienten.

I – Invitation

Kurze, aber wichtige Gesprächsphase
Spätestens jetzt sollte der Patient Ihnen – verbal oder nonverbal – signalisieren, dass er tatsächlich informiert werden möchte. Falls Sie sich noch nicht sicher sind, sollten Sie vorsichtig danach fragen:

- ▶ „Manche Patienten möchten sehr viele Details wissen, andere eher weniger. Wie ist das bei Ihnen?“ [2]

Nicht Sie entscheiden, was und wie viel der Patient wissen darf oder muss.

K – Knowledge

Vorwarnung Sofern der Patient aufgeklärt werden möchte, überbringen Sie jetzt die eigentliche schlechte Nachricht. Empfehlenswert ist eine Vorwarnung:

- ▶ „Ich habe keine gute Nachricht für Sie.“
 - ▶ „Leider sind die Ergebnisse nicht so gut, wie wir erhofft haben.“ [2]
 - ▶ „Leider hat sich die Befürchtung bestätigt.“ [1]
- Sie können auch vom aktuellen Befinden des Patienten ausgehen:
 - ▶ „Sie sagten vorhin, dass Sie Schwierigkeiten mit dem Atmen haben. Das liegt daran, dass...“ [2]
 - ▶ „Sie sagen, Sie haben zurzeit wenig Beschwerden. Das freut mich. Im CT sieht man nämlich leider, dass...“ [2]

Nachricht schrittweise vermitteln
Dann vermitteln Sie die wichtigsten Informationen in kurzen Sätzen und verständlicher Sprache. Beispiele:

- ▶ „Unsere Untersuchungen haben die Diagnose Brustkrebs erbracht.“ [1]
 - ▶ „Die Röntgenuntersuchung ergab den dringenden Verdacht auf eine Krebserkrankung.“ [2]
 - ▶ „Die Behandlung konnte den Tumor leider nicht verkleinern.“ [2]
- Gehen Sie dabei in kleinen Schritten vor und versichern Sie sich, dass Ihr Gegenüber folgen kann. Nach Mitteilung der schlechten Nachricht an sich ist der Patient oft kaum mehr aufnahmefähig [1]. Beobachten Sie daher seine Reaktionen und machen Sie ggf. eine Pause, bis er signalisiert, mehr wissen zu wollen [1, 2].

Cave Vermeiden Sie Beschönigungen und allzu vage Aussagen, aus denen der Patient falsche Erwartungen ableitet.

Die Wahrheit sagen, ohne sie aufzuzwingen Klären Sie nur soweit auf, wie es für den Patienten im Moment notwendig, verständlich und erträglich ist.

- ▶ Nicht alles, was wahr ist, muss jetzt gesagt werden – aber alles, was Sie sagen, muss wahr sein.

Wenn er keine Einzelheiten wissen möchte („Besprechen Sie das lieber mit meiner Frau“, „Sie sind Arzt, Sie wissen am besten, was nötig ist“), bieten Sie an, Fragen später zu beantworten. „Oft stellt ein Patient ganz bewusst eine bestimmte Frage jetzt noch nicht – dann müssen Sie ihm die unerbetene Information auch nicht aufzwingen“, rät Dr. Monika Keller. Sie ist Psychoonkologin an der Uniklinik Heidelberg und leitet ein Trainingsprogramm für ärztliche Kommunikation (KoMPASS).

„Krebs“ erwähnen oder nicht? Es gibt unterschiedliche Meinungen dazu, ob der Arzt den Begriff „Krebs“ verwenden sollte.

Das sollten Sie vermeiden

- ▶ weiterreden, obwohl der Patient nicht mehr aufnahmefähig ist
- ▶ emotionale Reaktionen ignorieren oder schnell auf Sachebene wechseln
- ▶ distanziert bleiben statt Empathie zu vermitteln
- ▶ vorschnell beruhigen („Sie brauchen keine Angst zu haben“)
- ▶ Hoffnungslosigkeit vermitteln
- ▶ Therapien zustimmen, die medizinisch nicht indiziert sind
- ▶ Gespräch nicht klar strukturieren
- ▶ anordnen, belehren, moralisieren

Tab. 2 Nach [2, 3].

