

Bringing bad news

Anmerkungen zum Überbringen schwerwiegender diagnostischer Nachrichten, zum „Aufklärungsgespräch“ und zur Begleitung unheilbar Kranker

Josef W. Egger

Als Lehrende werden wir immer wieder mit der Frage konfrontiert, wie denn eine zeitgemäße und fachlich korrekte „Aufklärung“ für schwer erkrankte PatientInnen zu erfolgen hätte. Dazu gibt es tatsächlich ein umfassendes Regelwerk, wengleich diese Vorgaben eher als grobe und allgemeine Richtlinien und weniger als ein Kochrezept zu verstehen sind. Sie stellen eine Zusammenfassung der in der relevanten Literatur als wesentlich erkannten Aspekte im Umgang des Arztes mit schwierigen Aufklärungssituationen dar. Im Einzelfall kann oder muss von der einen oder anderen Regel abgewichen werden. Die nachfolgende Liste gibt die wesentlichen Aspekte wieder.

Der Patient hat einen gesetzlichen und moralischen **Anspruch** auf Information (Patientenrechte, s. u.). Abgesehen von diesem rechtlichen Aspekt des Patienten, über seine Krankheit informiert zu werden, hat das Vermitteln von Tatbeständen auch psychologische Vorteile. Nur wenn der Patient möglichst vollständig Bescheid weiß, kann er sich mit den Konsequenzen seiner Erkrankung auseinandersetzen. Mangelnde Offenheit hingegen unterminiert das Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung, verhindert die Beteiligung des Patienten an Therapieentscheidungen und erhöht die Gefahr von *Non-Compliance*. Als zeitgemäßer Standard gilt daher, Patienten soweit wie möglich über ihre Krankheit zu informieren.

Das wichtigste Prinzip des **Aufklärungsgesprächs** ist es, nicht „mit der Tür ins Haus zu fallen“. Die Informationsvermittlung sollte schrittweise („Aufklärung als Prozess“ und nicht als einmalige Übermittlung der bedrohlichen Diagnose) und im Dialog erfolgen. Der Arzt orientiert sich dabei an der Aufnahmebereitschaft des Patienten, und zwar sowohl in *intellektueller* Hinsicht („Hat er die mitgeteilte Information überhaupt verstanden?“) als auch in *emotionaler* Hinsicht („Hat er die Tragweite der Information gefühlsmäßig an sich herankommen lassen?“).

Es sollte möglichst nur *eine* (verantwortliche) **Fachkraft** dafür **zuständig** sein, dem Patienten die schlechte Nachricht mitzuteilen. (Die Anwesenheit eines *zweiten Gesundheitsexperten* in der Aufklärungssituation ist dennoch oft hilfreich.)

Den Patienten nicht anlässlich des allerersten Gesprächs über die fatale Situation informieren, sondern womöglich zuvor ein persönliches **Vertrauensverhältnis** schaffen; ihn gegebenenfalls frühzeitig auf die Möglichkeit vorbereiten, eine schlechte Nachricht zu erhalten.

Schaffung von Vertraulichkeit und einer möglichst **stressarmen Atmosphäre**; falls möglich oder erwünscht (muss vorher abgeklärt werden) **Familienangehörige** oder andere emotional wichtige Bezugspersonen des Patienten mit einbeziehen.

Die **Mitteilung** der Diagnose an den Patienten sollte erfolgen, sobald diese sicher **feststeht**. Untersuchungsergebnisse nicht einzeln und in Tranchen („Salamitechnik“) mitteilen.

Im Informations- bzw. Aufklärungsgespräch zunächst den **subjektiven Informationsstand** des Patienten **ergründen**, um „ihn (gedanklich und gefühlsmäßig) dort abzuholen, wo er im Moment steht“. Durch Fragen herausfinden, wie viel der Patient wissen möchte, d. h. der Patient sollte selbst bestimmen können, wie viel Information er im Moment bekommen möchte. Die Informationen genau und zuverlässig und dem **Verständnis** des Patienten **anpassen**.

Über Augenkontakt und Körpersprache dem Patienten **Verständnis** für seine Empfindungen oder Überlegungen vermitteln; **Ermutigung** für die nächsten Schritte (Handlungsmöglichkeiten) geben; prinzipielle **Zuversicht** unterstützen. Bei sprachlichen Problemen (sprachlicher Unterschiedlichkeit), wenn notwendig, einen entsprechenden Dolmetscher beiziehen. Den kulturellen, religiösen und sozialen Hintergrund des Patienten beachten.

Dem Patienten immer **Hoffnung** lassen, auch in hoffnungslosen Situationen – allerdings keine neuen Illusionen wecken, sondern die bestehende Hoffnung des Patienten so weit wie möglich aufgreifen.

Sofern hilfreich: Die diagnostizierte Erkrankung mit anderen ernsthaften Erkrankungen **vergleichen** oder einordnen; Plus-Minus-Überlegungen anstellen ...

Unerfüllte *Erwartungen* aufseiten der Patienten betreffen am häufigsten **diagnostische und prognostische Information**. Wenn Patienten hingegen diese Information erhalten, reagieren sie mit Milderung der Symptome und verbessertem Funktionszustand. Generell gilt, dass Patienten, deren Erwartungen erfüllt werden, weniger Sorgen und größere Zufriedenheit zum Ausdruck bringen.

