

Technische Universität München
Lehrstuhl für Medizindidaktik, medizinische Lehrentwicklung und Bildungsforschung
(Leiter: Prof. Dr. Pascal Berberat)

Das Überbringen schlechter Nachrichten – wie bewältigen Ärzte und Studenten diese Aufgabe?

**Eine explorativ-qualitative Studie über das Belastungserleben und
die Bewältigungsstrategien von Ärzten und Medizinstudenten beim
Überbringen schlechter Nachrichten unter
Einsatz des Stimulated Recall**

Maren Wettstädt

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität
München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Ernst J. Rummeny

Prüfer der Dissertation: Prof. Dr. Pascal Berberat

Prof. Dr. Peter Henningsen

Die Dissertation wurde am 29.11.2018 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 13.06.2019 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Theoretischer Hintergrund	7
2.1	Arzt-Patienten-Kommunikation – Das Gespräch steht im Mittelpunkt	7
2.1.1	Der Weg zur sprechenden Medizin	7
2.1.2	Kommunikation als erlernte Fähigkeit	8
2.1.3	Ziele ärztlicher Kommunikation	9
2.1.4	Patientenzufriedenheit durch Kommunikation steigern.....	10
2.2	Das Überbringen schlechter Nachrichten: ein besonderer Teil der Arzt-Patienten-Kommunikation	13
2.2.1	Definition einer schlechten Nachricht.....	13
2.2.2	Rechtlicher Rahmen.....	13
2.2.3	Aktueller Forschungsstand.....	16
2.3	Schlechte Nachrichten überbringen – ein Lernprozess vom Studium bis zum klinischen Alltag	17
2.3.1	Ist-Zustand in Studium und Praxis	17
2.3.2	Training von Kommunikationsfähigkeiten.....	20
2.4	Belastungsempfinden von Ärzten und Medizinstudenten beim Überbringen schlechter Nachrichten	22
2.4.1	Empfinden von Stress	22
2.4.2	Schwierigkeiten und spezifische Stressoren	24
2.4.3	Physiologische Stressreaktion	27
2.4.4	Assoziation zu Erschöpfungssyndromen wie „Burnout“	29
2.4.5	Wie bewältigen Ärzte und Studenten die Aufgabe?	31
3	Fragestellungen	33
4	Material und Methoden	34
4.1	Methodischer Ansatz	34
4.2	Forschungsdesign	34
4.3	Probandenkollektiv	35
4.3.1	Stichprobe Studenten.....	35
4.3.2	Stichprobe Ärzte.....	37
4.4	Datenerhebung	39
4.4.1	Das Leitfadeninterview	39

4.4.2	Die Methode des Stimulated Recall	40
4.4.2.1	Die Methode	40
4.4.2.2	Bisheriger Einsatz in der medizinischen Ausbildungsforschung	41
4.4.3	Zeitraum der Datenerhebung	43
4.4.4	Die Videoaufnahmen	43
4.4.5	Vorbereitung der Interviews.....	45
4.4.6	Durchführung der semistrukturierten Leitfadeninterviews	46
4.4.7	Transkription.....	48
4.5	Analyse des Interviewmaterials	48
4.5.1	Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring.....	48
4.5.2	Durchführung der Qualitativen Inhaltsanalyse	49
4.5.3	Analysesoftware	50
5	Ergebnisse	51
5.1	Aufbau der Ergebnisdarstellung.....	53
5.2	Ergebnisse Fragestellung 1: Einstellung.....	54
5.2.1	Zusammenfassende und deskriptive Ergebnisdarstellung der Hauptkategorie Haltung	55
5.2.2	Zusammenfassende und deskriptive Ergebnisdarstellung der Hauptkategorie Persönlich definierte Ziele	57
5.2.3	Zusammenfassende und deskriptive Ergebnisdarstellung der Hauptkategorie Schwierigkeiten	61
5.3	Ergebnisse Fragestellung 2: Emotionale Beteiligung	68
5.3.1	Zusammenfassende und deskriptive Ergebnisdarstellung der Hauptkategorie Emotionale Beteiligung	68
5.4	Ergebnisse Fragestellung 3: Bewältigung und Unterstützungsmaßnahmen.....	75
5.4.1	Zusammenfassende und deskriptive Ergebnisdarstellung der Hauptkategorie Bewältigung	75
5.4.2	Zusammenfassende und deskriptive Ergebnisdarstellung der Hauptkategorie Unterstützungsmaßnahmen	78
5.5	Ergebnisse Nebenfragestellung: Qualitativer Vergleich der Teilnehmergruppen	83
5.5.1	Deskriptiv vergleichende Ergebnisdarstellung	83
5.6	Zusammenfassung der Hauptergebnisse.....	87
6	Diskussion	88
6.1	Interpretation Fragestellung 1: Einstellung.....	88
6.2	Interpretation Fragestellung 2: Emotionale Beteiligung	92

6.3	Interpretation Fragestellung 3: Bewältigung und Unterstützungsmaßnahmen....	94
6.4	Interpretation Nebenfragestellung: Qualitativer Vergleich der Teilnehmergruppen	98
6.5	Diskussion der Methodik und Limitationen der Studie	100
6.5.1	Qualitatives Forschungsdesign	100
6.5.2	Stimulated Recall	102
6.5.3	Übertragbarkeit der Ergebnisse	104
7	Zusammenfassung und Ausblick	105
8	Literaturverzeichnis	107
9	Abbildungsverzeichnis	115
10	Tabellenverzeichnis	116
11	Anhang	117
11.1	Interviewleitfaden Version Arzt	117
11.2	Interviewleitfaden Version Student.....	119
12	Danksagung.....	121
13	Lebenslauf	122

1 Einleitung

„Da fühlt man sich (...) schuldig, obwohl man ja dafür überhaupt nichts kann. Aber man selbst ist jetzt die Person, die da gerade ein Leben zerstört (...)“ [S 3/181]

Diesen Satz formuliert eine Teilnehmerin der vorliegenden Studie, als sie zum Thema „Überbringen schlechter Nachrichten“ in der Medizin gefragt wird. Das Überbringen schlechter Nachrichten stellt für Ärzte¹ und Studenten eine große Herausforderung dar. Immer wieder kommt es in der klinischen Praxis zu Situationen, in der ein Arzt seinem Patienten eine Verschlechterung dessen Gesundheitszustands, das Fortschreiten einer Erkrankung, das Nicht-Ansprechen der Therapie oder sogar eine unheilbare Diagnose mitteilen muss. Die daraus entstehenden Gespräche haben für den Patienten weitreichende Konsequenzen und sind für Ärzte schwierig zu führen.

Ärzte und Studenten lernen das Überbringen schlechter Nachrichten zwar mittlerweile in ihrer Ausbildung (Bourquin et al., 2015; Kopecky-Wenzel et al., 2009). Kommunikationstrainings sind eine Möglichkeit, ihnen bei dieser Aufgabe zu helfen (Fallowfield, Jenkins, Farewell, et al., 2002). Bisher steht außerdem fest, dass Ärzte das Überbringen schlechter Nachrichten als stressig empfinden und dabei „selbst leiden“ (eigene Übersetzung aus dem Engl., Anm. d. Autorin) (Buckman, 1984; Espinosa et al., 1996). Aber reicht dieses Wissen aus, damit Ärzte dieser anspruchsvollen Aufgabe im klinischen Alltag auf allen Ebenen kompetent begegnen? Wie geht es Ärzten und Studenten, die unausweichlich selbst zum Überbringer schlechter Nachrichten werden? Und wie bewältigen sie die an sie gestellten außergewöhnlichen Anforderungen?

Diese Fragen beantwortet die bestehende Literatur nur unzureichend. Obwohl Breaking-Bad-News-Gespräche², also Gespräche, in denen über schlechte Nachrichten gesprochen wird, einen nicht unerheblichen Anteil in der ärztlichen Versorgung einnehmen (Baile et al., 2002), bleibt das Belastungsempfinden von Ärzten und Medizinstudenten beim Überbringen schlechter Nachrichten größtenteils

¹ In der vorliegenden Arbeit wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, wenn beide Geschlechter gemeint sind.

² Von engl.: to break sth. to so. = jdm. etw. eröffnen, bad = schlecht, news = die Nachrichten

unberücksichtigt. Ärzte und Studenten scheinen bisher nicht optimal für diesen Teil ihres Berufs ausgebildet zu werden.

Die vorliegende Arbeit soll diese Forschungslücke schließen und Antworten darauf geben, wie Ärzte und Medizinstudenten noch besser auf das Überbringen schlechter Nachrichten vorbereitet werden können: Es ist an der Zeit herauszufinden, wie sie dieser Aufgabe begegnen, welche Ziele sie verfolgen und auf welche Schwierigkeiten sie im Gespräch über schlechte Nachrichten stoßen. Diese Studie soll darüber aufklären, wie Ärzte und Medizinstudenten sich beim Überbringen schlechter Nachrichten fühlen, wie sie die schwierige Aufgabe bewältigen und wie sie dabei unterstützt werden können.

Struktur und Aufbau der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich, diese Einleitung eingeschlossen, in sieben Teile. In ihnen wird das Überbringen schlechter Nachrichten aus ärztlicher und studentischer Sicht beleuchtet und analysiert, um daraus Rückschlüsse für die medizinische Ausbildungsforschung abzuleiten.

An diese **Einleitung** (Kapitel 1) schließt sich der **theoretische Hintergrund** (Kapitel 2) an. Das Überbringen schlechter Nachrichten wird hier als ein Teil der Arzt-Patienten-Kommunikation definiert und in seinen klinischen, didaktischen und forschungsrelevanten Kontext eingeordnet.

Anschließend erfolgt die Darstellung der **Fragestellungen** (Kapitel 3). Im vierten Kapitel wird das **methodische Vorgehen** (Kapitel 4) vorgestellt. Besondere Bedeutung kommt hierbei der ausführlichen Beschreibung der Methode des Stimulated Recall und der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zu.

Die **Ergebnisse** der vorliegenden Untersuchung stellt das Kapitel 5 ausführlich dar. Im sich anschließenden Kapitel 6 werden sie analysiert und **diskutiert**.

Zum Schluss erfolgt die **Zusammenfassung** der gesamten Studie, um sie mit einem **Ausblick** (Kapitel 7) auf dieses spannende Forschungsfeld abzuschließen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Arzt-Patienten-Kommunikation – Das Gespräch steht im Mittelpunkt

2.1.1 Der Weg zur sprechenden Medizin

Ärzte führen täglich Gespräche mit ihren Patienten. Ein Drittel bis sogar die Hälfte der durchschnittlichen Arbeitszeit eines Arztes findet im persönlichen Gespräch mit dem Patienten statt (Fritzsche et al., 2003). Fallowfield und Kollegen schätzen die Zahl ärztlicher Gespräche mit Patienten und Angehörigen in einem ca. 40 Jahre dauernden Berufsleben sogar auf bis zu 200.000 Stück (Fallowfield, Jenkins, Farewell, et al., 2002). Ein nicht unerheblicher Teil davon sind Gespräche, in denen schlechte Nachrichten überbracht werden müssen (Baile et al., 2002). Lange Zeit sei jedoch die Fähigkeit, gut oder überhaupt mit seinem Patienten zu kommunizieren, als eine Eigenschaft vorausgesetzt worden, die jedem Arzt von Haus aus gegeben sei und die dieser in seinen Beruf mitbringen müsse, schreibt Baile (Baile et al., 2005). Die Autoren kritisieren weiterhin, dass eine medizinisch-technische Ausbildung mehr geschätzt wurde, als die Fertigkeit, gut mit Patienten zu sprechen.

Die heutige Forschung gesteht der Arzt-Patienten-Kommunikation einen höheren Stellenwert zu. In einem Arzt-Patienten-Verhältnis, das sich von einem autoritären, paternalistischen Modell zu einer Arzt-Patienten-Beziehung wandelt, in der beide Entscheidungen gemeinsam treffen (Klemperer, 2005), werde der Arzt vom „alleinwissenden Hüter des Patientenwohls“ zum „Partner, der seiner fachlichen Kompetenz die Lebenskompetenz des Patienten zugesellt“ (Scheibler et al., 2005). Ein bio-psycho-sozialer Ansatz, in dem dem Patienten mit einem ganzheitlichen Blick auf seine Beschwerden begegnet wird, unterstreicht die Literatur als Fundament dieser neuen Arzt-Patienten-Beziehung (Scheibler et al., 2005). Neben einer medizinisch-fachlichen Seite gehöre es nämlich zu den Aufgaben eines Arztes, das persönliche Gespräch mit seinem Patienten zu suchen und dabei auf „bestimmte Gesprächstechniken“ zurückzugreifen (Terzioglu et al., 2003). Baile hält fest, dass kommunikative Fähigkeiten die Grundlage jeder Arzt-Patienten-Beziehung in der Onkologie darstellen (Baile et al., 2005). Mehrere Autoren sehen in der kommunikativen Kompetenz eines Arztes eine Schlüsselqualifikation in der Versorgung von Patienten (Back et al., 2002; Fallowfield et al., 1999; Maguire et al.,

2002). Die Fähigkeit medizinische Gespräche gut zu leiten und den Patienten im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung zu unterstützen, müsse jeder Arzt selbst entwickeln – solche Aufgaben könnten nicht komplett an ärztliche Kollegen oder Mitarbeiter aus der Pflege übertragen werden (Simpson et al., 1991).

2.1.2 Kommunikation als erlernte Fähigkeit

Daran anknüpfend, beschäftigt sich die medizinische Ausbildungsforschung in den letzten Jahren zunehmend mit dem Thema der ärztlichen Gesprächsführung. Mehrere Forschungsgruppen haben bewiesen, dass Kommunikation in der Medizin erlernt und von professionellen Ausbildern beigebracht werden kann (Buckman, 1984; Fallowfield, Jenkins, Farewell, et al., 2002; Langewitz et al., 1998). Bisher aber müssten sich viele Ärzte durch eigene Intuition und wiederholtes Probieren einer gelungenen Gesprächsführung nähern (Kopecky-Wenzel et al., 2009). Allein die Tatsache jedoch, dass ein Arzt über die Jahre gesammelte Erfahrung im Beruf mitbringe, würde die Qualität ärztlicher Gespräche nicht steigern (Fallowfield et al., 1998). Kommunikative Fertigkeiten von Ärzten könnten und müssten daher trainiert werden (Fallowfield, 2000). Gut und effektiv mit seinen Patienten zu sprechen sei eben kein „gottgegebenes Geschenk“ (eigene Übersetzung aus dem Engl., Anm. d. Autorin), sondern eine Fertigkeit, die durch Übung und Training erlernt werden müsse (Buckman, 1984). Arzt sein allein befähigt also nicht unbedingt dazu, gelungene Gespräche mit seinen Patienten zu führen.

Seit 2012 sieht die geänderte ärztliche Approbationsordnung von 2002, die als Grundlage aller ärztlichen Tätigkeit und Ausbildung in Deutschland gesehen werden kann, ärztliche Gesprächsführung als Ausbildungsziel junger Ärzte vor. Sowohl während des Medizinstudiums als auch speziell in der mündlichen Abschlussprüfung, der Dritten Ärztlichen Prüfung, sollen werdende Ärzte beweisen, dass sie die „notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten (...) ärztlicher Gesprächsführung“ beherrschen (Bundesministerium für Gesundheit, 2002b). Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen des Bundesgesundheitsministeriums konstatiert in einem Gutachten ebenfalls, dass kommunikative Kompetenzen bei Ärzten erforderlich seien und die „Entwicklung dieser Eigenschaften (...) in Aus-, Weiter- und Fortbildung gezielt gefördert werden“ solle (Bundesministerium für Gesundheit, 2003). Auch der Nationale Krebsplan des

Ministeriums fordert von Ärzten, die in der onkologischen Versorgung von Patienten arbeiten, entsprechende Kommunikationsfertigkeiten. Als zusätzliches Ziel formuliert er, dass diese Fertigkeiten in der Ausbildung von Ärzten und anderen Arbeitnehmern im Gesundheitssystem gestärkt und regelmäßig kontrolliert werden müssten (Bundesministerium für Gesundheit, 2016).

Der Forschungsschwerpunkt hat sich in den letzten Jahrzehnten hin zu einem Ansatz verschoben, der ärztliche Gesprächsführung stärker in den Mittelpunkt rückt und aus dem heraus Trainingsmodelle für verbesserte ärztliche Kommunikationsfähigkeiten, Richtlinien und Leitfäden entstehen. Gleichzeitig betonen mehrere Arbeitsgruppen, dass die Forschung in diesem Bereich zwar durch eine große Vielfalt aber noch immer durch eine enorme Spannweite im Hinblick auf die Qualität der gewählten Studiendesigns auffalle (Cegala et al., 2002; Hulsman et al., 1999)

2.1.3 Ziele ärztlicher Kommunikation

Dass Ärzte gut mit ihren Patienten kommunizieren lernen können, wurde im vorherigen Kapitel dargestellt. Aber wie genau soll ideale ärztliche Kommunikation aussehen? Ziele einer solchen Kommunikation sind nach Ong und Kollegen eine gute Arzt-Patient-Beziehung, ein gelungener Informationsaustausch, sowohl auf fachlicher, als auch auf psychosozialer Ebene, und eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient (Ong et al., 1995). Nach Terzioglu liege es im Aufgabenbereich des Arztes, die Kommunikation mit seinem Patienten aktiv zu gestalten – daraus kann geschlussfolgert werden, dass der Arzt oben genannte Ziele verfolgen soll (Terzioglu et al., 2003). Zu Beginn einer Behandlung, stimmt auch Terzioglu weiter zu, müsse eine Arzt-Patienten-Beziehung aufgebaut werden; hierfür solle der Arzt auf ärztliche Gesprächstechniken zurückgreifen. Nur so könne sicher gestellt werden, dass sich der Patient in seinem Leiden wahrgenommen fühle und dass dessen Bedürfnis nach emotionalem Halt befriedigt werden könne (Terzioglu et al., 2003). Gute ärztliche Kommunikation gibt dem Patienten also emotionale Unterstützung in der für die meisten Menschen besonderen und neuen Krankheitssituation. Der Blick des Arztes auf seinen Patienten müsse dessen Bedürfnisse einschließen – ein rein technischer und ausnahmslos biomedizinischer Ansatz sei überholt (Scheibler et al., 2005). Medizin, die durch ärztliche Gespräche auf diese Bedürfnisse Rücksicht nehme, schaffe mehr Vertrauen zwischen Patient

und Arzt (Fiscella et al., 2004), was als weiteres Ziel verstanden werden kann. Ein zusätzlicher wichtiger Aspekt ist das empathische Verhalten eines Arztes während eines Gesprächs. Empathie, die eingesetzt wird, nach dem der Patient seine Sorgen mitgeteilt hat, fördere ebenfalls eine gute Arzt-Patienten-Beziehung (Epstein et al., 2007). Ärzte sollten aktiv zuhören und persönliche Aufmerksamkeit dem Patienten gegenüber üben, empfehlen Bensing und Kollegen (Bensing et al., 2011).

2.1.4 Patientenzufriedenheit durch Kommunikation steigern

Ein Ziel ärztlicher Kommunikation ist also, die Patientenbedürfnisse wahrzunehmen und zu berücksichtigen. Welchen genauen Einfluss aber hat das ärztliche Gespräch auf die Bedürfnisse des Patienten? Die Veränderung des paternalistischen Arztbilds hin zur Arzt-Patient-Beziehung, in der gemeinsam entschieden wird, kann heute bereits beobachtet werden (Richter-Kuhlmann, 2005). Gerade weil jedoch ein hoch spezialisiertes Medizinsystem, wie es in Deutschland existiert, durch die Komplexität der zu treffenden Entscheidungen trotzdem immer die Gefahr birgt, den Arzt als Spezialisten vom Patienten als medizinischen Laien zu entfernen, nehme die Kommunikation zwischen diesen beiden Gruppen eine wichtige Stellung ein (Scheibler et al., 2005). Der Autor führt weiter aus, dass für die von mehreren Autoren gewünschte und heute im Lehrstoff vieler Fakultäten etablierte bio-psycho-soziale Herangehensweise (Engel, 1976) ein ganzheitlicher Blick auf den Patienten notwendig sei, der die Patientenbedürfnisse in den Fokus rücke. Eine patientenorientierte Medizin würde dabei auf die Bedürfnisse, Ängste und Nöte des Patienten eingehen und damit einen großen Beitrag zu einer Medizin leisten, in der Entscheidungen gemeinsam getroffen werden (Bensing, 2000). Patienten wollten nämlich beim Behandlungsgeschehen mitentscheiden (Scheibler et al., 2005). Und als Grundlage aller Entscheidungen wollten die meisten Patienten gerade in Gesprächen, in denen es um schlechte Nachrichten geht, über ihre genaue Diagnose (Cassileth et al., 1980; Degner et al., 1997; Meredith et al., 1996; Schofield et al., 2001) und Prognose (Fallowfield et al., 2006; Jenkins et al., 2001) aufgeklärt werden. Patienten, die an Krebs erkrankt sind, würden von ihren Ärzten gerne umfassend ihre Erkrankung und die damit zusammenhängenden Behandlungsschritte erklärt bekommen und erwarteten emotionalen Halt von ihrem Doktor in einer solch schweren Situation (Butow et al., 2002; Moore et al., 2013).

Trotzdem würden nicht alle Ärzte die Informationen unbedingt weitergeben und damit die Sorgen der Patienten missachten (Saraiya et al., 2008). Viele Ärzte verkennen den Informationsbedarf ihrer Patienten, hatte auch schon Fallowfield bemerkt (Fallowfield et al., 1995). Scheiber und Kollegen führen weiter aus, dass dies langfristig zu unzufriedenen Patienten und auch Ärzten führe, wenn die Bedürfnisse der Patienten nicht zufriedenstellend wahrgenommen würden (Scheibler et al., 2005).

So falle die allgemeine Patientenzufriedenheit schlecht aus, wenn der Arzt während des Behandlungsgesprächs nicht genügend auf genau diese Bedürfnisse eingehe (Bredart et al., 2005). In Bezug auf Folgeerkrankungen hält Maguire schon 1998 fest, dass Patienten häufiger Angststörungen und Depressionen entwickeln, wenn ihnen ihre Krebsdiagnose nur unzureichend und schlecht beigebracht wurde (Maguire, 1998). Auch das Verschweigen einer Krebsdiagnose oder der begleitenden Umstände, also das bewusste Vermeiden wahrhafter und guter Kommunikation, führe zu weiterer Verunsicherung auf Seiten des Patienten und lasse diesen verängstigt und verwirrt zurück (Fallowfield, Jenkins & Beveridge, 2002). Schlechte Kommunikation des Arztes kann also negative Folgen für seinen Patienten haben. Umso wichtiger erscheint es, dass Ärzte in Kommunikationstechniken gut ausgebildet werden sollten.

Gleichzeitig haben mehrere Studien gezeigt, dass die Kommunikationsfähigkeiten eines Arztes bedeutende positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Patienten haben können. Gute ärztliche Kommunikationskompetenz habe eine deutliche Zunahme der Patientenzufriedenheit zur Folge (Gattellari et al., 2001). Bartlett und sein Forschungsteam fanden heraus, dass nicht die Anzahl der Behandlungen, die ein Patient im Rahmen seiner Erkrankungen erhielt, für ein besseres Outcome des Patienten entscheidend war, sondern tatsächlich die Qualität der Kommunikation den größten Einfluss hatte. Auch die Compliance, also die Bereitschaft des Patienten zur aktiven Mitarbeit an seiner Behandlung, sei direkt abhängig von den Kommunikationsfähigkeiten des Arztes (Bartlett et al., 1984). Patienten würden sich eher an die Anweisungen des Arztes halten, wenn sie in einem gut geführten Gespräch aufgeklärt wurden (Stavropoulou, 2011). Entscheidungen, die im Rahmen des Behandlungsprozesses vom Patienten getroffen werden müssen, hängen ebenfalls mit der Art und Weise zusammen, wie vorab darüber gesprochen wurde

(Albrecht et al., 2008). Außerdem würden in Gesprächen, die hohe Kommunikationsstandards bedienen, von den Patienten mehr Informationen erinnert und behalten (R. F. Brown et al., 2001). Patienten, mit denen fokussiert und zielorientiert gesprochen wurde, litten unter weniger Ängsten (Fogarty et al., 1999). Fritzsche merkt an, dass Ärzte durch die Art und Weise, wie sie kommunizieren, zum Beispiel durch Zuhören und ernst nehmen, das Selbstwertgefühl ihres Patienten steigern könnten (Fritzsche et al., 2016). Patienten bewerteten zudem Gespräche, in denen ihre eigenen Bedürfnisse in den Mittelpunkt rückten, besser als solche Gespräche, in denen der Schwerpunkt größtenteils auf der Diagnose oder auf emotionalen Faktoren lag (Schmid Mast et al., 2005). In einer Studie bekamen empathisch geführte Konsultationen von Patienten bessere Noten, als Gespräche, in denen Gefühle und Gedanken weniger beachtet wurden (Epstein et al., 2007). Ärztliche Fürsorge sei, im Gegensatz zu den überbrachten Inhalten, in einem Gespräch über schlechte Nachrichten von größerer Bedeutung für den Patienten (Back et al., 2002). In Breaking-Bad-News-Gesprächen könnten Ärzte außerdem durch ihren Kommunikationsstil dafür sorgen, dass der Patient weiterhin Hoffnung schöpfe und seine Informationsbedürfnisse wahrgenommen und befriedigt würden, fügt der Autor hinzu (Back et al., 2002).

Die Kommunikationsfähigkeit eines Arztes hat also entscheidenden Einfluss auf das Befinden des Patienten. Gute Kommunikation berücksichtigt die Patientenbedürfnisse, dessen Sorgen und Nöte. Der Patient fühlt sich ernst- und wahrgenommen. Er weiß aufgrund einer ausführlichen Erklärung des Arztes über seine Diagnose, Prognose und die damit zusammenhängenden empfohlenen Behandlungsschritte Bescheid und kann auf dieser Grundlage fundierte Entscheidungen treffen. Der Patient schöpft während des Behandlungsverlaufs Hoffnung; Ängste und Depressionen werden reduziert. Die daraus resultierende gesteigerte Compliance, also die konsequente Befolgung von ärztlichen Maßnahmen, kann einen positiven somatischen Therapieeffekt nach sich ziehen und sollte daher von Ärzten angestrebt werden. Medizin ist heute zunehmend an den Bedürfnissen des Patienten orientiert – die Forschung im Bereich der ärztlichen Gesprächsführung kann gut in diese veränderte Sicht auf die Arzt-Patienten-Beziehung eingeordnet oder sogar als ihre Grundlage gesehen werden.

2.2 Das Überbringen schlechter Nachrichten: ein besonderer Teil der Arzt-Patienten-Kommunikation

2.2.1 Definition einer schlechten Nachricht

Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin ist ein ganz spezifischer Teil ärztlicher Kommunikation und stellt für Ärzte eine schwierige Aufgabe dar. Eine schlechte Nachricht wird in der Literatur beschrieben als eine Gesprächssituation, in der Hoffnungslosigkeit verspürt wird, in der eine Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Zustands des Patienten entsteht, in der eine Lebensstiländerung zum Schlechteren hin droht oder wiederum ein Umstand eintritt, der dem Patienten weniger Entscheidungsfreiheit als bisher einräumt (Bor et al., 1993). Ptacek und Kollegen fügen hinzu, dass eine Nachricht dann eine schlechte Nachricht sei, wenn sie beim Empfänger zu einer Einschränkung auf gedanklicher, auf Gefühls- oder Verhaltensebene führe, die nach dem Überbringen der Nachricht noch für eine gewisse Zeit anhalte (Ptacek et al., 1996). Sie betonen ebenfalls, dass es im Ermessen des Betrachters, in diesem Fall des Empfängers, liege, ob es sich bei der überbrachten Nachricht um eine als schlecht eingeschätzte Tatsache handele. Es muss nicht immer eine Krebsdiagnose sein, die Patienten als schlechte Nachricht wahrnehmen – andersherum kann jedoch auch eine in der Allgemeinheit als schlecht eingestufte Nachricht bei einigen Empfängern ganz andere als die erwarteten schlechten Gefühle auslösen. Hierbei spielten persönliche Kriterien, wie beispielsweise das eigene Alter oder Familienangelegenheiten, eine Rolle. Auch Buckman definiert schlechte Nachrichten als „sämtliche Informationen, die es schaffen die Blickrichtung des Patienten auf seine Zukunft negativ zu beeinflussen“ (Buckman, 1984) und hebt damit die subjektive Interpretation, die durch den Empfänger einer Nachricht stattfindet, hervor.

2.2.2 Rechtlicher Rahmen

Rechte und Pflichten eines Arztes und seines Patienten sind in Deutschland durch Gesetze geregelt. Seit 2013 schreibt das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) ab §630a das Zusammenwirken von Arzt und Patient vor: Im Rahmen eines Behandlungsvertrags treffen der Arzt als Behandelnder und der Patient als Behandelter aufeinander. Ein Behandlungsvertrag entsteht immer dann, wenn ein

Patient und ein Arzt miteinander in Kontakt treten und eine Behandlung vereinbaren (Bäune et al., 2015). Meist passiert dies, indem der Patient einen Arzt aufsucht, zum Beispiel in einer ärztlichen Praxis (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). Der Vertrag muss nicht schriftlich geschlossen werden, sondern kommt auch dann zustande, wenn er mündlich oder durch schlüssiges Handeln beider Seiten getroffen wird (Schulenburg, 2004). Nach abgeschlossenem Behandlungsvertrag ist der Arzt, der die „medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (...), zur Leistung der versprochenen Behandlung (...)“ nach § 630a Bürgerliches Gesetzbuch verpflichtet. Gleichzeitig verpflichtet sich der Patient durch den Vertrag zur Bezahlung des Arztes für seine Leistung (BGB, 2013). Nachfolgend heißt es ab § 630c BGB, dass sowohl der Patient als auch der Arzt gemeinsam zu einer Zusammenwirkung an der medizinischen Behandlung angehalten sind. Der Arzt nimmt zusätzlich eine Informationspflicht seinem Patienten gegenüber wahr: So ist er dazu

„verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.“ (BGB, 2013)

Der Patient hat also das Recht, seine Erkrankungsdiagnose, die Prognose und auch die vom Arzt nach derzeitigem „allgemein anerkanntem fachlichem Standard“ (§630a BGB) vorgeschlagenen Behandlungsoptionen in einem persönlichen Gespräch erklärt zu bekommen. In einem weiteren Schritt muss für eine medizinisch geplante Maßnahme, wie zum Beispiel eine Operation, eine Blutentnahme oder die Einnahme eines Medikaments, die Einwilligung des Patienten eingeholt werden (Bundesärztekammer, 2015). Hier ist der Arzt an die Aufklärungspflicht gebunden, die ab § 630e BGB festhält, dass eine Einwilligung des Patienten nur dann erfolgen kann, wenn der Patient vorab vom Arzt umfassend über die „Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme“ aufgeklärt worden ist (BGB, 2013). Als Basis dient hier das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, das im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in Art. 2 Abs. 2 verankert ist (GG, 2016). Würde ein Arzt ohne Einwilligung des Patienten eine medizinische Maßnahme an diesem vornehmen, so handelte es sich nach §223 Strafgesetzbuch um eine Körperverletzung (StGB, 2016). Beide ärztliche Pflichten –

die Informations- und die Aufklärungspflicht – muss der Arzt daher in einem persönlichen Gespräch mit dem Patienten erfüllen. Eine ausschließlich durch „Print- und Kommunikationsmedien“ (Bundesärztekammer, 2015) geführte Behandlung ist dem Arzt nicht erlaubt.

Im bestehenden Arzt-Patienten-Verhältnis wird also jeder Vertragspartner vom Gesetzgeber mit Pflichten betraut. Der Arzt ist in seiner täglichen Arbeit an genau vorgeschriebene Regeln gebunden. Gerade in einem Gespräch, in dem schlechte Nachrichten überbracht werden müssen, stellen die oben genannten Gesetze wichtige Patientenrechte dar. Gespräche mit dem Patienten sind demnach unumgänglich und müssen geführt werden. Im Rahmen eines Gesprächs über eine, zum Beispiel, Krebsdiagnose und die sich anschließende Behandlung, darf ein Arzt also nicht allein entscheiden, ob er seinen Patienten aufklärt; er ist gesetzlich dazu verpflichtet – es sei denn, der Patient verzichtet ausdrücklich auf die Informationsmitteilung nach § 630c (BGB, 2013). Studien zeigen hier allerdings, dass 98% befragter Krebspatienten wissen wollen, ob sie an Krebs erkrankt sind, ja oder nein. 87% wollen sogar allumfassend zu ihrer Erkrankung aufgeklärt werden (Jenkins et al., 2001). Viele Ärzte werden in ihrem Berufsalltag daher mit dem Überbringen schlechter Nachrichten konfrontiert. Wie genau der Arzt aufklären muss, bleibt unscharf definiert: „in verständlicher Weise“ (BGB, 2013) solle der Patient informiert werden, es genüge, unter Beachtung der „Gebote der Menschlichkeit (...) die Information des Patienten über den ärztlichen Befund im Groben“ (Bundesärztekammer, 1990). Die Interpretation der ärztlichen Pflicht im Arzt-Patienten-Gespräch liegt damit bisher weitgehend im Ermessen des jeweiligen Arztes.

Die Mitteilung schlechter Nachrichten als Teil eines solchen Arzt-Patienten-Gesprächs ist also durch seine rechtlichen Grundlagen im ärztlichen Beruf unumgänglich. Es gehört zu den gesetzlichen Pflichten eines Arztes, diese besonderen Gespräche zu führen. Die Art und Weise, wie ein solch medizinisch anspruchsvolles und psychosozial herausforderndes Gespräch gestaltet wird, bleibt freilich bisher allein dem Arzt überlassen.

