

# Worauf es beim Übermitteln schlechter Nachrichten ankommt

Den Emotionen Raum lassen

Beim Übermitteln eines positiven HIV-Test-Resultats oder anderer schwerwiegender Befunde und Diagnosen stehen Patienten und Arzt oder Ärztin vor einer Belastung, die durch bessere Kommunikation befriedigender bewältigt werden kann. In der Praxis wichtige Gesichtspunkte zur Gesprächsführung in schwierigen Situationen umriss Dr. med. Andreas Linde, Oberarzt an der Abteilung für Psychosomatik des Universitäts-  
spitals Basel.

## HALID BAS

Die Kommunikation über HIV-Infektionen bietet einige besondere Herausforderungen. Einerseits sind viele und komplexe Informationen zu vermitteln, und die Patienten stammen häufig aus Risikogruppen, die auch ein vermehrtes Risikoverhalten zeigen. Andererseits muss mit dem Überbringen eines positiven Testergebnisses auch eine Vermittlung der daraus resultierenden Konsequenzen erfolgen. «Ziel der Informationsvermittlung ist, eine möglichst gute Behandlungsbereitschaft und Therapieadhärenz zu erreichen und eine Verminderung des Risikoverhaltens zu erzielen», umriss Andreas Linde die Stossrichtung der Kommunikation in der speziellen Situation. In diesem Zusammenhang erinnerte er an das transtheoretische Modell von Prohaska und DiClemente, das zwischen den Phasen Precontemplation – Contemplation – Preparation – Action (z.B. im Prozess des Rauchstopps, aber auch beim HIV-Test) unterscheidet und in jeder Phase eine unterschiedliche Kommunikation

erfordert. Diese Anpassung ist wichtig, da sich sonst der Patient womöglich ratlos fragt: Was hat der Arzt eigentlich erzählt?

Die allgemeine Kommunikationsstrategie stützt sich zunächst auf einfache, aber wichtige Dinge:

- Warten (und schauen, was beim Patienten passiert)
- Wiederholen (nahe beim Gegenüber sein)
- Spiegeln (auf Emotion und Inhalt)
- Zusammenfassen (und sich dies bestätigen lassen).

### Angst und Aufnahmekapazität

«Pausen beim Sprechen zu machen und dabei den Patienten anzuschauen, ist ein äusserst wichtiges Mittel zur Strukturierung des Gesprächs», erinnerte Dr. Linde, «und vergessen Sie nicht: Wenn



Dr. med.  
Andreas Linde

zwei über das Gleiche reden – sogar mit denselben Worten –, meinen sie nicht unbedingt dasselbe.» Zwischen Arzt und Patient oder Patientin, zwei Partnern mit ganz unterschiedlichen Voraussetzungen, muss eine gemeinsame Realität geschaffen werden – dies ist die eigentliche Kunst der Informationsvermittlung.

Wie und ob die Information beim Adressaten ankommt, unterliegt vielfältigen

**«Typische Fehler sind vorschneller Trost und vorschnelle Ratschläge. Ein Arzt, der sie begeht, hat in den Augen des Patienten schon verloren.»**

Einflüssen. Aus Untersuchungen ist bekannt, dass Patienten in der Umgebung einer Praxis neue Informationen oder solche ohne Bezug zu den vorherigen Konsultationen nur gerade zu 10 bis 30 Prozent behalten, dass Informationen mit Bezug zu vorangegangenen Konsultationen hingegen zu 90 bis 95 Prozent erinnert werden. Auch gut erforscht ist, dass die Vergessenskurve mit der Menge an vermittelter Information exponentiell ansteigt und dass zudem ungeordnet erinnert wird. Material, das an bereits vorhandene Vorstellungen an-

knüpfen kann, wird hingegen besser behalten. Die Informationsvermittlung muss daher in jedem Fall auf geeignete Weise strukturiert werden.

