

Die Überbringung von schlechten Nachrichten in der Medizin

Jalid Sehouli

Deutsche Zeitschrift für Akupunktur
German Journal of Acupuncture &
Related Techniques

ISSN 0415-6412
Volume 62
Number 3

Dtsch Z Akupunkt (2019) 62:206-208
DOI 10.1007/s42212-019-0188-2



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Jalid Sehouli

Klinik für Gynäkologie und Zentrum für onkologische Chirurgie, Charité Comprehensive Cancer Center, Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Die Überbringung von schlechten Nachrichten in der Medizin

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s42212-019-0188-2>) enthält ergänzende Checklisten für das Gespräch zur Übermittlung von schlechten Nachrichten für Patienten sowie Angehörige. Beitrag und Zusatzmaterial stehen Ihnen auf www.springermedizin.de zur Verfügung. Bitte geben Sie dort den Beitragstitel in die Suche ein, das Zusatzmaterial finden Sie beim Beitrag unter „Ergänzende Inhalte“.

Die Übermittlung von schlechten Nachrichten ist eine der schwersten Aufgaben, nicht nur im klinischen Alltag eines Arztes, sondern für alle, die mit schwerwiegenden Krankheiten und unheilbaren Diagnosen konfrontiert sind [2]. Hierbei sind die verschiedenen Perspektiven zu berücksichtigen, die des Betroffenen, des Zugehörigen, des Beobachters und des medizinischen Personals, wobei sich die Rollen beim Thema Überbringen von schlechten Nachrichten durchaus vermischen können. Jeder Überbringer einer schlechten Nachricht wird nach der Überbringung letztendlich auch selbst Empfänger der schlechten Nachricht. Daher ist die (Selbst-)Reflexion einer der wichtigsten Prozesse, um diese Perspektiven zu visualisieren und zu differenzieren. Was aber sind überhaupt schlechte Nachrichten?

Unter dem Terminus „Breaking Bad News“ – im Deutschen hat man bisher keinen adäquaten Begriff gefunden – wird eine Nachricht verstanden, die den Blick auf die Zukunft drastisch und negativ verändern kann. Aus ärztlicher Sicht ist damit das schwierige Gespräch gemeint, in

dem der Arzt bewusst einem Patienten die Botschaft vermittelt, dass er an z. B. einer existenzbedrohenden, unheilbaren Krankheit leidet. Die Definition ist somit nicht umfassend und allgemeingültig, da die Bewertung, wie schwer die Nachricht wiegt, sehr unterschiedlich sein kann und von verschiedenen individuellen Faktoren wie Erfahrung, Lebensphilosophie, Spiritualität, Religiosität, Alter und Ausbildung beeinflusst wird. Hierbei spielt auch der kulturelle Kontext eine wichtige Rolle.

» Schlechte Nachrichten können das Leben und Erleben nachhaltig verändern

Schlechte Nachrichten verändern demnach das Leben und Erleben des einzelnen Menschen nachhaltig. Schlechte Nachrichten, sind Botschaften, die den Blick auf die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verändern. Dabei muss es sich nicht immer nur um Themen wie Tod oder Unheilbarkeit handeln, auch Einschränkungen, Behinderungen oder Chronizität der Erkrankung gehören zum Themenkreis schlechte Nachrichten.

Es ist nicht überraschend, dass die Gespräche zu diesen Aspekten für viele Ärzte im klinischen Alltag große Schwierigkeiten bereiten, da diese Themen emotional unterlegt sind und immer noch sowohl wissenschaftlich als auch in der Routine nur sehr wenig Beachtung finden.

Man geht davon aus, dass im Laufe einer ärztlichen Karriere viele Tausende von Gesprächen mit Patienten und deren Angehörigen erlebt werden, die Ausbildung hierzu aber noch nicht ausreichend und flächendeckend erfolgt ist. Verschiedene Universitäten haben das Lernen mit sog. Simulationspatienten eingeführt, die aus-

gearbeitete Krankheitssituationen schauspielerisch nachspielen, aber auch in der Lage sind, konstruktive Kritik („critical appraisal“) dem ärztlichen Überbringer der schlechten Nachricht zu geben.