2.2.3 Aktueller Forschungsstand

Die Haltung der Gesellschaft zum Überbringen schlechter Nachrichten hat sich in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt. Noch in den 1960er Jahren war es üblich, dass ein Arzt seinem Patienten bezüglich seiner Krebsdiagnose eher im Unklaren ließ (Oken, 1961). Anfang der 1980er Jahre hatte sich diese Einstellung bei vielen Ärzten jedoch verändert: Durch eine allgemein verbreitete nun zuversichtlichere Sicht auf Krebserkrankungen als noch vor 20 Jahren und dem generellen Trend, den Patienten in die Behandlung einzubinden (Holland, 1989), gaben nun 97% befragter Ärzte mit dem gleichen Fragebogen von 1961 an, dass sie ihren Patienten die Wahrheit über deren Diagnosen sagen würden (Novack et al., 1979). Heute ist gesetzlich geregelt, dass der Arzt seinen Patienten umfassend aufklären muss (vgl. Kap. 2.2.2).

Auf onkologischen Stationen, also Stationen auf denen Patienten mit Krebserkrankungen behandelt werden, gehören Gespräche über schlechte Nachrichten zum klinischen Alltag. In einer Studie, in der weltweit tätige Onkologen nach der Häufigkeit solcher Gespräche in ihrer täglichen Arbeit befragt wurden, gaben diese an, durchschnittlich 35 schlechte Nachrichten im Monat überbringen zu müssen (Baile et al., 2002). Trotz dieser Häufung im medizinischen Alltag zeigt eine Studie von Espinosa und Kollegen, dass Ärzte in diesen Gesprächen weniger die Diagnose oder Prognose in den Gesprächsmittelpunkt stellten, sondern sich mehr auf Nebenwirkungen der Behandlung konzentrierten – obwohl Patienten sich gerade ersteres wünschten (Espinosa et al., 1993). Auch die Studie von Thomsen et al. zeigte, dass Patienten von ihren Ärzten aus unterschiedlichen Teilen Europas nicht standardmäßig über eine Krebsdiagnose aufgeklärt wurden (Thomsen et al., 1993). Die Forschungsgruppe um Espinosa hält im weiteren Verlauf fest, dass das Mitteilen schlechter Nachrichten für Ärzte eine anstrengende Aufgabe sei, bei der sie „selbst auch leiden“ (eigene Übersetzung aus dem Engl., Anm. d. Autorin) würden (Espinosa et al., 1996). Das Überbringen schlechter Nachrichten fällt Ärzten schwer; sie werden im Medizinstudium und in den Facharztausbildungen dafür nicht gut ausgebildet. Arzt-Patienten-Gespräche, in denen über schlechte Nachrichten gesprochen wird, nehmen jedoch einen großen Teil der ärztlichen Versorgung ein. Es ist also an der Zeit herauszufinden, welche Schwierigkeiten sich im Gespräch über

schlechte Nachrichten verbergen, wie Ärzte damit umgehen und was man dagegen tun kann.

2.3 Schlechte Nachrichten überbringen – ein Lernprozess vom Studium bis zum klinischen Alltag

2.3.1 Ist-Zustand in Studium und Praxis

Kommunikation in der Medizin kann gelernt werden (vgl. Kap. 2.1.2). Schlechte Nachrichten überbringen zu müssen ist dabei eine besondere Situation, in der die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine ausgesprochen wichtige Rolle spielt. Wie lernen Ärzte und Studenten aber bisher, diese Aufgabe am besten zu meistern? Wie wird diese Aufgabe in der klinischen Praxis ausgeführt? Das nachfolgende Kapitel beschäftigt sich mit diesen Fragen.

Ärzte müssen in ihrem Beruf regelmäßig schlechte Nachrichten überbringen (vgl. Kap. 2.2.3). Wie funktioniert das im klinischen Alltag? Wenn Ärzte im Krankenhaus schlechte Nachrichten überbringen müssen, gehört dies mit zu den schwierigsten Aufgaben ihrer Arbeit (Garg et al., 1997). Gar nicht so selten werde diese unattraktive Aufgabe von den zuständigen Medizinern deshalb an jüngere und unerfahrenere Kollegen abgeschoben (Doyle et al., 1996). Ärzte vermeiden also häufig, sich selbst der unangenehmen Situation zu stellen, in dem sie die Aufgabe an ihre Kollegen delegieren würden, schreibt Espinosa (Espinosa et al., 1996). Junge Assistenzärzte kommen deshalb häufig in die Situation, dass sie einem Patienten zum Beispiel eine zum Tode führende Erkrankung oder einen schlechten Behandlungsverlauf eröffnen sollen. Oft müssen sie diese Herausforderung ganz auf sich allein gestellt meistern: In einer Studie, die Medizinstudenten und junge Ärzte nach ihren ersten Breaking-Bad-News-Konsultationen überhaupt fragt, hatten Orlander und Kollegen festgestellt, dass nur bei etwa jedem sechsten Gespräch ein erfahrenerer Kollege bei der Konsultation mit anwesend war (Orlander et al., 2002). In den übrigen Gesprächen wurden die jungen Kollegen mit dieser ersten Erfahrung allein gelassen. Die Studie hebt heraus, dass nur die wenigsten der befragten Assistenzärzte jemals zuvor bei einem Gespräch über schlechte Nachrichten zugeschaut hatten, ehe sie selbst mit der Aufgabe betraut worden waren (Orlander et al., 2002). Das Überbringen schlechter Nachrichten finde bei Ärzten in der

Ausbildung in vielen Fällen nach dem Prinzip „trial-and-error“³ statt (Strauss et al., 1995). Ärzte lernten zwar häufig über die Jahre sich durch schwierige Kommunikationssituationen durchzukämpfen, jedoch ohne die eigentlichen Schwierigkeiten klar zu benennen oder sie zu beseitigen (D. Cohen et al., 2005). Es sei eben oftmals üblich, dass derjenige die schlechte Nachricht dem Patienten auf Station überbringe, der dessen Erkrankungsgeschichte am besten kenne, auch wenn er vielleicht gar nicht derjenige sei, der Erfahrung mitbringe oder durch erlernte Kommunikation die Aufgabe am besten lösen könne – manchmal auch zum Leidwesen des Patienten (Orlander et al., 2002). Die Konsequenz ist, dass schon Medizinstudenten, die diese Handhabung in ihren Unterrichtseinheiten auf Station wahrnehmen, Angst und Stress vor der klinischen Praxis entwickeln und sich nicht gut auf ihren Beruf vorbereitet fühlen (Sarikaya et al., 2006).

In den letzten Jahren haben viele medizinische Fakultäten der westlichen Industrienationen dieses Problem erkannt und begonnen, Kommunikationsseminare zum Überbringen schlechter Nachrichten in ihre Curricula zu integrieren (Bourquin et al., 2015; Garg et al., 1997; Kopecky-Wenzel et al., 2009). Sie reagierten damit auf den Mangel an ausreichend Lehre im Bereich Kommunikation, der schon seit langem in der Literatur angemahnt wurde (Chisholm et al., 1997; Fallowfield, 1993; Michaels, 1992; Orlander et al., 2002). In solchen Seminaren werden oftmals Schauspiel-Patienten eingesetzt, die -Bad-News-Situationen im studentischen Setting realitätsnah simulieren (Stiefel et al., 2013). Medizinstudenten können dabei in einem Gespräch mit den Schauspielern üben, wie sie zum Beispiel in emotionalen Ausnahmesituationen reagieren. Häufig wird zur Einübung eines solchen Gesprächs das SPIKES-Modell von Baile eingesetzt (Baile et al., 2000). Es soll in dieser Arbeit beispielhaft vorgestellt werden. Der von Baile veröffentlichte Leitfaden schlägt dem Überbringer schlechter Nachrichten eine Gesprächsstruktur vor und benennt vier Ziele, die in der Kommunikation erreicht werden sollten: In einem ersten Schritt sammelt der Arzt Informationen über seinen Patienten. Außerdem soll er alle übermittelten Informationen für den Patienten verständlich darstellen. Der Arzt müsse dem Patienten Unterstützung signalisieren und mit ihm zusammen einen Fahrplan für den weiteren Behandlungsverlauf entwickeln. Diese vier Ziele nimmt Baile als

³ Von engl.: trial = der Versuch, error = der Fehler, der Irrtum

Grundlage für sein SPIKES-Modell: SPIKES ist dabei ein Akronym für sechs Schritte, die in einem Gespräch über schlechte Nachrichten gemacht werden sollten.

S steht für „**S**etting up the interview“: die Gesprächssituation angemessen gestalten, Bezugspersonen miteinbeziehen, Zeitvorgaben klar benennen und Unterbrechungen des Gesprächs vermeiden.

P steht für „**P**erception“: die Situationswahrnehmung des Patienten einschätzen, Anpassung der schlechten Nachricht an den bisherigen Wissensstand des Patienten

I steht für „**I**nvitation“: Informationsbedürfnis des Patienten einschätzen, wie möchte er informiert werden?

K steht für „**K**nowledge and information to the patient“: verbale Warnung vor der schlechten Nachricht, Arzt erklärt in klarer, gut verständlicher Sprache

E steht für „**E**motions with empathic responses“: Emotionen erkennen und anerkennen

S steht für „**S**trategy and **S**ummary“: den weiteren Behandlungsablauf und Therapieplan in Abhängigkeit vom Befinden des Patienten besprechen, Gespräch zusammenfassen

Ärzte und Medizinstudenten, die das Überbringen schlechter Nachrichten mit diesem Modell lernen, fühlten sich bei der Aufgabe selbstbewusster (Baile et al., 2000). Das SPIKES-Modell gibt Struktur bei einem Thema, das viele Ärzte überfordert und hat sich in der medizinischen Ausbildungsforschung in Deutschland als Lehrmaterial etabliert (vgl. Lehrcurricula medizinische Fakultäten Heidelberg, Bonn, München LMU, München TU etc.). Gleichzeitig fehlen bis heute systematische Forschungsansätze, die den Einsatz dieses Modells und anderer Lehrmethoden zum Überbringen schlechter Nachrichten in der medizinischen Lehre und im Hinblick auf Praxisbezug und Patientenbedürfnisse analysieren und überprüfen. Einzelne Studien haben sich mit dem Thema beschäftigt und prangern diesen Mangel an (Seifart et al., 2014). Neben den gesicherten Erkenntnissen, dass Medizinstudenten von Kommunikationstrainings in ihrer Ausbildung profitierten und besser in Prüfungen abschneiden würden, in denen die Arzt-Patienten-Kommunikation im Mittelpunkt steht (Junger et al., 2005), werden in der Zukunft Studien benötigt, die die Effektivität

von Lehrveranstaltungen zum Überbringen schlechter Nachrichten noch genauer untersuchen.

2.3.2 Training von Kommunikationsfähigkeiten

Eine Reihe von Studien hat untersucht, wie Ärzte Kommunikation und – als Teil davon – das Überbringen schlechter Nachrichten lernen können. Denn ohne Training sind nur wenige Ärzte in der Lage dazu, schlechte Nachrichten gut zu überbringen (Fallowfield, 1993). Ärztliche Gespräche, gerade wenn es dabei um das Mitteilen schlechter Nachrichten geht, erfordern von Ärzten sowohl einen hohen fachlichen, als auch emotionalen Einsatz. Bisher sind Ärzte für diese Aufgabe nicht gut ausgebildet (Fallowfield et al., 2004; Ptacek et al., 1996).

Kommunikationstrainings könnten Ärzten helfen, ihre Kommunikationsfähigkeiten hierbei deutlich zu verbessern (Fallowfield, Jenkins, Farewell, et al., 2002). Diesem Ansatz folgend, sind in den letzten Jahrzehnten vielfältige Kommunikationstrainings, -richtlinien und -leitfäden entstanden, die die Trainierbarkeit von Kommunikation, vor allem in onkologischen Settings, beweisen und dem Anliegen eine Struktur geben. Das Überbringen schlechter Nachrichten ist, als Teil der Kommunikation in der Onkologie, in die meisten dieser Studien integriert. (Baile et al., 1999; Buckman, 1984; Fallowfield et al., 1998; Faulkner, 1998; Girgis et al., 1995; Goelz et al., 2011; Holland, 1989; Junger et al., 2005; Razavi et al., 2003)

Diese Kommunikationstrainings haben – wenn sie nach bestimmten Gesichtspunkten gestaltet werden (vgl. nachfolgender Absatz) – einen gewinnbringenden Nutzen für Ärzte und deren Patienten. Einen deutlichen Effekt zeigt ein Kommunikationstraining, das in einer Studie von Back und Mitarbeitern entwickelt wurde: Sogenannte „*blinded coders*“ erkannten anhand anonymisierter Audioaufnahmen eines Arzt-Patienten-Gesprächs größtenteils, ob der jeweilige Arzt an einem sogenannten Communication skills training⁴ teilgenommen hatte oder nicht (Back et al., 2007). Auch in der Studie von Langewitz und Kollegen wurden Gespräche von Ärzten, die an einer Intervention zu Gesprächsführung teilgenommen hatten, besser bewertet, als Gespräche von ungeschulten Ärzten (Langewitz et al., 1998). Ärzten kommt es zu Gute, wenn sie

⁴ Von engl.: skills = die Fähigkeiten

gute Kommunikation und Selbstreflektion lernen, heißt es bei Moore (Moore et al., 2013). Sie fühlten sich nach einem Kommunikationstraining selbstbewusster und kompetenter in der Sache (Fallowfield, Jenkins, Farewell, et al., 2002). Ihre Gespräche würden nach dem Einüben von Kommunikationstechniken empathischer geführt (Bonvicini et al., 2009). Auch auf die Patienten wirkt sich das aus: Viele Patienten äußern sich zufriedener mit dem Ablauf des Gesprächs, wenn sie von Ärzten behandelt werden, die an einem Kommunikationstraining teilgenommen hatten (Delvaux et al., 2005).

Fallowfield und Kollegen sehen dabei vor allem zwei Schwerpunkte, die in Kommunikationstrainings gesetzt werden sollten: Zum einen müssten Ärzte lernen, wie man eine gute Arzt-Patienten-Beziehung gestaltet, zum anderen sei es von Bedeutung, den Umgang mit unterschiedlichen Patientenreaktionen zu üben (Fallowfield, 2000). Ärzte müssten in Breaking-Bad-News-Gesprächen nämlich auf starke Emotionen vorbereitet sein, wie zum Beispiel Trauer, Hoffnungslosigkeit, Ärger oder auch Galgenhumor (Baile et al., 2003). Außerdem, fügt Baile hinzu, müssten Ärzte in Kommunikationstrainings grundlegende Kommunikationstechniken erwerben und lernen, die dynamischen Beziehungsprozesse, die bei der Mitteilung von schlechten Nachrichten stattfinden, richtig zu deuten. Merckaert und ihre Forschergruppe betonen nach Durchsicht von Literatur zu dem Thema, dass für ein gelungenes Kommunikationstraining vor allem wichtig sei, dass es sich an der klinischen Praxis orientiere und dass es Lerner-zentriert und Fähigkeiten-fokussiert sei (Merckaert et al., 2005). Ein Review von Stiefel und Kollegen beschäftigt sich ebenfalls mit der idealen Konzeption von Kommunikationstrainings, hebt Schwerpunkte heraus und ordnet sie Kategorien zu, die für zukünftige Kommunikationstrainings berücksichtigt werden sollten: So müssten zunächst genaue Rahmenbedingungen festgelegt werden (zu erreichende Ziele, Länge von mindestens drei Tagen, Kleingruppentraining), ein didaktisches Konzept müsse entworfen werden (Teilnehmer-zentriert, Feedback-Einheiten und Rollenspiele), die organisatorischen Voraussetzungen müssten stimmen (geschulte und erfahrene Trainer) und auch die Ergebnisse des Trainings sollten entsprechend analysiert werden (Stiefel et al., 2010). Vorlesungen, an denen die Ärzte nur passiv teilnehmen, seien nicht mehr das richtige Mittel, um Kommunikation zu lernen und zu lehren; vielmehr würden Formate gebraucht, in denen Fertigkeiten aktiv geübt und

angewendet werden könnten (Davis et al., 1999). Der Einsatz von Schauspielpatienten könne außerdem sinnvoll sein, wenn Arzt-Patienten-Kommunikation geübt werden soll (Fallowfield, Jenkins, Farewell, et al., 2002).

2.4 Belastungsempfinden von Ärzten und Medizinstudenten beim Überbringen schlechter Nachrichten

2.4.1 Empfinden von Stress

Das Überbringen schlechter Nachrichten stellt für Ärzte – mit oder ohne Training – eine Herausforderung dar, die mit einem erhöhtem Stresserleben, sowohl bei dem Patienten als auch beim Arzt, dem Überbringer der schlechten Nachricht, einhergeht. Dabei kann Stress sowohl physiologischer als auch psychologischer Natur sein (Everly et al., 2002). Physiologischer Stress sei die Antwort des Organismus auf einen bestimmten Stressor. Beim psychischen Stress handele es sich um eine vorab erfolgte kognitive Bewertung der gefühlten Emotionen. Kognitiv werde also bewertet und damit letztlich entschieden, ob sich ein psychologischer Impuls zu psychischem Stress wandelt. Psychosoziales Stresserleben könne sich dabei auf imaginäre oder tatsächlich in der Wirklichkeit vorhandene Entwicklungen beziehen. Grundsätzlich schaffe der psychologisch empfundene Stress die Basis für die darauffolgende physiologische Reaktion. Stress werde auch immer durch äußere Einflüsse geleitet. So spielten die Persönlichkeit und die eigene Geschichte, aber auch eventuelle genetische Prädisposition und eigene Ressourcen beim Stresserleben eine Rolle (Everly et al., 2002; R. Lazarus et al., 1984).

In der Arzt-Patienten-Kommunikation ist das Überbringen schlechter Nachrichten eine spezielle Situation, die viele Ärzte als besonders unangenehm wahrnehmen. Das Überbringen schlechter Nachrichten sei grundsätzlich eine Aufgabe, die schon von Natur aus niemand gerne tue (Baile et al., 2003). Es sei eine Pflicht, die einen anstrengenden und manchmal undankbaren Teil des Jobs darstelle (Taylor, 1988). Mehrere Studien haben bewiesen, dass Ärzte und Medizinstudenten diese Aufgabe tatsächlich als stressig und schwierig erleben (Buckman, 1984; Dosanjh et al., 2001; Doyle et al., 1996; Espinosa et al., 1996; Fallowfield, 1993; Girgis et al., 1995; Hulsman et al., 2010; Maguire, 1998; Miranda et al., 1992; Orlander et al., 2002; Sarikaya et al., 2006; Shaw, 2013; Strauss et al., 1995). Dabei könnte schlechte

Kommunikationsfähigkeit eine der Ursachen für den wahrgenommenen Stress von Ärzten und Medizinstudenten sein, wenn sie schlechte Nachrichten überbringen müssen (D. Cohen et al., 2005). Andersherum würde von Ärzten und Medizinstudenten empfundener Stress sich negativ auf ihr Kommunikationsverhalten auswirken (Thomas et al., 2007). Ärzte würden als Überbringer schlechter Nachrichten wie die Patienten eben „auch leiden“ (eigene Übersetzung aus dem Engl., Anm. d. Autorin), betont Espinosa (Espinosa et al., 1996). Ptacek und Kollegen heben heraus, dass, neben dem verständlichen Stressempfinden des Patienten, auch der Arzt selbst, in annähernd hoher Intensität, Stress während einer solchen Konsultation empfindet (Ptacek et al., 1996). Während das ärztliche Stresserleben mitten im Gespräch mit dem Patienten seinen Höhepunkt hat, würden Patienten im Vergleich eher gegen Ende der Konsultation die größten Stressmomente durchleben (vgl. Abb. 1). Dass Stress empfunden wird – auf beiden Seiten – unterstreichen die Autoren. Ärzte würden den meisten Stress dann erleben, wenn sie die Reaktion des Patienten auf die schlechte Nachricht aushalten müssten, also mitten im Gespräch. Zusätzlich fand die Arbeitsgruppe jedoch heraus, dass der Stress zwar nach dem Gespräch abflache, allerdings auch noch nach der eigentlichen Konsultation mit dem Patienten, Stunden bis Tage anhalten könne (Ptacek et al., 2001).

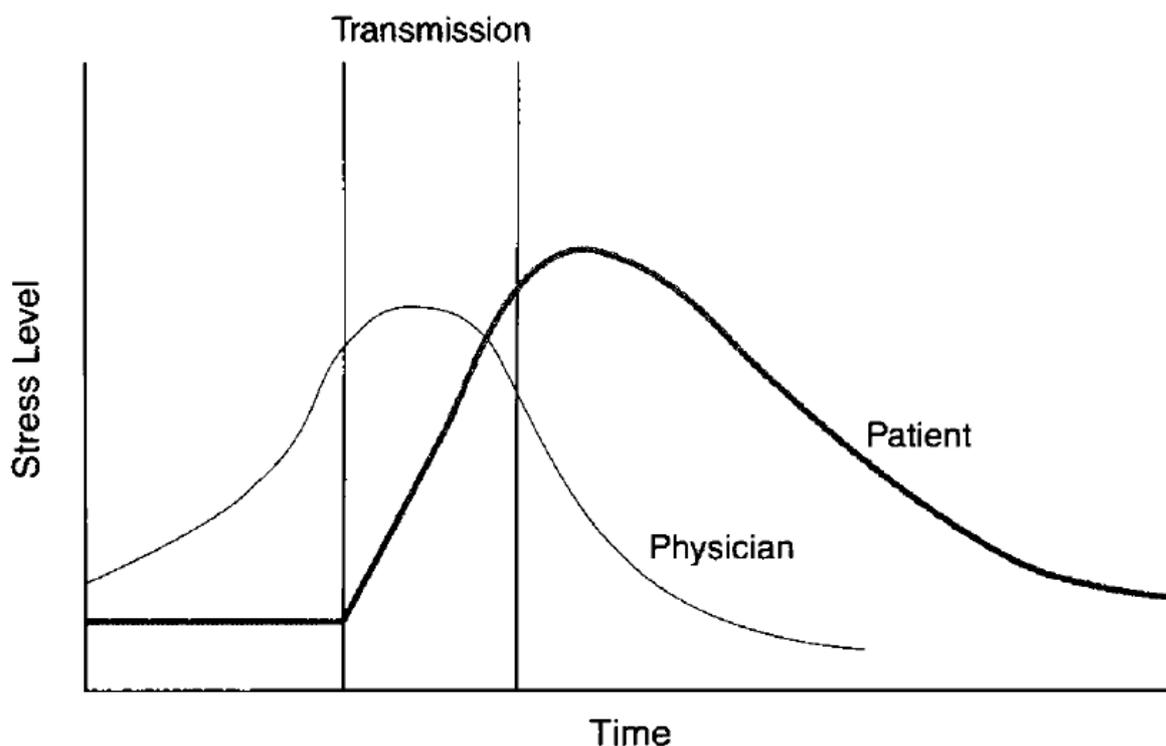


Abbildung 1: Stressmodell zum Überbringen schlechter Nachrichten nach Ptacek et al. (1996)

Die gleiche Arbeitsgruppe betont in einer weiteren Publikation im zeitlichen Verlauf, dass der mit dem Überbringen schlechter Nachrichten verbundene Stress unabhängig davon bestehen bleibe, ob der Überbringer der schlechten Nachricht bereits besonders viele Jahre Arbeitserfahrung mitbringe oder schon viele schlechte Nachrichten überbringen musste (Ptacek et al., 2009). Ärzte erlebten nämlich eher dann viel Stress, wenn sie sich der Bewältigung eines als stressig eingeschätzten Problems nicht gewachsen sähen (R. S. Lazarus, 1993) – und das kann auch noch nach Jahren der Fall sein, wenn dieses Problem nie wirklich bearbeitet wurde.

2.4.2 Schwierigkeiten und spezifische Stressoren

Was genau dabei von Ärzten und Medizinstudenten beim Überbringen schlechter Nachrichten als stressig erlebt wird, kann die Literatur bisher nur vage erklären. Ptacek und Kollegen versuchen in ihrer Studie Antworten auf diese Frage zu finden (Ptacek et al., 2009). Ärzte wurden schriftlich nach ihrem Belastungsempfinden während dem Überbringen schlechter Nachrichten gefragt. Daraus entstanden sind sechs Kategorien, die die genannten Schwierigkeiten und die als stressig erlebten Faktoren zu Untergruppen bündeln: Die Kategorien *Ärztliche Faktoren* (bspw. Identifikation mit dem Patienten, Überbringen schlechter Nachrichten unter Zeitdruck und aus fremden Fachgebiet) und *Patienten-Faktoren* (bspw. sehr junge Patienten oder besonders emotionale Patienten, Patienten oder Angehörige, die die schlechte Nachricht falsch interpretieren) fokussieren auf die beiden Hauptakteure beim Überbringen schlechter Nachrichten, den Arzt und den Patienten, und verdeutlichen mögliche Stressbereiche. Weitere Felder, in denen Stress erlebt wird, werden in die Kategorien *Institutionelle Faktoren* (bspw. Überbringen schlechter Nachrichten über das Telefon), *Erkrankungsbedingte Einflüsse* (bspw. schlechte Prognose, erkrankungsassoziierte hohe Komplikationsrate und wenig therapeutische Behandlungsoptionen) und *Zwischenmenschliche Beziehungen* (bspw. unbekannter Patient und/oder Angehörige, die Schuldigen suchen) eingeteilt. In der sechsten und letzten Kategorie sammeln die Forscher Aussagen unter dem Stichwort

Unglücklicher Verlauf (bspw. tragischer Unfalltod eines jungen Patienten, Tod mitverursacht durch späte Diagnosestellung oder durch medizinische Fehler). Diese Kategorie führte bei den teilnehmenden Ärzten zu dem größten Stressempfinden, die *Erkrankungsbedingten Einflüsse* wurden als am wenigsten, jedoch immer noch überdurchschnittlich, stressig empfunden. Bei der Aufgabe, schlechte Nachrichten überbringen zu müssen, kommen offenbar mehrere stressige Elemente zusammen. Das Erleben von Stress während eines solchen Gesprächs wird durch viele verschiedene Faktoren beeinflusst und kann in ganz unterschiedlichen Bereichen des Gesprächs registriert werden. Besonders schwierig und damit auch stressig sei das Überbringen schlechter Nachrichten, wenn der Übergang von einem kurativen Behandlungsansatz zu einem palliativen besprochen werden müsse (Baile et al., 2002) oder wenn die zu überbringende Nachricht für Arzt und Patienten vollkommen unerwartet komme (Baile et al., 2003). Auch Gespräche, in denen nach der Prognose für den weiteren Verlauf der Erkrankung oder nach Überlebenschancen gefragt werde, gehörten für Ärzte mit zu den am belastendsten Arzt-Patienten-Konsultationen überhaupt (Hagerty et al., 2005).

Weitere Autoren nähern sich dem Belastungsempfinden von Ärzten, die schlechte Nachrichten überbringen müssen, noch genauer: Zunächst müssten Ärzte beim Mitteilen schlechter Nachrichten darauf vorbereitet sein und lernen, mit starken eigenen Gefühlen umzugehen (Back et al., 2002). So würden Ärzte beispielsweise mit dem Gefühl konfrontiert, dass sie mit dem Patienten mitfühlten (Baile et al., 2003). Auch das Bedürfnis, den Patienten vor dem überbrachten Leid schützen zu wollen, oder das Gefühl von Hoffnungslosigkeit könnten den Überbringer der schlechten Nachricht in dieser speziellen Situation ereilen, fügt der Autor hinzu. All das könne Stressempfinden auslösen. Außerdem kann sich die Angst breit machen, vom Patienten selbst für die schlechte Nachricht verantwortlich gemacht zu werden (Fallowfield, 1993). Mit dieser spezifischen Angst der Schuldzuweisung und weiteren Ängsten, die während eines Breaking-Bad-News-Gesprächs auftreten, hatte sich auch schon Buckman in einer seiner wichtigen Studien Mitte der achtziger Jahre beschäftigt (Buckman, 1984): Die Angst also, für das Gesagte zur Verantwortung gezogen zu werden, sei im Empfinden von Ärzten zentral. Die Angst davor, im weitesten Sinne, als Überbringer der schlechten Nachrichten wie im Mittelalter geköpft zu werden, basiere auf dem häufigen Drang von Menschen und daher auch

Patienten, die in dem Moment vorhandene Institution, also den Arzt, für das Ungewollte zur Verantwortung zu ziehen. Die Angst vor dieser emotionalen Anklage durch den Patienten sei sogar so groß, dass häufig die Kommunikation mit dem Patienten reduziert oder gar ganz vermieden werde – das stresse nämlich weniger als sich mit dem Vorwurf des Patienten auseinander setzen zu müssen (Butow et al., 2002; Fallowfield et al., 1995). Die generelle Angst davor, starke negative Emotionen beim Patienten auszulösen, in dem ihm ein schlechter Verlauf oder eine schlechte Diagnose mitgeteilt werde, lasse die meisten Ärzte nach Ausweichmöglichkeiten suchen (Buckman, 1984). Solche emotionalen Reaktionen könnten beispielsweise Ärger, aber auch Schuld- und Schamgefühle sein, die der Patient verspüre und den Arzt damit konfrontiere (Faulkner, 1998). Die eigene verspürte Unfähigkeit des Arztes, bei solchen Patientenreaktionen die Dinge unter Kontrolle zu haben, verstoße gegen „eine der wichtigsten Regeln“ der Medizinwelt, erklärt Buckman weiter, nämlich die Folgen einer bestimmten Behandlung absehen zu können (Buckman, 1984). Ärzte seien schlicht damit überfordert, den befürchteten überwältigenden Gefühlen des Patienten auf den Grund zu gehen (Maguire, 1985). Infolge der Konfrontation mit der eigenen Unzulänglichkeit entwickelten viele Ärzte eben diese Angst vor zu starken Gefühlsausbrüchen des Patienten im Breaking-Bad-News-Gespräch (Buckman, 1984). Zudem fürchteten Ärzte, dass emotionale Patientenreaktionen zu ausufernden Gesprächen führen würden, die den ohnehin engen Zeitplan im Krankenhaus noch mehr strapazierten (Maguire, 1985). Unter dem empfundenen Zeitdruck würden Ärzte solche Gespräche zusätzlich als stressig empfinden, da sie ihnen nur selten genügend Raum einräumen könnten (Hulsman et al., 2010). Außerdem lasse sich Angst davor feststellen, nicht auf alle Fragen des Patienten Antworten parat zu haben (Buckman, 1984). Genauso wie die Tatsache, dass Ärzte Angst davor hätten, Situationen in der Praxis zu erleben, die ihnen im Studium weder beigebracht worden noch begegnet seien. Das „Unbekannte“ und „Ungelernte“ (eigene Übersetzung aus dem Engl., Anm. d. Autorin) mache Angst – ganz im Gegenteil zu trainierten Verhaltensweisen: Diese könnten besser eingeschätzt werden. Ebenso werde von Ärzten häufig Neutralität und kontrollierte Gelassenheit im Umgang mit stressigen Situationen erwartet. Panik und der Ausdruck von eigenen Emotionen werden in Notfallsituationen aus gutem Grund dem perfekten Funktionieren untergeordnet. Der drohende Verlust dieser Kompetenz, das Zeigen von eigenen Emotionen, werde jedoch von vielen Ärzten auch auf Situationen

übertragen, in denen gar nicht notfallmäßig gehandelt werden müsse, wie in der Breaking-Bad-News-Gesprächssituation. Diese äußerst neutrale Grundposition des Arztes räume empathischem Verhalten jedoch nur wenig Raum ein. Diese Angst könne einem gelungenen ärztlichen Kommunikationsstil schaden. Auch der eigene Tod als tabuisiertes Thema unserer Gesellschaft schaffe Ängste auf ärztlicher Seite, schließt Buckman. So direkt und regelmäßig wie ein Arzt, der seinem Patienten eine zum Tod führende Diagnose eröffnen muss, werden nur die wenigsten Arbeitnehmer anderer Berufe mit dem unausweichlichen eigenen Sterben konfrontiert. Die Angst von Ärzten vor Schuldzuweisung durch den Patienten und die Angst des Kontrollverlustes, zum Beispiel durch eine starke emotionale Reaktion des Patienten nach der Nachricht, konnten auch Otani und seine Mitarbeiter in ihrer Studie feststellen (Otani et al., 2011). Sie fügen hinzu, dass bei vielen Ärzten zudem die Angst bestehe, durch das Mitteilen der schlechten Nachricht die Hoffnung des Patienten für einen weiteren Behandlungsverlauf zu zerstören. Das Überbringen schlechter Nachrichten als eigenes Scheitern zu erleben, sei zudem ein häufiger Gedanke unter Ärzten (Espinosa et al., 1996; Fallowfield et al., 2004). Schlechte Nachrichten für seinen Patienten mitzubringen könne dem Arzt auch immer vor Augen führen, dass es ihm nicht gelungen sei, gute dabeizuhaben. Dieses Empfinden könne Ärzte stressen, gibt Buckman zu Bedenken (Buckman, 1984). Ärzte erhielten außerdem zu wenig professionelle und emotionale Unterstützung, wenn sie schlechte Nachrichten überbringen müssen (Dosanjh et al., 2001). Dieser Punkt trägt ebenfalls zur Beantwortung der Frage bei, warum Ärzte das Mitteilen schlechter Botschaften noch immer als so schwierig und stressvoll erleben.