Wenn Sie befürchten, dass der Patient dadurch zu sehr entmutigt wird, können Sie zunächst auch „Tumor“, „Karzinom“ oder „Geschwulst“ sagen. Sie müssen aber sichergehen, dass der Patient das Wesentliche trotzdem verstanden hat – und ehrlich antworten, wenn er nachfragt: „Habe ich Krebs?“ Zum Beispiel so:

- ▶ „Ja, es ist Krebs. Heutzutage können wir diese Art aber gut behandeln.“ [4]

Das Prinzip Hoffnung Sätze wie „Wir können nichts mehr für Sie tun“ oder „Es gibt keine Hoffnung mehr“ sollten tabu sein (☛ Tab. 2)! Sie entmutigen nicht nur, sondern sind auch falsch: Selbst bei einer infausten Prognose können Sie z.B. die Lebensqualität des Patienten während der verbleibenden Zeit erhalten (Schmerzfreiheit, Symptomkontrolle). Schon die Zusage, dass Sie ihn weiterhin betreuen und begleiten, vermittelt die zentrale Botschaft: Er ist nicht allein und wird bis zum Lebensende als Person geachtet [3].

Ziel des Gesprächs darf es daher nicht sein, Hoffnung zu nehmen – aber die Hoffnungsinhalte können sich ändern [2, 3].

E – Emotions

Wechsel auf Emotionsebene Die schlechte Nachricht löst beim Patienten Emotionen aus – vielleicht bricht er in Tränen aus, vielleicht wirkt er wie versteinert. Wichtiger als die Wissensvermittlung ist es dann, zugewandt zu bleiben (☛ Abb. 1). Akzeptieren Sie Gesprächspausen und halten Sie emotionale Reaktionen aus – auch als „Vorbild“ für den Patienten [2]. Sie können ihm z.B. ein Taschentuch reichen oder seine Hand nehmen.

„Wie viel Zeit bleibt mir noch?“

Fragt der Patient nach einer zeitlichen Prognose, sollten Sie zunächst sichergehen, dass er sie auch wirklich kennen möchte [2]. Wenn Sie dann eine Prognose abgeben, können Sie diese zwar so positiv ausdrücken wie möglich, sollten aber ehrlich sein. Ansonsten belasten und verunsichern Sie den Patienten zusätzlich [2]. Allerdings: Vermeiden Sie präzise Zeitangaben! Verläufe sind sehr verschieden und hängen auch von den Ressourcen des Patienten ab. Besser als statistische Mittelwerte ist daher ein Zeitfenster:

- ▶ „Wahrscheinlich ist es eher eine Frage von Tagen oder Wochen als von Monaten.“ [3]
 - ▶ „Es kann sein, dass es sich um Monate handelt, es kann sein, dass es nur Wochen sind.“ [2]
- Möchte ein Patient seine Prognose nicht wissen, kann es entlastend für ihn sein, wenn Sie die Gründe dafür klären und anerkennen [3]. In jedem Fall können Sie ihn ermutigen, auf das Beste zu hoffen, aber auch einen ungünstigen Verlauf einzuplanen. Sie können auch einräumen, dass es schwer sein muss, mit der Ungewissheit zu leben [3].

Indem Sie auf die Gefühle des Patienten eingehen,

- ▶ verringern Sie seine Isolation,
- ▶ drücken Solidarität aus und
- ▶ akzeptieren seine Gefühle und Gedanken als normal in der Situation.

Gefühle benennen Wenn Sie beim Patienten Gefühle wahrnehmen, die er nicht ausspricht: Tun Sie es für ihn [3].

- ▶ „Das ist sicher ein Schock für Sie.“ [4]
 - ▶ „Sie haben jetzt bestimmt das Gefühl, neben sich zu stehen.“ [7]
 - ▶ „Ich kann mir vorstellen, dass dieser Befund Sie sehr durcheinander bringt/ Ihnen Angst macht/ dass Sie jetzt sehr enttäuscht sind.“ [2]
 - ▶ „Das scheint Sie nicht zu überraschen.“ [6]
- Dem Patienten erleichtert das den Umgang mit der Situation, er gewinnt etwas Abstand zu seinen Emotionen [5, 9]. Sie können auch vorsichtig nachfragen:
- ▶ „Was geht in Ihnen jetzt vor? Welche Gedanken haben Sie?“ [3]
 - ▶ „Was beschäftigt Sie gerade?“ [2]
 - ▶ „Vielleicht erzählen Sie mir, was Ihnen gerade durch den Kopf geht?“ [2]
- Falls der Patient stockt oder Sie ihn zum Weitersprechen ermuntern möchten: Geben Sie das, was Sie verstanden haben, in Ihren eigenen Worten wieder. Notfalls können Sie auch seine letzte Aussage wörtlich wiederholen. Sie sollten aber nur wiedergeben, was der Patient fühlt und sagt – nicht selbst interpretieren oder automatisch zustimmen. Sagen Sie daher z. B.:
- ▶ „Offensichtlich ist es so, dass Sie ...“ [3]
 - ▶ „Wenn ich Sie richtig verstehe, ...“ [8].

