

Kommunikation bei schlechten Nachrichten

## Wie sage ich es meinem Patienten?

**Krebs, Multiple Sklerose, Alzheimer, ein besorgniserregender Pränatalbefund und, und, und... Es gibt viele Gründe, warum Ärzte ihren Patienten schlechte Nachrichten überbringen müssen. Wie sie sich für die Übermittlung dieser Informationen wappnen und vorbereiten können und worauf es hinsichtlich der Patientenkommunikation dabei besonders ankommt, weiß änd-Gesprächspartner Dr. Christian Lüdke. Der Psychotherapeut aus Essen bietet zu dieser Thematik spezielle Trainings und Vorträge für Ärzte an und hat unter dem Titel „Guten Tag, mein Name ist Hiob...“ auch einen Ratgeber dazu verfasst.**



Lüdke: „Aus einer schlechten Nachricht kann niemals eine gute werden. Ab man kann lernen, sie bestmöglich zu kommunizieren.“  
 © Terapon Consulting GmbH

**Herr Dr. Lüdke, mit welchen schlechten Nachrichten bzw. Diagnosen müssen sich Ärzte besonders häufig auseinandersetzen und wie oft kommt so etwas vor?**

Prinzipiell geht es bei den schlechten Nachrichten immer um lebensverändernde Diagnosen, die sich quer durch alle fachärztlichen Bereiche ziehen. Zu den häufigsten Beispielen gehören Krebserkrankungen, Herzinfarkt/Schlaganfall, Auto-Immun- und Stoffwechselerkrankungen. Hier steht vorwiegend der potenziell lebensverkürzende Aspekt im Vordergrund.

Was aber letztendlich eine schlechte Nachricht ist, definiert immer der Empfänger und nicht der Überbringer. Dazu vielleicht mal ein Beispiel: Für einen leidenschaftlichen (Profi)Sportler ist die Nachricht, dass er nach einer Verletzung seiner Leidenschaft oder seinem Beruf nicht mehr nachgehen kann, ebenfalls eine Katastrophe – auch wenn sie keine

lebensbedrohlichen oder lebensverkürzenden Folgen hat.

Statistischen Daten zufolge müssen Mediziner hierzulande ihren Patienten jährlich mindestens 500.000-mal schlechte Nachrichten überbringen.

### Wie gut sind Ärzte denn darauf vorbereitet, reicht das in der Ausbildung erworbene Wissen aus?

Zum Thema „Wie kommuniziere ich richtig“ gibt es für den medizinischen Bereich bislang leider nur sehr wenig Veröffentlichungen und daher auch keine entsprechenden Daten. Das heutige Medizinstudium berücksichtigt zwar mehr und mehr den Bereich Patientenkommunikation, dabei aber nicht das Thema „Überbringen schlechter Nachrichten“. Die künftigen Docs sollten idealerweise bereits während ihrer Ausbildung eine entsprechende Haltung und Einstellung dazu lernen. Es gibt da erfreulicherweise inzwischen durchaus mehr Bemühungen, beispielsweise klinikinterne Schulungen dazu. Aber viel Luft nach oben besteht da durchaus noch!

Meiner Ansicht nach sollte das Thema „Wie kommuniziere ich schlechte Nachrichten“ fest ins Medizinstudium integriert werden. Sogenannte „Blaulichtberufe“ wie Polizisten und Feuerwehr haben das bereits seit Jahren fest im Ausbildungsprogramm – auch im Sinne der eigenen seelischen Gesundheit. Da gibt es gut ausgebildete Kriseninterventionsteams – doch der Arzt steht oft ganz allein da und muss sehen, wie er dem Patienten die Nachricht überbringt und auch selbst damit zurechtkommt.

Die so wichtige „sprechende Medizin“ leidet momentan noch immer unter der vorherrschenden Apparatemedizin.

## **Worauf speziell kommt es bei der Kommunikation beim Überbringen schlechter Gesundheitsnachrichten an?**

Ganz wichtig: Sofort und ohne Ausschweifungen auf den Punkt kommen, ehrlich sein und dem Gegenüber Wertschätzung und Respekt „von Mensch zu Mensch“ entgegenbringen. Man sollte immer die Wahrheit sagen, idealerweise jedoch kontrolliert und häppchenweise. Im Erstgespräch reicht erst einmal die ehrliche Überbringung der Diagnose. Der Arzt sollte dem Patienten nicht gleich alles sagen, was er weiß. Die – möglicherweise schlechte – Prognose oder das Wissen um weitere Krebsmetastasen beispielsweise passt daher eher zu einem Zweitgespräch, wenn der Patient sich schon ein wenig mit seiner Diagnose auseinandersetzen konnte.

Derartige Gespräche sollten idealerweise in einem ruhigen Raum ohne potenzielle Störfaktoren (Telefonklingeln beispielsweise) und auch nicht unter Zeitdruck stattfinden. Eine eingeplante Dauer von mindestens 10 bis 15 Minuten wäre optimal, denn dann hat der Arzt die Möglichkeit, erste Reaktionen einzuschätzen und bei Bedarf abzufangen. Die Übermittlung schlechter Nachrichten am Telefon ist übrigens ein absolutes No-Go.