2.4.3 Physiologische Stressreaktion

In den vergangenen Jahren haben sich zunehmend Forschungsgruppen mit der Frage beschäftigt, welche physiologischen Auswirkungen der psychisch empfundene Stress von Ärzten und Medizinstudenten während des Überbringens schlechter Nachrichten hat. Davon ausgehend, dass eine physiologische Stressreaktion durch vorab entstandenen psychologischen Stress entsteht (vgl. Kap. 2.4.1), sind vielfältige Forschungsdesigns entwickelt worden, um das ärztliche Stressempfinden anhand von physiologischen Messparametern zu objektivieren. Dabei konzentrierten sich die Forscher auf ganz unterschiedliche Organsysteme, die auf Stress reagieren: Eines

dieser Organsysteme ist das Herz-Kreislauf-System mit seinen messbaren Parametern wie der Herzfrequenz der Teilnehmer, der Auswurfleistung des Herzens und der Blutdruckwerte. In mehreren Studien zeigte sich ein deutlicher Anstieg der Herzfrequenz von Ärzten und Medizinstudenten, sowohl vor als auch während der Breaking-Bad-News-Konsultation, zum Beispiel im Vergleich mit einem normalen Anamnesegespräch (R. Brown et al., 2009; L. Cohen et al., 2003; Hulsman et al., 2010; Shaw, 2013). Auch schon in der Erwartung, gleich einem Patienten eine schlechte Nachricht überbringen zu müssen, konnten signifikante Herzfrequenzerhöhungen bei Medizinstudenten festgestellt werden; nach der simulierten Konsultation fielen die Frequenzraten wieder (van Dulmen et al., 2007). Hulsman und seine Arbeitsgruppe untersuchten zusätzlich zu der abgeleiteten Frequenz auch die Auswurfleistung der Herzen der Studienteilnehmer – also die Blutmenge in Litern, die pro Minute aus dem Herzen in den arteriellen Blutkreislauf gepumpt wird – und konnte auch hier eine Zunahme feststellen (Hulsman et al., 2010). Ganz ähnliche Ergebnisse lieferte die Analyse von Blutdruckwerten als Parameter, der unter Stressbedingungen physiologisch ansteigt: Im Gegensatz zum leisen Lesen in Ruhe konnte ein deutlicher Anstieg der Blutdruckwerte beim Überbringen sowohl guter als auch schlechter Nachrichten nachgewiesen werden. Weiterhin zeigte sich, dass die Blutdruckwerte der teilnehmenden Medizinstudenten beim Überbringen schlechter Nachrichten noch höher stiegen, als bei guten Nachrichten (L. Cohen et al., 2003). Genauso wie bei der Herzfrequenz konnten van Dulmen und ihre Arbeitsgruppe in ihrer Studie ebenfalls zeigen, dass auch der Blutdruck ansteigt, wenn von Medizinstudenten erwartet wird, dass gleich schlechte Nachrichten überbracht werden müssen. Nach dem Gespräch konnten wiederum fallende Werte gemessen werden (van Dulmen et al., 2007).

Durch in die Studiendesigns integrierte Speichelproben und Blutabnahmen konnten die Forscher den Hormonhaushalt der Probanden und Blutbestandteile – weitere Organsysteme, die auf Stress reagieren – untersuchen. Cortisol, umgangssprachlich auch als „Stresshormon“ bezeichnet, ist ein Glukokortikoid, das von der Nebennierenrinde des Körpers ausgeschüttet wird und den Blutzuckerspiegel, zum Beispiel in Stressmomenten, erhöhen kann (Marischler, 2013). So wird der Körper mit der gebrauchten zusätzlichen Energie versorgt. Beim Überbringen schlechter Nachrichten konnten erhöhte Werte des Cortisols im Speichel signifikant gemessen

werden. Auch noch nach den Gesprächen, blieb der Cortisolspiegel der Überbringer der Nachricht konstant erhöht (van Dulmen et al., 2007). Cohen und seine Arbeitsgruppe untersuchten das Blut ihrer Probanden auf einen Anstieg der natürlichen Killerzellen, die als Teil des Immunsystems ebenfalls auf Stressreize reagieren: Auch hier konnte ein signifikanter Anstieg beim Überbringen schlechter Nachrichten im Vergleich zu einer Ruheaktivität registriert werden (L. Cohen et al., 2003). Im Rahmen einer Aktivierung des vegetativen Nervensystems des menschlichen Körpers kann es zudem bei Stress zu einer vermehrten Produktion von Schweiß auf der Haut kommen – die sogenannte Hautleitfähigkeit steigt. Die australische Forschergruppe um Shaw konnte in ihrer Studie feststellen, dass das Überbringen schlechter Nachrichten eine erhöhte Hautleitfähigkeit verursacht. Damit konnte ein erhöhtes Stressempfinden bei dieser Aufgabe bewiesen werden (Shaw, 2013). Jones hatte auch schon 1993 herausgefunden, dass die Behandlung und Pflege von sterbenden Patienten, und dazu gehört eben auch das Überbringen schlechter Nachrichten, zu Gewichtsabnahmen und Schlafstörungen bei den professionellen Helfern führt (Jones et al., 1993). Der Stoffwechsel und Schlaf-Wach-Rhythmus des menschlichen Körpers werden damit von dieser Herausforderung ebenfalls beeinflusst.

Alle untersuchten Parameter bestätigen die Vermutung, dass während dem Überbringen schlechter Nachrichten von Ärzten und Medizinstudenten deutlich messbarer Stress empfunden wird. Die Parameter weisen nach, dass der Körper sich nicht nur psychisch, sondern auch mit einer Aktivierung seiner verschiedenen Organsysteme physiologisch auf eine Stresssituation einstellt. Die Untersuchungen unterstreichen gemeinsam mit den Ergebnissen der psychologischen Testverfahren (vgl. Kap. 2.4.1 und 2.4.2), das persönliche Arousal von Ärzten und Medizinstudenten bei dieser verpflichtenden Aufgabe im klinischen Alltag.

2.4.4 Assoziation zu Erschöpfungssyndromen wie „Burnout“

In der aktuellen Diskussion über Erkrankungen durch angespannte Arbeitsverhältnisse, Zeit- und Kostendruck in den Gesundheitsberufen, darf die Diskussion über das sogenannte Burnout-Syndrom nicht vergessen werden. Dabei wird „Burnout“ als ein durch die Arbeit entstandener Erschöpfungszustand definiert, der, zum Beispiel in den Gesundheitsberufen häufig vorkommend, mit

Depersonalisation und Zynismus sowie mit Distanzierung von der Arbeit und verminderter Selbsteinschätzung einhergehen kann (Bauer et al., 2003). In der vorliegenden Arbeit soll dieses spannende Thema jedoch nur kurz angeschnitten werden, um die für die Arzt-Patienten-Kommunikation und das Überbringen schlechter Nachrichten wichtigsten Aspekte herauszustellen.

Unter Ärzten ist das Burnout-Syndrom weit verbreitet: Man geht davon aus, dass mindestens ein Fünftel aller Ärzte unter dem Vollbild dieser Symptomenkette leiden (Bergner, 2004). Eine brasilianische Studie fand sogar eine Rate von 78% der in die Studie eingeschlossenen Assistenzärzte, die unter dem Burnout-Syndrom litten (Lima et al., 2007). Besonders schwerwiegend stellten sich bei diesem Symptomkomplex vor allem eine hohe Arbeitsbelastung im Krankenhaus, Stress am Arbeitsplatz, der dort stetig vorhandene Zeitdruck und Konflikte, die sich aus einem Missverhältnis von Arbeit und Privatleben ergäben, dar (Buddeberg-Fischer et al., 2005; Sargent et al., 2004). Cohen hat nachgewiesen, dass ein Teil dieses empfundenen Stresses am Arbeitsplatz auch durch schlechte Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung entstehen kann (vgl. Kap. 2.4.1). Es könne sogar durch mangelnde Kommunikation zu vermehrter Drogenabhängigkeit, Angst- und Suizidraten und dem gehäuften Auftreten von Depressionen unter Ärzten kommen (D. Cohen et al., 2005). Depressionen stellen häufig die Enderkrankungen des vorangehenden Burnout-Syndroms dar (Fritzsche et al., 2016). Schlechte Kommunikationsfähigkeiten beim Überbringen schlechter Nachrichten hätten wahrscheinlich ebenfalls eine erhöhte Burnout-Rate unter Ärzten zu Folge und führten langfristig zu verstärkter Unzufriedenheit (Ramirez et al., 1996). Kommunikation und Burnout unter Ärzten scheinen also in Teilen miteinander verflochten zu sein.

Im Gegenzug können allerdings trainierte und gute Kommunikationsfähigkeiten eine positive Wirkung auf den ärztlichen Gesundheitszustand haben. Sie wirken protektiv und Burnout-Syndrome können sich dadurch weniger etablieren, schreibt Ramirez (Ramirez et al., 1996). Eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung, die durch gezieltes Training leichter entwickelt werden könne, könne als Puffer bei schwierigen Breaking-Bad-News-Konsultationen dienen. Hohen Burnout-Erkrankungsraten könne somit eventuell Einhalt geboten werden (Armstrong et al., 2004). Nachgewiesen haben zum Beispiel schon West und Kollegen, dass die Depersonalisation von

Ärzten, die an speziell ausgerichteten Kommunikationstrainings teilgenommen hatten, nach dem Training reduziert werden konnte (West et al., 2014). Ein Hinweis darauf, dass eine verbesserte Kommunikation womöglich Burnout-Erkrankungen vorbeugen kann.

2.4.5 Wie bewältigen Ärzte und Studenten die Aufgabe?

Die vorherigen Kapitel haben gezeigt, dass das Überbringen schlechter Nachrichten für Ärzte und Medizinstudenten stressvoll, schwierig und belastend sein kann. Die allermeisten Ärzte werden in ihrem Berufsleben jedoch mit dieser Aufgabe konfrontiert (Dias et al., 2003; Miranda et al., 1992), sie gehört verpflichtend zu Ihrer Tätigkeit als Arzt (vgl. Kap. 2.2.2). Wie aber bewältigen die Überbringer der schlechten Nachrichten diese Aufgabe, der sie nicht ausweichen können? Diese Frage wird in der aktuellen Forschung bisher nur unzureichend beantwortet. Einige Ansätze finden sich jedoch in der einschlägigen Literatur und sollen hier vorgestellt werden.

Gerade weil der Stress häufig auch noch über das eigentliche Breaking-Bad-News-Gespräch hinaus anhält, hatten Ptacek und Kollegen schon 1999 gefordert, dass Ärzte Bewältigungsstrategien entwickeln müssten, die ihnen bei dieser Aufgabe helfen (Ptacek et al., 1999). Bisher kann häufig beobachtet werden, dass Ärzte sich von schwierigen Gesprächssituationen emotional distanzieren – so könnten sie sich vor den aufwühlenden Inhalten schützen und sicher stellen, dass sie das Ganze emotional unbeschadet überstünden (Maguire, 1985). Sie ließen ihre eigenen Gefühle nicht zu, weil sonst drohe, dass sie sich emotional mit der schlechten Nachricht auseinandersetzen müssten (Miranda et al., 1992). Die Angst davor, in eine Situation verwickelt zu werden, die sie selbst emotional nicht bewältigen könnten, halte Ärzte davon ab, psychologischen Problemen ihrer Patienten auf den Grund zu gehen (Maguire, 1985). Viel häufiger würden Ärzte die Strategie „Hit-and-Run“⁵ wählen: die schlechte Nachricht schnell und direkt dem Patienten ins Gesicht sagen, um dann das Gespräch möglichst rasch zu beenden, den Raum zu verlassen und so auch eine tatsächliche örtliche Distanz zwischen sich und dem Patienten zu schaffen (Helft et al., 2007). Ob diese Strategie allerdings Aussicht auf Erfolg hat, kann bezweifelt werden: Ärzten falle es sehr schwer, sich emotional von solchen

⁵ Von engl.: to hit = zuschlagen, to run = weglaufen

Nachrichten, gerade wenn es dabei um Tod und Sterben gehe, zu distanzieren (Chisholm et al., 1997).

Otani und seine Forschungsgruppen heben deshalb verschiedene Möglichkeiten heraus, wie Bewältigung gelingen könne: durch verbessertes Training von Ärzten und Medizinstudenten könnten diese bei ihrem Bewältigungsprozess unterstützt werden (Otani et al., 2011). Gleichzeitig hätte eine Reduktion der Arbeitsmenge zur Folge, dass Ärzte sich mehr Zeit für schwierige Gespräche nehmen könnten – der zeitliche Druck würde genommen, Gespräche könnten sich besser entfalten. Eine zusätzliche verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit könne belasteten Ärzten ebenso bei der Bewältigung helfen (Otani et al., 2011). Welche weiteren Bewältigungsstrategien Ärzte neben der eigenen emotionalen Distanzierung noch wählen, bleibt jedoch offen.

3 Fragestellungen

Wie im vorherigen Kapitel 2 dargestellt, bleibt das ärztliche und studentische Belastungserleben bislang weitgehend unberücksichtigt. Diese Studie fragt Ärzte und Studenten daher gezielt nach ihrer Einstellung, ihrer emotionalen Einbindung und nach Bewältigungsstrategien, um den Prozess des Überbringens schlechter Nachrichten im klinischen Alltag besser zu verstehen. In der bisherigen Forschung untersuchen erst wenige Studien den ärztlichen und studentischen Umgang mit der Aufgabe, schlechte Nachrichten überbringen zu müssen. Ein hypothesenprüfender Ansatz schloss sich für diese Arbeit daher aus. Vielmehr zielen die unten genannten Fragestellungen darauf ab, in diesem noch wenig erforschten Teilgebiet hypothesengenerierende Antworten zu finden.

Zur Analyse des ärztlichen und studentischen Umgangs mit der Aufgabe, schlechte Nachrichten überbringen zu müssen, wurden in dieser Arbeit drei Fragestellungen (Fragestellung 1-3) und eine untergeordnete Nebenfragestellung formuliert.

Fragestellungen:

- 1) Mit welcher **Einstellung** überbringen Ärzte und Studenten schlechte Nachrichten?

- 2) Welche **emotionale Beteiligung und Belastung** erfahren Ärzte und Studenten, wenn sie schlechte Nachrichten überbringen müssen?

- 3) Wie **bewältigen** Ärzte und Studenten die Aufgabe, schlechte Nachrichten überbringen zu müssen und welche Unterstützung wäre hilfreich?

Nebenfragestellung:

Worin **unterscheiden** sich Ärzte und Studenten hinsichtlich ihrer Einstellung, ihrer emotionalen Beteiligung und ihrer Bewältigung beim Überbringen schlechter Nachrichten?

4 Material und Methoden

4.1 Methodischer Ansatz

Die vorliegende Studie wurde im Rahmen der medizinischen Ausbildungsforschung geplant und als qualitatives Forschungsprojekt entwickelt. Qualitative Forschungsmethoden werden in der Medizin bislang erst wenig eingesetzt und finden sich vor allem in den klassischen Sozialwissenschaften. Neben der wichtigen naturwissenschaftlich-fachlichen Seite existiert im Beruf des Arztes, durch den täglichen Kontakt und im Gespräch mit Patienten, auch eine soziale Komponente. Umso wichtiger erschien es, dieser sozialen Komponente mit erprobten Methoden aus dem Bereich der Sozialwissenschaft nachzugehen.

Qualitative Sozialforschung sei dabei bewusst subjektiv ausgerichtet (Lamnek et al., 2010). Nach Flick, von Kardorff und Steinke sind „Forschungsstrategien gefragt (...), die dabei die Sichtweisen der beteiligten Subjekte, die subjektiven und sozialen Konstruktionen ihrer Welt berücksichtigen“ (Flick et al., 2000). Für die auf subjektive Ansichten, Einstellungen und Individualität der Probanden abzielende Fragestellung dieser Dissertation, schien diese Art der Forschung daher besonders geeignet.

4.2 Forschungsdesign

Mit der relativ kleinen Stichprobe und einer am Einzelfall ausgerichteten Untersuchung handelte es sich bei der vorliegenden Studie um eine Fallanalyse (Mayring, 2010). Die zu analysierenden Daten wurden in qualitativen Einzelinterviews erhoben. Hierfür wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden erstellt. Bei dieser Form des Interviews wird mithilfe „relativ stark festgelegter (Fragevorgaben)“ (Hopf, 2012) darauf geachtet, dass sich die Inhalte des Interviews an der Richtung der Fragestellung orientieren. Die halbstrukturierte Ordnung bot gleichzeitig die Möglichkeit, von den Befragten hinzugefügte Aspekte mit in das Interview zu integrieren und das Gespräch durch diese Inhalte zu ergänzen.

Innerhalb des semistrukturierten Interviews wurde die Methode des Stimulated Recall⁶ angewandt (Bloom, 1953). Dabei sollten bei den Probanden durch einen

⁶ Von engl.: to stimulate = fördern, stimulieren, anregen, recall = die Erinnerung

Stimulus Erinnerungen an bereits geführte Breaking-Bad-News-Gespräche geweckt werden (vgl. Kap. 4.4.2). Zur Datenanalyse wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt (vgl. Kap. 4.5.1). Im Mittelpunkt dieser Forschungsmethode steht ein Kategoriensystem, das bei der Arbeit am Textmaterial entsteht (Mayring, 2010). Die Erkenntnisse wurden nachfolgend im Kontext der Fragestellung interpretiert.

4.3 Probandenkollektiv

Das Probandenkollektiv setzte sich aus Ärzten und Medizinstudenten zusammen. In zwei verschiedenen Gruppen wurden je sechs Ärzte ($N_{\text{Arzt}} = 6$) und je sechs Medizinstudenten ($N_{\text{Student}} = 6$) zusammengefasst, so dass die Studie insgesamt zwölf befragte Personen ($N_{\text{Gesamt}} = 12$) einschloss. Dabei unterschieden sich die Gruppe der befragten Studenten und die Gruppe der Ärzte hinsichtlich ihres Ausbildungsstandes und ihres Alters. Das Durchschnittsalter der Gruppe der Studenten lag dabei, dem üblichen Ausbildungsweg entsprechend, unter dem durchschnittlichen Alter der Ärzte (vgl. Tab. 1).

Alter	Minimum	Maximum	Durchschnitt
Studenten	22	30	24,5
Ärzte	31	42	35,8

Tabelle 1: Alter der Probanden

4.3.1 Stichprobe Studenten

Die Gruppe der Studenten wurde aus Medizinstudenten im dritten klinischen Studienjahr der Technischen Universität München gebildet. Es handelte sich bei allen Befragten in dieser Stichprobe um Absolventen des Querschnittsbereich Palliativmedizin, der seit 2009 als verpflichtender Teil der ärztlichen Ausbildung in Deutschland in der Approbationsordnung für Ärzte (Bundesministerium für Gesundheit, 2002a) festgelegt ist. Im Querschnittsfach Palliativmedizin ist der Praktikumstag Palliativmedizin, mit der Unterrichtseinheit „Schlechte Nachrichten“ als verpflichtende Veranstaltung im dritten klinischen Studienjahr des Medizinstudiums, im Lehrcurriculum der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München

(TUM) verankert. In einem fünfstündigen Seminar werden den Studenten durch onkologisch tätige Ärzte kommunikative Kompetenzen zum Überbringen schlechter Nachrichten nähergebracht. Speziell geschulte Schauspieler stellen standardisierte Patienten dar, um dem studentischen Erlernen von Arzt-Patienten-Gesprächen mit schlechtem Inhalt Raum zu geben. Dieser Einsatz von Simulationspatienten ermöglicht einen realistischen Bezug zur ärztlichen Tätigkeit. Der Praktikumstag Palliativmedizin stellt damit einen Teil des Longitudinalkurses „Ärztliche Gesprächsführung“ dar (vgl. Abb. 2), der sich durch alle drei klinischen Studienjahre zieht.

Im Student-Simulationspatient-Gespräch konnten alle studentischen Studienteilnehmer das Überbringen von schlechten Nachrichten für den Einsatz im späteren Berufsalltag üben. Im Anschluss an den Praktikumstag wurde mit jedem gefundenen Teilnehmer ein Arzt-Schauspielpatienten-Gespräch auf Videodatei aufgenommen, in dem eine schlechte Nachricht überbracht werden musste.

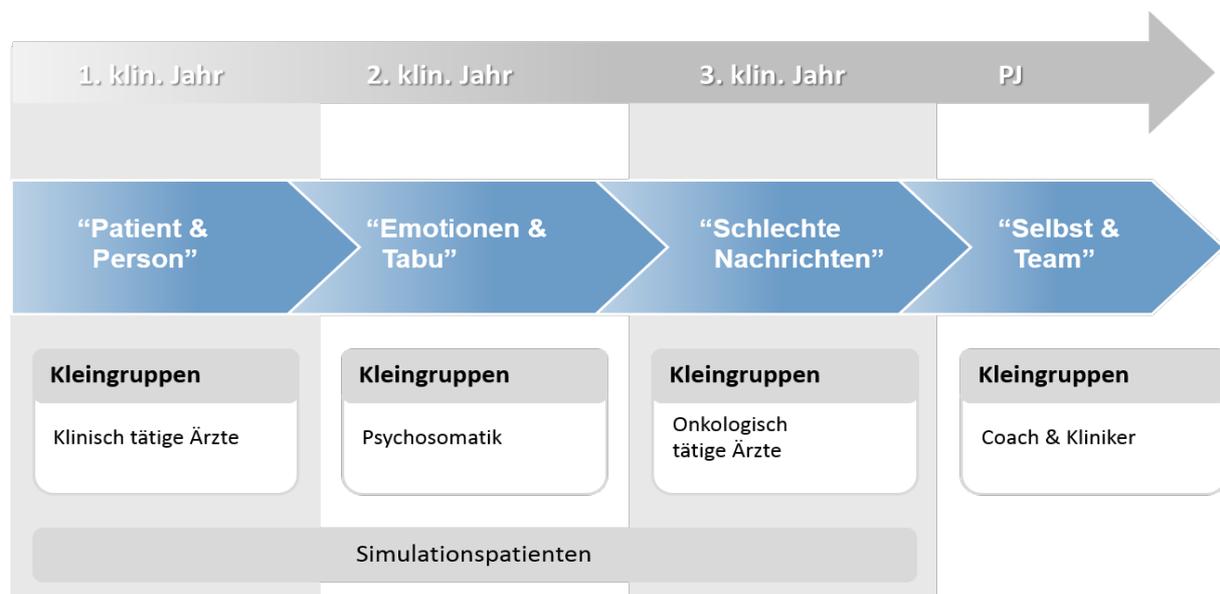


Abbildung 2: Kurs „Ärztliche Gesprächsführung“, Fakultät für Medizin TUM

Für die Gruppe der Studenten ergaben sich daher folgende Einschlusskriterien:

- Studenten des dritten klinischen Studienjahrs an der TUM
- Absolventen des Praktikumstags Palliativmedizin mit Ausbildungsschwerpunkt Arzt-Patienten-Kommunikation

- Übung eines BBN⁷-Schauspielpatienten-Gesprächs

Die studentischen Studienteilnehmer wurden direkt nach ihrer Teilnahme am Praktikumstag Palliativmedizin rekrutiert. Dabei fragte die Interviewerin im Anschluss an das Seminar, ob sie an einer Mitwirkung an der vorliegenden Studie interessiert seien. Aus drei verschiedenen Seminargruppen konnten insgesamt sechs Studenten für die Teilnahme gewonnen werden. Es wurde darauf geachtet, eine ausgeglichene Geschlechterverteilung zu erreichen (vgl. Tab. 2).

Merkmal	Art	Anzahl
Geschlecht	weiblich	3
	männlich	3
Ausbildungsstand	vorklinischer Studienabschnitt	0
	klinischer Studienabschnitt	6

Tabelle 2: Soziodemografische Daten der Studenten

4.3.2 Stichprobe Ärzte

Die Gruppe der Ärzte setzte sich aus sechs Ärzten zusammen, die zur Zeit der Datenerhebung ihre ärztliche Tätigkeit im Raum München ausübten. Von den Studienteilnehmern arbeiteten jeweils drei als Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung (Fachärzte) und drei Studienteilnehmer als Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt (Assistenzärzte). Unter den Fachärzten fanden sich zwei Männer und eine Frau, die Untergruppe der Assistenzärzte bestand aus zwei Frauen und einem Mann. Damit handelte es sich um insgesamt drei männliche und drei weibliche Probanden. Unter den sechs onkologisch tätigen Ärzten fanden sich eine Fachärztin für Neurologie, ein Facharzt für Neurochirurgie und ein Facharzt mit Spezialisierung für Innere Medizin. In der Untergruppe der Assistenzärzte waren alle drei Probanden in Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin tätig (vgl. Tab. 3).

⁷ BBN = Abkürzung für „Breaking Bad News“, vgl. Kap. 1

Alle Studienteilnehmer hatten im Vorfeld im Rahmen der Weiterbildung zur psychosomatischen Grundversorgung an einem Kommunikationsworkshop teilgenommen, in dem das Erlernen von kommunikativen Techniken und deren Transfer in den klinischen Alltag von Ärzten im Mittelpunkt steht (Niglio de Figueiredo et al., 2015). Für die vorliegende Studie sollten onkologisch tätige Ärzte gefunden werden, die im Rahmen der Kommunikationsworkshop-Studie mindestens ein Arzt-Patienten-Gespräch geführt hatten, das eine schlechte Nachricht zum Inhalt hatte. Mit dieser Fokussierung auf ein Breaking-Bad-News-Gespräch wurde der Bezug zum Studienthema hergestellt.

Für die Gruppe der Ärzte ergaben sich folgende Einschlusskriterien:

- Fach- oder Assistenzärzte im onkologischen Tätigkeitsbereich
- Absolventen eines Kommunikationstrainings mit Ausbildungsschwerpunkt Arzt-Patienten-Kommunikation
- Durchgeführtes BBN-Patienten-Gespräch im Rahmen des Workshops

Die onkologisch tätigen Teilnehmer des Kommunikationsworkshops stellten, indem sie bereits die ersten beiden Einschlusskriterien abdeckten, potenzielle Studienteilnehmer für die vorliegende Studie dar. Diese Gruppe der Ärzte wurde im Hinblick auf das dritte festgelegte Einschlusskriterium „Durchgeführtes BBN-Patienten-Gespräch im Rahmen des Workshops“ gefiltert. Dabei wurden alle Arzt-Patienten-Gespräche, die von den onkologisch tätigen Teilnehmern im Rahmen des Kommunikationsworkshops zu Analysezwecken auf Video aufgenommen worden waren, sorgfältig nach dem Auftreten von schlechten Nachrichten durchsucht. Bei der daraus entstandenen Teilnehmerauswahl wurde auf eine ausgeglichene Geschlechterverteilung geachtet. Passende Teilnehmer wurden schließlich per Email-Nachricht oder per Telefon kontaktiert. Alle angerufenen sechs Ärzte stimmten zu, an dem Projekt teilzunehmen.

Merkmal	Art	Anzahl
Geschlecht	weiblich	3
	männlich	3

Ausbildungsstand	Assistenzarzt	3
	Facharzt	3

Tabelle 3: Soziodemografische Daten der Ärzte

4.4 Datenerhebung

4.4.1 Das Leitfadeninterview

Die Daten der vorliegenden Studie wurden in semistrukturierten Interviews erhoben. Diese Form der Interviewführung beschreibt die Literatur zu qualitativer Forschung auch als teilstandardisiert oder als Leitfadeninterview (Hopf, 1995). Dabei „können sie (die Interviews, Anm. d. Autorin) (...) den Befragenden weitgehende Freiheiten in der Gestaltung der Frageformulierungen, der Frageabfolge oder Streichung von Fragen konzederen“ und zeichnen sich im Gegensatz zu standardisierten Interviews dadurch aus, „daß es im Interview keine Antwortvorgaben gibt und daß die Befragten ihre Ansichten und Erfahrungen frei artikulieren können“ (Hopf, 1995).

Nach eingehender Literaturrecherche erstellten die Forscher dieser Studie einen Interviewleitfaden. Durch die Zusammenarbeit mit mehreren wissenschaftlichen Experten des Klinikums rechts der Isar München aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, aus dem Palliativmedizinischen Konsiliardienst und aus dem TUM Medical Education Center wurde eine hohe fachliche Qualität und ein anspruchsvoller wissenschaftlicher Bezug des Leitfadens sichergestellt.

Mit Fokussierung auf das Studienthema entstand ein Leitfaden, der den Umgang von Ärzten und Medizinstudenten mit der Aufgabe, schlechte Nachrichten zu überbringen, thematisiert. Dabei standen folgende Aspekte, die sich eng an den Fragestellungen dieser Studie (vgl. Kap. 3) orientierten, im Vordergrund:

- Haltung
- Ziele
- Schwierigkeiten
- Emotionen
- Bewältigungsstrategien
- Unterstützungsmaßnahmen

Der Leitfaden umfasste in seiner endgültigen Version fünfzehn offene Fragen, wobei die ersten beiden Fragen und die abschließende Frage Raum für persönliche Daten der Befragten und eigene Fragen oder Anregungen nach dem Interview gaben (vgl. Anhang, Kap.11.1 u. 11.2).

Zur Vorbereitung für die spätere Interviewdurchführung wurde die vorhandene Literatur sorgfältig studiert und darauf Wert gelegt, „Wissen über Regeln der Verständigung und die strategische Handhabung dieser Regeln“ im Kontext der professionellen Interviewführung zu erlangen (Maindok, 2003). Sowohl zum Testen der Interviewführung als auch vor allem zur Erprobung des Leitfadens in der Praxis führte die Interviewerin ein Pilotinterview mit einer Medizinstudentin im dritten klinischen Studienjahr durch, die nicht an der Studie teilnahm. So konnte die Validität des Leitfadens überprüft und dieser angepasst werden (Broom, 2005).

Der halbstandardisierte Interviewleitfaden wurde durch die Methode des Stimulated Recall ergänzt (Bloom, 1953): Nach der sechsten Frage und dem Abschluss des ersten Teils des Interviews wurde die unten beschriebene Methode angewendet. Danach schloss sich ein zweiter regulär durchgeführter Interviewteil an.

4.4.2 Die Methode des Stimulated Recall⁸

4.4.2.1 Die Methode

Die Methode des Stimulated Recall ist eine in der klassischen pädagogischen Ausbildungsforschung erprobte Technik zur Erforschung von Denkstrukturen. Sie

⁸ Von engl.: to stimulate = fördern, stimulieren, anregen, recall = die Erinnerung

dient der Erfassung von gedanklichen Vorgängen während einer erlernten Handlung (Calderhead, 1981) oder eines erlebten Vorgangs (Gass et al., 2000). Dabei sollen Emotionen oder Kognitionen der zu untersuchenden Teilnehmer gezielt durch einen Stimulus erinnert werden. Auf diese Weise sollen tiefere Einblicke in gedankliche und emotionale Prozesse während eines zu erforschenden Verhaltens oder einer Handlung gewonnen werden (Bloom, 1953).

Die zu untersuchenden Handlungen eines Probanden werden per Audio- oder Videodateien aufgenommen. Mit dem Ziel, Aussagen über bereits Erlebtes während der gefilmten Sequenz zu stimulieren, werden in einer zweiten Sitzung dem Probanden Ausschnitte aus der aufgenommenen Datei vorgespielt (Lyle, 2003).

Der Teilnehmer wird während des Stimulated Recall aufgefordert, Gedanken und Gefühle laut auszusprechen. Dabei ist von Bedeutung, dass der Befragte nur jene Gefühle und Gedanken äußert, die sich auch wirklich während der aufgenommenen Szene in seinem Bewusstsein abgespielt haben. Eventuell nachträglich hinzugefügte, aber in der ursprünglichen Szene nicht vorhandene Prozesse, oder vermutete emotionale oder gedankliche Vorgänge sind für die Forschenden bei dieser Untersuchungsmethode nicht von Interesse.

Anhand der wiedererlebten Szenen ist es dem Probanden möglich, eigene Gedanken und Gefühle aus der Retrospektive genau zu formulieren; solange „alle relevanten Ideen, die die vorgespielte Szene beeinflussen, für den Probanden verfügbar sind“ (eigene Übersetzung aus dem Engl., Anm. d. Autorin) (Calderhead, 1981).

4.4.2.2 Bisheriger Einsatz in der medizinischen Ausbildungsforschung

Die ursprünglich zur Analyse von Lehrmethoden in der klassischen Pädagogik entwickelte Methode kommt heute zunehmend in der medizinischen Ausbildungsforschung zum Einsatz. Lyle gesteht der Technik sowohl beachtliches Potenzial für die Forschung, als auch für Trainingsprogramme zu. Die stimulierten Erinnerungen sorgten für einen naturalistischen, also wirklichkeitsnahen, Einblick in kognitive Vorgänge zu einem spezifischen Thema (Lyle, 2003). Paskins hebt zudem den Nutzen von Stimulated Recall für die Analyse spezifischer Arzt-Patienten-Gespräche hervor: So konnten neuartige, aber für als selbstverständlich gehaltene

Verhaltensweisen und Aspekte in solchen Gesprächen identifiziert werden, die in anderen Studien zum gleichen Thema unberücksichtigt blieben, übersehen oder vergessen wurden (Paskins et al., 2014). Damit wird der Methode eine nutzbringende Funktion für die medizinische Ausbildungsforschung eingeräumt. Die Anwendung erfolgt dabei in ganz unterschiedlichen Bereichen medizinischer Ausbildung. Stimulated Recall wurde bisher sowohl in der ärztlichen Ausbildungsforschung, als auch in der Ausbildungsforschung für Pflegekräfte eingesetzt (Daly, 2001) und ist nicht an einzelne Fachgebiete gebunden, sondern hat sich in verschiedenen Disziplinen bewährt. Carayon et al. nutzen Stimulated Recall Interviews bei der Untersuchung von Arbeitsprozessen in der Pädiatrie (Carayon et al., 2014). Hunter et al. interviewen mit Hilfe der Methode Probanden in einer allgemeinmedizinischen Studie zu Patientenverhalten (Hunter et al., 2014). In den unterschiedlichen Forschungsbereichen der Medizindidaktik finden sich Studien zur Analyse von Interprofessionalität zwischen den medizinischen Fachberufen (Muller-Juge et al., 2014) oder zur Untersuchung von Entscheidungsprozessen (Coleman et al., 2000). Wichtige Einsatzgebiete stellen sowohl die Arzt-Patienten-Beziehung (Cegala et al., 1995) als auch die Kommunikationskompetenzen von Ärzten dar (Epstein et al., 1998). In der Erforschung ärztlicher Gesprächsführung nutzen Girolodi et al. die mit Stimulated Recall gewonnenen Daten von Patienteneinstellungen, um Konsequenzen für das tägliche Gespräch zwischen Arzt und Patient abzuleiten (Girolodi et al., 2014). Allen Studien gemein ist, dass der Einsatz von Stimulated Recall vermeintlich banale und daher oftmals unberücksichtigte Aspekte zum Vorschein bringt.