Cave Reden Sie dem Patienten keine Gefühle ein, die er nicht hat, und verstärken Sie negative Gefühle nicht [1].

Zorn und Wut Auch negative Emotionen, Vorwürfe u.ä. sollten Sie zunächst zulassen, ohne sie zu bewerten oder abzuwiegeln. Die Aggression des Patienten richtet sich nicht gegen Sie, sondern gegen die Krankheit. Nehmen Sie solche Gefühlsausbrüche daher nicht persönlich, bleiben Sie gelassen und zugewandt [9]. „Wenn Sie weiterhin eine wertschätzende Haltung vermitteln, lässt sich meist schnell wieder ein gutes Miteinander im Gespräch finden“, so Martin Webers Erfahrung. Lukas Radbruch ergänzt, dass man dem Patienten die Aggression aber rückmelden könne:

- ▶ „Sie sind ja sehr wütend. Das kann ich nachvollziehen.“

Verleugnen gehört zur Schockreaktion Es kann passieren, dass der Patient nicht zu begreifen scheint oder zwischen Nicht-Wahrhaben-Wollen und aktiver Ausein-

andersetzung schwankt [2]. Das ist eine normale Schockreaktion, die Sie nicht versuchen sollten zu durchbrechen. Besprechen Sie stattdessen lieber sachlich das weitere Vorgehen [8].

Was tun mit den eigenen Gefühlen?

Auch Ihre eigenen Gefühle müssen Sie nicht verstecken. Natürlich sollte das nicht soweit gehen, dass der Patient sich genötigt fühlt, in vertauschten Rollen Sie zu trösten. „Aber wenn mal ein Auge feucht wird, ist es nicht verkehrt“, so Prof. Weber. Auch Dr. Keller meint: „Ärzte gestehen sich ihre eigene Enttäuschung manchmal selbst nicht ein.“ Man dürfe aber durchaus dem Patienten gegenüber bedauern, etwas nicht ändern zu können:

- ▶ „Ja, das ist jetzt ein Schlag.“
- ▶ „Das ist jetzt eine bittere Enttäuschung.“

Fragen beantworten Spätestens nachdem sich der erste Gefühlssturm gelegt hat, wird der Patient Fragen haben. Ermutigen Sie ihn dazu, die für ihn wichtigsten jetzt zu stellen. Monika Keller empfiehlt dafür statt eines trockenen „Haben Sie noch Fragen?“ einladendere Formulierungen wie

- ▶ „Gibt es im Augenblick noch etwas, das Ihnen wichtig ist?“

Bei schwierigen Fragen („Wie lange noch?“, „Werde ich daran sterben?“) kann es hilfreich sein, nachzufragen, warum der Patient diese Frage jetzt stellt. So erfahren Sie, wie viel der Patient tatsächlich wissen will und welche konkreten Sorgen

Abb. 1 Wichtiger als die Wissensvermittlung ist es, dass der Arzt im Gespräch zugewandt bleibt, Gesprächspausen und Emotionen des Patienten aushält.



Bildnachweis: Karl-Heinz Krauskopf (nachgezeichnete Situation)

„Was sage ich den Kindern?“

Hat der Patient kleine Kinder, stellt sich die Frage: Was sollen sie über die Krankheit der Mutter oder des Vaters erfahren? Der Rat der Experten, der evtl. der Intuition von Eltern und Ärzten widerspricht, lautet: Sprechen Sie möglichst offen und ehrlich. Kinder spüren nämlich die Angst und Verzweiflung der Erwachsenen, und je weniger sie diese einordnen können, desto größer und diffuser wird ihre eigene Angst [10, 11].

Eltern und Ärzte sollten ihnen daher Krankheit und Behandlung ausführlich erklären, auf ihre Ängste eingehen – und ihnen ausdrücklich sagen: Du kannst nichts dafür, dass Mama oder Papa krank ist [10, 11]. Laden Sie die Kinder ein, ihre Eltern im Krankenhaus zu besuchen, und ermutigen Sie die Angehörigen, Beratungsmöglichkeiten wahrzunehmen (z. B. Kinder- und Jugendpsychologen).