## **Welches sind die wichtigsten Dinge, auf die es bei solchen Gesprächen ankommt und worauf basieren sie?**

Die Basis dafür liefert letztendlich ein Mix aus der Kommunikationstheorie und psychologisch-psychotherapeutischen Elementen. Die 4-Ohren-Theorie des Kommunikationswissenschaftlers und Psychologen Friedemann Schulz von Thun und die humanistische Gesprächspsychotherapie von Carl Rogers gehören beispielsweise dazu. Die Kernfrage ist „Was löst die schlechte Nachricht beim Gegenüber aus?“ Mithilfe einer Art Leitfaden kann der Arzt dann die richtige Haltung beziehungsweise Einstellung erlernen, die das Führen derartiger Gespräche nicht nur den betroffenen Patienten, sondern auch ihm erleichtern.

Nun aber ganz konkrete Tipps für das Arzt-Patienten-Gespräch. Wichtig ist der richtige Einstieg ins Thema, beispielsweise über die Frage, was der Patient denn bereits über seine Erkrankung weiß. Dann gilt es natürlich abzuwägen und herauszufinden, ob der Patient die Diagnose (Wahrheit) wissen muss und möchte. Einem 85-jährigen Mann die Diagnose einer vermutlich langsam voranschreitenden Krebserkrankung zu übermitteln, bringt vermutlich in einigen Fällen nichts außer unnötigen Sorgen. Auf der anderen Seite gibt es nicht wenige Menschen, die so lange wie möglich lieber im Ungewissen bleiben möchten, die gar nicht die ganze Wahrheit erfahren wollen.

Nach diesem Einstieg sollte man dann mit einer Art „Warnschuss“, beispielsweise durch das Erregen von Besorgnis, ohne Umschweife zur Sache kommen – aber bitte mit Empathie. „Ich habe da etwas in Ihren Befunden entdeckt, das mir nicht gut gefällt“ eignet sich dafür weit besser als zum Beispiel „Ich kann leider nichts mehr für Sie tun“. Dann sollten weitere nötige Informationen ohne allzu große Detailtiefe Schritt für Schritt erfolgen; optimalerweise in einer für den Patienten verständlichen Sprache ohne Fachvokabular.

Danach sollten Sie Raum gewähren für die ersten Schockreaktionen. Die reichen von Nicht-wahrhaben-wollen über Trauer bis hin zu Wut und Aggressionen. Im Anschluss geht es dann um das weitere konkrete Vorgehen wie die Behandlung oder auch um offene Fragen des Patienten. Für sehr sinnvoll halte ich das Angebot, noch mal ein zweites Gespräch zu dem Thema anzubieten. Denn durch den ersten Schock erinnern die Betroffenen Vieles oft nicht mehr. Vielleicht möchten sie ja auch zum Zweitgespräch jemanden aus dem Familien- oder Freundeskreis gern dabei haben, das ist häufig sehr hilfreich.

## **Was beinhalten Ihre speziell auf das Überbringen schlechter Nachrichten ausgerichteten Arzt-Coachings und Vorträge und wo finden die statt?**

Es geht vor allem um die Herausforderungen ärztlicher Kommunikation, betrachtet aus verschiedenen Blickwinkeln. Wie wirken die Nachricht und die Situation auf den Empfänger, und wie auf den Überbringer? Und es geht natürlich um ganz konkrete Tipps für diese Gesprächsführung, also eine Art Gesprächsleitfaden, den wir in den Seminaren mit den Kursteilnehmern auch praktisch üben. Außerdem arbeiten wir viel mit Videosequenzen, die ganz konkrete Formulierungsvorschläge enthalten. Diese werden immer wieder angefragt. Auch der Austausch der Teilnehmer untereinander bringt sehr viel an alltagsrelevanten Tipps in die Diskussion.

Wir bieten Online- und Live-Schulungen an. Immer mehr Kliniken oder Gesundheitseinrichtungen wünschen exklusive Vor-Ort-Schulungen für ihre Mitarbeiter, weil sie die Relevanz der Thematik erkannt haben. Parallel ist das Thema ein Modul im Rahmen von zertifizierten Ärztefortbildungen, beispielsweise auf Kongressen. Zusammengenommen erreichen wir pro Jahr mit dem Thema inzwischen mehrere hundert Ärzte.

**Welche konkreten Erfahrungen haben Sie damit gemacht? Und was raten Sie Medizinern als Selbstschutz, damit sie nicht selbst unter ihrer Rolle als Übermittler einer Hiobsbotschaft leiden?**

Das Feedback bestätigt den hohen Bedarf, mehr zum Überbringen schlechter Nachrichten zu erfahren und zu lernen. Viele sagen hinterher, dass sie sich nun sicherer fühlen, den Patienten mehr Hilfe anbieten können und sich auch besser über diese Thematik – und die damit verbundenen eigenen Gefühle – mit Kollegen austauschen können. Das fällt vielen nicht ganz leicht. Das mag möglicherweise an dem Selbstbild der Heilberufe liegen: Im weißen Kittel ist man der Helfer, nicht der Hilfsbedürftige.

Den eben erwähnten kollegialen Austausch halte ich daher für enorm wichtig: Zum Beispiel einfach vielleicht mal beim ebenfalls in die Therapie des Patienten integrierten Kollegen nachfragen, wie der Patient denn so „tickt“ oder welche Erfahrungen er mit ihm gemacht hat. Auch Balint-Gruppen zur zeitnahen Fallbesprechung oder eine Supervision tragen dazu bei, dass das Überbringen schlechter Nachrichten nicht zur eigenen Belastung wird.

Einen hohen Stellenwert besitzt natürlich auch die eigene „Psychohygiene“, also ein Ausgleich im Privatleben durch schöne Dinge, Spaß, Freude und Bewegung.

---

20.03.2018 13:26:01, Autor: Jutta Heinze, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG  
Quelle: <https://www.aend.de/article/185700>