«Angst vermindert die Aufnahmekapazität drastisch», sagte Andreas Linde. Emotional gefärbte Erregung, zum Beispiel Angst oder Schmerz, induziert zudem einen emotionalen Bias ins Negative, nur diejenigen Informationen werden behalten, die der gegenwärtigen emotionalen Tönung entsprechen. Eine Wiederholung führt so zur jeweils wiederkehrenden Verstärkung einer negativen Wahrnehmung.

### Umgang mit Gefühlen

Einige Gefühle sind eindeutig erkennbar, etwa Angst, Trauer, Enttäuschung, Hoffnung. Die eigentlichen Gründe für diese Gefühle sind dennoch oft versteckt und müssen exploriert werden, sie können beispielsweise weniger mit der eben übermittelten Diagnose als mit den aktuellen Lebensumständen des Patienten (etwa Prüfungsstress oder Beziehungsproblematik) zu tun haben. Gefühle müssen benannt werden, eine subjektive Formulierungsweise ist dabei empfehlenswert: «Ich habe den Eindruck, dass Sie ...» oder auch als Frage: «Diese Situation muss sehr schwierig sein für Sie, oder?» Benennungen sollen als Vorschlag unmittelbar, respektvoll und in angemessener Intensität erfolgen. Danach soll eine Pause folgen, in der Blick-

kontakt gesucht und die Reaktion beobachtet wird. «Typische Fehler sind vorschneller Trost und vorschnelle Ratschläge. Ein Arzt, der sie begeht, hat in den Augen des Patienten schon verloren», warnte Andreas Linde.

## «Es mag als Paradox erscheinen, aber es ist nie ein Problem, dem Patienten zu sagen, wie viel Zeit man hat, dies dient auch der Strukturierung des Gesprächs.»

Neben expliziten ist auf implizite Gefühle zu achten, hier sind Gesichtsausdruck oder Körperhaltung des Patienten nicht schlüssig. Aber auch den eigenen Gefühlen muss mit Innehalten und Selbstreflexion Raum gegeben werden:

- Gibt es einen unklaren Eindruck der eigenen Stimmung?
- Kann diese Empfindung klarer verdichtet, verstärkt gefühlt werden?
- Kann diese Empfindung als ein Gefühl benannt werden?
- Wie kann dieses Gefühl mitgeteilt werden?

«Benennen Sie das Gefühl als Vorschlag», so der Rat des Fachmanns, zum Beispiel: «Ich habe den Eindruck, dass Sie sehr besorgt sind.» Das Innehalten (Time-out) kann auch nur von kurzer Dauer sein, zehn Sekunden Pause im Gespräch werden als lang erlebt und können als Time-out schon reichen.

Der Einbezug der Gefühle beim Patienten ist Teil des therapeutischen Prozesses, dasselbe gilt aber auch für die eigenen Gefühle des Arztes. Sie sind unabdingbar für die Begegnung zwischen Menschen. Um sie therapeutisch zu nutzen, muss man sie kennen. Eine weitere Klippe ist der Umgang mit sehr intensiven Emotionen. Nach einem solchen Ausbruch soll man nicht sofort beruhigen oder beschwichtigen oder das Thema wechseln. Besser ist es, sich zu fragen, was bei

einem selbst jetzt los ist, sich identifizierend zu erspüren, was jetzt im Raum steht, und dies in ein Gesprächsangebot umzuwandeln. Dann gilt es abzuwarten, ob die Patientin oder der Patient zustimmt oder von sich aus das Thema

wechselt. In einem weiteren Schritt kann sich der Arzt als Experte anbieten.

Auch im Zusammenhang des schwierigen Gesprächs soll man keine Angst vor dem Offenlegen der Zeitgrenzen haben: «Es mag als Paradox erscheinen, aber es ist nie ein Problem, dem Patienten zu sagen, wie viel Zeit man hat, dies dient der Strukturierung des Gesprächs.»