(z. B. um seine Familie) evtl. hinter der Frage stehen. Es kommt in diesem Moment nicht darauf an, schnelle Lösungen oder Beschwichtigungen parat zu haben.

„Sie müssen nicht auf jede Frage eine Antwort wissen“, sagt Weber, „sondern dem Patienten helfen, seine konkreten Probleme zu formulieren.“

S – Strategy & Summary

Behandlung planen Im letzten Schritt sollten Sie sich vergewissern, dass der Patient alles verstanden hat und keine Missverständnisse zurückbleiben. Dann planen Sie gemeinsam das weitere Vorgehen – bei einer Krebsdiagnose also z. B. die Behandlungsstrategie. Das reduziert Angst und Unsicherheit beim Patienten [2]. Sie können hier auch Überreaktionen und Fehlinterpretationen korrigieren, etwa so: ▶ „Ja, eine Operation ist notwendig, aber die Brust muss dabei nicht unbedingt komplett entfernt werden.“ [2] Siehe hierzu auch das Interview ◊ S. 161. ▶ Beim Übergang von kurativer zu palliativer Behandlung: „Wie gemeinsam besprochen, werden wir jetzt den Schwerpunkt der Behandlung verändern und vor allem die Begleitsymptome wie Schmerzen oder Atemnot lindern.“ [2]

Begleitung zusichern Sagen Sie dem Patienten ausdrücklich, dass er bestmöglich behandelt wird und dass Sie für ihn da sein werden – egal, wie sich seine

Krankheit entwickelt [1, 2]. Vermeiden Sie dagegen Floskeln wie: „Es wird schon irgendwie weitergehen.“

Weitere Hilfe anbieten Sofern der Patient schon bereit dafür ist, suchen Sie evtl. gemeinsam nach weiterer Unterstützung: ▶ „Wer könnte Ihnen jetzt helfen?“ [3] ▶ „Sie haben gesagt, Sie machen sich Sorgen um Ihre Kinder. Erzählen Sie mir mehr dazu.“ [6] ▶ Dr. Keller empfiehlt auch präzise Fragen wie: „Was würde Ihnen helfen, damit Sie nachts besser schlafen können/damit die Angst weniger wird?“ Falls es um den Übergang von kurativer zu palliativer Behandlung geht, sind auch folgende Punkte relevant [2]: ▶ „Wir werden alles in unserer Macht stehende tun, damit Sie möglichst lange möglichst gut leben können. Lassen Sie uns überlegen, was dabei für Sie besonders wichtig ist.“ ▶ „Lassen Sie uns überlegen, wie Sie Ihr Leben jetzt am besten gestalten können. Dazu müsste ich etwas mehr über Ihre Vorstellungen und Wünsche wissen.“ ▶ „Was macht Ihnen zurzeit am meisten Freude? Wie können wir diesen Dingen noch mehr Raum in Ihrem Leben geben?“ ▶ „Was sind im Moment Ihre größten Sorgen? Was belastet Ihren Partner/Ihre Familie am meisten?“

Andere Berufsgruppen Bieten Sie auch an, Kontakt zu Psychologen, Seelsorgern oder Selbsthilfegruppen zu vermitteln: ▶ „Was halten Sie davon, wenn ich unsere Psychologin/Pfarrerin bitte, Ihnen einen Termin anzubieten?“ [2] ▶ „Möchten Sie mit anderen Betroffenen sprechen?“ „Delegieren Sie schwierige Themen aber nicht von vornherein an die Psychologen“, warnt Dr. Keller. Auch Prof. Radbruch ist es wichtig, dass der Patient entscheiden kann, über was er mit wem reden will:

„Manche möchten ihren Arzt mit psychischen Problemen verschonen“, so Radbruch. „Andere besprechen sie dagegen leichter mit dem vertrauten Arzt als mit einem Psychologen.“

Bei stationären Patienten kann es hilfreich sein, wenn der Psychologe oder Seelsorger auch unaufgefordert einfach mal hereinschaut. „Viele Patienten nehmen ein solches Gesprächsangebot dann doch an“, sagt Prof. Weber, „auch wenn sie es vorher nicht explizit gewünscht haben.“

Stichpunkte festhalten Sind die wichtigsten Punkte im Gespräch geklärt, sollten Sie die Ergebnisse in einigen Sätzen zusammenfassen und zugleich dokumentieren. Bieten Sie dem Patienten an, ihm schriftliche Stichpunkte, Informationen o. ä. mitzugeben.