Verschiedene Konzepte, wie das vom Arzt und Psychologen Walter F. Baile entwickelte SPIKES-Modell, geben eine grobe Orientierung für die Durchführung eines Gesprächs zu schlechten Nachrichten. Hierbei verstehen sich die Elemente nicht als zwanghaftes Muster und müssen auch nicht zwingend in dieser Reihenfolge mit allen Details umgesetzt werden.

SPIKES-Modell.

1. S – Setting up the Interview
2. P – Assessing Patient's Perception
3. I – Obtaining the Patient's Invitation
4. K – Giving Knowledge and Information
5. E – Addressing the Patient's Emotions
6. S – Providing Strategy and Summary

Wichtig ist trotz der Zeit- und Personalknappheit im Medizinsystem eine adäquate Vorbereitung seitens des Arztes auf ein schwieriges Gespräch.

Die ABC-Regel: Wann-Wo-Wer? (nach Sehouli [4])

A: Wann und wie lange?

- Sobald wie möglich (für den Patienten) und nötig (für eine Entscheidungsfindung in einer Situation), wenn alle Befunde vorliegen
- In der Klinik möglichst nicht spät abends. Falls nicht anders möglich, für anschließenden Support und Rückhalt sorgen
- In der Praxis Randtermine reservieren. Von vornherein zwei oder mehr Gespräche veranschlagen. Etwaige Dauer: 15–30 min, nur in Ausnahmefällen länger, weil die Aufnahmefähigkeit der Patienten nach der Kernbotschaft deutlich reduziert ist

Deutsche Zeitschrift für Akupunktur

2019 • 62 (3): 206–208

<https://doi.org/10.1007/s42212-019-0188-2>

Online publiziert: 11. Juli 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von

Springer Nature 2019

B: Wo?

- Versuchen Sie einen geschützten und stabilen physischen und atmosphärischen Raum für das Gespräch zu schaffen
- Möglichst in einem ruhigen bzw. separaten Raum; Mitpatienten hinausbitten
- Telefon ausschalten, Telefon umleiten
- Taschentücher bereithalten etc.

C: Wer?

- Vertrauter Arzt, evtl. mit Teammitglied (z. B. betreuender Pflegekraft) oder Angehörigem

Patienten und Zugehörige können sich grundsätzlich ebenfalls auf ein schwieriges Gespräch etwa zu medizinischen Befunden, wie Histologie oder radiologischen Befunden, vorbereiten (siehe Zusatzmaterial online Checklisten 1 und 2).

Auch in einer nach Aktenlage „hoffnungslosen“ Situation können häufig positive Aspekte für den weiteren Verlauf der Therapie oder des Lebens des Patienten gefunden werden. Wichtiger aber als die Wortwahl ist die Arzt-Patienten-Beziehung.

» Nicht alles muss gesagt werden, aber alles, was gesagt wird, muss wahrhaftig sein

Ein wichtiger Leitsatz für jedes Gespräch zu schlechten Nachrichten ist, dass nicht alles gesagt werden muss, aber alles, was gesagt wird, wahrhaftig sein muss. Neben der klaren Struktur eines Gesprächs mit Einbezug der nonverbalen Kommunikation und der Verwendung von einfacher und direkter Sprache sind Pausen wichtige Elemente eines „guten Gesprächs“. Immer wieder reflektieren Betroffene, dass Pausen grundsätzlich als hilfreich zum „Verdauen“ der schlechten Nachricht empfunden werden, hierbei sollte der Überbringer der schlechten Nachricht bewusst diese Pausen einlegen und sie nicht mit Floskeln oder unnötigen Details durchbrechen, sondern vielmehr die Zeit dafür nutzen, das Gegenüber zu beobachten und seine Emotionen wahrzunehmen und auf die Reaktion des Empfängers der schlechten Nachricht zu warten. Aus Erfahrung wissen wir, dass nach Verkündung einer schlechten Nachricht die

Aufnahmefähigkeit und Aufmerksamkeit des Empfängers der Nachricht erheblich eingeschränkt sind und daher häufig den Ausführungen des Überbringers nicht mehr gefolgt werden kann. Dadurch kann es zu einem „Zuviel“ an Informationen kommen.