### Schlechte Nachrichten überbringen

Das Vermitteln schlechter Botschaften kann sich auf geeignete Gesprächstechniken und die Steuerung der Umstände des Gesprächs stützen. Zur Gestaltung des Gesprächs hat sich das N.U.R.S.E.-Schema bewährt (*Kasten*). Grundlegend für diese Kommunikationstechnik ist zunächst, die Informationen an das Aufnahmevermögen des Gegenübers anzupassen. Dies bedeutet, immer wieder Pausen zu machen und Reaktionen zuzulassen. Emotionen sollen angesprochen, Verständnis explizit geäußert werden. Die Formulierung von Respekt für die Situation des Patienten dient auch der wichtigen Förderung von dessen Ressourcen. Das Angebot von Hilfe kann mit der Planung der nächsten Schritte verbunden werden. Mit einer abschließenden offenen Frage – «Was beschäftigt Sie jetzt am meisten?» – können andere Aspekte erfragt werden.

Andreas Linde erwähnte drei Wege zum Überbringen schlechter Nachrichten:

1. Der grobe und uneinfühlsame Weg: «Er/sie wird ohnehin die Fassung verlieren, da kann man gar nichts machen.»
2. Der nette, aber traurige Weg: «Sei vertraulich, betroffen und ruhig;

#### Kasten: Kommunikationstechnik: Das N.U.R.S.E.-Schema zum Umgang mit Emotionen im Gespräch

Grundelemente, die im Umgang mit Emotionen hilfreich sind, aber selten alle gemeinsam eingesetzt werden:

- Naming:** Emotionen ansprechen («Geschockt ...»)
- Understanding:** «Das kann ich verstehen, dass ...»
- Respecting:** «Ich finde, Sie gehen gut damit um.»
- Supporting:** «Ich kann Ihnen anbieten, dass ich ...»
- Exploring:** «Was beschäftigt Sie jetzt am meisten/noch?»

Quelle: Efficacy of communications skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. Back AL et al. Arch Intern Med 2007; 167: 453–460.

schlechte Nachrichten vollständig und unverändert zu überbringen, ist eine schmerzhafteste Pflicht.»

3. Der verständnisvolle und positive Weg: Flexibilität, gestützt auf Rückmeldungen während der Vermittlung der schlechten Nachrichten; Planen der unmittelbaren Zukunft vermischen mit den schlechten Nachrichten; nichts aufsparen für später.

Den 3. Weg bezeichnete Dr. Linde als das empirisch beste Vorgehen. Der Einwand, dass dies mehr Zeit koste, möge manchmal schon zutreffen, in der Summe jedoch nicht. Erstaunlicherweise sei jedoch der grobe, uneinfühlsame Weg aus empirischer Sicht «besser» als der nette, aber traurige Weg. Vom groben Arzt denke der Patient nämlich eher, dass der sich zwar unmöglich benommen habe, aber wenigstens wisse, wovon er spreche. Eine Basis ist dies

wohl am ehesten bei Patienten, die es gewohnt sind, an Autoritäten zu glauben.

Die Vermittlung schlechter Nachrichten gelingt zudem besser, wenn man für ein geeignetes Setting sorgt. Hier nannte Andreas Linde als wichtige Gesichtspunkte:

- Bereiten Sie sich vor.
- Sorgen Sie dafür, dass Sie ungestört bleiben können.
- Erklären Sie den Zweck des Gesprächs und deklarieren Sie den Zeitrahmen.
- Kündigen Sie schlechte Nachrichten an.
- Laden Sie den Patienten zu Verständnisfragen ein.

Sinnvoll ist es auch, Zusammenfassungen zu formulieren, die nächsten Schritte zu erklären sowie eine Fortsetzung zu einem neuen Termin anzubieten. Aus-

serdem ist es sinnvoll, wenn sich der Arzt nach einem solchen Gespräch vor der nächsten Patientenbegegnung fragt, wie es ihm selbst geht. ■

*Halid Bas*

Interessenkonflikte: Die Berichterstattung erfolgt unabhängig von der Firma Tibotec, die den Anlass ausrichtete.

### **«Aids und die Medien - Zwischen Panikmache und Bagatellisierung?»**

**Kurzreferate und Podiumsgespräch zu den Themen Solidarität, Forschung und Chancengleichheit, veranstaltet von Tibotec, einer Division der JANSSEN-CILAG AG, am 22. Juli 2009 in Zürich.**