Die Methode des Stimulated Recall ist geeignet, um Forschungsfragen, die die Arzt-Patienten-Beziehung untersuchen, nachzugehen konstatieren Henry und Kollegen (Henry et al., 2012). Gerade Arzt-Patienten-Gespräche, in denen eine Vielzahl persönlicher und alltagsnaher Themen Einzug findet, stellen damit einen wichtigen Einsatzbereich dar. Insgesamt liefert die introspektive Methode eine Vielzahl neuer Erkenntnisse für die Medizindidaktik und erlaubt einen tieferen Einblick in Denkprozesse und Emotionen der Probanden.

4.4.3 Zeitraum der Datenerhebung

Die Datenerhebung für die gesamte Studie fand in der Zeit zwischen Mai 2014 und Januar 2015 statt. Da der Praktikumstag Palliativmedizin Bestandteil der Lehre im laufenden Sommersemester 2014 war, konzentrierte sich die Rekrutierung der Probanden zunächst auf die Gruppe der Studenten. Im Zeitraum zwischen Mai 2014 und Juli 2014 konnten sechs Teilnehmer für die Gruppe der Studenten gefunden werden. Die Suche nach geeigneten Teilnehmern in der Gruppe der Ärzte folgte in der Zeit zwischen Juli 2014 und Januar 2015. Alle Ärzte hatten zu diesem Termin bereits an der Studie von Niglio de Figueiredo (Niglio de Figueiredo et al., 2015) teilgenommen und damit das Einschlusskriterium „Absolventen eines Kommunikationstrainings“ erfüllt. Die Rekrutierung der Studienteilnehmer und die Durchführung der Interviews stellten sich als überlappende Prozesse dar. Nach der Zusage zur Teilnahme an der Studie, wurde mit den Probanden möglichst zeitnah ein individueller Interviewtermin vereinbart.

4.4.4 Die Videoaufnahmen

Für den Einsatz der Methode des Stimulated Recall wurde von jedem Teilnehmer ein Patientengespräch auf Videodatei aufgenommen. Während des Gesprächs überbrachte der Arzt oder Student einem Patienten eine schlechte Nachricht. Dabei hatten die Forschenden im Vorfeld diese wie folgt definiert:

„Eine schlechte Nachricht ist eine Nachricht, die dem Patienten durch den Arzt überbracht wird und eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten, ein Nicht-Ansprechen der Therapie, das Fortschreiten einer Erkrankung oder die Übermittlung eines tödlich verlaufenden Leidens zum Inhalt hat.“

Die Gruppe der Ärzte hatte bereits im Rahmen der Studie von Niglio de Figueiredo, Wünsch und Kollegen an einem Kommunikationsworkshop teilgenommen und gefilmte Gespräche mit Patienten aus dem täglichen Krankenhausbetrieb, die den Videoaufnahmen zugestimmt hatten, aufgenommen (Niglio de Figueiredo et al., 2015). Diese durch eine Ethikkommission geprüfte Studie lieferte eine Vielzahl an Arzt-Patienten-Gesprächen, die als ein Grundstein der vorliegenden Studie gesehen werden können. Im Rahmen des Workshops waren nicht nur Breaking-Bad-News-Gespräche entstanden, so dass zunächst alle gespeicherten Videodateien sorgfältig

auf das Vorkommen von schlechten Nachrichten gefiltert wurden. Die Forschenden orientierten sich dabei eng an der zuvor festgelegten Definition einer schlechten Nachricht. Jene Ärzte, die in den ersten sechs gefundenen Breaking-Bad-News-Gesprächs-Dateien aufgenommen worden waren, wurden nach Abklärung der weiteren Samplingkriterien zu ihrer Teilnahmebereitschaft an dieser Studie befragt. Da alle Ärzte zustimmten, konnten die ausgewählten Videos direkt als Material für den Stimulated Recall während des Interviews übernommen werden.

Die Gruppe der Studenten nahm im Anschluss an den Praktikumstag Palliativmedizin und nach der Zustimmung zur Teilnahme an der Studie unter Anleitung der Forschenden je ein Breaking-Bad-News-Gespräch im Videoformat auf. In dieser Gruppe konnte ein möglichst naher Praxisbezug durch den Einsatz von Schauspielpatienten sichergestellt werden. Die Simulationspatienten hatten vorab von den Forschenden eine Fallvignette erhalten, anhand derer sie sich in die Rolle eines sterbenden Patienten einlesen konnten. Nachfolgend wurde diese Rolle von den geschulten Schauspielern im Gespräch dargestellt.

Die durchschnittliche Gesprächsdauer im Video betrug ca. 20 Minuten, das längste Arzt-Patienten-Gespräch dauerte 35 Minuten, die minimale Gesprächsdauer lag bei 11 Minuten. Die Teilnehmer der Studie waren in den Gesprächen allein mit den Patienten; in zwei der ärztlichen Gespräche waren zusätzlich Verwandte der Patienten anwesend. Die Studenten-Interviews fanden ausschließlich zwischen einem Studenten und einem Schauspielpatienten statt.

Zu Beginn der Videoaufnahmen unterschrieben die studentischen Studienteilnehmer eine Einverständniserklärung, in der sie der Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie, der Nutzung der gewonnenen Daten und deren Veröffentlichung in anonymisierter Form zustimmten. Die ärztliche Zustimmung zu der Nutzung der Videos war bereits in der Studie von Niglio de Figueiredo, Wunsch und Kollegen (Niglio de Figueiredo et al., 2015) vorab erfolgt; für die vorliegende Studie wurde die entsprechende Einverständniserklärung zusätzlich direkt vor den jeweiligen Interviews unterschrieben.

4.4.5 Vorbereitung der Interviews

Analog zu der Methode des Stimulated Recall musste entschieden werden, in welcher Weise das Videomaterial zur Stimulation von Erinnerungen in den semistrukturierten Interviewleitfaden integriert werden sollte. Paskins et al., die in ihrer Arbeit den Nutzen für die medizinische Ausbildungsforschung bewerten und den Gebrauch der Methode prüfen, machen deutlich, dass das Ausmaß des Einsatzes der eingebrachten Videosequenzen von der jeweiligen Forschungsfrage und dem Studiendesign abhängt (Paskins et al., 2014). Gass und Mackey heben hervor, dass der Stimulated Recall sowohl von den Forschern selbst, als auch von den Erforschten angestoßen werden könne (Gass et al., 2000). Dabei werden mehr Erinnerungen stimuliert, wenn die für den Stimulated Recall genutzten Videosequenzen von den Forschenden mit Blick auf die Forschungsfrage spezifisch ausgesucht werden, als wenn man Probanden ungezielt zum Erinnern auffordert, schreiben Gass und Kollegen (Gass et al., 2000). Die Autoren fahren fort, dass innerhalb dieses Auswahlprozesses weiterhin unterschieden werden könne, wie spezifisch nach Erinnerungen gefragt werden solle. Abermals führe spezifisches Erfragen zu verbesserter Erinnerung der Probanden.

Um ein möglichst gutes Erinnerungserleben zu erhalten, wurden im Vorfeld zu den stattfindenden Interviews daher alle aufgenommenen Videodateien von den Forschenden in voller Länge angeschaut und nach den folgenden speziellen Kriterien gefiltert. Dabei galt es Sequenzen zu finden, die nach dem Abspielen als starke Stimuli für die Erinnerung an das stattgefundene Gespräch wirken würden. Da der Stimulated Recall in dieser Studie eingesetzt wurde, um fokussiert nach Emotionen und gedanklichen Vorgängen während des Überbringens der schlechten Nachricht zu fragen, wurden hierfür folgende Auswahlkriterien von den Forschenden festgelegt:

- *Sequenzen, die das Überbringen der schlechten Nachricht zeigen.*
- *Sequenzen, die emotional und kognitiv auf das Überbringen der schlechten Nachricht zurückgreifen.*

Für die Durchführung der Interviews verfügte die interviewende Forscherin damit für jedes der Interviews und somit für jeden der Probanden über mehrere einsetzbare Stimulated Recall Sequenzen. Insgesamt entschieden sich die Forscher dafür, die Methode des Stimulated Recall zentral in einem semistrukturierten Interview zu platzieren. Auf ein Interview, das ausschließlich aus der Methode des Stimulated Recall besteht, wurde zugunsten eines gemischten Interviewleitfadens verzichtet. Vom gemeinsamen Einsatz theoriegeleiteter und durch die Methode stimulierter Fragen im Leitfaden versprachen sich die Forschenden den größten Informationsgewinn für dieses Forschungsvorhaben.

4.4.6 Durchführung der semistrukturierten Leitfadeninterviews

Die Studenten-Interviews fanden in den Räumen des Medical Education Centers der Technischen Universität in München statt. Die teilnehmenden Ärzte wurden für das Interview an Ihrem Arbeitsplatz aufgesucht, also entweder in den eigenen Praxisräumen oder im arbeitsgebenden Klinikum.

In Anlehnung an Empfehlungen in der Literatur zu Stimulated Recall, sollten die Interviews möglichst in zeitlicher Nähe zu der ursprünglich erlebten Handlung, in diesem Fall also dem gefilmten Überbringen der schlechten Nachricht im Patientengespräch, erfolgen (Bloom, 1953). Teilnehmer erinnern sich besser, je näher der Zeitpunkt des Stimulated Recall an der zu erinnernden Handlung liegt, konstatieren Gass und Kollegen (Gass et al., 2000). Die Interviewtermine mit den studentischen Teilnehmern fanden daher innerhalb von zwei bis drei Tagen nach der Videoaufnahme statt. Durch die Nutzung der Videos aus der vorangegangenen Kommunikationsstudie von Niglio de Figueiredo, Wunsch und Kollegen (Niglio de Figueiredo et al., 2015), konnten die ärztlichen Stimulated Recall Interviews nicht innerhalb von zwei Tagen, jedoch innerhalb von einigen Wochen nach den Videoaufnahmen durchgeführt werden.

Zu Beginn des Gesprächstermins erläuterten die Interviewenden kurz die Durchführung des Interviews. Sie wiesen darauf hin, dass das Interview von einem Audiogerät aufgenommen werde, dass es etwa 30 bis 40 Minuten dauere und dass während des Interviews im Rahmen der Methode des Stimulated Recall eine Einspielung von Videosequenzen, die den Probanden selbst beim Überbringen einer schlechten Nachricht zeigen, erfolgen würde.

Während des Interviews achteten die interviewenden Forscher auf das Prinzip der Offenheit (Hoffmann-Riem, 1980). Nach Helfferich soll im Sinne dieses Prinzips eine Haltung erlernt werden,

„die dem Gegenüber Raum für die Entfaltung seiner oder ihrer Sichtweise einräumt, sei es eine Haltung „gleichschwebender Aufmerksamkeit“, eine ethnomethodologische Haltung der „Indifferenz“ und/oder die bewusste und kontrollierte Steuerung der Interviewkommunikation und –interaktion dort, wo diese Interventionen notwendig sind.“ (Helfferich, 2005)

Im Verlauf des semi-strukturierten Interviews gab es Raum für eine individuelle Gesprächsführung, die sich an den Aussagen des Interviewpartners orientierte. In diesem Sinne „kann und soll der Interviewer im Verlauf des Interviews entscheiden, wann und in welcher Reihenfolge er welche Fragen stellt“ (Flick, 2011). Daher lösten sich die Interviewenden von der im Leitfaden vorgegebenen Fragenabfolge, wenn der Gesprächsverlauf dies nötig machte. Der für qualitative Sozialforschung so wichtige Bezug zu den subjektiven Perspektiven der Befragten konnte damit hergestellt werden. Gleichzeitig achteten die Interviewenden darauf, dass alle Aspekte des Leitfadens innerhalb der Interviewzeit angesprochen wurden.

Die Struktur des Leitfadens unterteilte das Interview in drei verschiedene Abschnitte: Der erste Teil des Interviews umfasste die Fragen 1-6 und zielte auf die Haltung der Probanden zu der Tätigkeit des Überbringens schlechter Nachrichten, auf die eigenen Ziele und mögliche Schwierigkeiten während eines solchen Gesprächs ab. In dem sich daran anschließenden Teil wurde die Methode des Stimulated Recall eingesetzt. Die Fragen 7-8, die nach der emotionalen und kognitiven Komponente während des Überbringens der schlechten Nachricht fragen, wurden für jede der vorbereiteten Videosequenzen, in denen sich der Proband selbst beobachtet hatte, abgefragt. Nach dem Einsatz der Erinnerungen stimulierenden Methode leiteten die Interviewenden zum dritten und letzten Teil des Interviews über. In den Fragen 9-14 wurde nach der selbst empfundenen psychischen Belastung, nach Bewältigungsstrategien und Unterstützungsmaßnahmen eines jeden Teilnehmers gefragt. Direkt im Anschluss an das Interview verfassten die Forschenden ein Interviewprotokoll, in dem das Interview kurz zusammengefasst und Eindrücke der Interviewer festgehalten wurden.

4.4.7 Transkription

Die Tonbandaufnahmen wurden im Anschluss an die Interviews durch ein Schreibbüro wörtlich transkribiert. Wie im „Praxisbuch Transkription“ beschrieben, lag dem ein festgelegtes Transkriptionsschema zugrunde (Dresing et al., 2011). Dabei wurde korrektes Schriftdeutsch verwendet, Dialekte wurden ins Hochdeutsche übersetzt, umgangssprachliche Wortwendungen oder verschluckte Silben und Satzteile wurden nicht transkribiert, sondern grammatikalisch richtig übertragen. Nonverbale Aspekte, wie emotionale Einwüfe oder Änderungen der Sprechweise wurden hinter einer getätigten Äußerung in Klammern hinzugefügt (beispielsweise lachen oder seufzen). In jedem Transkript wurden gleichzeitig Zeitpunkt und Ort des Interviews, sowie die Gesamtdauer schriftlich festgehalten.

4.5 Analyse des Interviewmaterials

4.5.1 Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring

Zur Datenanalyse wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring eingesetzt (Mayring, 2010). Im Rahmen dieser Forschungsmethode wird das Material geordnet und nachfolgend im Kontext der Fragestellung interpretiert. Im Mittelpunkt der Analyse steht ein Kategoriensystem, dessen Kategorien „das Nachvollziehen der Analyse für andere, die Intersubjektivität des Vorgehens“ ermöglichen. Intersubjektivität wird nach Lamnek „als wissenschaftlich-methodologisches Prinzip gefordert“ (Lamnek et al., 2010). Neben dieser Einordnung in Kategorien stellt ein „systematisches“ und „regelgeleitetes Vorgehen“ (Mayring, 2010) einen wichtigen Bezug zur Qualitätssicherung wissenschaftlicher Arbeit her.

Nach Früh muss für die Inhaltsanalyse eines Textes das Textmaterial im Sinne der Forschungsfrage reduziert werden (Früh, 2011). Hierfür nutzt Mayring die Bildung eines Kategorienleitfadens: Durch die Paraphrasierung und Generalisierung von Textstellen erreicht er letztendlich eine Reduktion des Ausgangsmaterials. Die Kategorienbildung kann sowohl induktiv, als auch deduktiv erfolgen. Bei der induktiven Verfahrensweise werden die Kategorien direkt am Textmaterial gebildet. Im Rahmen der deduktiven Kategorienbildung werden Kategorien ausgehend von einer bereits bestehenden Theorie entwickelt. Gleichzeitig ist auch das Zusammenführen beider Arten möglich: ein deduktiv-induktiv gemischtes Verfahren

hat sich für viele Forschungsvorhaben bewährt (Mayring et al., 2008). Zunächst wird anhand eines kleinen Teils der gesamten Textmenge ein Grundgerüst aus deduktiv gebildeten, theoriegeleiteten Hauptkategorien konstruiert. Nachfolgend wird das Textmaterial anhand dieser Hauptkategorien gefiltert. Passende Textabschnitte werden den jeweiligen Hauptkategorien zugeordnet. In einem zweiten Arbeitsschritt werden innerhalb dieser markierten Passagen induktiv Subkategorien gebildet. Zusätzlich können, im Rahmen einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse, inhaltlich ähnliche Subkategorien zu thematischen Dimensionen gruppiert werden (Kuckartz, 2012). Am Ende steht ein Kategorienleitfaden, mit dessen Hilfe alle bis dahin uncodierten Textmaterialien des Forschungsprojekts den Kategorien (Codes) zugeordnet werden können.

4.5.2 Durchführung der Qualitativen Inhaltsanalyse

Für dieses Forschungsprojekt wurde ein deduktiv-induktives Vorgehen im Rahmen einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse gewählt. Die Forschende las mehrmals die Interview-Transkripte, markierte wichtig erscheinende Textstellen und hielt Anmerkungen schriftlich fest.

Die im vorherigen Abschnitt beschriebene Bildung der Hauptkategorien kennzeichnete den Beginn der Analyse. Dabei wurden thematische Kategorien entwickelt, die sich theoriegeleitet eng an den Fragen des Interviewleitfadens orientierten (Kuckartz, 2012). Nachfolgend wurden die Transkripte nach dieser groben Einteilung sortiert: Textstellen, die inhaltlich einer Hauptkategorie zugeordnet werden konnten, wurden gekennzeichnet. Im nächsten Analyseschritt wurden die jeweils den Hauptkategorien zugeordneten Textabschnitte gruppiert. Anschließend wurde mit der induktiven Kategorienbildung begonnen. Nach Mayrings Qualitativer Inhaltsanalyse erfolgte zunächst die Festlegung der Kategoriendefinition. Dabei wurde folgende Definition gewählt:

Jede vollständige Aussage eines Arztes oder Medizinstudenten über das Überbringen von schlechten Nachrichten, vor dem Hintergrund seiner eigenen Tätigkeit in diesem Bereich.

Zusätzlich legten die Forschenden das Abstraktionsniveau der Kategorienbildung fest. Sie wählten es im Sinne der Fragestellung relativ abstrakt, da durch eine

spezielle aber zu enge Auswahl wichtiges Textmaterial hätte verloren gehen können. Für jede Textstelle, auf die die Kategoriendefinition zutraf, prüften sie, ob sie einer bereits gebildeten Kategorie zugeordnet werden konnte oder ob die Bildung einer neuen Kategorie nötig war. Der Kategorienleitfaden veränderte sich daher mit der fortschreitenden Erfassung des Interviewmaterials zunehmend. Sobald das Kategoriensystem ausdifferenziert war, konnte es auf das gesamte Textmaterial angewendet werden. Der Kodierungsprozess war abgeschlossen, nachdem alle relevanten Textstellen in Kategorien eingeteilt worden waren. Thematisch ähnliche Subkategorien wurden nachfolgend zu übergeordneten Dimensionen zusammengefasst. Jede Kategorie wurde von den Forschenden genau definiert und zudem mit einem Beispielzitat aus dem Text unterstützt. Der Kodierleitfaden kann den Ergebnissen entnommen werden.

Zum Zweck der Qualitätssicherung der Studie und der Bewertung der Ergebnisse fanden regelmäßig Treffen der Forschenden in einem Forschungskolloquium statt. In der Arbeitsgruppe wurde der Kodierleitfaden vorgestellt, kritisch diskutiert und bei Unstimmigkeiten zu einzelnen Kategorien gegebenenfalls verändert.

4.5.3 Analysesoftware

Zur Unterstützung der Kategorienbildung wurde die speziell für diesen Zweck entwickelte Software QCAMap® eingesetzt. QCAMap® ist eine web-basierte Open-Access Software. Sie wurde von Mayring et. al entwickelt und orientiert sich an dessen Qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2010). Für die vorliegende Forschungsarbeit, die ebenfalls mit Mayrings Inhaltsanalyse arbeitete, bot sich diese Analysesoftware daher besonders an. Mithilfe des Programms konnten die Transkriptionen digital bearbeitet und kodiert werden. Hauptkategorien und Subkategorien konnten farblich voneinander unterschieden werden. Übersichtstabellen wurden von der Software generiert und konnten nach mehreren auswählbaren Aspekten, wie der Häufigkeit der Kategorien, sortiert werden.

5 Ergebnisse

Die Ergebnispräsentation dieser Arbeit gliedert sich in vier Teile. In den ersten drei Abschnitten erfolgt die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und die untergeordnete quantitative Auswertung der Fragestellungen 1-3. Im vierten Teil dieses Kapitels liegt der Schwerpunkt auf der Ergebnisdarstellung der Nebenfragestellung: Ein inhaltsanalytischer Vergleich beider Studiengruppen (vgl. Kap. 3).

Zur Beantwortung der drei Hauptfragestellungen und der Nebenfragestellung führten die Forschenden insgesamt zwölf Interviews; sechs Interviews mit Ärzten und sechs Interviews mit Studenten. Die durchschnittliche Dauer der Interviews lag bei ca. 30 min mit einer Standardabweichung von ca. 8 min. Die Interviews wurden nach Mayrings Qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring, 2010). Daraus entwickelte sich ein Kodierleitfaden, der den Umgang mit der Aufgabe, schlechte Nachrichten überbringen zu müssen, von Ärzten und Medizinstudenten verdeutlicht.

Das Grundgerüst des Kodierleitfadens bildeten sechs, am Interviewleitfaden deduktiv gebildete Hauptkategorien (vgl. Kap. 4.5.1). Die ersten drei Hauptkategorien **Haltung**, **Persönliche Ziele** und **Schwierigkeiten** wurden zur Beantwortung der **Fragestellung 1**, die sich mit der ärztlichen und studentischen Einstellung zum Überbringen schlechter Nachrichten befasst, herangezogen. Für **Fragestellung 2**, in der die emotionale Einbindung von Ärzten und Studenten während eines Breaking-Bad-News-Gesprächs untersucht wird, bot sich die Hauptkategorie **Emotionale Beteiligung** an. **Fragestellung 3** sollte mithilfe der beiden letzten Hauptkategorien **Bewältigungsstrategien** und **Unterstützungsmaßnahmen** beantwortet werden.

Der Kategorienleitfaden umfasste 66 induktiv am Textmaterial gebildete Subkategorien, die, gruppiert zu 21 übergeordneten Dimensionen, den sechs oben genannten Hauptkategorien zugeordnet waren.

Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich innerhalb der vier Abschnitte (Fragestellung 1-3 und Nebenfragestellung) jeweils in eine zusammenfassende und beschreibende Präsentation der gefundenen Kategorien, die vorab in einem Übersichtsbild dargestellt werden.

Zitate^{9,10} der Teilnehmer werden unterstützend in den Text eingefügt. Zitate, die die Länge von drei Zeilen überschreiten, werden zur besseren Übersicht verkleinert und eingerückt dargestellt. Kürzere Zitate bleiben in den Text integriert bestehen.

Die im Rahmen einer Qualitativen Inhaltsanalyse untergeordnete, aber dennoch relevante, quantitative Auswertung kommt teilweise in der deskriptiven Abhandlung, aber vor allem im Anschluss an den Text in der Darstellung einer sogenannten *Wordcloud* zur Geltung. Dabei werden in der *Wordcloud* bildlich jene Subkategorien größer dargestellt, die von vielen verschiedenen Teilnehmern genannt wurden und analog dazu jene Subkategorien in kleinerer Schriftgröße illustriert, die von weniger Teilnehmer erwähnt wurden. Die Farben der *Wordcloud* sind zufällig gewählt und dienen der Anschaulichkeit der Grafik. Sie stellen aber keinen Bezug zur Häufigkeit dar. Dieser Aspekt wird ausschließlich über die oben beschriebene Größe erreicht. Auf eine Darstellung der absoluten Subkategorienhäufigkeiten wurde wegen des Nebeneffekts der Verzerrung durch Wortwiederholungen der Teilnehmer verzichtet.

Abschließend werden die Hauptkategorien, Dimensionen und Subkategorien in ihrer Ursprungsform, dem Kategorienleitfaden, übersichtlich dargestellt, wenn nötig genauer beschrieben und durch Beispielzitate aus dem Interviewmaterial gestützt.

⁹ Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wurden die Zitate in einzelnen Fällen geglättet.

¹⁰ Zitzuordnungen: Beispiel A 1/111 = Gruppe **Arzt**, Teilnehmer Nr. **1**, Zeile Interview **111** oder Beispiel S 2/222 = Gruppe **Student**, Teilnehmer Nr. **2**, Zeile Interview **222**

5.1 Aufbau der Ergebnisdarstellung

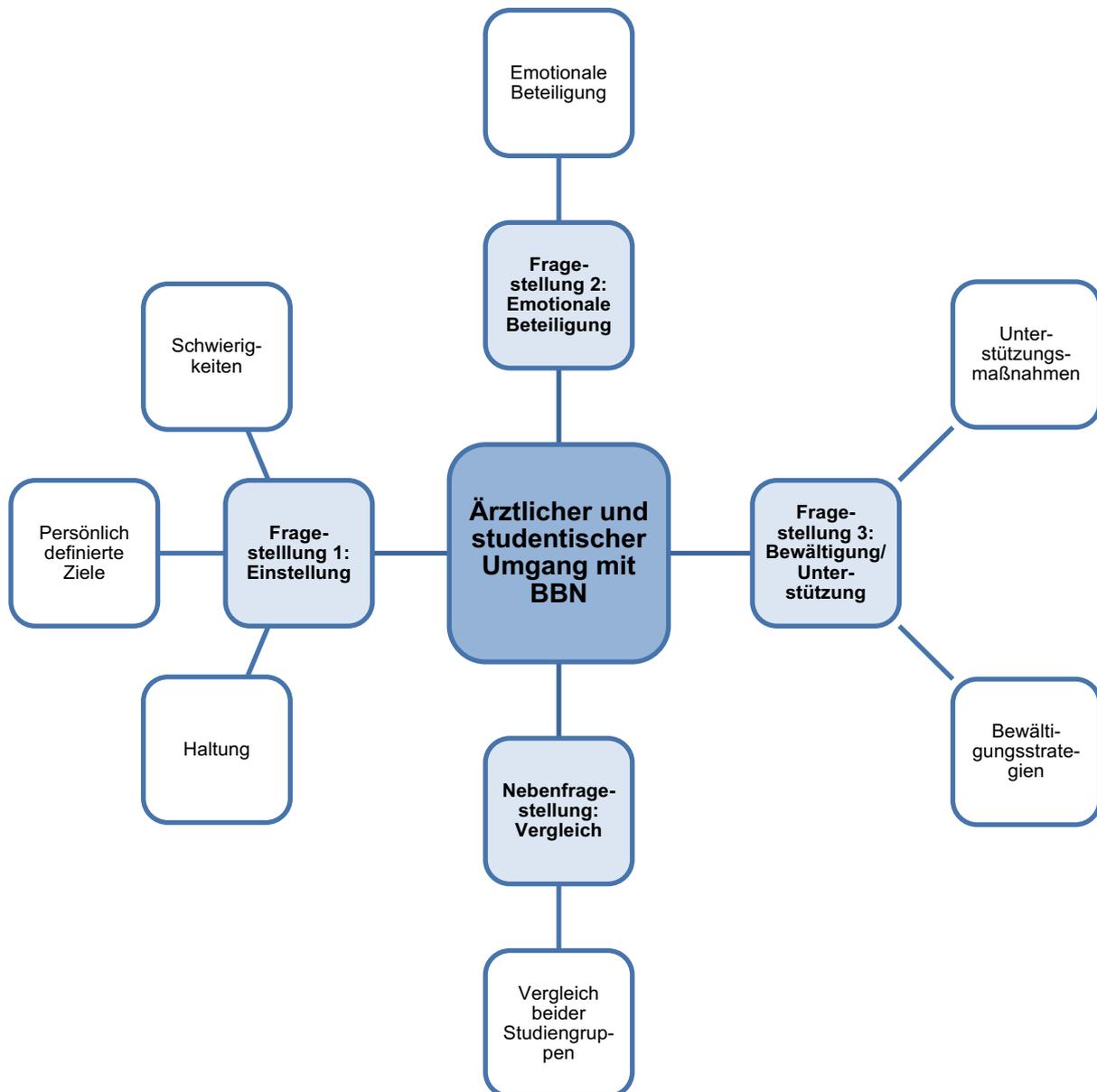


Abbildung 3: Gesamtüberblick Ergebnisdarstellung

5.2 Ergebnisse Fragestellung 1: Einstellung

Zur Beantwortung der Fragestellung 1, die die Einstellung von Ärzten und Medizinstudenten zum Überbringen schlechter Nachrichten untersucht, wurden die drei Hauptkategorien *Haltung*, *Persönlich definierte Ziele* und *Schwierigkeiten* herangezogen. Diese Hauptkategorien werden im nachfolgenden Kapitel zunächst nacheinander dargestellt. Abschließend erfolgt ihre gemeinsame Darstellung im Kategorienleitfaden. Auf ein Auseinandertrennen der Hauptkategorien im Leitfaden wurde zugunsten einer besseren Übersichtlichkeit verzichtet.

5.2.1 Zusammenfassende und deskriptive Ergebnisdarstellung der Hauptkategorie **Haltung**

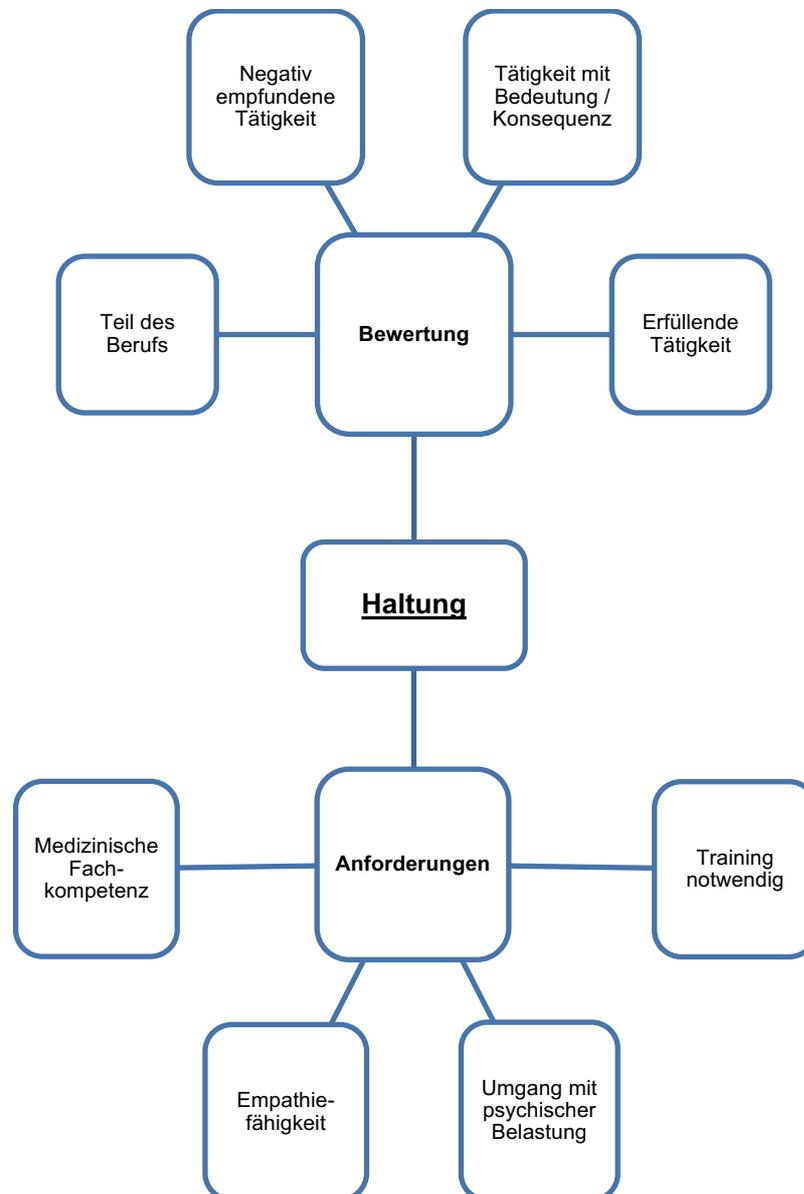


Abbildung 4: Überblick Hauptkategorie Haltung

Die Hauptkategorie *Haltung* entstand als ein Analyseteil aus der Leitfadenfrage <Was bedeutet dieser Teil der Arbeit (das Überbringen einer schlechten Nachricht) für Sie?>. Die gesamte Hauptkategorie unterteilt sich in zwei Dimensionen: Bewertung und Anforderungen. Während in der erstgenannten Dimension die Teilnehmer der Studie die Aufgabe, schlechte Nachrichten überbringen zu müssen, bewerten, bringen sie in der zweiten Dimension die aus ihrer Sicht notwendigen Anforderungen, die ein Arzt mitbringen muss, zur Sprache.

Innerhalb der Dimension Bewertung erachten acht Teilnehmer das Überbringen schlechter Nachrichten als einen Teil des Berufs, der „dazu gehört“ [A 1/032]. In der Hauptkategorie wird deutlich, dass die Befragten einem Breaking-Bad-News-Gespräch eine große Bedeutung, vor allem für den Patienten, beimessen. Sowohl Ärzte als auch Studenten betonen, dass sie sich über die Tragweite und die Konsequenzen ihres Handelns bewusst seien. Neben einer als negativ bewerteten Tätigkeit, empfinden zwei Befragte ihre Aufgabe trotz allem als erfüllend.

In der zweiten Dimension Anforderungen betonen zwei Drittel der Teilnehmer die Notwendigkeit von ärztlich-fachlicher Kompetenz. Das Breaking-Bad-News-Gespräch ließe sich demnach nur schwer oder gar nicht von entsprechendem ärztlichen Fachwissen trennen. Zusätzlich nennen Ärzte und Medizinstudenten als eine der häufigsten Kategorien Empathiefähigkeit. Emotionales Einfühlungsvermögen werde in höchstem Maße vorausgesetzt und sei eine wichtige Qualifikation, um den Patientenbedürfnissen während eines solchen Arzt-Patienten-Gesprächs gerecht zu werden.