Überlebenszeit – idealtypisches Beispiel für eine Gesprächsführung im Rahmen der Übermittlung einer Lebenszeit verminderns Erkrankung

Patient: *Wie lange Herr/Frau Doktor habe ich noch zu leben?*
 Arzt: *Das kann wohl niemand genau vorhersagen. Fest steht, dass es sich um eine ernsthafte Krankheit handelt, die lebens-*

bedrohend ist ... Was wir noch nicht wissen ist, wie aggressiv sie sich (weiter)entwickeln wird und welche Widerstandskraft Ihr Körper nun aufbringen kann. Wie lange Sie leben, wird auch davon abhängen, wie gut die Therapie wirkt, und wohl auch davon, wie gut Sie selbst mit der Situation zurecht kommen können. Ich werde Sie jedenfalls bestmöglich unterstützen, Sie können auf mich zählen.

Im Regelfall gilt: Nur **nach Absprache mit dem Patienten die Angehörigen informieren**.

Akzeptieren, wenn der Patient das Wissen um seine Erkrankung phasenweise verleugnet und zunächst nicht auf Konfrontation mit der Wahrheit insistieren; die **Schutzmechanismen** des Patienten **respektieren**.

Verständnis aufbringen, wenn der Patient in seiner Verzweiflung auch gegen Ärzte und andere Bezugspersonen **Aggressionen** entwickelt. Informieren Sie den Hausarzt des Patienten oder andere befahrene medizinische Berater, wie der Patient die Diagnose aufgenommen hat (wie der Patient mit der Situation umgeht, vgl. subjektive „Krankheitsverarbeitung“).

Falls notwendig, den Patienten vor hektischen Ratschlägen (vonseiten Angehöriger oder „Heiler“) zu paramedizinischer Polypragmasie **schützen**.

Sich als Überbringer schlechter Nachrichten der **eigenen Grenzen und emotionalen Betroffenheit** bewusst sein. Nutzung von Aussprachen, Interventionen oder Supervisionen (s. a. Beitrag „gesundheitspsychologische Aspekte des ärztlichen Berufs“ in diesem Heft).

Rechte, die jeder **Patient** geltend machen kann:

- Recht auf Schmerzbehandlung!
- Recht auf Datenschutz!
- Recht auf Wahrung der Intimsphäre!
- Recht auf Einsicht in Dokumentation!
- Recht auf Anregung & Beschwerde!
- Recht auf Diagnoseaufklärung!
- Recht auf Besuch bzw. dessen Verweigerung!
- Recht auf umfassende Aufklärung!
- Recht auf Risikoaufklärung!
- Recht auf würdevolles Sterben!

Da wir uns inmitten einer Informationsgesellschaft befinden und PatientInnen zunehmend mehr ihrer Fragen über das *internet* zu beantworten suchen, rächen sich falsche oder irreführende Aussagen des Arztes meist rasch. Eine **unzureichende Aufklärung** über die Risiken z. B. einer Operation ist häufiger Anlass für einen *Kunstfehlerprozess*. Im übrigen stellt juristisch gesehen eine Behandlungsmaßnahme, in die der Patient aufgrund unzureichender Information nicht rechtsgültig einwilligte, eine Körperverletzung dar.

Insgesamt bleibt die Übermittlung bzw. Konfrontation mit einer lebensbedrohenden Diagnose ein komplexes, auf die Arzt-Patient-Beziehung rückgebundenes Vorgehen, auf das die Medizinstudierenden in ihrer Ausbildung gut vorbereitet werden sollten (Faller & Lang 2006, Egger et al. 2007). Nach einer umfassenden empirischen Studie in den USA und Canada (JAMA 2007, Egger 2007) korrelieren die Noten in den Ausbildungseinheiten „ärztliche Kommunikation“ während des Medizinstudiums hochsignifikant mit der Anzahl von **Klagen**, die von Patienten **gegen die Ärzte** (in ihrem späteren Berufsleben) angestrengt werden. Es ist also nicht nur vom humanen oder psychologischen Blickwinkel, sondern auch aus der Perspektive des beruflich-wirtschaftlichen Erfolgs betrachtet zweckmäßig, dass Ärzte sich eine professionelle kommunikative Kompetenz aneignen.

Literatur

- EGGER, J.W. (2007): Fakten zur Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation. *Psychologische Medizin*, 18, 4, 2–3.
- EGGER, J.W.; PIERINGER, W. & WISIAK, U.V. (2007): Medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie in der aktuellen Diplomstudienordnung Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz. *Psychologische Medizin*, 18, 1, 44–52.
- FALLER, H. & LANG, H. (2006): *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Heidelberg: Springer 2006.
- JAMA-Studie (2007): www.rme/aerzteblatt.de; s. a. Communication Skills and Patient Complaints. *J Watch General* 2007; 6; sowie MAKOUL, G. & RAYMOND, H. CURRY, R.H. (2007): The Value of Assessing and Addressing Communication Skills. *JAMA* 298: 1057–1059.

Zum vorliegenden Heft 4/2008, dem 4. und letzten des 19. Jahrgangs von *PSYCHOLOGISCHE MEDIZIN*, wünsche ich Ihnen wieder eine anregende und angenehme Lektüre!

Univ.-Prof. Dr. Josef W. EGGER, Graz
verantwortlicher Herausgeber