Zweites Gespräch vereinbaren Erwarten Sie nicht, im ersten Gespräch bereits alle Probleme ausreichend zu diskutieren! Offene Fragen können auch bei einem 2. Termin geklärt werden, den Sie in jedem Fall fest vereinbaren sollten – und zwar möglichst schon nach 1–2 Tagen. Ermutigen Sie den Patienten, Fragen zu notieren und mitzubringen, die sich in der Zwischenzeit ergeben.

▶ „Wenn Sie jetzt keine Fragen mehr haben, können wir das Gespräch beenden. Ich kann mir vorstellen, dass Ihnen danach noch vieles durch den Kopf geht. Wir können gern morgen früh noch einmal darüber sprechen.“ [2] ▶ „Falls nachher weitere Fragen auftauchen, notieren Sie sich diese. Dann können wir sie heute Nachmittag klären.“ [2] Auch Informationen zu Prognose oder Nebenwirkungen einer Behandlung haben Zeit bis zum 2. Gespräch [1].

Falls der Patient allein ist und nach dem Gespräch nach Hause geht, sollte er nicht selbst Auto fahren! Im Idealfall holt ihn jemand ab.

Nach dem Gespräch: Dokumentieren und reflektieren

Behandlungsteam informieren Informieren Sie die weiteren an der Behandlung des Patienten Beteiligten über Ihr Gespräch und über den Therapieplan [1, 2]. „Oft sprechen die Patienten später mit den Pflegern über das, was der Arzt gesagt hat“, so Radbruchs Erfahrung. ▶ Dokumentieren Sie, was Sie dem Patienten mitgeteilt haben, wie er reagiert hat und ggf. auch, wer weitere Informationen bekommen darf [2].

Eigene emotionale Ressourcen pflegen Direkt nach einem schwierigen Gespräch sollten Sie sich etwas Zeit zur eigenen Reflexion nehmen. Wie würden Sie z. B. selbst mit einer Krebserkrankung umgehen? Zumindest sollten Sie aber Gelegenheiten nutzen, sich im Team über schwierige Aufklärungsgespräche auszutauschen und evtl. an einer Supervision

teilzunehmen [1]. Wichtig dabei: Dass Sie sich im und nach dem Gespräch unwohl fühlen, ist ganz normal und heißt nicht, dass Sie etwas falsch gemacht haben. „Auch bei Gesprächen, die nicht objektiv „gut geführt“ waren, sind die Patienten nachher häufig dankbar“, sagt Monika Keller. „Weil der Arzt Echtheit und Mitgefühl vermittelt hat – obwohl er vielleicht jung und unerfahren war.“

Kommunikation gehört zur Weiterbildung Scheuen Sie sich nicht, Weiterbildung auch zu diesem Thema einzufordern! Gehen Sie bei erfahrenen Kollegen mit, bitten Sie sie zu eigenen Gesprächen dazu, besuchen Sie interne oder externe Fortbildungen. „Kommunikation kann man nämlich lernen und üben“, so Weber, der in Mainz Lehrveranstaltungen zu SPIKES & Co anbietet. „Man lässt ja auch keinen Anfänger allein einen zentralen Venenkatheter legen.“

Julia Rojahn

Fazit Egal, wie Sie das Gespräch zum Überbringen einer schlechten Nachricht aufbauen: Der Patient sollte spüren, dass Sie sich für seine ganze Person interessieren, seine individuellen Wünsche und Vorstellungen im Gespräch berücksichtigen und ihn auch bei einer ungünstigen oder infausten Prognose nicht fallen lassen. ◀

Mehr zum Thema

Köhle K et al. **Manual Ärztliche Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen.**

5. Aufl. Köln: AG Medizindidaktik; 2010 Kitteltaschen-Leporello

KoMPASS: Kommunikative Kompetenz zur Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung

Trainingsprogramm mit Workshops. Orte und Termine auf der Homepage
 ◉ www.kompass-o.de