Einige Befragte heben zusätzlich die Konfrontation mit einer psychischen Belastung hervor. Die Bewältigung von aufkommenden Gefühlen und Gedanken scheint sich in der persönlichen Haltung zu der Aufgabe widerzuspiegeln. Zudem betonen besonders die studentischen Teilnehmer der Studie, dass die Gestaltung eines Breaking-Bad-News-Gesprächs zunächst gründliches Erlernen und im weiteren Verlauf viel Übung erfordere. Dabei ist auffällig, dass diese Haltung zu Trainingseinheiten mit einer erhofften Erleichterung für den Arzt verbunden wird:

„(...) dass man das schon auf jeden Fall üben und erlernen muss, weil es da bestimmt bestimmte Techniken gibt, die einem helfen, so dass es auch für einen selbst leichter wird.“ [S 3/035)



Abbildung 5: Wordcloud Hauptkategorie Haltung

5.2.2 Zusammenfassende und deskriptive Ergebnisdarstellung der Hauptkategorie **Persönlich definierte Ziele**

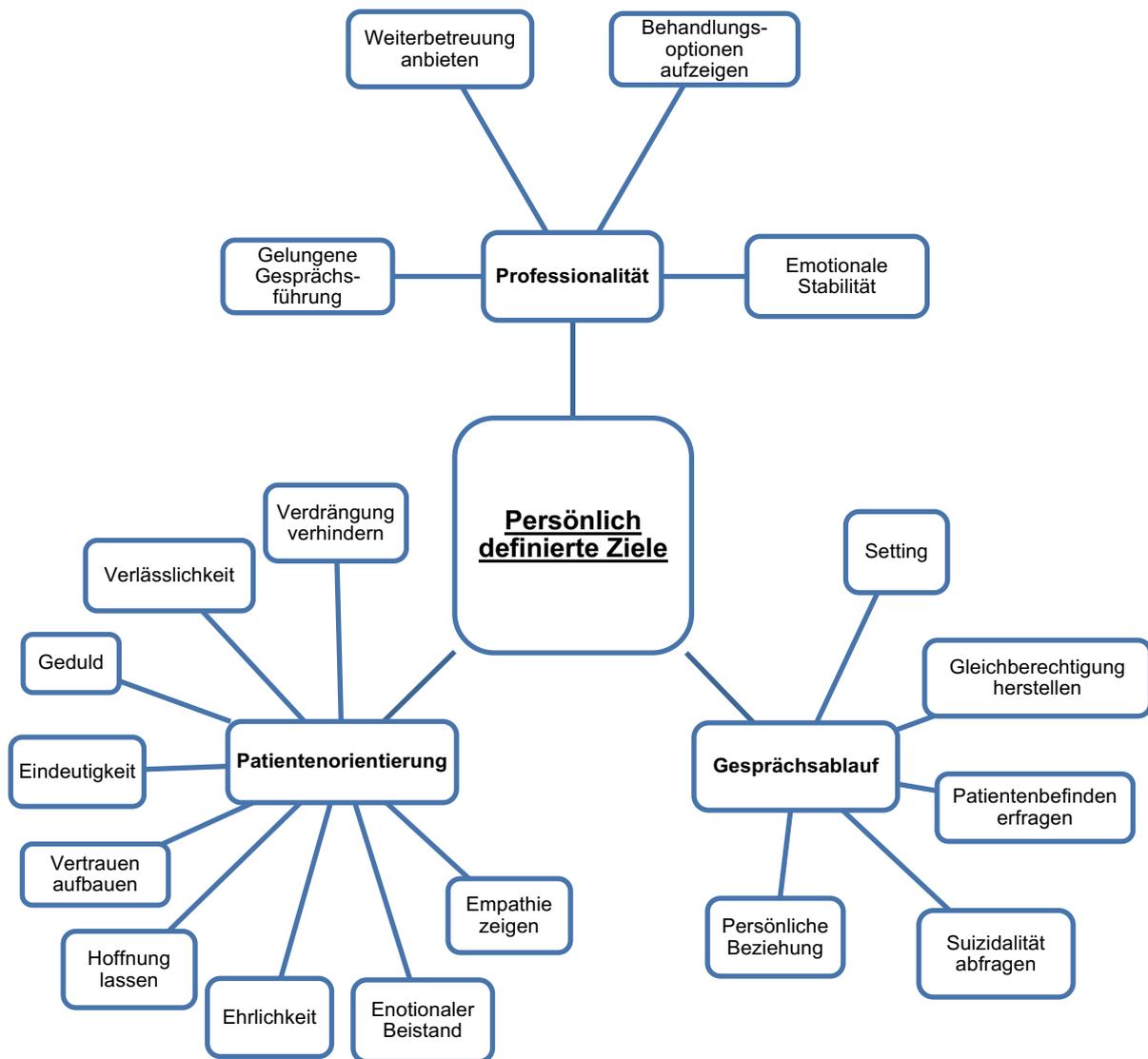


Abbildung 6: Überblick Hauptkategorie Persönlich definierte Ziele

Die Dimensionen Professionalität, Gesprächsablauf und Patientenorientierung stellen die drei Teilbereiche der Hauptkategorie Persönlich definierte Ziele dar. Durch die Leitfragen <Wo sehen Sie ihre Aufgabe in einem solchen Gespräch?>, <Wie gestalten Sie ein solches Gespräch?> und <Was ist Ihnen dabei wichtig?> wurden die Teilnehmer angeregt, eigene inhaltliche Schwerpunkte und Ziele für den Ablauf eines solchen Gesprächs zu nennen.

Im Rahmen ihrer Professionalität betonen alle bis auf ein Teilnehmer die Wichtigkeit einer gelungenen Gesprächsführung. In einem Gespräch, in dem schlechte Nachrichten überbracht werden müssten, stünden eine gute Strukturierung und die Übernahme einer Leitungsfunktion im Vordergrund. Zusätzlich sei es nötig, im Falle eines unvorhergesehenen Gesprächsverlaufs „Strategien bereit (zu haben), um gut durch das Gespräch zu kommen“ [S 3/070]. Gerade bedingt durch die Tatsache, dass in einem Breaking-Bad-News-Gespräch sehr ernste Themen angesprochen würden, sei ein gut geplanter Gesprächsablauf nötig.

Von fast allen Befragten wird zudem beabsichtigt, Angebote über weitere ärztliche Betreuung machen zu können und mögliche Therapieoptionen aufzuzeigen. In Gesprächen, in denen auch über Erkrankungen gesprochen werden muss, die höchstwahrscheinlich zum Tode führen, erscheint es den Ärzten und Studenten im Rahmen ihrer professionellen Möglichkeiten wichtig, dem Patienten die weiteren medizinischen – gegebenenfalls auch palliativ-medizinischen – Optionen zu erläutern. Dabei bieten sich Ärzte selbst als professionelle Bezugspersonen für ihre Patienten an.

Beide befragten Gruppen verfolgen das Ziel, einen Zustand emotionaler Stabilität zu erreichen und auch während eines belastenden Gesprächs zu erhalten. Unter diese Kategorie fällt auch die Intention, Ruhe ausstrahlen zu wollen. Dem Arzt falle, in seiner Funktion als Professioneller in dieser Situation, die Rolle eines Gesprächspartners zu, auf den sich der Patient verlassen könne. „Mir ist schon auch wichtig, dass ich das sehr ruhig mache (...)“ [S 6/101]

In der Dimension Gesprächsablauf scheint ein gelungenes Setting für fast alle befragten Ärzte und Studenten von Bedeutung zu sein. Weiterhin erwähnen drei der Befragten, dass sie in einem Gespräch nach einem Zustand der Gleichberechtigung zwischen Arzt und Patient strebten. Zusätzlich müsse in jedem Fall während eines solchen Gesprächs das Patientenbefinden mehrfach erfragt werden, finden zwei

Teilnehmer. Es sei auch ratsam, in Erfahrung zu bringen, wie der Patient mit dieser Nachricht nach Verlassen der Klinik umgehen werde. Gegebenenfalls sollte, aus Sicht eines Befragten, die Gefahr eines Suizids mit in Betrachtung gezogen werden.

Daneben wird vereinzelt erwähnt, dass vor Beginn eines Gesprächs, das schlechte Nachrichten zum Inhalt hat, eines der Ziele sei, eine persönliche Beziehung zu dem Patienten aufzubauen. Sollte im Krankenhausalltag dafür keine Zeit bleiben, müsse zumindest im Gespräch versucht werden, dem Patienten mit einer offenen, interessierten Haltung zu begegnen und so einen Einblick in sein Leben zu bekommen.

Viele der verfolgten Ziele beider befragter Gruppen lassen sich in den Bereich der Patientenorientierung einordnen. Alle befragten Ärzte und Studenten erwähnen besonders häufig, dass sie „empathisch“ sein wollten. An verschiedenen Stellen des Interviews wird klar, dass sie gezielt danach streben, sich in den Patienten hineinzusetzen und auf die Gefühle des Gegenübers einzugehen: Empathie wird von den Befragten als ein hohes Gut im Umgang mit Patienten angesehen. Weiterhin berichten etwas mehr als dreiviertel der Teilnehmer, dass sie dem Patienten „emotionalen Beistand“ leisten wollten. Gerade in einer schweren Situation, wie zum Beispiel nach der Aufklärung über eine nicht heilbare Erkrankung, sei es vielen Ärzten und Studenten wichtig, dass die Patienten sich nicht „allein gelassen fühlen“ [A 1/099]. In einer palliativen Ausgangslage, dann, wenn medizinische Therapien nicht mehr heilen können, erscheint es den Befragten wichtig, in seelischen Nöten helfen zu können.

Ein weiteres Ziel, erklären neun Befragte, sei die Fähigkeit als Arzt ehrlich zu bleiben – trotz der schlechten Nachricht. Sie betonen, dass man im Rahmen dieser Ehrlichkeit darauf achten müsse, dass die Erwartungen der Patienten an den Arzt realistisch blieben. In einer Situation, in der zum Beispiel kaum Aussicht auf Heilung bestehe, hofften Patienten natürlicherweise oft auf helfende Angebote des Arztes. Diese Erwartung müsse jedoch auf ein den Umständen entsprechendes Maß gesenkt werden.

Zusätzlich geht jedoch auch mit der bereits oben genannten Intention, emotionalen Beistand leisten zu wollen, das Ziel einher, nicht alle Hoffnung bei dem betroffenen Patienten oder den betroffenen Angehörigen zu zerstören. Vor allem einige Studenten fügen hinzu, dass am Anfang eines jeden Gesprächs das Ziel stehe,

Vertrauen zu dem Patienten aufzubauen. Man könne „halt nicht sozusagen (sagen): Ja, halo schön, Sie kennen zu lernen. Und die und die Nachricht.“ [S 5/074] Es sei „Wichtig (...) für den Anfang, dass man auf jeden Fall eine Vertrauensbasis hat.“ [S 5/073] Zusätzlich wird als Ziel in den Interviews deutlich, dass die Befragten eine schlechte Nachricht eindeutig formulieren und als Arzt Geduld aufbringen wollen: Geduld bei der Reaktion des Patienten und bei der Verarbeitung – trotz des Zeitdrucks, der oftmals in Kliniken herrscht. Daneben sei außerdem wichtig, dem Patienten im Gespräch Verlässlichkeit zu signalisieren, pflichten zwei Teilnehmer bei. Ein Befragter formuliert zudem als Ziel, sicherzustellen, dass der Patient die schlechte Nachricht nicht verdränge.



Abbildung 7: Wordcloud Hauptkategorie Persönlich definierte Ziele

5.2.3 Zusammenfassende und deskriptive Ergebnisdarstellung der Hauptkategorie **Schwierigkeiten**

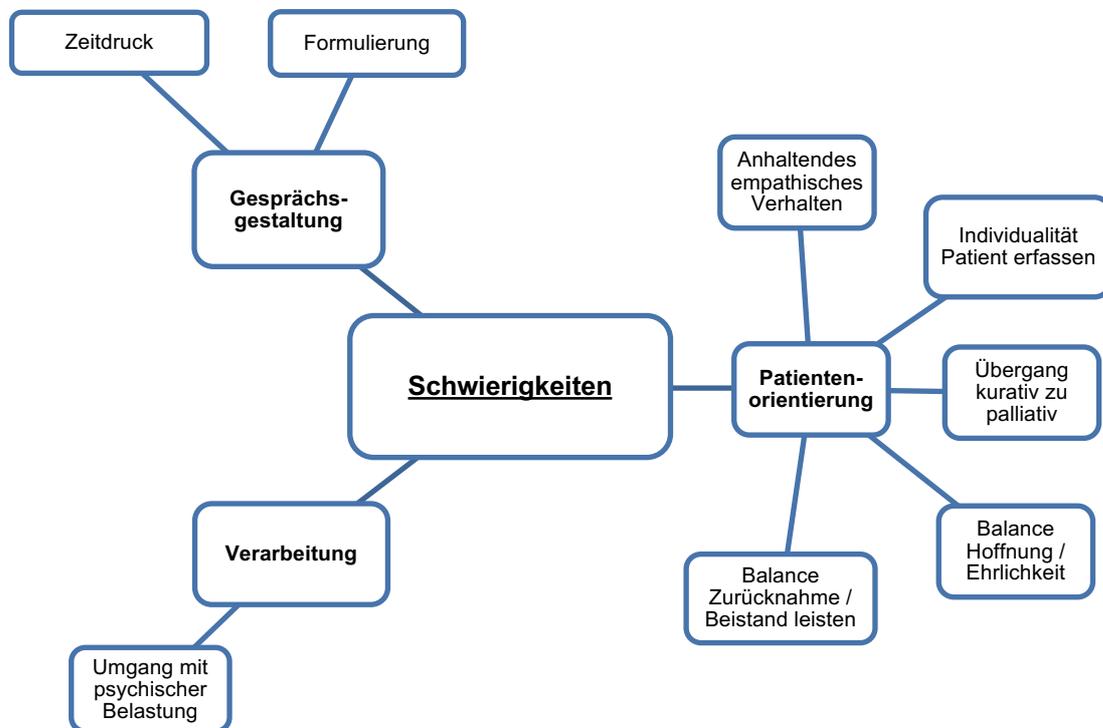


Abbildung 8: Überblick Hauptkategorie Schwierigkeiten

Die Hauptkategorie *Schwierigkeiten* bildet die von den Teilnehmern genannten Herausforderungen ab, die während eines Arzt-Patienten-Gesprächs mit schlechtem Inhalt empfunden werden. Dabei sind während des Analyseprozesses aus den Antworten auf die Leitfadenfrage <Was ist für Sie dabei schwierig?> drei Dimensionen entstanden: Schwierigkeiten bei der Gesprächsgestaltung, bei der Patientenorientierung und bei der persönlichen Verarbeitung.

In der Dimension Schwierigkeiten bei der Gesprächsgestaltung wird deutlich, dass Gespräche, in denen schlechte Nachrichten überbracht werden müssen, nicht von dem häufig in Kliniken herrschenden Zeitdruck verschont bleiben. Auch wenn die Inhalte emotional belastend sind und auch für den Patienten viel Veränderung bedeuten, müssen Gespräche häufig trotzdem in einem vorgegebenen zeitlichen Rahmen absolviert werden. Der Zeitdruck erschwere das ohnehin schon schwierige Gespräch noch weiter, wie dieser Student weiß:

„Das ist ja alles einflussnehmend auf den weiteren Weg, dass ich das in einer ganz kurzen Zeit (im Gespräch) erfassen muss (...)“ [S 4/113]

Weiterhin betonen fünf Befragte, dass die Wortwahl bei dem Überbringen einer schlechten Nachricht Schwierigkeiten bereite. Die Formulierung stehe in engem Zusammenhang mit dem Inhalt der Nachricht.

Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, verfolgen alle befragten Ärzte und Studenten das Ziel, einen empathischen Gesprächsstil zu pflegen (vgl. Kap. 5.2.2). Im Rahmen der Patientenorientierung gestehen sich fünf der befragten Teilnehmer in diesem Punkt jedoch auch Schwierigkeiten dabei ein. Es sei schwierig, anhaltend empathisches Verhalten im Gesprächsverlauf zu zeigen. Die Reaktion des Patienten, die ganz unterschiedlich ausfallen könne, erfordere außerdem ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen. In einem weiteren Punkt sind sich vier Ärzte und Medizinstudenten einig: In einem Gespräch über schlechte Nachrichten ist es schwierig, die individuell wichtigen Bedürfnisse eines Patienten zu überblicken.

Eine zusätzliche Herausforderung sei es, einem Patienten klar machen zu müssen, dass er an einer, im wahrscheinlichsten Fall, tödlich verlaufenden Erkrankung leide, finden ebenfalls vier Befragte. Die Aufklärung über den Übergang von kurativen zu palliativen Therapieoptionen sei „noch einer von den schwierigeren“ [S 5/220] Momenten in dem Gespräch. Auch wenn, im besten Falle, ein Behandlungskonzept sowohl Optionen für kurative als auch palliative Therapieansätze bereithalte, sei es schwierig, beim Patienten das Bewusstsein für diese besondere Situation zu schaffen. Zudem sehen sich ein Viertel der Teilnehmer in einem weiteren Punkt mit einer schwierigen Aufgabe konfrontiert: Es sei schwierig, die richtige Balance zu finden zwischen dem Anliegen, dem Patienten gegenüber ehrlich sein zu wollen und trotzdem im Gespräch Hoffnung zu bewahren. Zusätzlich sei es nicht einfach, fügt ein Student hinzu, ein Gleichgewicht zwischen emotionalem Beistand für den Patienten und ärztlicher Zurückhaltung zu finden. Einerseits wolle man dem Patienten „Beistand leisten“ [S 2/075] und andererseits jedem Patienten ermöglichen, durch die eigene Zurückhaltung, das Gesagte zu verarbeiten.

Abschließend betont ein Drittel der Teilnehmer in der Dimension Persönliche Verarbeitung, dass der Überbringer der Nachricht, in diesem Fall der approbierte oder zukünftige Arzt, mit der psychischen Belastung zurechtkommen müsse: „Weil es mir schon sehr nahegeht, wenn es so etwas Terminales ist, wo man nicht mehr viel machen kann.“ [S 6/116]



Abbildung 9: Wordcloud Hauptkategorie Schwierigkeiten

Hauptkategorie/ Dimension	Subkategorie	n = Teiln.	Ankerbeispiel
Bewertung	Teil des Berufs Breaking Bad News ist ein Teil der ärztlichen Tätigkeit	8	"Es gehört zum Leben dazu und ich empfinde es durchaus als Teil meiner ärztlichen Aufgabe, der aber natürlich einen belastenden Faktor darstellt." [A 1/032]
	Negativ empfundene Tätigkeit Breaking Bad News wird mit Gefühlen wie Angst, Druck oder Stress assoziiert	4	"Das ist immer ein unangenehmer Teil der Arbeit sowohl Patienten mit Krebserkrankungen als auch Patienten mit Unfällen, schweren Schädelhirntraumen bei Verkehrsunfällen und ähnliches, oder den Angehörigen schlechte Nachrichten überbringen zu müssen." [A 3/026]
	Tätigkeit mit Bedeutung/Konsequenz Breaking Bad News wird von Patientenseite eine Bedeutung beigemessen und geht mit großen Konsequenzen einher	4	"Das ist schon ein ziemlich wichtiger Teil, auf jeden Fall. Weil das für die Menschen so große Konsequenzen mit sich trägt im Nachhinein." [S 2/030]
	Erfüllende Tätigkeit Assoziation mit Gefühlen wie Erfüllung oder Erleichterung	2	"Andererseits denke ich, dass es auf eine gewisse Art und Weise schön oder erfüllend sein kann für einen selbst, weil man den Leuten in dieser schweren Situation beistehen, helfen und neue Perspektiven aufzeigen kann." [A 1/029]
	Medizinische Fachkompetenz das Vermitteln von medizinisch korrektem Wissen ist erforderlich	8	"...zum einen natürlich die, im medizinischen Sinne, korrekte Überbringung der Nachricht. Also was er wirklich hat, aber eben auf den Patienten und das Ausmaß spezifisch zugeschnitten..." [S 4/054]
Anforderungen	Empathiefähigkeit Bereitschaft und Fähigkeit auf die Gefühle des Patienten eingehen zu können ist erforderlich	7	"Ich glaube, dass das Wichtigste dabei ist, dass man Empathie zeigt und versucht sich da ein bisschen herein zu versetzen." [S 6/030]
	Umgang mit psychischer Belastung Breaking Bad News ruft psychische Belastungen hervor, die bewältigt werden müssen	5	"... weil man damit viele negative Emotionen im anderen auslöst und die selbst irgendwie bewältigen muss." [S 1/038]
	Training notwendig Notwendigkeit von Erlernen und Übung	4	"...dass man das schon auf jeden Fall üben und erlernen muss, weil es da bestimmt bestimmte Techniken gibt, die einem helfen, so dass es auch für einen selbst leichter wird." [S 3/035]

Tabelle 4: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Haltung

Hauptkategorie/ Dimension	Subkategorie	n = Teiln.	Ankerbeispiel
Professionallität	Gelungene Gesprächsführung gute Strukturierung des Arzt-Patienten-Gesprächs	11	"...dass man als Arzt oft eine leitende Aufgabe hat und ein bisschen die Organisation übernehmen muss." [S 3/046]
	Weiterbetreuung anbieten Angebot von weiterer Betreuung und Unterstützung	10	"... indem ich dem Patienten das Angebot mit auf den Weg gebe, dass er sich jederzeit an mich wenden kann. Wenn er keinen Ausweg sieht oder nicht weiß, wie er weiter verfahren soll, kann er mich anrufen oder herkommen." [A 1/396]
	Behandlungsoptionen aufzeigen verschiedene Behandlungsoptionen aufzeigen können, darunter gegebenenfalls auch palliative Optionen	9	"... dem Patienten Hilfsmöglichkeiten aufzeigen, wie er damit zurechtkommen kann. Das wären zum einen weitere Therapiemöglichkeiten ..." [A 1/048]
	Emotionale Stabilität eigene emotionale Stabilität des Arztes	5	"...dass man nicht aus der Bahn geworfen und selbst zu emotional wird. (...) Dass man also keinen unkontrollierten Gefühlsausbruch hat. Ich denke, dass das nicht im Rahmen der Professionalität wäre." [S 3/081]
	Setting der Arzt soll einen angemessenen Rahmen/Setting schaffen	11	"Nach Möglichkeit nicht auf dem Gang oder Ähnliches, wenn es sich irgendwie vermeiden lässt, sondern in ruhiger Atmosphäre." [A 3/063]
Persönlich definierte Ziele	Gleichberechtigung herstellen Arzt und Patient sind gleichberechtigte Gesprächspartner / Entscheidungen werden gemeinsam getroffen	3	"Da habe ich noch einmal versucht, den Patienten mit ins Boot zu holen. Der Patient muss, damit die Behandlung überhaupt Sinn hat, auch das Gefühl haben, dass er eine Wahl hat, sich dafür oder dagegen entscheiden zu können und nicht, dass wir sagen, man muss es so machen und dann machen wir das so." [A 3/201]
	Patientenbefinden erfragen der Arzt muss sich nach dem Patientenbefinden erkundigen	2	"...fragen, wie er sich das vorstellt, wie es jetzt weiter geht oder ob er eine Vorstellung hat, was die Krankheit für ihn bedeutet" [S 5/091]
	Suizidalität abfragen der Arzt muss nach suizidalen Absichten fragen	1	"...auf Suizidalität kann man zu sprechen kommen. So, dass man dann vielleicht noch mal nachfragt." [S 5/092]
	Arzt baut vor Gespräch eine Beziehung zum Patienten auf	1	"...dass man am besten den Patienten schon kennt und mehrmals mit ihm gesprochen hat. Oder zumindest vorher noch ein bisschen über ihn und seinen momentanen Stand im Leben redet und dann erst mit der schlechten Nachricht kommt." [S 5/075]

Tabelle 5: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Persönlich definierte Ziele

Hauptkategorie/ Dimension	Subkategorie	n = Teiln.	Ankerbeispiel	
Patientenorientierung	Empathie zeigen	12	"Aber eben auch, dass man sich empathisch zeigt, dass man nicht gefühllos wirkt, dass man auf den anderen und auf die Situation eingeht. Dass man auf die Emotionen von dem Patienten reagiert und anpasst, wie man das Gespräch weiterführt und wie man die Informationen vermittelt." [S 1/063]	
	Emotionaler Beistand	10	"Wichtig ist mir, dass die Leute nicht einfach vor diese Nachricht gestellt werden und dann allein gelassen sind oder sich allein gelassen fühlen." [A 1/099]	
	Ehrlichkeit	9	"Besonders wichtig ist natürlich, dass man ehrlich bleibt und die Situation so schildert wie sie ist." [A 3/076]	
	Hoffnung lassen	6	"Natürlich muss man auch, wenn man eine schlechte Nachricht überbringt, darauf achten, dass man dem Patienten oder den Angehörigen nicht jegliche Hoffnung nimmt." [A 3/050]	
	Vertrauen aufbauen	3	"Wichtig finde ich für den Anfang, dass man auf jeden Fall eine Vertrauensbasis hat." [S 5/073]	
	Eindeutigkeit	3	"Und dass man die Patienten nachher nicht noch zweifeln lässt, ob ihre Diagnose anders interpretiert werden könnte, als so wie ich es gerade gesagt habe " [S 6/065]	
	Geduld	2	"Es ist ja oftmals so, (...) dass das zunächst eine gewisse Zeit dauert, bis Patienten oder Angehörige das verarbeiten und sich dann erst Gedanken dazu machen, wie es eigentlich weitergeht." [A 3/070]	
	Verlässlichkeit	2	"Also für mich ist wichtig, dass ich die vorab genannten Punkte auch wirklich leisten kann." [S 4/097]	
	Verdrängung verhindern	1	"Mir ist schon wichtig, dass der Patient mir zuhört und nicht verdrängt, was ich ihm sage." [S 6/100]	
	Persönlich definierte Ziele			

Tabelle 6: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Persönlich definierte Ziele

Hauptkategorie/ Dimension	Subkategorie	n = Teiln.	Ankerbeispiel
Schwierigkeiten bei der Gesprächsgestaltung	Zeitdruck Umgang mit zeitlicher Begrenzung	5	"... dass man das in einer umschriebenen Zeit schafft (...), was unseren Tagesablauf angeht" [A 3/105]
	Formulierung Worte finden für die schlechte Nachricht	5	"Ich habe versucht das Wort Krebs zu vermeiden und habe deswegen Tumor und Neubildung gesagt, weil ich wusste, dass das Wort Krebs mit dieser absoluten Horroardiagnose verbunden ist." [S 4/174]
Schwierigkeiten bei der Patientenorientierung	Anhaltendes empathisches Verhalten Arzt muss während eines BBN-Gespräch anhaltend empathisch sein	5	"Es ist natürlich schwierig schlechte Nachrichten so zu vermitteln, dass man nicht kalt oder distanziert wirkt." [S 1/074]
	Individualität Patient erfassen Gespür für die jeweiligen Patientenbedürfnisse haben	4	"Schwierig ist, Wege für jeden individuellen Menschen zu finden." [A 1/126]
	Übergang kurativ zu palliativ Ansprechen von palliativem Behandlungsverlauf	4	"In dem Moment musste ich ihr beibringen, dass es eine palliative Situation und keine kurative mehr ist." [S 2/174]
Schwierigkeiten bei der Patientenorientierung	Balance Hoffnung / Ehrlichkeit Konflikt zwischen Hoffnung lassen und Wahrheit sagen	2	"Man merkt deutlich, dass man die Beunruhigung nicht ersparen kann, wenn man dem Patienten ehrlich erklärt, was da jetzt los ist. Man kann nicht so tun, als sei jetzt nichts. Das geht mir durch den Kopf, wie mache ich das, dass die Beunruhigung nicht zu groß wird." [A 1/174]
	Balance Zurücknahme / Beistand leisten Konflikt zwischen eigener Zurücknahme und emotionalem Beistand leisten	1	"Man muss die richtige Balance finden. (...) in dem Moment muss der Patient kurz in Ruhe und Stille anfangen das zu akzeptieren. Und dann muss man aber wieder da sein, für denjenigen." [S 2/087]
Verarbeitung	Umgang mit psychischer Belastung Arzt muss psychische Belastung verarbeiten	4	"Weil es mir sehr nahe geht, wenn es so etwas Terminales ist, wo man nicht mehr viel machen kann." [S 6/116]

Tabelle 7: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Schwierigkeiten

5.3 Ergebnisse Fragestellung 2: Emotionale Beteiligung

Zur Beantwortung der Fragestellung 2, die die Emotionale Beteiligung von Ärzten und Medizinstudenten beim Überbringen schlechter Nachrichten untersucht, wurde die Hauptkategorie Emotionale Beteiligung herangezogen. Die Hauptkategorie wird im nachfolgenden Kapitel dargestellt. Das Kapitel schließt mit der Darstellung der Hauptkategorie im Kategorienleitfaden.

5.3.1 Zusammenfassende und deskriptive Ergebnisdarstellung der Hauptkategorie **Emotionale Beteiligung**

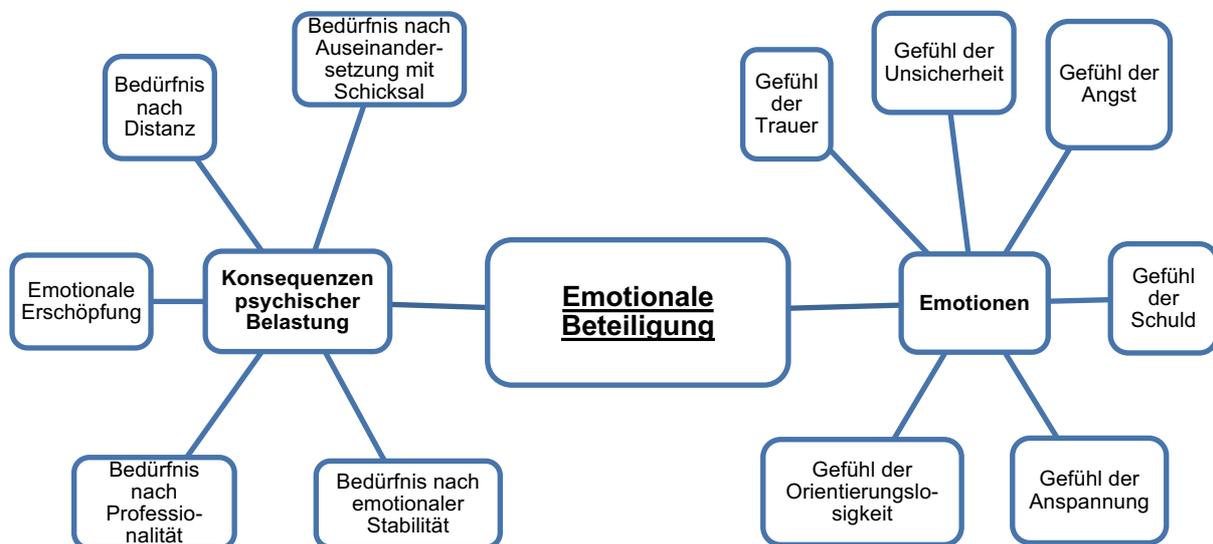


Abbildung 10: Überblick Hauptkategorie Emotionale Beteiligung

In dieser Hauptkategorie zeigt sich die emotionale Beteiligung eines Arztes während des Überbringens schlechter Nachrichten. Die Kategorienbildung verdeutlicht hier, dass Ärzte auf der einen Seite bereits durch die Konfrontation mit negativen Emotionen belastet sind und auf der anderen Seite mit den Konsequenzen, die aus dieser emotionalen Beteiligung resultieren, umgehen müssen. Die Hauptkategorie entstand vor allem aus den Aussagen der Ärzte und Studenten, nachdem die Methode des Stimulated Recall eingesetzt wurde. Auffällig ist, dass, obwohl die Stimulated Recall Frage *<Welche Gefühle hatten Sie in diesem Moment?>* bewusst

neutral gehalten wurde, kaum positive Gefühle während des Überbringens einer schlechten Nachricht angegeben wurden. Mit Ausnahme des Gefühls der Erleichterung, scheinen während der Aufgabe vor allem negative Emotionen im Vordergrund zu stehen. Zusätzlich fanden die auf die Leitfadenfrage *<Welche psychische Belastung verspüren Sie bei dem Überbringen schlechter Nachrichten?>* gegebenen Antworten Einzug in diese Hauptkategorie.

In der Dimension Emotionen berichten elf der befragten Teilnehmer davon, dass sie während eines Breaking-Bad-News-Gesprächs mit dem Gefühl der Trauer umgehen müssten. So betonen sowohl Teile der Ärzte als auch der Studenten, dass sie, wenn sie einem Patienten eine schlechte Nachricht überbringen müssten, traurig seien. Gerade, wenn der Arzt oder Student dem Patienten gegenüber empathisch sei und sich in die Situation des Gegenübers hineinversetze, entstehe das Gefühl der Trauer:

„Also wenn man sich dann selbst ganz schnell in die Rolle des Patienten versetzt und wenn man dann denkt, ich bekomme jetzt die Diagnose, dann ist da wirklich eine große Trauer dabei.“ [S 2/151]

Übereinstimmend schildern sowohl Ärzte als auch Studenten ihr Mitgefühl mit dem Patienten während eines Gesprächs, in dem schlechte Nachrichten überbracht werden müssten. Mitleid gehört zu den am häufigsten benannten Gefühlen während der Interviews. Gefühle der Trauer seien zudem verstärkt wahrnehmbar, wenn der Arzt oder Student sich mit dem Patienten identifizieren könne. Die Tatsache, dass dem Überbringer der schlechten Nachricht durch die Identifikation mit dem Patienten bewusstwerde, dass es jeden treffe könne, führe zu einer gesteigerten Empfindung von Trauer und Mitleid. Auch von einem Gefühl der Bedrückung berichten Teilnehmer beider Gruppen. Ein Student erzählt: „(...) das hängt so über dem ganzen Gespräch. Eine gewisse Bedrücktheit.“ [S 5/203]

Während der Interviews wird zudem deutlich, dass sowohl die gefragten Ärzte als auch die Medizinstudenten ein Gefühl der Unsicherheit empfinden. Diese Unsicherheit besteht bezüglich der Gestaltung des weiteren Gesprächsverlaufs oder des eigenen Handelns. Außerdem wird vor allem von studentischer Seite über Selbstzweifel während eines Breaking-Bad-News-Gesprächs berichtet. Ärzte scheinen durch die alltägliche Routine weniger an sich selbst zu zweifeln. Unter den Medizinstudenten erwähnen hingegen fast alle Teilnehmer den eigenen Zweifel.