Wenn das schwierige Gespräch gut verlaufen ist, fühlen sich die Patienten meist adäquat informiert, unterstützt und ver- bzw. umsorgt. Das kann für beide Seiten – Arzt und Patient – zu einer sehr befriedigenden und tief greifenden positiven Erfahrung werden, welche dann in ein intensives und belastbares Arzt-Patienten-Verhältnis mündet.

Auch für Patienten mit palliativen Krankheiten ist die offene und empathische ärztliche Kommunikation eine der wichtigsten Hilfen in der Auseinandersetzung mit der Krankheit.

Aber lässt sich die Überbringung von schlechten Nachrichten wirklich erlernen, so wie man bestimmte Operations- oder Untersuchungstechniken lernt? Ja, verschiedene Studien konnten zeigen, dass dies erlernbar ist und auch Ärzte und Medizinstudenten, die systematische Lernprogramme durchlaufen haben, hiervon nachhaltig bezüglich Stressabbau und Arbeitszufriedenheit profitieren [1, 6].

» Gesprächstechniken sind erlernbar, können professionalisiert werden

Gesprächstechniken sind erlernbar, können und sollten professionalisiert werden, ohne ihre Kraft der Empathie und Anteilnahme oder gar ihre Authentizität zu verlieren. Es stimmt also einfach nicht, dass man es „im Blut“ haben muss, wie man am besten ein schwieriges Gespräch führt. Es gibt zwar nicht einen goldenen Weg zum guten Gespräch, aber es existieren viele Elemente, die ein gutes Gespräch ermöglichen können. Immer wieder habe ich aber die Erfahrung gemacht, dass es nie ein einziges Element allein ist, sondern stets der „Cocktail der Sprache und der Kommunikation“ ist letztendlich ausschlaggebend. So kann sich auch ein Gespräch, welches von Anfang an schief läuft, durchaus in ein gutes Gespräch verwandeln. Hierbei kann es helfen, das Gespräch anzuhalten und dem Patienten

anzubieten das Gespräch neu zu starten oder es an eine andere Person (Kollegin/Kollege) zu delegieren.

Auch in der Palliativmedizin gilt es, das Arzt-Patienten-Gespräch mehr als Dialog zwischen Arzt und Patienten zu verstehen, welcher in beide Richtungen agiert. Ein Gespräch, welches nur unidirektional geführt wird, ist zum Scheitern verurteilt und wird das Gegenüber nicht dazu befähigen, selbst handlungsfähig zu werden. Das Gespräch sollte in dieser Situation nicht nur als Instrument zur Botschaftsüberbringung verstanden werden, sondern als Unterstützung für die Selbstbestimmung des Patienten, also den Patienten dazu zu befähigen, selbstverantwortlich zu handeln und selbst aktiv zu werden, um der emotionalen und mentalen Sackgasse zu entinnen.

Verschiedene Faktoren können die Verarbeitung der schlechten Nachricht beeinflussen, dabei spielen persönliche Erfahrungen mit vorherigen Situationen zu schlechten Nachrichten eine besondere Rolle, und zwar für alle Beteiligten der schlechten Nachricht, also den Empfänger (Patient), den Überbringer (Arzt) als auch den Begleiter (Zugehöriger).

Hierunter fällt neben der eigentlichen Situation der Nachricht- bzw. Botschaftsübermittlung aber auch der weitere Verlauf des Prozesses. „Was hat Ihnen dabei geholfen aus dieser Krise herauszukommen?“, kann dem Arzt bzw. der jeweiligen medizinischen Bezugsperson wichtige Ansätze dafür geben, was dem Patienten dabei helfen kann, sich zu stabilisieren. Diese Ressourcen dienen somit der Resilienz. „Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“, so die Psychotherapeutin Rosemarie Welter-Enderlin [5].