Literatur

- 1 Bergner TMH. *Wie geht's uns denn? Ärztliche Kommunikation optimieren* (S. 159–171). Stuttgart: Schattauer; 2009
- 2 Schweickhardt A, Fritzsche K. *Kursbuch ärztliche Kommunikation* (S. 139–162). 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2009
- 3 Gaspar M, Weber M. *Kommunikation in der Palliativmedizin*. *Z Palliativmed* 2010; 11: 167–179
- 4 Huber DP. *Krebsdiagnosen menschlich vermitteln – Passende Worte mit SPIKES*. *Via Medici* 2009; 14: 32–34
- 5 Schindler N, Schindler AW, Vagts DA. *Psychologische Gesprächsführung – Das Überbringen „schlechter Nachrichten“ an Angehörige*. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2009; 44: 700–704
- 6 Baile WF, Buckman R, Lenzi R et al. *SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*. *The Oncologist* 2000; 5: 302–311
- 7 Hügler S. *Kommunikation mit Krebspatienten: Dabeisein und Gefühle aushalten*. *Dtsch Med Wochenschr* 2008; 133: p27
- 8 Vieten M, Heckrath C. *Medical Skills für Famulatur und PJ* (S. 47–52). 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2005
- 9 Stulich O. *Warum macht das Thema „Angst“ so viel Angst?* *CNE.fortbildung* 2010; 4: 11–14
- 10 Sommer S. *Worte gegen die Angst*. *CNE.magazin* 2008; 2: 16–19
- 11 Komo-Lang M, Willig K, Keller M. *„Hat Papa einen schlimmen Krebs?“ Psychosoziale Hilfen für Kinder krebskranker Eltern*. *PID* 2010; 11: 179–182

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1316492>

Interview



Therapieplanung nicht beim Frühstück besprechen

? **Frau Meißler, ist die schlechte Nachricht für den Patienten nicht schon so einschneidend, dass es ihm im Nachhinein egal ist, wie der Arzt sie formuliert hat?**

Nein, gar nicht! Das erste Gespräch behält jeder Patient in besonderer Erinnerung. Und zwar weniger den Inhalt, der wird schnell durch die Angst verdrängt. Aber ob der Arzt sensibel war, ob man sich gut aufgehoben gefühlt hat – das weiß man noch nach Jahren.

? **Dass Kommunikation wichtig ist, ist den Ärzten inzwischen klar. Merken auch die Patienten diese Entwicklung?**

Ja, zum Glück hat die Kommunikation inzwischen einen höheren Stellenwert, schon im Medizinstudium. Leider kommt es aber immer noch vor, dass Ärzte schwerwiegende Diagnosen beiläufig z. B. während der Visite oder auf dem Flur überbringen. In anderen Fällen wird die Therapieplanung kurz beim Frühstück abgehandelt. Auch wenn die Ärzte selbst unsicher sind und es schnell hinter sich bringen möchten: So geht es nicht.

? **In Ihrer Organisation haben sich krebskranke Frauen zusammengeschlossen, viele mit Brustkrebs. Was wünschen speziell diese sich von den Ärzten?**

Viele Krebspatientinnen würden gern genauer über Risiken und Nebenwirkungen einer Therapie aufgeklärt: Man kann die Reaktionen des Körpers dann besser einschätzen – und manche Therapie hätte man von vornherein abgelehnt. Außerdem brauchen Patienten Zeit, sich für eine Behandlung zu entscheiden! Aus der Schockstarre der Diagnose direkt in den OP verwiesen zu werden, ist nicht gut. Der Arzt sollte auch mögliche Varianten

einer Behandlung darstellen, bei der Mastektomie z. B. die Möglichkeiten von Implantaten, Epithesen etc. Viele Patientinnen fragen nicht von selbst danach.

? **Welche Bedeutung hat die Prognose für Krebspatienten?**

Die meisten wollen wissen, wie es um sie steht. Eine Zeitspanne ist aber immer nur ein statistischer Wert! Der individuellen Situation kann er nicht gerecht werden. Krebspatienten können ungeahnte Kräfte entwickeln und jeden statistischen Rahmen sprengen, wenn es darum geht, Bedeutsames noch zu verwirklichen oder bestimmte Lebensziele – wie die Einschulung des Enkels – zu erreichen. Die psychische Verfassung beeinflusst die Lebensqualität, den Lebenswillen und möglicherweise die Lebensspanne. Auf die Frage nach der Prognose muss der Arzt daher zwar wahrheitsgemäß antworten – aber er sollte immer so formulieren, dass er die Hoffnung nicht zerstört.

Karin Meißler ist Stellvertretende Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., einer der größten Krebs-Selbsthilfeeorganisationen in Deutschland. In ca. 400 regionalen Gruppen finden etwa 50 000 krebskranke Frauen und Männer Rat und Hilfe. Karin Meißler war im Jahr 2005 selbst an Krebs erkrankt. Mit ihr sprach Julia Rojahn.