Zusätzlich beschreibt in den Interviews die Hälfte der Befragten Gefühle der Angst. Dabei kann Angst durch verschiedene Auslöser entstehen. Teilnehmer beider Gruppen berichten von der Angst vor der Reaktion des Patienten, nach dem eine schlechte Nachricht überbracht wurde. Ärzte und Studenten betonen, sie hätten Angst vor einer Schuldzuweisung durch den Patienten. Man müsse darauf achten „nicht geköpft zu werden“ [A 2/061], da der Überbringer schlechter Nachrichten gelegentlich mit der schlechten Nachricht assoziiert werde. In diesem Punkt stehen die Subkategorien Gefühl der Angst und Gefühl der Schuld in engem Zusammenhang. Überdies erwähnen einige Befragte auch die Angst vor dem Tod als einen zentralen Aspekt in einem Breaking-Bad-News-Gespräch. Die Beschäftigung mit einer zum Tode führenden Erkrankung führe dazu, dass sich der Arzt selbst auch mit Sterben und Tod auseinandersetzen müsse. Das Gefühl der Ehrfurcht vor dem Tod dränge sich auf.

Auch in der Subkategorie Gefühle der Schuld wird deutlich, dass sich die Hälfte der Befragten mit dem Empfinden von Schuld beschäftigen. Mehrere Teilnehmer, vor allem die zukünftigen Ärzte, erwähnen, dass sie sich für den Inhalt der Nachricht schuldig fühlten, obwohl sie bei rationaler Bewertung ihre eigene Unschuld erkennen würden. Auf der anderen Seite erläutert eine Ärztin, dass sie sich mit dem Gefühl der Schuld in einem bewussten Prozess beschäftigt und dieses schließlich abgelegt habe. In einem weiteren Punkt berichten einige studentische Teilnehmer der Studie davon, dass in einem Breaking-Bad-News-Gespräch das Schlechte der Nachricht sogar auf den Arzt übertragen werden könne:

„Da fühlt man sich ein bisschen schuldig, obwohl man ja dafür überhaupt nichts kann. Aber man selbst ist jetzt die Person, die da gerade ein Leben zerstört (...) weil der Patient personifiziert Sie ja jetzt mit der Nachricht als derjenige.“ [S 3/181]

Auch mische sich beim Aussprechen einer Nachricht, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder sogar eine unheilbare Erkrankung zum Inhalt hätte, ein schlechtes Gewissen unter die Gefühle des Arztes. Zusätzlich wird ein Verantwortungsdruck während der Gesprächsführung beschrieben.

„Ich habe mich auch selbst unter Druck gesetzt gefühlt, dass ich so eine schwere Last auf sie geben muss.“ [S 2/149]

Das Gefühl der Anspannung benennt ausschließlich die Gruppe der Studenten. Das darunter fallende Gefühl der Ungewissheit wird in den Daten häufig erwähnt und scheint als zentraler Aspekt zu einer generellen Anspannung beizutragen. Dabei würde sich Ungewissheit während des Gesprächs vor allem dann entwickeln, wenn die schlechte Nachricht überbracht sei und die Reaktion des Patienten erwartet werde. Gleichzeitig mache sich Nervosität breit, wenn eine schlechte Nachricht überbracht werden müsse. Gerade im Studium verlange eine so besondere Gesprächssituation den Studenten viel ab: Ohne, dass der Student auf Erfahrungswerte zurückgreifen könne, müsse er mit der Situation professionell umgehen. Dies führe letztlich zum Gefühl der Überforderung. Eigene Zweifel trügen zu diesem Gefühl maßgeblich bei.

Die Daten zeigen zusätzlich, dass sich während des Gesprächs ein Viertel der Beteiligten in der Studie mit dem Gefühl der Orientierungslosigkeit auseinandersetzt. So geben die Studenten an, dass sich ihnen ein Gefühl der Sinnlosigkeit aufdränge, während Sie einem Patienten schlechte Nachrichten überbringen müssten. Auch ein Gefühl der Ausweg- und Perspektivlosigkeit lasse sich feststellen. In manchen Situationen eines Breaking-Bad-News-Gespräch mache sich außerdem ein Gefühl des Nicht-Fühlens und der Leere bemerkbar, betonen vor allem einige der Studenten. Gleichzeitig geben erneut vor allem die Studenten an, dass sie ein Gefühl der Hilflosigkeit empfänden. Bei tödlich verlaufenden Erkrankungen, für die die moderne Medizin keine kurativen, sondern überwiegend palliative Therapieansätze bereithalte, fühlten sich die Befragten dieser Situation hilflos ausgesetzt:

„Aber eben auch diese Hilflosigkeit, dass man selber sich denkt, da kann ich eigentlich nichts machen.“ [S 3/277]

In der Dimension Konsequenzen des Belastungsempfinden zeigt sich, wie Ärzte und Medizinstudenten auf die Konfrontation mit den oben genannten Gefühlen reagieren und welche Bedürfnisse sie in der Folge entwickeln. Nach einem Breaking-Bad-News-Gespräch entstehe das Bedürfnis nach einer Auseinandersetzung mit Schicksal, finden sechs Interviewte. Gerade weil sich bei zum Tode führenden Erkrankungen die Frage nach dem Warum und nach einem Sinn aufdränge, bestehe das dringende Bedürfnis, sich mit einem solchen Schicksalsschlag auseinandersetzen zu wollen. Das Wissen über den beschwerlichen Weg, den eine

solche Erkrankung oftmals mit sich bringt, sei, im Gegensatz zum Überbringen der schlechten Nachricht „das viel Schwierigere“ [A 2/201], betont einer der Ärzte. Ein Drittel erklärt, dass sich bei ihm ein Bedürfnis nach emotionaler Distanz einstelle. Dies sei der Versuch, sich gegen die Übernahme von Schuld oder Verantwortung für das Geschehene zu wehren. Dabei resultiert aus dem Bedürfnis, Distanz schaffen zu wollen, eine der vielen Strategien, mit denen Ärzte und Medizinstudenten die Aufgabe bewältigen. Zusätzlich fühlten sich ein Viertel der Teilnehmer nach dem Überbringen einer schlechten Nachricht emotional erschöpft. Dabei sei die emotionale Erschöpfung eine Folge der zu bewältigenden Emotionen während der Breaking-Bad-News-Aufgabe. Vier der Gefragten beschreiben ein Bedürfnis nach Professionalität. Dabei würde Ihnen nun „die Aufgabe“ zufallen „das (die Nachricht, Anm. d. Autorin) zu überbringen“ [S 3/161]. Das Bedürfnis danach, die Aufgabe in den Kontext der Profession des Arztes einzuordnen, wird hier deutlich. Gleichzeitig heben Ärzte und Studenten hervor, dass es für sie wichtig sei, emotional stabil zu sein und zu bleiben. Man müsse „selber schauen, dass man irgendwie da ganz gut wieder raus kommt aus der Geschichte (...)“ [A 2/62] erläutert einer der Ärzte, der schlechte Nachrichten im beruflichen Alltag überbringen muss.



Abbildung 11: Wordcloud Hauptkategorie Emotionale Beteiligung

Hauptkategorie/ Dimension	Subkategorie	n = Teiln.	Ankerbeispiel	
Emotionale Beteiligung	Gefühl der Trauer	11	"Tragisch ist es auf jeden Fall, das hat man verspürt. Das will man glaube ich nicht am eigenen Leib miterleben." [S 2/294] "In dem Moment habe ich mitgeföhlt, was ihr jetzt wohl durch den Kopf geht." [S 4/288] "...das sind normale Leute, so dass man sich in irgendeiner Art und Weise mit demjenigen identifizieren kann." [A 3/188]	
	Gefühl der Unsicherheit	7	"Ich habe tatsächlich einfach so ein latent unangenehmes Gefühl in mir, eine Unsicherheit, wie mache ich es am besten." [A 1/195] "Habe ich es richtig vermittelt, war ich irgendwie zu forsch? Also so ein bisschen Selbstzweifel." [S 1/107]	
	Gefühl der Angst	6	"Das Gefühl einer gewissen Ehrfurcht oder Angst vor dem Tod kommt dann da auch dazu. [S 5/241] "Angst, dass man das, was mit dem Patienten passiert, nicht mehr handeln kann oder dass man damit nicht mehr zurechtkommt und die Situation dann komplett entgleist." [S 1/146]	
	Gefühl der Schuld	6	"Da fühlt man sich ein bisschen schuldig, obwohl man ja dafür überhaupt nichts kann. Aber man selbst ist jetzt die Person, die da gerade ein Leben zerstört." [S 3/181] "...weil der Patient personalisiert Sie jetzt mit der Nachricht als derjenige." [S 3/187] "...ich empfinde es als Verantwortung, es so zu überbringen, dass jemand damit auch klar kommt. [A 1/210]	

Tabelle 8: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Emotionale Beteiligung

Hauptkategorie/ Dimension	Subkategorie	n = Teiln.	Ankerbeispiel
Emotionale Beteiligung	Gefühl der Anspannung	6	"...man ist schon ein bisschen überfordert." [SG 6/306] "Immer noch Anspannung, weil das Gespräch noch am Laufen ist und Potential hat, wahnsinnig schwierig zu werden." [S 1/207]
	Gefühl der Orientierungslosigkeit	4	"Aber eben auch diese Hilflosigkeit, dass man sich selbst denkt, da kann ich eigentlich nichts machen." [S 3/277] "...dass das alles limitiert ist plötzlich." [S 4/303] "...es fühlt sich ein bisschen sinnlos an." [S 6/244] "... es stoppt alles, weil man so fokussiert ist. Ich hatte das Gefühl, ich fühle gar nichts in dem Moment. Da ist einfach nur so Leere." [S 5/184]
	Bedürfnis nach Auseinandersetzung mit Schicksal	6	(...) dass er Großvater wird und bald ein Haus baut und irgendwie so dieses Lebensschicksal...[S 5/262]
	Bedürfnis nach Distanz	4	"Man neigt dazu ein bisschen auszuweichen und versucht zu sagen, nein, das hat ja jetzt mit mir nichts zu tun. Man versucht da irgendwie Distanz zu gewinnen und sich nicht selbst die Schuld zu geben." [S 3/250]
	Emotionale Erschöpfung	3	"Ich denke, nach so einem Arbeitstag ist man viel ausgelaugter, fast so, als hätte man vielleicht selbst diese Diagnose bekommen." [S 3/325]
	Bedürfnis nach Professionalität	3	"Ich habe jetzt die Aufgabe, das zu überbringen, und das war alles relativ professionell noch zu Beginn des Gesprächs, auf jeden Fall." [S 3/161]
	Bedürfnis nach Emotionaler Stabilität	1	"Genau, dann noch seine Gefühle zu kontrollieren, sage ich jetzt mal. Das ist eine psychische Belastung und die Geschichte belastet einen auch selbst irgendwie." [S 5/316]
	Ungewissheit, Überforderung, Anspannung, Nervosität		
	Hilflosigkeit		
	Perspektivlosigkeit, Sinnlosigkeit		
Leere			

Tabelle 9: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Emotionale Beteiligung

5.4 Ergebnisse Fragestellung 3: Bewältigung und Unterstützungsmaßnahmen

Zur Beantwortung der Fragestellung 3, die Bewältigungsstrategien und mögliche Unterstützungsmaßnahmen von Ärzten und Medizinstudenten beim Überbringen schlechter Nachrichten untersucht, wurden die Hauptkategorien Bewältigung und Unterstützungsmaßnahmen herangezogen. Diese Hauptkategorien werden im nachfolgenden Kapitel zunächst nacheinander dargestellt. Abschließend erfolgt ihre gemeinsame Darstellung im Kategorienleitfaden. Auf ein Auseinandertrennen der Hauptkategorien im Leitfaden wurde zugunsten einer besseren Übersichtlichkeit verzichtet.

5.4.1 Zusammenfassende und deskriptive Ergebnisdarstellung der Hauptkategorie **Bewältigung**

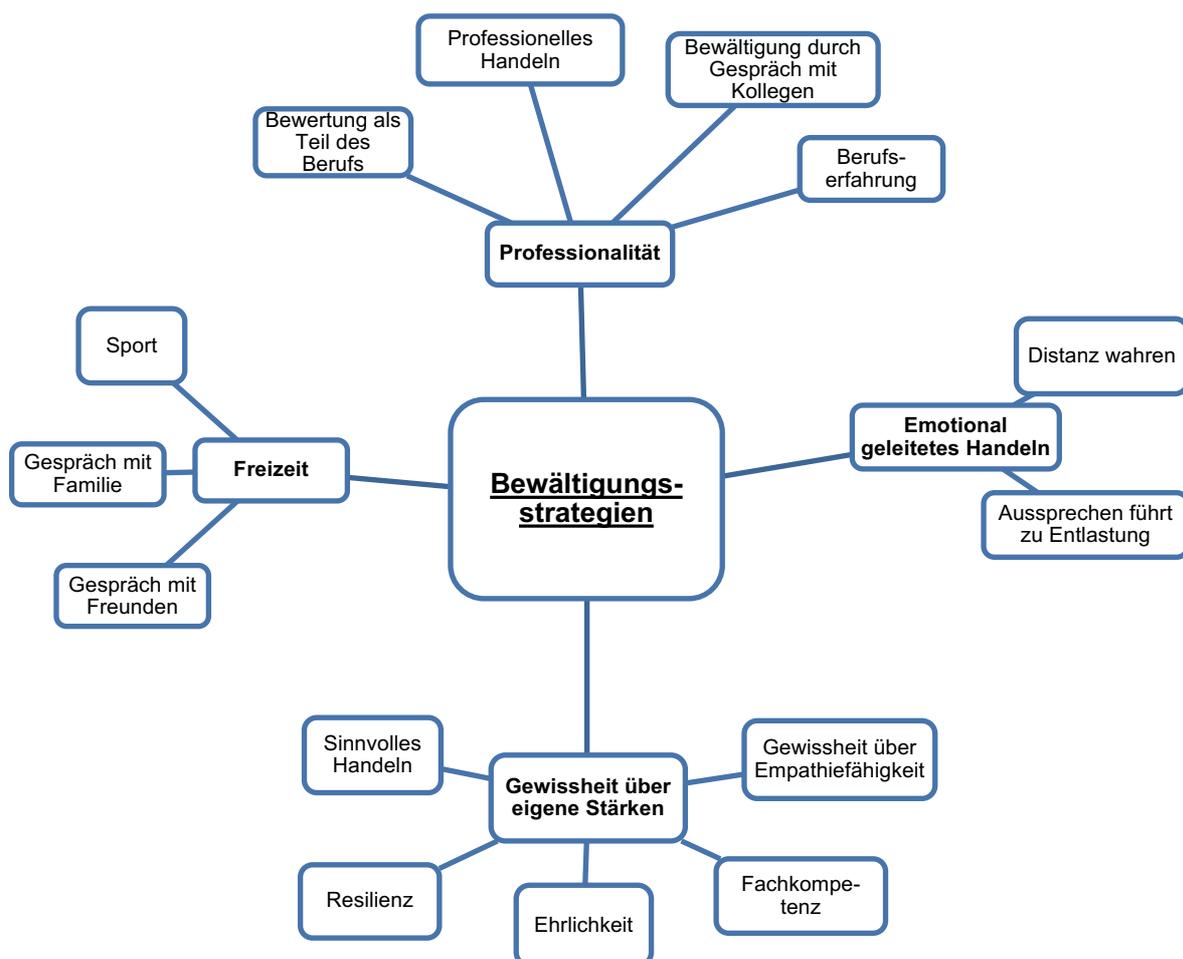


Abbildung 12: Überblick Hauptkategorie Bewältigungsstrategien

Einen zentralen Aspekt dieser Arbeit bildet die Hauptkategorie Bewältigungsstrategien. Diese wurde vor allem aus den Daten zu der Interviewleitfadenfrage < *Welche Strategien haben Sie, um mit dieser Belastung umzugehen?* > gebildet. Dabei nehmen die gefundenen Bewältigungsstrategien direkt Bezug auf die bereits genannten emotionalen und kognitiven Belastungsfaktoren. Gerade weil das Überbringen schlechter Nachrichten eine Herausforderung im Beruf des Arztes darstellt, bei der emotionale Belastungssituationen überwunden werden müssen, sind die in den Interviews genannten Bewältigungsstrategien von besonderer Bedeutung.

Fünf der gefragten Ärzte und Medizinstudenten bewerten die Tätigkeit des Überbringens schlechter Nachrichten als einen Teil des ärztlichen Berufs. Die Einordnung der Aufgabe in ihren professionellen Kontext stellt damit eine der Bewältigungsstrategien von Ärzten und Medizinstudenten dar: „Das ist halt einfach der Job.“ [A 2/305] stellt einer der Ärzte, gefragt nach seinen persönlichen Strategien, fest. Damit einhergehend konstatiert auch einer der befragten Studenten: „(...) dass man sagt, das ist mein Job, das ist meine Arbeit“ [S 3/346]. Auch ein professionelles Handeln im Sinne des ärztlichen Berufs stellt für beide Gruppen, Ärzte sowie Studenten, eine Bewältigungsstrategie dar. Ein von vornherein einwandfreies und medizinisch korrektes Handeln lasse erst gar keine psychische Belastung entstehen:

„Also wenn man über so jemanden spricht, wo medizinisch alles ablauftechnisch gut gelaufen ist, wo ich mir jetzt persönlich keinen Vorwurf machen muss oder so etwas (...). Dann entsteht bei mir kein Druck oder ein schlechtes Gefühl.“ [S 2/291]

Ein Viertel der Studenten und Ärzte betonen, dass sozialer Austausch beim Überbringen schlechter Nachrichten helfe. Gerade dann, wenn es sich um ein besonders belastendes Gespräch handele, sei der kollegiale Austausch in der Klinik wichtig. Zwei der interviewten Ärzte bekräftigen zudem, dass ihnen die bisher gewonnene Berufserfahrung bei der Bewältigung der Aufgabe helfe:

„Ob man einfach sagt, dass man besser gelernt hat damit umzugehen, ob der eine oder andere sagt, dass die Leute, die das länger machen vielleicht dann abstumpfen im negativen Sinne – wie man das auch immer nennen mag. Es ist halt so, dass eine gewisse Gewöhnung einsetzt, was das angeht.“ [A 3/278]

Weiterhin bewältigen Ärzte und Medizinstudenten die Aufgabe, schlechte Nachrichten überbringen zu müssen, in dem sie emotional geleitet handeln. Dabei steht das Erreichen von emotionalem Abstand im Vordergrund. Das Bedürfnis nach emotionaler Distanz verleitet dabei acht Befragte dazu, diesen Zustand aktiv herbeizuführen: „Ja, also ich versuche eigentlich schon das möglichst wenig mit nach Hause zu nehmen, aber das gelingt einem natürlich nicht immer.“ [A 2/239] Eine Studentin fügt hinzu, dass sie sich bewusst emotional distanzieren, um die notwendige Professionalität weiterhin garantieren zu können:

„Ich versuche das schon ein bisschen von mir abzuschotten, weil ich glaube, dass ich sonst nicht so professionell reagieren könnte.“ [SG 6/357]

Von einem Druckgefühl, einer Bedrückung, ausgehend, berichten sieben Studenten davon, dass das Aussprechen einer schlechten Nachricht zu einer emotionalen Entlastung führe.

In der Dimension Gewissheit über eigene Stärken machen die befragten Ärzte und Studenten deutlich, dass das Wissen über diese Stärken eine Art der Bewältigung darstellt. Dabei zählen die Befragten ganz verschiedene persönliche Eigenschaften auf, die ihnen helfen, das Überbringen schlechter Nachrichten zu bewältigen. Beide Gruppen betonen, dass es wichtig sei, sich in den Patienten einzufühlen. Das Wissen über die eigene Empathiefähigkeit und das Aufbringen von Verständnis für den Patienten führe dazu, dass sowohl der Patient als auch der Arzt sich in der Situation wohler fühlen könnten. Die Gewissheit darüber, dem Patienten empathisch und verständnisvoll gegenüber treten zu können, sei daher einer der Wege, mit der Belastung eines solchen Gesprächs umzugehen. Ein Drittel der Teilnehmer erwähnen außerdem, dass sie dem Patienten ehrlich gegenüber sein wollten. Das Wissen darüber, dass dieses Vorhaben während eines Breaking-Bad-News-Gesprächs gelinge, entlaste den Überbringer der schlechten Nachricht zusätzlich. Das Wissen über die eigene fachliche Kompetenz sei zudem bedeutend im Umgang mit der Aufgabe. Es sei für die Arbeit mit krebserkrankten Patienten außerdem hilfreich, wenn sich der Arzt oder die Ärztin sich seiner oder ihrer eigenen psychischen Widerstandsfähigkeit sicher sein könne, findet eine Ärztin. Das Wissen über die eigene Resilienz helfe dabei, diese belastende Tätigkeit weiterhin ausüben zu können. Ein weiterer Punkt sei zudem wichtig bei der Bewältigung: Die

Gewissheit, dass das eigene Handeln sinnvoll sei, wie ein Interviewter betont. In ihrer Freizeit schätzen einige Befragte der Studie auch die Unterhaltung mit der eigenen Familie oder mit Freunden. Bewegung und Sport stellen ebenfalls eine Möglichkeit dar, mit der Aufgabe umzugehen.



Abbildung 13: Wordcloud Hauptkategorie Bewältigungsstrategien

5.4.2 Zusammenfassende und deskriptive Ergebnisdarstellung der Hauptkategorie **Unterstützungsmaßnahmen**

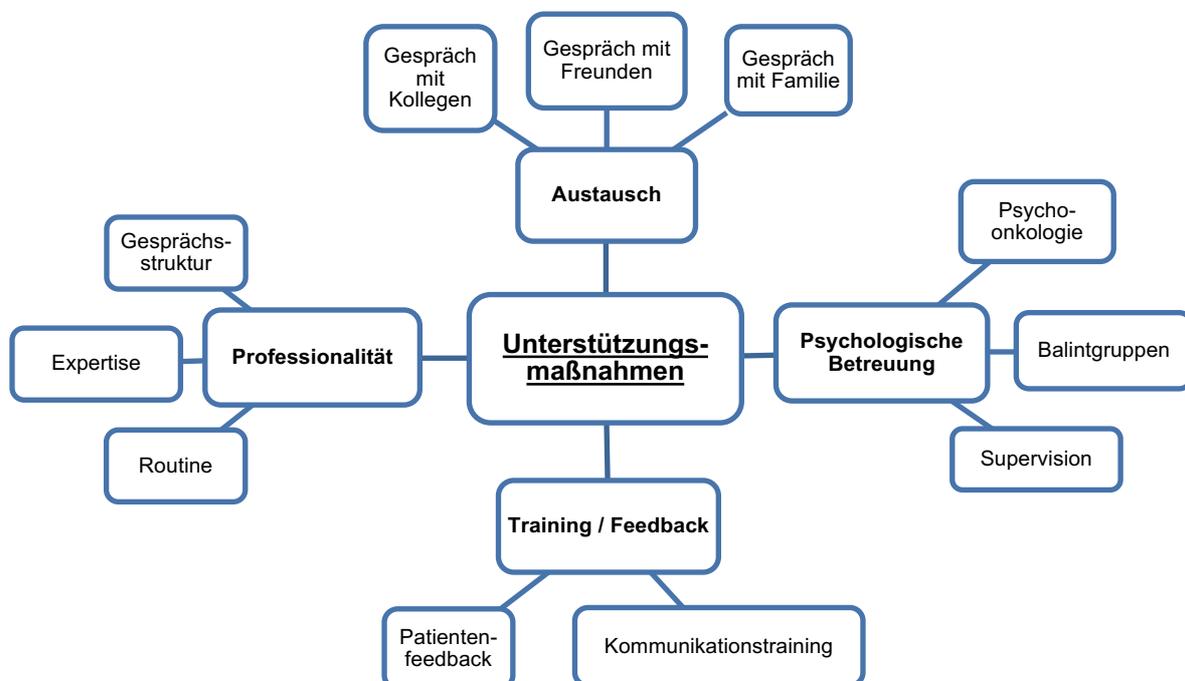


Abbildung 14: Überblick Hauptkategorie Unterstützungsmaßnahmen

In der Hauptkategorie Unterstützungsmaßnahmen werden mögliche Angebote für Ärzte und Medizinstudenten herausgearbeitet, die bei dem Überbringen von schlechten Nachrichten im klinischen Alltag helfen könnten. Dabei orientieren sich die Kategorien und Dimensionen eng an der Leitfadenfrage < *Welche Unterstützungsmaßnahmen können Sie sich vorstellen, die Ihnen bei der Aufgabe, schlechte Nachrichten zu überbringen, hilft?* >, die während des Interviews gestellt wurde.

Genau wie in der Hauptkategorie der Bewältigungsstrategien weisen im Bereich der denkbaren Unterstützungsmaßnahmen die Hälfte der Befragten darauf hin, dass ein kollegialer und familiärer Austausch wichtig sei. Durch psychologische Betreuung der beteiligten Personen eines Breaking-Bad-News-Gespräch werde weitere Unterstützung gewährleistet: Am besten solle eine psychologische Betreuung der Patienten während und nach dem Breaking-Bad-News-Gespräch eingesetzt werden, betonen fünf der Studienteilnehmer. Dabei sei vorstellbar, dass während eines Gesprächs ein betreuender Psychologe sowohl auf die Bedürfnisse der Ärzte als auch der Patienten eingehen könne. Auch die Psycho-Onkologie, bei der der Patient psychotherapeutisch begleitet wird, könne bei der Bewältigung helfen. Zudem sollten Ärzte psychologisch betreut werden, wenn das Überbringen schlechter Nachrichten zu ihren täglichen Verpflichtungen gehöre. Ein mögliches Beispiel sei der Einsatz von Supervisionsgruppen, unter professioneller Leitung. Neben Supervisionsrunden sei die Nutzung von Balintgruppen sinnvoll, heben zwei Interviewte heraus. Ärztliche Gesprächsgruppen unter der Leitung eines ausgebildeten Psychotherapeuten könnten helfen, das Überbringen schlechter Nachrichten zu verarbeiten.

Viele der Befragten heben die Bedeutung von professionell geleiteten Übungsmöglichkeiten hervor. So sei ein Coaching, das „individuell auf die Situation zugeschnitten ist“ oder indem „man individuell Strategien“ entwickeln könne, „schon eine ziemlich hilfreiche Methode“ [A 2/258], bekräftigt einer der gefragten Ärzte. Kommunikationstrainings für Ärzte könnten dazu beitragen, „dass man auf professionelle Art und Weise lernt, wie man das Gespräch führt“ [A 1/368] unterstreicht eine weitere Ärztin. Zusätzlich betont eine Studentin in dieser Dimension Training/Feedback, dass ihr eine Rückmeldung von den Patienten oder Schauspielpatienten zu ihrer eigenen Leistung während des Gespräch helfen würde. Dies sei vor allem in der Ausbildung wichtig. Die Dimension Professionalität als

Unterstützungsmaßnahme wurde ausschließlich aus Aussagen gebildet, die die Studenten während der Interviews gaben. Die Aufgabe, schlechte Nachrichten überbringen zu müssen, erfordere von den Überbringern der Nachricht ein hohes Maß an Erfahrung. Dieses könne ein Student während seines Studiums natürlich noch nicht nachweisen. Daher sei es als unterstützende Maßnahme wichtig, Breaking-Bad-News-Gespräche zu üben, denn „einfach so allein dadurch, dass man es mehrmals macht, durch die Routine sage ich jetzt einfach mal, wird man selbst irgendwie sicherer.“ [S 5/367] findet einer der Studenten.

Eine angemessene Gesprächsstruktur, in der der Arzt dafür sorgen müsse, dass eine gute Gesprächsatmosphäre entstehe und das Gespräch nicht von Unbeteiligten gestört werde, würde sich außerdem unterstützend auf das eigene Empfinden auswirken, findet ein Student. Ein weiterer Student ist sich sicher, dass ihm ein ausreichend medizinisches Fachwissen Sicherheit und Unterstützung in einer Breaking-Bad-News-Situation geben würde. Damit sei ein weiterer Schritt getan, um die Herausforderung, die ein solches Arzt-Patienten-Gespräch darstellt, zu bewältigen.



Abbildung 15: Wordcloud Hauptkategorie Unterstützungsmaßnahmen

Hauptkategorie/ Dimension	Subkategorie	n= Teiln.	Ankerbeispiel	
Professionalität	Bewertung als Teil des Berufs	5	"(...) dass man sagt, das ist mein Job, das ist meine Arbeit und versuchen, das nicht so an sich ranzulassen." [S 3/346]	
	Professionelles Handeln Handeln im Sinne von ärztlichen Tätigkeiten	4	"Wenn ich mit diesen Leuten rede, ist das ein bisschen eine andere Person, die da sitzt. Das bin dann nicht so ich, sondern mehr der Arzt." [S 6/354]	
	Bewältigung durch Gespräch mit Kollegen Austausch mit Arbeitskollegen	3	"Man kann natürlich mit Kollegen darüber sprechen, wenn man wirklich einen Fall hat, der einen irgendwie belastet." [A 3/256]	
	Berufserfahrung durch gearbeitete Zeit und Erfahrung erlangte Sicherheit	2	"Es ist so, dass eine gewisse Gewöhnung einsetzt, was das angeht." [A 3/278]	
	Distanz wahren emotionale Distanz schaffen und diese bewahren	8	"Ich versuche das schon ein bisschen von mir abzuschotten, weil ich glaube, dass ich sonst nicht so professionell reagieren könnte." [S 6/357]	
	Aussprechen führt zu Entlastung	7	"Aber andererseits, habe ich mir auch gedacht: Gut, jetzt ist der Satz endlich gesagt und dann ist auch Druck von einem selbst weg." [S 2/214]	
	Emotional geleitetes Handeln	Gewissheit über eigene Empathiefähigkeit	4	"Die Belastung kommt ja daher, dass ich es dem Patienten angenehm machen möchte. Deswegen versuche ich mich irgendwie langsam heranzutasten. Wenn man merkt: Okay, der Patient fühlt sich jetzt gerade wohl oder redet wieder von sich aus, dann befindet man sich, glaube ich, in einer guten Position." [S 2/348]
		Gewissheit über eigene Ehrlichkeit	4	"Aber für mich persönlich, kann ich ganz klar sagen, ist die Ehrlichkeit und die Aufrichtigkeit ein ganz, ganz wichtiger Punkt in der Verarbeitung." [S 4/547]
		Gewissheit über Fachkompetenz	4	"Wenn der dann meine ganzen Ratschläge annimmt und in der Hinsicht eine gute Betreuung hat, empfinde ich durchaus eine Erleichterung (...)" [A 1/426]
		Resilienz sich seiner psychischen Widerstandsfähigkeit bewusst sein	1	"Das eine ist die Erfahrung, dass ich es bisher ausgehalten habe. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich das jetzt nicht nachts in den Träumen verarbeite oder das nach Hause mitnehme. (...), dass ich da einfach so die Sicherheit gewonnen habe, dass ich das irgendwie manage, wie auch immer." [A 1/334]
Sinnvolles Handeln		1	"...dass man den Eindruck hat, man tut trotzdem etwas Sinnvolles, obwohl das eine schwierige Situation ist." [A 1/357]	
Freizeit	Bewältigung durch Gespräch mit Freunden, Familie erzählt (...)	2	"...dass man das noch einmal in der Familie oder einer Freundin erzählt (...)	
	Sport z.B. Fahrrad fahren	1	"Was mir natürlich hilft, ist erstmal den Kopf frei zu bekommen. Also danach radeln oder so (...)" [S 5/346]	

Tabelle 10: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Bewältigungsstrategien

Hauptkategorie/ Dimension	Subkategorie	n = Teiln.	Ankerbeispiel	
Unter- stützungsmaß- nahmen	Aus- tausch	6	"Es ist durchaus unterstützend zu erfahren, dass es anderen genauso geht, dass man nicht alleine ist und dass man sich ein bisschen blöd oder unwohl fühlt in so einer Situation." [A 1/369]	
		5	"... dass man einen psycho-onkologischen Dienst hat, den man rufen kann für die Patienten und die Angehörigen. Das ist schon eine sehr große Unterstützung." [A 3/297]	
	psychologische Betreuung	Balintgruppe	3	"Es gibt natürlich die Unterstützung im Sinne von Balint-Gruppen und so weiter, die ich gut fände." [A 1/379]
		Supervision	2	"Und ich häufig mit anderen Berufsanfängern am Anfang erlebt habe, dass die schnell die Onkologie verlassen mussten, um überhaupt zu bestehen im Leben. Diese externe Betreuung oder Supervision wäre durchaus wichtig und hilfreich." [A 1/442]
		Kommunikationstraining	7	"Das Coaching ist schon eine ziemlich hilfreiche Methode, weil es individuell auf die Situation zugeschnitten ist oder weil man individuell Strategien entwickelt." [A 2/258]
		Patientenfeedback	1	"Eigentlich würde mir am meisten helfen, wenn ich ein Feedback bekommen würde von dem Patienten." [S 6/393]
	Training / Feedback	Routine/Erfahrung	4	"(...) einfach so allein dadurch, dass man es mehrmals macht, durch die Routine sage ich jetzt einfach mal, wird man selber irgendwie sicherer." [S 5/367]
		Expertise	1	"Also für mich ist wichtig, das ist aber eigentlich eher eine Vorarbeit, dass ich mich selber im Bilde fühle" [S 4/559]
	Professionalität	Gesprächsstruktur	1	"Es ist ganz wichtig, dass ich weiß, dass ich Zeit habe für dieses Gespräch. Dass ich auch einen geschützten Raum habe." [S 4/585]

Tabelle 11: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Unterstützungsmaßnahmen

5.5 Ergebnisse Nebenfragestellung: Qualitativer Vergleich der Teilnehmergruppen

5.5.1 Deskriptiv vergleichende Ergebnisdarstellung

Das Überbringen schlechter Nachrichten wird von beiden Gruppen kognitiv ähnlich bewertet. Unabhängig vom Ausbildungsstand ähneln sich ärztliche und studentische Ansichten zu der Haltung, Zielen und Schwierigkeiten in Breaking-Bad-News-Situationen. Studenten sehen sich jedoch zusätzlich hohen Anforderungen und einer hohen psychischen Belastung gegenübergestellt.