Jeglicher psychoonkologische, psychologische bzw. psychosomatische Prozess wird durch den physischen und funktionellen Zustand des Patienten beeinflusst, sodass die palliative und supportive Symptombehandlung stets im Fokus sein muss, um ein „gutes Gespräch“ und eine „positive Verarbeitung“ zu ermöglichen.

Checklisten zur Übermittlung einer schlechten Nachricht (Sehouli [3])

Für den Überbringer

Habe ich genug Zeit in die Vorbereitung investiert?

- Zeitpunkt? Zeitrahmen? Wie ist meine Eigenmotivation? Weiß ich, welches Vorwissen der Empfänger hat (aktuelle körperliche, psychische, soziale und emotionale Situation)? Ist der Empfänger auf mein Gespräch vorbereitet? Was könnten die nächsten Schritte nach dem Gespräch sein?

Wie sammle ich während des Gesprächs wichtige Informationen zu meinem Gegenüber?

- Was sind die verbalen und nonverbalen Kommunikationssignale?
- Was weiß (die) der Empfängerin? Was will er wissen? Kann ich den Informationsstand ausloten?

Wann und wie kann ich eine Warnung geben?

- Frühzeitig einen Hinweis geben, dass eine schlechte Nachricht folgen wird. Je früher, desto besser!

Pausen und offene Fragen nutzen, Unterbrechungen vermeiden!

- Pausen und offene Fragen ermöglichen dem Empfänger, die schlechte Nachricht zu verarbeiten und Gedanken und Emotionen selbst auszudrücken

Sich auf die Kernbotschaft der schlechten Nachricht konzentrieren

- Vermeiden Sie zu lange Sätze. Lassen Sie die Kernbotschaft wirken, ohne sie zu relativieren oder zu beschönigen oder auf andere Themen zu springen. Nutzen Sie die Kraft der Pause!

Wiederholt praktische und pragmatische Hilfsangebote machen!

Fazit formulieren und, wenn möglich, das „Gute“ hervorheben. Den nächsten möglichen Schritt benennen

- Nicht zwanghaft nach dem „Guten“ suchen. Das „Gute“ aus Sicht des Überbringers kann das „Schlechte“ aus Sicht des Empfängers sein

Debriefing

- Entlasten Sie sich selbst nach dem Gespräch durch einen Dialog oder eine kleine Pause, bevor Sie in den nächsten Arbeitsprozess gehen

Literatur

1. Barbosa M, Del Piccolo L, Barbosa A (2019) Effectiveness of a brief training program in relational/communication skills for medical residents. *Patient Educ Couns* 102(6):1104–1110 (Jun)
2. Klapp C (2010) Kommunikation - Praktische Tipps für schwierige Gespräche. *Gynakol Geburtsmed Gynakol Endokrinol* 6(2):152–166
3. Sehouli J (2018) Von der Kunst, schlechte Nachrichten gut zu überbringen. Kösel, München
4. Sehouli J (2019) Checklisten zu breaking bad news. https://www.amboss.com/de/wissen/Breaking_Bad_News_%28Pilotprojekt_in_Kooperation_mit_der_Charit%C3%A9_Berlin%29
5. Welter-Enderlin R (2006) Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. Carl-Auer, Heidelberg
6. Yuan YY, Scott S, Van Horn N, Oke O, Okada P (2019) Objective evaluation of a simulation course for residents in the pediatric emergency medicine department: breaking bad news. *Cureus* 11(1):e3903

Weiterführende Literatur

7. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP (2000) SPIKES--A six step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist* 5:302–311

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.h.c. Jalid Sehouli

Klinik für Gynäkologie und Zentrum für onkologische Chirurgie, Charité Comprehensive Cancer Center, Universitätsmedizin Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Deutschland
Jalid.Sehouli@charite.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Sehouli gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Hier steht eine Anzeige.