Ärzte und Studenten sind während des Breaking-Bad-News-Gesprächs Gefühlen der Trauer, wie Mitleid, Mitgefühl und Bedrückung ausgesetzt. Bei beiden Gruppen trägt die Identifikation mit dem Patienten zu einer erhöhten emotionalen Belastung bei. Unsicherheit, Angst, Schuld, Bedürfnisse nach emotionaler Stabilität und Distanz werden von beiden Gruppen benannt. Studenten fokussieren vermehrt auf ihre eigene psychische Belastung. Sie setzen sich mit Gefühlen der Anspannung und Orientierungslosigkeit auseinander. Sie betonen im Vergleich beider Gruppen besonders häufig die obengenannten Gefühle der Schuld und der Unsicherheit. Die emotionale Einbindung der Studenten erscheint verstärkt.

Beide Gruppen nennen im Wesentlichen ähnliche Bewältigungsmuster. Sowohl Ärzte als auch Studenten bewerten das Überbringen der schlechten Nachricht als einen Teil des Berufes, der „dazu gehört“ [A 1/032]. Ärztliche und studentische Teilnehmer betonen, dass sie Distanz wahren wollten und eine Entlastung erlebten, sobald die schlechte Nachricht ausgesprochen sei. Bei der Bewältigung der Aufgabe helfe der Austausch mit Kollegen, Freunden und der eigenen Familie.

Ärzte scheinen dazu weitere Bewältigungsstrategien zu entwickeln: Die Gewissheit über die eigene fachliche Kompetenz und Resilienz stellen Mechanismen dar, die Ärzten bei der Bewältigung dieser Herausforderung helfen. Auch das Wissen über die Sinnhaftigkeit beziehungsweise die Notwendigkeit des eigenen Handelns tragen zu der Bewältigung bei. Ohne diese zusätzlichen Strategien haben Studenten und Berufsanfänger der Vielzahl an negativen Gefühlen weniger entgegenzusetzen. Austausch, psychologische Betreuung und weiterführendes Training sind für beide Gruppen als Unterstützungsmaßnahmen wichtig. Studenten heben das Bedürfnis nach Expertise und Routine heraus.

Vergleich beider Teilnehmergruppen – Hauptfragestellung 1		
Hauptkategorie	Vergleichbare Aspekte Ärzte und Studenten	
	Unterschiedliche Aspekte Ärzte und Studenten	
	Nur von Studenten genannte Aspekte	
Haltung	Bewertung	Anforderungen/Voraussetzungen Ausnahme: Subkategorie Medizinische Fachkompetenz betonen beide Gruppen (s. Vergl. Aspekte Ärzte/Studenten)
	Medizinische Fachkompetenz	
Persönlich definierte Ziele	Professionalität	
	Setting	Gleichberechtigung herstellen
	Patientenbefinden erfragen	Suizidalität abfragen
	Empathie zeigen	Persönliche Beziehung
	Emotionaler Beistand	Vertrauen aufbauen
	Ehrlichkeit	Eindeutigkeit
	Hoffnung lassen	Verlässlichkeit
	Geduld	Verdrängung verhindern
	Schwierigkeiten in der Gesprächsgestaltung	Übergang kurativ zu palliativ
	Schwierigkeiten in der Patientenorientierung	Balance Zurücknahme / Beistand leisten
Schwierigkeiten	Ausnahme: Übergang kurativ zu palliativ und Balance Zurücknahme/Beistand leisten nur von Studenten genannt	Verarbeitung
		Psychische Belastung

Kategorien werden im Leitfaden zu Dimensionen zusammengefasst. Dimensionen erscheinen in grün, Kategorien in blau. Sobald alle Kategorien einer Dimension erfüllt sind, erscheint hier einfachheitshalber nur die Dimension. Sind nur einzelne Kategorien verschieden, werden diese einzeln aufgelistet.

Tabelle 12: Tabellarisch vergleichende Ergebnisdarstellung

Vergleich beider Teilnehmergruppen – Hauptfragestellung 2		
Hauptkategorie	Vergleichbare Aspekte Ärzte und Studenten	Unterschiedliche Aspekte Ärzte und Studenten
	Nur von Ärzten genannte Aspekte	Nur von Studenten genannte Aspekte
Emotionen	Gefühl der Trauer	Gefühl der Anspannung
	Gefühl der Unsicherheit	Gefühl der Orientierungslosigkeit
	Gefühl der Angst	
	Gefühl der Schuld	
	Konsequenzen psychischer Belastung	

Kategorien werden im Leitfaden zu Dimensionen zusammengefasst. Dimensionen erscheinen in grün, Kategorien in blau. Sobald alle Kategorien einer Dimension erfüllt sind, erscheint hier einfachheitshalber nur die Dimension. Sind nur einzelne Kategorien verschieden, werden diese einzeln aufgelistet.

Tabelle 13: Tabellarisch vergleichende Ergebnisdarstellung

Vergleich beider Teilnehmergruppen – Hauptfragestellung 3		
Hauptkategorie	Vergleichbare Aspekte Ärzte und Studenten	Unterschiedliche Aspekte Ärzte und Studenten
	Nur von Ärzten genannte Aspekte	Nur von Studenten genannte Aspekte
Bewältigungsstrategien	Professionalität Ausnahme: Subkategorie Berufserfahrung nur von ärztlichen Teilnehmern genannt	Berufserfahrung
	Distanz wahren	Aussprechen führt zu Entlastung
	Gewissheit über Empathiefähigkeit	Gewissheit über Fachkompetenz
		Gewissheit über eigene Resilienz
		Gewissheit über Sinnhaftigkeit
Unterstützungsmaßnahmen	Freizeit	
	Austausch	Professionalität
	Psychologische Betreuung	
	Kommunikationstraining	Patientenfeedback

Kategorien werden im Leitfaden zu Dimensionen zusammengefasst. Dimensionen erscheinen in grün, Kategorien in blau. Sobald alle Kategorien einer Dimension erfüllt sind, erscheint hier einfachheitshalber nur die Dimension. Sind nur einzelne Kategorien verschieden, werden diese einzeln aufgelistet.

Tabelle 14: Tabellarisch vergleichende Ergebnisdarstellung

5.6 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Sechs Ärzte und sechs Medizinstudenten wurden in qualitativen Einzelinterviews nach ihrer Haltung, Zielen, Schwierigkeiten, Emotionen, Bewältigungsstrategien und Bedürfnissen in einem Breaking-Bad-News-Gespräch befragt. Die Methode des Stimulated Recall wurde eingesetzt, um einen tieferen Einblick in die Kognitionen und Emotionen der Studienteilnehmer zu erhalten.

Während eines Breaking-Bad-News-Gesprächs durchleben Ärzte und Medizinstudenten eine Vielzahl negativer Emotionen, wie Unsicherheit, Verantwortungsdruck und Hoffnungslosigkeit. Von einem Bedürfnis nach seelischem Abstand geleitet, versuchen Ärzte und Medizinstudenten sich von dem schlechten Inhalt der Nachricht für den Patienten emotional zu distanzieren. Neben dieser Bewältigungsstrategie hilft den Überbringern schlechter Nachrichten die bewusste Bewertung als Teil des Berufs und der Austausch mit Kollegen, Freunden und Familienangehörigen. Im Vergleich beider Studiengruppen erscheint die emotionale Einbindung der Studenten aufgrund mangelnder Trainingsmöglichkeiten und fehlender Berufserfahrung verstärkt. Studenten heben ein Bedürfnis nach Routine und Professionalität hervor. Sowohl Medizinstudenten als auch Ärzte benennen das Bedürfnis nach psychologischer Betreuung und verbesserten Trainingsmöglichkeiten.

6 Diskussion

6.1 Interpretation Fragestellung 1: Einstellung

Zur Beantwortung der Frage, wie Ärzte und Medizinstudenten das Überbringen schlechter Nachrichten bewältigen, musste zunächst herausgefunden werden, wie sie grundsätzlich zu dieser Aufgabe stehen, der sie regelmäßig im klinischen Alltag begegnen. Die Hauptkategorien Haltung, Persönliche Ziele und Schwierigkeiten wurden für die Beantwortung dieses Themenfelds herangezogen und ausführlich im vorherigen Kapitel (vgl. Kap. 5.2) dargestellt. Die nachfolgende Interpretation bezieht sich auf dieses Kapitel und interpretiert Zitate und zugehörige Subkategorien, die im Rahmen der Qualitativen Inhaltsanalyse entstanden sind.

Interpretation Hauptkategorie Haltung

Grundsätzlich beschreiben Ärzte und Studenten das Überbringen schlechter Nachrichten als einen Teil ihrer Arbeit, der anstrengend ist und dem trotzdem eine hohe Bedeutung beigemessen wird.

Die meisten Ärzte betrachten die Aufgabe, schlechte Nachrichten überbringen zu müssen, als einen Teil ihres Berufs, der dazu gehört. Dies geht mit den Forschungsergebnissen von Taylor einher, der dieser Aufgabe ebenfalls eine verpflichtende Komponente attestiert (Taylor, 1988). Das Überbringen schlechter Nachrichten ist eine Tätigkeit, die negativ besetzt ist (vgl. Kap. 2.4.1), was angesichts der menschlichen Neigung, lieber gute als schlechte Nachrichten zu überbringen, nicht verwunderlich ist (Baile et al., 2003). Ärzte und Medizinstudenten sind sich über die Tragweite und Bedeutung ihres Handelns in einem Breaking-Bad-News-Gespräch durchaus im Klaren. Unsere Ergebnisse zeigen, dass durch diese große Verantwortung Stress entsteht; eine Erkenntnis, die problemlos in die bisherige Literatur eingeordnet werden kann (vgl. Kap. 2.4.1). Und noch in einem weiteren Punkt stimmen die Aussagen dieser Studie mit der bisher vorhandenen Forschungsliteratur überein: Das Überbringen schlechter Nachrichten muss nicht immer negativ bewertet werden. Ärzte, die schlechte Nachrichten überbringen müssen, können damit durchaus eine Art der Erfüllung erleben (Miranda et al., 1992). Nach unseren Erkenntnissen werden beim Überbringen schlechter Nachrichten von Ärzten und Medizinstudenten sowohl medizinische Fachkenntnisse als auch

emotionale Kompetenzen erwartet. Das SPIKES Konzept von Baile stützt diese Aussagen, in dem der Leitfaden den Überbringern schlechter Nachrichten ein Konzept vorschlägt, das sowohl emotionale Faktoren als auch in verständlicher Sprache überbrachtes medizinisches Wissen miteinbezieht (Baile et al., 2000). In der bisherigen Literatur wird gefordert, dass Ärzte und Medizinstudenten das Überbringen schlechter Nachrichten trainieren müssten (Fallowfield, 1993), was ebenfalls mit den Ergebnissen dieser Studie einhergeht: Ärzte und Medizinstudenten beschreiben, dass sie ein Training ihrer Kommunikationsfähigkeiten im Hinblick auf schlechte Nachrichten als notwendig erachten.

Interpretation Hauptkategorie Persönlich definierte Ziele

Ärzte setzen sich beim Überbringen schlechter Nachrichten eigene Ziele, um das Gespräch gut zu gestalten, ihrer Professionalität gerecht zu werden und dem Patienten die Aufmerksamkeit und Empathie zukommen zu lassen, die in einem solchen Gespräch vonnöten sind.

Terzioglu und seine Arbeitsgruppe fordern, dass Ärzte Gespräche mit ihren Patienten aktiv gestalten sollten (Terzioglu et al., 2003). Das in dieser Studie herausgearbeitete und häufig genannte Ziel einer gelungenen Gesprächsführung bestätigt diese These uneingeschränkt. In die Ergebnisse von Ong und Kollegen können zudem die Ziele einer gelungenen Weiterbetreuung und die Darstellung der Behandlungsoptionen eingeordnet werden (Ong et al., 1995). Obwohl auch schon Back und Buckman sich in ihrer Forschung mit der emotionalen Situation von Ärzten während des Überbringens schlechter Nachrichten beschäftigt und weiterhin erkannt haben, dass Ärzte auf starke eigene Gefühle vorbereitet sein müssten (Back et al., 2002; Buckman, 1984), fällt eine Tatsache in dieser Studie auf, die so bisher noch nicht formuliert worden war: Ärzte zielen darauf ab, einen Zustand eigener emotionaler Stabilität zu erreichen. Dass Ärzte und Medizinstudenten sich bereits vorab mit befürchteten Gefühlsausbrüchen beschäftigen, zeigt die deutliche emotionale Einbindung der Nachrichten-Überbringer in dieses Thema.

Dass Ärzte in einem Gespräch mit ihren Patienten nach einer gleichberechtigten Ebene mit diesen suchen sollten, dass Entscheidungen getroffen werden und dass der Arzt die Bedürfnisse des Patienten im Blick haben muss, wird in der Literatur schon lange gefordert (Bensing, 2000; Ong et al., 1995). Die herausgearbeiteten

Ziele dieser Studie bestätigen und unterstreichen diese Forderungen. Sie sind im Erleben von Ärzten und Studenten sehr präsent. Auch das Aufbauen einer guten Arzt-Patienten-Beziehung wird von den befragten Ärzten und Medizinstudenten als ein wesentliches Ziel beim Überbringen schlechter Nachrichten definiert. Diese aktuellen und aus direkten Interviewaussagen generierten Ergebnisse bestätigen damit die in einer Metaanalyse gefundenen Ergebnisse von Ong und Kollegen (Ong et al., 1995) und betonen die Wichtigkeit der lange Zeit unterschätzten Beziehung zwischen Arzt und Patient.

In einem weiteren Ansatz spiegeln die Aussagen der Teilnehmer dieser Studie die Forderungen in der Literatur wider und unterstreichen damit ein offensichtlich aktuelles Anliegen: Ärzte setzen sich zum Ziel, empathisch zu sein und ihren Patienten in einem Breaking-Bad-News-Gespräch emotional zu unterstützen. Sie wollen Vertrauen schaffen, um dem Patienten Halt zu geben. Elemente, die Terzioglu, Epstein und Fiscella in ihren Studien bereits gefordert haben (Epstein et al., 2007; Fiscella et al., 2004; Terzioglu et al., 2003). Auf der anderen Seite betonen Ärzte und Studenten dieser Studie, dass sie das Ziel verfolgen, im Gespräch ehrlich, verlässlich und geduldig zu sein, dass sie versuchen den Patienten in eindeutiger Art und Weise aufzuklären und dass sie eine Verdrängung des Gesagten verhindern wollen. Diese Ergebnisse wurden im bisherigen Forschungsgeschehen noch nicht so klar und detailliert formuliert.

Interpretation Hauptkategorie Schwierigkeiten

Ärzte finden es schwierig, Gespräche über schlechte Nachrichten unter Zeitdruck zu führen und gleichzeitig adäquat auf die Bedürfnisse des Patienten zu reagieren.

Dass Ärzte im Krankenhaus mit einem knappen Zeitbudget arbeiten müssen, kann häufig beobachtet werden. Diese Studie zeigt, dass es Ärzten durchaus schwerfällt, Breaking-Bad-News-Gesprächen genügend Zeit im klinischen Alltag einzuräumen. Dies geht mit den Ergebnissen von Hulsman et al. einher, der verdeutlicht, dass Ärzte durch den Zeitdruck zusätzlichen Stress empfinden (Hulsman et al., 2010). Diese Studie hebt heraus, dass Ärzte und Medizinstudenten außerdem Schwierigkeiten mit der richtigen Formulierung in einem Gespräch über schlechte Nachrichten haben. Dies ist ein neuer Aspekt, der in den Überlegungen unserer

Teilnehmer eine Rolle spielt, in der Literatur aber bisher noch nicht explizit diskutiert wird.

In der aktuellen Forschung wird immer wieder betont, dass der Arzt in einem Gespräch über schlechte Nachrichten hinreichend auf die Patientenbedürfnisse Rücksicht nehmen müsse und diese in den Gesprächsablauf integrieren solle (Bredart et al., 2005; Scheibler et al., 2005). Nur selten finden sich Hinweise darauf, was Ärzte genau bei dieser Patientenorientierung als schwierig empfinden. Diese Studie spezifiziert einige der schwierigen Aspekte und ergänzt damit die bisher bestehende Literatur zu diesem Thema: Die Individualität des Patienten zu erfassen und dies als eines seiner Bedürfnisse wahrzunehmen, kann als ein Beispiel gelten. Eine weitere Schwierigkeit ist, die Balance zu finden zwischen Ehrlichkeit und Hoffnung lassen sowie zwischen Zurückhaltung und Beistand leisten. Als besonders schwer empfinden es die für diese Studie befragten Ärzte und Medizinstudenten, wenn der Übergang von einem kurativen zu einem palliativen Behandlungsansatz besprochen werden muss – Ergebnisse, die nachvollziehbar sind und mit der Forschung von Baile übereinstimmen (Baile et al., 2002).

Fazit und Schlussfolgerungen zu Fragestellung 1: Einstellung

Das Überbringen schlechter Nachrichten ist ein Thema, das Ärzte und Medizinstudenten beschäftigt. Sie haben zu der klinischen Aufgabe „Überbringen schlechter Nachrichten“ eine deutliche Meinung. Sie werden zwangsläufig mit der Aufgabe in ihrem klinischen Alltag konfrontiert und sehen darin einen Teil ihres Jobs, der ihnen schwerfällt und sie herausfordert. Einen bedeutenden Einflussfaktor stellt die für solche Gespräche häufig knapp bemessene Zeit dar. Um das Gespräch dennoch erfolgreich zu gestalten, setzen Ärzte und Studenten sich Ziele und versuchen diese im Gespräch zu erreichen. Das Aufbauen einer guten Arzt-Patienten-Beziehung nimmt in den Denkansätzen der Befragten eine zentrale Stellung ein, stellt die Befragten aber vor Probleme. Besonders schwer erscheint es, unterschiedliche Patientenbedürfnisse herauszufiltern und ihnen mit einer passenden Antwort zu begegnen.

Ärzte und Medizinstudenten verfolgen also Ziele, die im medizinischen Ausbildungsbetrieb bislang nur selten angeschnitten werden. Sie sprechen Themen an, die offensichtlich noch nicht ausreichend bearbeitet werden. Diese Studie zeigt,

dass bei der kognitiven Bewertung dieser Aufgabe noch viele Fragen offenbleiben. Den persönlichen Einstellungen der Ärzte und Studenten gegenüber dieser als schwierig empfundenen Aufgabe sollte daher im klinischen Alltag und in der medizinischen Aus- und Fortbildung mehr Respekt gezollt werden. Die spezifischen Vorstellungen von Ärzten und Medizinstudenten sollten in neuen Konzepten thematisiert und mit ihnen gearbeitet werden.

6.2 Interpretation Fragestellung 2: Emotionale Beteiligung

In diesem Kapitel soll die emotionale Einbindung der Ärzte und Medizinstudenten dieser Studie beleuchtet und im Kontext der aktuellen Literatur interpretiert werden. Als Grundlage dienen die Ergebnisse des Kapitels 5.3, in dem die zugehörige Hauptkategorie Emotionale Beteiligung detailliert dargestellt wurde. Zitate und Subkategorien dieser Hauptkategorie, die im Rahmen der Qualitativen Inhaltsanalyse erstellt wurden, werden zur Interpretation herangezogen. Um den nachfolgenden Abschnitt weiterhin übersichtlich zu gestalten, werden die Zitate und Definitionen der Kategorien in diesem Abschnitt nicht erneut belegt und nur vereinzelt zur Unterstützung der Aussagen herangezogen.

Interpretation Hauptkategorie Emotionale Beteiligung

Ärzte und Medizinstudenten erleben während des Überbringens schlechter Nachrichten eine Vielzahl verschiedener Emotionen. Darunter finden sich vor allem negative Gefühle, mit denen sie lernen müssen umzugehen.

Baile führt in einem seiner wichtigen Forschungsbeiträge aus, dass Ärzte beim Überbringen schlechter Nachrichten auf eigene aufkommende Emotionen gefasst sein müssten. Ärzte sollten sich beispielsweise auf Mitgefühl mit dem Patienten in dessen schwerer Situation vorbereiten (Baile et al., 2003). Unsere qualitativen Interviewergebnisse können diese Vermutung Bailes bestätigen. Zusätzlich kann diese Studie weitere Gefühle benennen, die mit Mitgefühl verwandt sind: Ärzte und Medizinstudenten sind bedrückt, traurig und leiden mit ihrem Patienten mit. Letzteres hatte auch schon Espinosa in ihren Ergebnissen festgehalten (Espinosa et al., 1996).

In dieser Studie wird deutlich, dass Ärzte und vor allem auch Medizinstudenten beim Überbringen schlechter Nachrichten große Unsicherheit verspüren. Grund dafür

können einerseits die eigenen medizinischen Kenntnisse und andererseits die Kommunikationsfähigkeiten der Teilnehmer sein. Sich selbst in seiner Aufgabe zu hinterfragen, an sich zu zweifeln und auch zu verzweifeln sind Gefühle, die in dieser Studie herausgestellt werden sollen und in der Literatur bisher nur selten thematisiert wurden. Ansatzweise beschäftigt sich allerdings Buckman mit dem Thema (Buckman, 1984): Er postuliert, dass das in der Universität nicht beigebrachte Überbringen schlechter Nachrichten, also das „Ungelernte und Unbekannte“ (eigene Übersetzung aus dem Engl., Anm. d. Autorin) Angst machen könne – ein Hinweis auf das Gefühl Unsicherheit, denn Gelerntes und Übung schaffen normalerweise auch Sicherheit im eigenen Handeln. 30 Jahre nach Buckmans Vermutung verdeutlichen die Ergebnisse dieser Studie zum Thema Unsicherheit den außerordentlich dringenden Forschungsbedarf in diesem Feld.

In der Literatur führen schon in den 1980er und 1990er Jahren Buckman und Fallowfield und später Otani in einer aktuelleren Studie aus, dass Ärzte im Breaking-Bad-News-Gespräch mit verschiedenen Ängsten zurechtkommen müssten. Sie benennen die Angst vor einer eskalierenden Situation durch starke Patientenemotionen, vor Schuldzuweisung (Fallowfield, 1993), vor Kontrollverlust in der Gesprächssituation und vor der Konfrontation mit dem eigenen Sterben (Buckman, 1984; Otani et al., 2011). Unsere qualitativen Ergebnisse bestätigen diese Thesen.

Dass Ärzte und Medizinstudenten sich aber tatsächlich schuldig fühlen, die Angst vor Schuldzuweisung sich also bewahrheitet, wurde so detailliert in der vorhandenen Literatur noch nicht beschrieben. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen aber deutlich, dass Ärzte und Studenten eben solche Schuld empfinden.

In mehreren Studien konnte bisher allgemein festgestellt werden, dass Ärzte und auch Studenten beim Überbringen schlechter Nachrichten Stress empfinden (vgl. Kap. 2.4.1 und 2.4.2) In diesem Zusammenhang arbeitet unsere Studie heraus, dass bei Ärzten und Studenten ein Gefühl der Anspannung entsteht, das weiter in Ungewissheit, Überforderung und Nervosität differenziert werden kann. Außerdem könne die im Gespräch empfundene Hilflosigkeit Stress verursachen, hatte schon Baile herausgestellt (Baile et al., 2003). Unsere Ergebnisse bestätigen diesen Sachverhalt und fügen hinzu, dass Ärzte und Medizinstudenten neben Orientierungs- und Perspektivlosigkeit auch ein Gefühl der Sinnlosigkeit und Leere empfinden.

Maguire betont, dass Ärzte sich von dem Geschehen in einem Breaking-Bad-News-Gespräch emotional distanzieren wollten (Maguire, 1985). Auch die befragten Ärzte und Studenten dieser Studie geben ein Bedürfnis nach emotionaler Distanz zu Protokoll.

Fazit und Schlussfolgerung Fragestellung 2: Emotionale Beteiligung

Bei der Interpretation und Diskussion der Ergebnisse wird klar, dass Ärzte und Medizinstudenten beim Überbringen schlechter Nachrichten sehr verschiedene Gefühle verarbeiten müssen. Die Vielzahl der genannten Gefühle verdeutlicht die hohe emotionale Einbindung von Ärzten und Medizinstudenten in ihre Aufgabe. Einige der Emotionen werden bereits in der Literatur genannt. Die Literatursuche zeigt aber auch, dass ein großer Anteil der in diesem Prozess entstehenden Emotionen offenbar sowohl im klinischen Alltag als auch in Ausbildungskonzepten unberücksichtigt bleibt. Das Spektrum der geschilderten Gefühle kann daher durch unsere Studie erweitert werden. Es wird deutlich, dass Ärzte und Studenten beim Überbringen schlechter Nachrichten unsicher sind, dass sie Angst haben, Fehler zu machen und dass sie ein Gefühl der Orientierungslosigkeit empfinden.

Es wäre wichtig, diesen Aspekten in Zukunft vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken: Damit Gefühle artikuliert werden können, muss Raum geschaffen werden, der so bisher noch nicht existiert. Ausbildungsformate, in denen gezielt auf mögliche Emotionen eingegangen werden kann, könnten Ärzten und Medizinstudenten helfen, ihre Ängste und Befürchtungen abzubauen und Strategien zu entwickeln, um solche Gespräche besser zu führen.

6.3 Interpretation Fragestellung 3: Bewältigung und Unterstützungsmaßnahmen

Das nachfolgende Kapitel interpretiert die Ergebnisse des Kapitels 5.4 und ordnet sie in das aktuelle Literaturgeschehen ein. Die Hauptkategorien Bewältigung und Unterstützungsmaßnahmen dienen mit ihren zugehörigen Zitaten und Subkategorien als Vorlage und wurden bereits im oben genannten Kapitel ausführlich dargestellt. Zur übersichtlicheren Gestaltung des nachfolgenden Abschnitts, werden Zitate und

Definitionen der Subkategorien in diesem Abschnitt nicht erneut belegt oder nur vereinzelt zur Unterstützung der Aussagen herangezogen.

Interpretation Hauptkategorie Bewältigungsstrategien

Ärzte und Medizinstudenten wenden beim Überbringen schlechter Nachrichten eigene und ganz verschiedene Bewältigungsstrategien an. Sie distanzieren sich emotional, suchen das Gespräch mit vertrauten Kontaktpersonen, streben so nach Sicherheit. Im privaten Raum finden sie Halt.

In unserer Studie wird deutlich: Ärzte und Studenten finden die Aufgabe schlechte Nachrichten überbringen zu müssen wichtig. Sie bewerten die Aufgabe damit als einen notwendigen und sinnvollen Teil ihres (zukünftigen) Berufs. Diese aktive Einordnung, die bereits in der Hauptkategorie Haltung (vgl. Kapitel 5.2) genannt wird, hilft den Teilnehmern die Aufgabe zu bewältigen. Aus der bisherigen Literatur ist bisher nur bekannt: Ärzte und Studenten wollen sich von ihrer Aufgabe schlechte Nachrichten überbringen zu müssen emotional distanzieren. Dies geht mit den Ergebnissen von Maguire und Miranda einher (Maguire, 1985; Miranda et al., 1992). Wie genau diese emotionale Distanzierung und damit Bewältigung der Aufgabe stattfindet, wurde in der Literatur bisher nicht erklärt. Unsere Studie jedoch liefert, mit der oben genannten spezifischen Einordnung von Breaking-Bad-News-Gesprächen als Teil des Berufs, einen wichtigen Hinweis zur Beantwortung dieser Frage. Eine derart objektive Einordnung als Teil der Profession trägt dazu bei, der Belastung weniger Raum zu geben. So kann sich der Überbringer der Nachricht emotional von dem Geschehen distanzieren und findet darin einen Weg, die Aufgabe zu bewältigen. Neben der Einordnung, dass Breaking-Bad-News-Gespräche einen wichtigen Teil des Berufs darstellen, streben Ärzte und Studenten nach unseren Erkenntnissen nach professionellem Handeln, das zum Beispiel auf einem von vornherein einwandfreiem und medizinisch korrektem Verhalten beruht. Auch diese Strategie kann als Präzisierung in die Vermutung Maguires und Mirandas, dass Ärzte sich von dem Geschehen distanzieren wollen, eingeordnet werden (vgl. oberer Abschnitt).

Ärzte und Studenten bewältigen das Überbringen schlechter Nachrichten außerdem durch ein Streben nach Sicherheit. Dies drückt sich in unseren gefundenen Kategorien Berufserfahrung und Gewissheit über eigene Empathiefähigkeit,

Ehrlichkeit und Fachkompetenz aus. Außerdem fällt in den Ergebnissen auf, dass Ärzte die Aufgabe bewältigen, in dem sie sich ihrer eigenen psychischen Widerstandsfähigkeit, auch Resilienz genannt, bewusst sind. Resilienz entsteht dann, wenn schwierige Situationen bereits erlebt und bewältigt wurden. Training kann helfen, solche Situationen zu simulieren. Verständlich und gut nachvollziehbar ist außerdem die Strategie, sich mit Freunden, Familie und Kollegen über die Aufgabe auszutauschen. Das Geschehen noch einmal im Gespräch Revue passieren zu lassen, in dem es offen formuliert wird, stellt eine wichtige Bewältigungsstrategie dar. Diese Ergebnisse gehen mit Otanis Forschung einher, der das Gespräch mit Kollegen als eine Möglichkeit vorschlägt, auf die Ärzte zurückgreifen könnten (Otani et al., 2011).

Interpretation Hauptkategorie Unterstützungsmaßnahmen

Otani empfiehlt einen verbesserten interdisziplinären Austausch, um die komplexe Aufgabe besser lösen zu können. Unsere Studie bestätigt außerdem die Möglichkeit von Kommunikationstrainings, die Otani ebenfalls als hilfreiche Unterstützungsmaßnahme sieht (Otani et al., 2011).

In die Forderung nach vermehrten Kommunikationstrainings können auch die von den Teilnehmern vorgeschlagenen Unterstützungsmaßnahmen wie verstärkte Routine, Expertise und eine verbesserte Gesprächsstruktur eingeordnet werden. Routine entsteht häufig ganz automatisch durch vermehrte Übung. Routine, die aber nur durch das häufige Überbringen schlechter Nachrichten im klinischen Alltag erlangt wurde, hat den Nachteil, dass sich eventuell gemachte Fehler einschleichen und festsetzen; Verbesserungen bleiben aus (Buckman, 1984; Fallowfield et al., 1998). Gezieltes und häufiges Training von Breaking-Bad-News-Situationen kann jedoch eine Routine schaffen, in der Fehler analysiert und verbessert werden, so dass am Ende Ärzte in der Lage sind, solche Gespräche besser zu führen.

Weitere Punkte zeigen auf, dass Ärzte und Medizinstudenten deutliche Vorstellungen davon haben, welche Unterstützung ihnen beim Überbringen schlechter Nachrichten helfen könnte: Forderungen nach psychoonkologischer Unterstützung, nach Supervision und Balintgruppen sind zwar allgemein anerkannte Maßnahmen, aber werden im Kontext von Breaking-Bad-News-Gesprächen in der Literatur nur selten erwähnt. Unsere Untersuchung gibt damit deutliche Hinweise darauf, dass Ärzte und

Studenten beim Überbringen schlechter Nachrichten auch in diesen Punkten besser unterstützt werden sollten.

Fazit und Schlussfolgerung Fragestellung 3: Bewältigung und Unterstützungsmaßnahmen

Die herausgestellten Strategien zeigen auf, dass Ärzte und Medizinstudenten emotional extrem in ihre Aufgabe eingebunden sind. Diese emotionale Einbindung wird jedoch nur selten professionell begleitet. Ärzte suchen sich aufgrund mangelnder Betreuung und Trainings eigene Bewältigungsstrategien, die unsere Studie aufzeigt. Diese Strategien sollten in Zukunft in weiteren Studien überprüft und ergänzt werden.

Aus unserer Studie lässt sich ableiten, dass Ärzte und Medizinstudenten, die schlechte Nachrichten überbringen müssen, mit dieser Aufgabe häufig allein gelassen werden. In den Ausbildungskonzepten der meisten medizinischen Fakultäten in Deutschland wird zwar das Überbringen schlechter Nachrichten integriert – häufig jedoch nur in ein bis zwei Seminaren, mit niedriger Stundenanzahl (vgl. Ausbildungskonzepte LMU München, TU München). In einem Medizinstudium mit einer Mindeststudiendauer von ca. sechs Jahren in Deutschland wird dieser Unterrichtseinheit damit nur ein sehr geringer Anteil an der gesamten Unterrichtszeit eingeräumt. Professionelle Betreuung von Ärzten, die schlechte Nachrichten in ihrer täglichen Arbeit überbringen müssen, findet ebenso nur selten statt. Ärzte suchen sich deshalb eigene Bewältigungsstrategien. Aufgrund der sich daraus offensichtlich ergebenden Notwendigkeit von Unterstützungsmaßnahmen lassen sich mehrere Verbesserungsvorschläge ableiten: Das Überbringen schlechter Nachrichten sollte stärker und häufiger in zukünftige Ausbildungskonzepte integriert werden. Die Qualität der Seminare könnte durch verbessertes Kommunikationstraining gesteigert werden. Möglich wären außerdem professionelle Hilfsangebote, zum Beispiel in Form von Supervision oder Balintgruppen, die Ärzten und Medizinstudenten durch offene Kommunikation die Möglichkeit geben, diese schwierige Aufgabe angemessen zu reflektieren. Begrenzt scheint die Interaktion auf privater Ebene, da dies weit in den persönlichen Handlungsrahmen reicht. Allerdings fällt hier auf, dass Ärzte und Medizinstudenten bereits jetzt im Gespräch mit privaten Kontaktpersonen Rat suchen und zumindest in diesem Bereich gut aufgestellt sind.

6.4 Interpretation Nebenfragestellung: Qualitativer Vergleich der Teilnehmergruppen

Das folgende Kapitel interpretiert die Ergebnisse der Nebenfragestellung, in der bereits im Kapitel 5.5 die beiden Teilnehmergruppen inhaltsanalytisch verglichen wurden. Es ordnet die gefundenen Ergebnisse in die bestehende Literatur ein und versucht herauszufinden, welche Relevanz die gefundenen Unterschiede und Gemeinsamkeiten beider Teilnehmergruppen für die weitere Forschung haben. Diese Fragestellung wird als Nebenfragestellung formuliert, da der Hauptfokus dieser Arbeit zunächst auf der qualitativen Analyse der Interviews lag. Durch den qualitativen Vergleich werden die gefundenen Ergebnisse bereits in einem weiteren Schritt bearbeitet – die Beantwortung dieser Nebenfragestellung kann also als Ergänzung zu den Hauptergebnissen gesehen werden. Auffällig ist, dass die bestehende Literatur den Vergleich zwischen ärztlicher und studentischer Sichtweise auf das Breaking-Bad-News-Gespräch bisher kaum thematisiert. Umso wichtiger erschien es, auch noch diesen Aspekt in dieser Arbeit herauszuarbeiten. Weitere Studien in diesem Themenfeld sollten jedoch geplant und durchgeführt werden.

Interpretation Qualitativer Vergleich

Ärzte und Medizinstudenten ähneln sich unabhängig von ihrem Ausbildungsstand in ihren Ansichten zu der Haltung, zu den Zielen und Schwierigkeiten in Breaking-Bad-News-Gesprächen. Unterschiede finden sich teilweise bei der emotionalen Bewertung der Situation und vor allem bei den daraus resultierenden Bewältigungsstrategien.

Die kognitive Bewertung der Aufgabe, schlechte Nachrichten überbringen zu müssen, führt in dieser Studie zu ganz ähnlichen Bewertungen durch die beiden Teilnehmergruppen. Eine Erklärung hierfür ist sicherlich, dass Ärzte und Medizinstudenten kognitiv die Situation ganz ähnlich einordnen, was auch durch die Einbindung in den klar strukturierten medizinischen Alltag begründet werden kann. Dass es eine schwierige Aufgabe ist, Patienten eine schlechte Nachricht zu überbringen, kann als allgemeingültige Aussage angesehen werden. Diese Ansicht teilen auch Baile und Taylor in ihren Veröffentlichungen (Baile et al., 2003; Taylor,

1988). Die ähnlich bewerteten Ziele und Schwierigkeiten geben einen Hinweis darauf, dass Ärzte und Studenten, die schon mindestens einmal eine schlechte Nachricht einem (Schauspiel-)Patienten überbracht haben, eine sehr genaue Vorstellung davon haben, was sie erwartet.

Gefühle, wie Trauer, Mitgefühl und Mitleid, die von beiden Teilnehmergruppen gleichermaßen genannt werden, verdeutlichen die enorme emotionale Einbindung von Ärzten und Studenten. Diese ganz natürliche Anteilnahme scheint vom jeweiligen Ausbildungsstand unabhängig zu sein und kann als regelmäßig auftauchende Konstante bei zukünftigen Ausbildungsmodellen berücksichtigt werden. Sie trägt dazu bei, dass Ärzte und Studenten die Aufgabe als stressig empfinden (vgl. Kap. 2.4.1) Auch die herausgestellten Emotionen Unsicherheit, Angst, Schuld, Bedürfnisse nach emotionaler Stabilität und Distanz machen deutlich, mit welcher Belastung ein Arzt oder Student bei der Aufgabe konfrontiert wird. Dass Studenten vermehrt unsicher sind und sich stärker mit Schuldgefühlen beschäftigen ist ein wichtiger Unterschied der beiden Gruppen und deutet darauf hin, dass ihre fehlende klinische Erfahrung und Übung ihnen zum Nachteil wird.

Beide Gruppen wiederum bewältigen das Überbringen schlechter Nachrichten, in dem sie sich emotional von der Situation distanzieren. Dieser Aspekt stimmt mit den Ergebnissen von Maguire und Miranda überein (Maguire, 1985; Miranda et al., 1992), obwohl beide Forscher sich vor allem auf die Gruppe der Ärzte konzentrieren. Das Betrachten der studentischen Distanzierung bleibt in der Literatur bisher unberücksichtigt. Ein Unterschied ist, dass ausschließlich ärztliche Teilnehmer Bewältigungsstrategien angeben, die sich auf das Wissen über die eigene Resilienz, die Notwendigkeit des Handelns und ihre fachliche Kompetenz gründen. Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass Studenten in diesen Punkten dem Überbringen schlechter Nachrichten nichts entgegenzusetzen haben. Vermehrte Übung im klinischen Alltag könnte eine Möglichkeit sein, warum Ärzte im Gegensatz zu ihren studentischen Nachfolgern auf diese Strategien zurückgreifen können. Kommunikationstrainings könnten für Übung sorgen und diese Aspekte thematisieren. Auch das von Studenten genannte Bedürfnis nach Routine und Expertise hebt heraus, wie wichtig ein verbessertes Training wäre – gerade im studentischen Setting.

Fazit und Schlussfolgerung Nebenfragestellung: Qualitativer Vergleich

Unsere Studie thematisiert mit dem Vergleich zwischen ärztlicher und studentischer Bewältigung von Breaking-Bad-News-Gesprächen einen so bisher noch vollkommen unberücksichtigten Aspekt in der medizinischen Ausbildungsforschung. Die gefundenen Ergebnisse geben Anlass dazu, studentische und ärztliche Ausbildungskonzepte weiter zu überprüfen und auszubauen. Studentische Bedürfnisse unterscheiden sich von ärztlichen – eine Tatsache, die in weiteren Studien überprüft und ergänzt werden sollte.

Auch der Vergleich unserer befragten Studiengruppen hebt noch einmal die extreme emotionale Einbindung von Ärzten und Studenten beim Überbringen schlechter Nachrichten heraus. Die herausgearbeiteten Unterschiede zwischen den Studiengruppen machen deutlich, dass Studenten und Ärzte sich beim Überbringen schlechter Nachrichten mit unterschiedlichen Aspekten beschäftigen. Die genaue Kenntnis dieser Unterschiede und Gemeinsamkeiten könnte dazu beitragen, verbesserte Trainingsmodelle zu entwickeln. Um den Bedürfnissen beider Gruppen nachzukommen, sind ausgeweitete psychologische Betreuung und verbesserte Trainingsangebote denkbar. Die emotionale Belastung könnte durch die offene Thematisierung in darauf ausgerichteten Kursen reduziert werden. Ärzte und Studenten würden so mit der Bewältigung dieses schwierigen Themas nicht länger allein gelassen.

6.5 Diskussion der Methodik und Limitationen der Studie

In dieser Untersuchung wurden zwei verschiedene Methoden eingesetzt: die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2010) und der Stimulated Recall nach Bloom (Bloom, 1953) (vgl. Kap 4.4.2 und 4.5.1). Beide Methoden wurden im Studiendesign der vorliegenden Arbeit miteinander verbunden. Im Nachfolgenden werden beide methodische Vorgehensweisen kritisch beleuchtet, das Für und Wider des gemeinsamen Einsatzes überprüft und die limitierenden Faktoren dieser Studie benannt.

6.5.1 Qualitatives Forschungsdesign

Der Einsatz von qualitativen Forschungsmethoden in der Medizin nimmt in den letzten Jahren stetig zu, schreibt Poses (Poses et al., 1998). Nach Flick finden

qualitative Ansätze, neben der anerkannten und etablierten quantitativen Forschung, ihren Raum dort, wo subjektive Sichtweisen der Studienteilnehmer im Zentrum stehen (Flick et al., 2000). Marx et al. führen aus, dass „(qualitative Methoden) vor allem für Forschungsfragen (geeignet)“ seien, „die sich z.B. auf die Perspektive von ÄrztInnen oder PatientInnen beziehen, die die Arzt-Patient-Beziehung untersuchen oder die auf zugrunde liegende Konzepte wie Lebensqualität, Compliance oder Zufriedenheit gründen“ (Marx et al., 2010). In der vorliegenden Studie standen die Ansichten und persönlichen Empfindungen der befragten Ärzte und Medizinstudenten nach Durchführung eines Breaking-Bad-News-Gesprächs im Vordergrund. Die Fragestellungen der Arbeit zielten darauf ab, in dem noch unerforschten Feld der ärztlichen und studentischen Bewältigung von Breaking-Bad-News-Gesprächen, Hypothesen zu generieren – ganz im Gegensatz zu hypothesenüberprüfenden Ansätzen (Flick et al., 2000). Der Einsatz von qualitativen Methoden bot sich daher besonders an. Die ganz persönlichen Ansichten, Meinungen, Emotionen und Einordnungen der Befragten ergaben sich durch offene Fragen (vgl. Kap 4.4). Eine exakte Reproduktion dieser so subjektiv geprägten Ergebnisse ist jedoch niemals möglich und wird auch bei den vorliegenden Ergebnissen nicht durchführbar sein. Eine objektive Analyse konnte für diese Studie also nicht erreicht werden – sie wurde aber zur Gewinnung und Analyse der oben beschriebenen subjektiven Sichtweisen bewusst verlassen.

Nach Mayrings qualitativer Inhaltsanalyse wurde das zu untersuchende Textmaterial zu Kategorien sortiert. Dabei fand eine Reduktion des Textmaterials statt, Inhalt wurde paraphrasiert und Kategorien wurden generalisierend gestaltet (Früh, 2011). Zwar wurde durch ein systematisches Vorgehen stets darauf geachtet, dass möglichst alle Aspekte des Interviews Einzug in die Kategorienbildung erhielten. Dennoch kann es bei dieser Analysetechnik auch immer zu einem ungeplanten Verlust von Daten kommen, der für diese Studie nicht vollkommen ausgeschlossen werden kann.

In der vorliegenden Arbeit wurden die qualitativen Daten in persönlichen Interviews erhoben. Bei dieser Art der Arbeit besteht grundsätzlich die Gefahr, dass die Datengewinnung durch den jeweiligen Interviewer beeinflusst wird: Je nachdem, wie und ob der Interviewer die Aussagen des Teilnehmers bewertet und wahrnimmt, kann auch das Interview einen unterschiedlichen Verlauf nehmen (Hopf, 1995). In der

vorliegenden Studie führte die Autorin sämtliche Interviews allein durch, was in diesem Zusammenhang als Limitation gesehen werden kann. Zur Verbesserung könnten in weiteren Forschungsvorhaben professionelle Interviewer eingesetzt werden, die diese Störvariable durch eine geübte Interviewführung minimieren.

Eine weitere Begrenzung dieser Studie ist sicherlich, dass die Bildung der Kategorien ebenfalls nur von einer Forscherin und nicht von einem Forschungsteam durchgeführt wurde. Eine Diskussion der Kategorien in einer Forschungsgruppe wird in der Literatur zu Beginn des Analyseprozesses empfohlen (Kuckartz, 2012). Die aus einem solchen Gruppenprozess bestimmbare Intercoder-Reliabilität, die dem Maß für eine übereinstimmende Kodierung des gesamten Interviewmaterials innerhalb einer Forschungsgruppe entspricht (Mayring, 2010), konnte in dieser Untersuchung daher nicht bestimmt werden. Zur Begrenzung dieser Limitationen wurde bei der Datenerhebung jedoch darauf geachtet, dass die Auswertung des Interviewmaterials regelkonform nach Mayring (vgl. Kap. 4.5.1) erfolgte und dass die Kategorien sich eng an den Äußerungen der Befragten orientierten. Um Fehldeutungen von Äußerungen der Teilnehmer zu vermeiden, fragte die Interviewerin im Zweifel während des Gesprächs noch einmal nach.

6.5.2 Stimulated Recall

Der Einsatz des Stimulated Recall erfolgte nach dem Vorbild mehrerer in der medizinischen Ausbildungsforschung entstandener Studien (vgl. Kap. 4.4.2.2). Die Einbindung in ein qualitatives Leitfaden-Interview versprach tiefere Einblicke in emotionale und kognitive Prozesse der Ärzte und Studenten. Jene Leitfadenfragen, bei denen die Methode des Stimulated Recall eingesetzt wurde (vgl. Kap. 4.4.6), führten in dieser Untersuchung zu neuen und bisher unveröffentlichten Ergebnissen. Dies gilt vor allem für das Feld der emotionalen Einbindung der Teilnehmer (vgl. Kap. 5.3). Auf den Beschreibungen von Henry und Kollegen zum möglichen Einsatz der Methode in der Arzt-Patienten-Beziehung aufbauend (Henry et al., 2012), kann vor allem aber der gemeinsame Einsatz beider Methoden rückblickend als besonders gelungen angesehen werden: Der qualitative Interviewleitfaden schuf die Basis für die Einbindung in das Thema, welches durch den spezifischen Stimulated Recall vertieft wurde.

Nach Bloom wird die Methode des Stimulated Recall optimal angewendet, wenn die Interviews möglichst zeitnah zu der ursprünglich erlebten Handlung stattfinden (Bloom, 1953). In unserer Studie sollten also die gefilmten Breaking-Bad-News-Gespräche unmittelbar vor der Interviewdurchführung stattgefunden haben. Durch die nur zwei bis drei Tage auseinanderliegenden Videoaufnahmen und Interviews in der Gruppe der Studenten (vgl. Kap. 4.4.6) konnte dieses methodische Kriterium problemlos umgesetzt werden. In der Gruppe der Ärzte lagen die Videoaufnahmen hingegen bereits einige Wochen zurück, bevor die Interviews durchgeführt wurden. Dies kann als limitierender Faktor in der methodischen Ausfertigung dieser Arbeit gesehen werden, da nach Gass und Kollegen das Erinnerungsvermögen besser ist, je näher die beiden Termine gekoppelt sind (Gass et al., 2000).

Ein weiterer einschränkender Aspekt, der hier angeführt werden soll, ist die Auswahl der Videosequenzen für den Stimulated Recall: In der vorliegenden Studie erfolgte die Auswahl der Sequenzen ausschließlich durch die interviewende Forscherin. Zwar räumen die Forschungsteams um Paskins und Gass zukünftigen Forschern in diesem Bereich einen großen Freiraum ein (Gass et al., 2000; Paskins et al., 2014). Dennoch soll hier kritisch angemerkt werden, dass bei nur einer Forscherin der Auswahlprozess ganz natürlicherweise subjektiv geprägt war. Um diese störende Variable jedoch möglichst zu minimieren, ging die Forscherin streng nach den vorab festgelegten Auswahlkriterien vor (vgl. Kap. 4.4.5). Einschränkend kann außerdem diskutiert werden, dass Studienteilnehmer es häufig als befremdlich wahrnehmen, wenn sie sich selbst auf Video- oder Tonbandaufnahmen sehen oder hören. Auch in unserer Studie sind Verzerrungen der Ergebnisse durch diesen Einfluss nicht auszuschließen. Es lässt sich nicht nachprüfen, inwieweit die Ergebnisse ohne diesen Effekt von den jetzigen abweichen würden.

Die Gruppe der Ärzte führte Gespräche mit ihren eigenen Patienten. Bei der Gruppe der Studenten mussten die Forscher, in Ermangelung eigener Patienten, auf den Einsatz von Schauspielpatienten zurückgreifen. Hier ergibt sich ein weiterer zu diskutierender Aspekt: So sehr effektiv ein Gespräch durch Schauspielpatienten simuliert werden kann (Fallowfield, Jenkins, Farewell, et al., 2002), wird es trotzdem niemals die Simulation verlassen und einem realen Gespräch exakt entsprechen. Es lässt sich nur schwer vorhersagen, inwieweit dadurch entstandene Abweichungen

Einfluss auf die Studienergebnisse hatten. Eine exakte Angleichung beider Gruppen war dadurch ebenfalls nicht möglich.

6.5.3 Übertragbarkeit der Ergebnisse

Ein wichtiges Merkmal qualitativer Daten ist grundsätzlich, dass sie Einblick in subjektive Denkweisen von Studienteilnehmern geben können. Wichtig ist aber auch, dass gerade diese Subjektivität der Ergebnisse einer Testperson keine Rückschlüsse auf die subjektive Sichtweise weiterer Testpersonen zulässt. Die gefundenen Ergebnisse dieser Studie können also nicht generell auf alle Ärzte und Medizinstudenten, die schlechte Nachrichten überbringen müssen, übertragen werden. Zusätzlich handelte es sich bei der Stichprobe dieser Studie um keine repräsentative Auswahl. Das Alter und Geschlecht der Teilnehmer wurde zwar erfasst, galt jedoch nicht als Ein- oder Ausschlusskriterium. Die Ärzte und Studenten arbeiteten und studierten alle in München, was regionale Färbungen nicht ausschließen lässt. Zudem wurden Teilnehmer ausgewählt, die einerseits bereits freiwillig an einem Kommunikationsseminar teilgenommen hatten (Gruppe der Ärzte) und andererseits aus einer Studentengruppe diejenigen waren, die der Teilnahme freiwillig zustimmten (vgl. Kap. 4.3). Beide Auswahlkriterien deuten darauf hin, dass die Teilnehmer engagierte Ärzte und Medizinstudenten waren. Es lässt sich daher vermuten, dass es sich um Teilnehmer handelte, die dem Studienthema grundsätzlich aufgeschlossen gegenüberstanden und der Untersuchung einen Sinn beimaßen – ein Kriterium, das bei einer qualitativen Fragestellung durchaus von Bedeutung ist.

Ziel dieser Studie war jedoch nicht, Aussagen einer repräsentativen Stichprobe zu überprüfen. Vielmehr sollten in diesem noch sehr unerforschten Gebiet zunächst weitergehende Ansichten gewonnen werden, was dieser Studie gelungen ist. Unseren Daten kommt im Rahmen eines hypothesengenerierenden Ansatzes eine tragende Rolle zu. Durch das Festhalten subjektiver Ansichten, und sei es nur eines einzelnen Teilnehmers, erhält der Forscher Einblick in eine mögliche Sichtweise (Flick et al., 2000), die eingesetzt werden kann, um nachfolgend hypothesenüberprüfende Fragestellungen zu formulieren und gegebenenfalls an einer repräsentativ ausgewählten Gruppe quantitativ zu überprüfen.

7 Zusammenfassung und Ausblick

Das Überbringen schlechter Nachrichten stellt für Ärzte eine Herausforderung dar. Kommunikationstrainings können Ärzten helfen, diese Gespräche besser zu führen. Medizinstudenten üben Breaking-Bad-News-Gespräche bereits in ihrer Ausbildung. Nur wenige Studien untersuchen bisher, wie belastet Ärzte sind und wie sie lernen, mit dieser Aufgabe umzugehen. Diese qualitative Untersuchung geht der Frage nach, mit welcher Einstellung Ärzte und Medizinstudenten dieser Aufgabe begegnen, welche Belastung sie in dieser Situation empfinden und welche Bewältigungsstrategien sie entwickeln.

Sechs Arzt-Patienten-Gespräche von onkologisch tätigen Ärzten mit eigenen Patienten und sechs Gespräche von Medizinstudenten mit Schauspielpatienten mit dem Thema Breaking-Bad-News wurden auf Video aufgenommen. Anschließend sahen die Studienteilnehmer ihre Gespräche an und wurden zu Einstellung, Belastungsempfinden und Bewältigungsstrategien mit Hilfe des Stimulated Recall befragt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet. Dabei ließen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Personengruppen herausarbeiten.

Ärzte und Studenten stimmen in ihren Einstellungen, Zielen und Schwierigkeiten beim Überbringen schlechter Nachrichten weitgehend überein. Sowohl Ärzte als auch Studenten empfinden Gefühle der Trauer, Verantwortungsdruck, Unsicherheit und ein Bedürfnis nach emotionaler Stabilität. Bei der Bewältigung hilft beiden Gruppen der Austausch mit Kollegen. Studenten fokussieren verstärkt auf die eigene psychische Belastung und setzen sich mit Schuldgefühlen auseinander. Sie empfinden vermehrt Gefühle der Anspannung und des Zweifelns. Ärzte greifen auf zusätzliche Bewältigungsstrategien zurück, die in dem Wissen über die eigene fachliche Kompetenz, die Sinnhaftigkeit der Aufgabe und die erlebte Resilienz begründet liegen.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Ärzte und Medizinstudenten während des Überbringens schlechter Nachrichten emotional stark eingebunden und zum Teil hoch belastet sind. Es zeigt sich, dass der Umgang mit dieser Aufgabe in der klinischen Praxis und im Studentenunterricht zu selten thematisiert wird. Um den Bedürfnissen der Studenten und Ärzten nachzukommen, sind ausgeweitete

psychologische Betreuung und verbesserte Trainingsangebote denkbar und wünschenswert. Die emotionale Belastung könnte durch die offene Thematisierung in darauf ausgerichteten Kursen reduziert werden. Spezifische Angebote, wie der Einsatz psychologisch geschulter Personen in Verbindung mit ausreichenden Trainingsmöglichkeiten könnten bei der Bewältigung in der medizinischen Ausbildung und bei der späteren Durchführung im ärztlichen Alltag helfen und sollten zukünftig in die ärztliche Ausbildung integriert werden.

8 Literaturverzeichnis

- Albrecht, T. L., Eggly, S. S., Gleason, M. E., Harper, F. W., Foster, T. S., Peterson, A. M., Orom, H., Penner, L. A., & Ruckdeschel, J. C. (2008). Influence of clinical communication on patients' decision making on participation in clinical trials. *J Clin Oncol*, 26(16), 2666-2673.
- Armstrong, J., & Holland, J. (2004). Surviving the stresses of clinical oncology by improving communication. *Oncology (Williston Park)*, 18(3), 363-368; discussion 373-365.
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Fryer-Edwards, K. A., Alexander, S. C., Barley, G. E., Gooley, T. A., & Tulsky, J. A. (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med*, 167(5), 453-460.
- Back, A. L., & Curtis, J. R. (2002). Communicating bad news. *West J Med*, 176(3), 177-180.
- Baile, W. F., & Aaron, J. (2005). Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol*, 17(4), 331-335.
- Baile, W. F., & Beale, E. A. (2003). Giving bad news to cancer patients: matching process and content. *J Clin Oncol*, 21(9 Suppl), 49s-51s.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4), 302-311.
- Baile, W. F., Kudelka, A. P., Beale, E. A., Glober, G. A., Myers, E. G., Greisinger, A. J., Bast, R. C., Jr., Goldstein, M. G., Novack, D., & Lenzi, R. (1999). Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer*, 86(5), 887-897.
- Baile, W. F., Lenzi, R., Parker, P. A., Buckman, R., & Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol*, 20(8), 2189-2196.
- Bartlett, E. E., Grayson, M., Barker, R., Levine, D. M., Golden, A., & Libber, S. (1984). The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *J Chronic Dis*, 37(9-10), 755-764.
- Bauer, J., Häfner, S., Kächele, H., Wirsching, M., & Dahlbender, R. W. (2003). Burn-out und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 53(05), 213-222.
- Bäune, S., Beeretz, R., Brauer, D., Clausen, T., Cramer, U. H., Dahm, F.-J., Giring, J., Greiff, M. S., Greiner, C., & Griebau, D. (2015). *Handbuch Medizinrecht*: CF Müller GmbH.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns*, 39(1), 17-25.
- Bensing, J., Deveugele, M., Moretti, F., Fletcher, I., van Vliet, L., Van Bogaert, M., & Rimondini, M. (2011). How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. *Patient Educ Couns*, 84(3), 287-293.
- Bergner, T. (2004). Burn-out bei Ärzten: Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. *Deutsches Arzteblatt-Arztliche Mitteilungen-Ausgabe A*, 101(33), 2232-2235.
- Bürgerliches Gesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland (2013). § 630a-e.
- Bloom, B. S. (1953). Thought-processes in lectures and discussions. *The Journal of General Education*, 1952/53(7), 160-169.
- Bonvicini, K. A., Perlin, M. J., Bylund, C. L., Carroll, G., Rouse, R. A., & Goldstein, M. G. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns*, 75(1), 3-10.

- Bor, R., Miller, R., Goldman, E., & Scher, I. (1993). The meaning of bad news in HIV disease: counseling about dreaded issues revisited. *Counsel Psychol. Q.*, 6, 69-80.
- Bourquin, C., Stiefel, F., Mast, M. S., Bonvin, R., & Berney, A. (2015). Well, you have hepatic metastases: Use of technical language by medical students in simulated patient interviews. *Patient Educ Couns*, 98(3), 323-330.
- Bredart, A., Bouleuc, C., & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol*, 17(4), 351-354.
- Broom, A. (2005). Using qualitative interviews in CAM research: A guide to study design, data collection and data analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 13(1), 65-73.
- Brown, R., Dunn, S., Byrnes, K., Morris, R., Heinrich, P., & Shaw, J. (2009). Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Acad Med*, 84(11), 1595-1602.
- Brown, R. F., Butow, P. N., Dunn, S. M., & Tattersall, M. H. (2001). Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomised trial. *Br J Cancer*, 85(9), 1273-1279.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*, 288(6430), 1597-1599.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (2005). [Stress at work and well-being in junior residents]. *Z Psychosom Med Psychother*, 51(2), 163-178.
- Bundesärztekammer (1990). Empfehlungen zur Patientenaufklärung. *Deutsches Ärzteblatt*, 87(16), 1279-1283.
- Bundesärztekammer (2015). (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, § 7 und 8.
- Bundesministerium für Gesundheit (2002). Approbationsordnung für Ärzte 2002, zuletzt geändert durch Art. 2 V v. 2.8.2013, § 27 Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, Satz 5 Nummer 13 C.F.R., (2002a).
- Bundesministerium für Gesundheit (2002). Approbationsordnung für Ärzte 2002, zuletzt geändert durch Art. 5 G v. 18.4.2016 I 886, § 30 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, Mündlich-praktische Prüfung C.F.R., (2002b).
- Bundesministerium für Gesundheit (2016). Informiert und selbstbestimmt - Ratgeber für Patientenrechte .
- Bundesministerium für Gesundheit (2016). Nationaler Krebsplan. Handlungsfeld 4 Patientenorientierung: Ziele des Nationalen Krebsplans, Stand: Mai 2016. Zugriff am 03.02.2017:
<https://http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/oeffentlichkeitsarbeit/handlungsfelder/ziele-des-nationalen-krebsplans.html>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2003). SVR Gesundheit, Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 67.
- Butow, P. N., Brown, R. F., Cogar, S., Tattersall, M. H., & Dunn, S. M. (2002). Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psychooncology*, 11(1), 47-58.
- Calderhead, J. (1981). Stimulated Recall: A Method For Research On Teaching. *British Journal of Educational Psychology*, 51(2), 211-217.
- Carayon, P., Li, Y., Kelly, M. M., DuBenske, L. L., Xie, A., McCabe, B., Orne, J., & Cox, E. D. (2014). Stimulated recall methodology for assessing work system barriers and facilitators in family-centered rounds in a pediatric hospital. *Appl Ergon*, 45(6), 1540-1546.
- Cassileth, B. R., Zupkis, R. V., Sutton-Smith, K., & March, V. (1980). Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med*, 92(6), 832-836.

- Cegala, D., & Lenzmeier Broz, S. (2002). Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Med Educ*, 36(11), 1004-1016.
- Cegala, D., McNeillis, K., & McGee, D. (1995). A study of doctors' and patients' perceptions of information processing and communication competence during the medical interview. *Health Communication*, 7(3), 179-203.
- Chisholm, C. A., Pappas, D. J., & Sharp, M. C. (1997). Communicating bad news. *Obstet Gynecol*, 90(4 Pt 1), 637-639.
- Cohen, D., Rollnick, S., Smail, S., Kinnersley, P., Houston, H., & Edwards, K. (2005). Communication, stress and distress: evolution of an individual support programme for medical students and doctors. *Med Educ*, 39(5), 476-481.
- Cohen, L., Baile, W., Henninger, E., Agarwal, S., Kudelka, A., Lenzi, R., Sterner, J., & Marshall, G. (2003). Physiological and psychological effects of delivering medical news using a simulated physician-patient scenario. *J Behav Med*, 26(5), 459-471.
- Coleman, T., Murphy, E., & Cheater, F. (2000). Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, 50(452), 207-210.
- Daly, W. M. (2001). The development of an alternative method in the assessment of critical thinking as an outcome of nursing education. *J Adv Nurs*, 36(1), 120-130.
- Davis, D., O'Brien, M. A., Freemantle, N., Wolf, F. M., Mazmanian, P., & Taylor-Vaisey, A. (1999). Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *Jama*, 282(9), 867-874.
- Degner, L. F., Kristjanson, L. J., Bowman, D., Sloan, J. A., Carriere, K. C., O'Neil, J., Bilodeau, B., Watson, P., & Mueller, B. (1997). Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *Jama*, 277(18), 1485-1492.
- Delvaux, N., Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conradt, S., Boniver, J., Etienne, A. M., Fontaine, O., Janne, P., Klastersky, J., Melot, C., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L., & Razavi, D. (2005). Physicians' communication with a cancer patient and a relative: a randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. *Cancer*, 103(11), 2397-2411.
- Dias, L., Chabner, B. A., Lynch, T. J., Jr., & Penson, R. T. (2003). Breaking bad news: a patient's perspective. *Oncologist*, 8(6), 587-596.
- Dosanjh, S., Barnes, J., & Bhandari, M. (2001). Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ*, 35(3), 197-205.
- Doyle, D., & O'Connell, S. (1996). Breaking bad news: starting palliative care. *J R Soc Med*, 89(10), 590-591.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2011). *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen*, 3.
- Engel, G. L. (1976). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit: Ein Lehrbuch f. Ärzte, Psychologen u. Studenten. Aus d. Engl. übers. v. R. Adler. Mit e. Geleitw. v. George L. Engel: H. Huber.*
- Epstein, R. M., Hadee, T., Carroll, J., Meldrum, S. C., Lardner, J., & Shields, C. G. (2007). "Could this be something serious?" Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med*, 22(12), 1731-1739.
- Epstein, R. M., Morse, D. S., Frankel, R. M., Fraey, L., Anderson, K., & Beckman, H. B. (1998). Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk. *Ann Intern Med*, 128(6), 435-442.
- Espinosa, E., Gonzalez Baron, M., Poveda, J., & De la Gándara, I. (1993). La verdad soportable como eje de la información al paciente con cáncer. *An Med Internac*, 10(3), 147-149.

- Espinosa, E., Gonzalez Baron, M., Zamora, P., Ordonez, A., & Arranz, P. (1996). Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Support Care Cancer*, 4(1), 61-63.
- Everly, G. S., & Lating, J. M. (2002). The anatomy and physiology of the human stress response. *A clinical guide to the treatment of the human stress response*, 15-48.
- Fallowfield, L. (1993). Giving sad and bad news. *Lancet*, 341(8843), 476-478.
- Fallowfield, L. (2000). How to improve the communication skills of oncologists. *Ann Oncol*, 11 Suppl 3, 63-66.
- Fallowfield, L., Ford, S., & Lewis, S. (1995). No news is not good news: information preferences of patients with cancer. *Psychooncology*, 4(3), 197-202.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur J Cancer*, 35(11), 1592-1597.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*, 363(9405), 312-319.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2006). Current concepts of communication skills training in oncology. *Recent Results Cancer Res*, 168, 105-112.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., & Beveridge, H. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med*, 16(4), 297-303.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., & Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet*, 359(9307), 650-656.
- Fallowfield, L., Lipkin, M., & Hall, A. (1998). Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol*, 16(5), 1961-1968.
- Faulkner, A. (1998). ABC of palliative care. Communication with patients, families, and other professionals. *Bmj*, 316(7125), 130-132.
- Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C. G., Duberstein, P., McDaniel, S. H., & Epstein, R. M. (2004). Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care*, 42(11), 1049-1055.
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung* (4. Aufl. ed.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (2000). *Qualitative Forschung, Ein Handbuch* (9. Aufl. ed., pp. 17). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Fogarty, L. A., Curbow, B. A., Wingard, J. R., McDonnell, K., & Somerfield, M. R. (1999). Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol*, 17(1), 371-379.
- Fritzsche, K., Geigges, W., Richter, D., & Wirsching, M. (2003). *Psychosomatische Grundversorgung*: Springer Berlin Heidelberg.
- Fritzsche, K., Wirsching, M., & Geigges, W. (2016). *Psychosomatische Grundversorgung*: Springer.
- Früh, W. (2011). *Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis* (7. Aufl. ed.). Stuttgart: UTB.
- Garg, A., Buckman, R., & Kason, Y. (1997). Teaching medical students how to break bad news. *Cmaj*, 156(8), 1159-1164.
- Gass, S. M., & Mackey, A. (2000). *Stimulated recall methodology in second language research*: Routledge.
- Gattellari, M., Butow, P. N., & Tattersall, M. H. (2001). Sharing decisions in cancer care. *Soc Sci Med*, 52(12), 1865-1878.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (2016): Art. 2, Abs. 2.
- Girgis, A., & Sanson-Fisher, R. W. (1995). Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol*, 13(9), 2449-2456.

- Giroldi, E., Veldhuijzen, W., Mannaerts, A., van der Weijden, T., Bareman, F., & van der Vleuten, C. (2014). "Doctor, please tell me it's nothing serious": an exploration of patients' worrying and reassuring cognitions using stimulated recall interviews. *BMC Fam Pract*, 15, 73.
- Goelz, T., Wuensch, A., Stubenrauch, S., Ihorst, G., de Figueiredo, M., Bertz, H., Wirsching, M., & Fritzsche, K. (2011). Specific training program improves oncologists' palliative care communication skills in a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*, 29(25), 3402-3407.
- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. M., Dimitry, S., & Tattersall, M. H. (2005). Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Ann Oncol*, 16(7), 1005-1053.
- Helfferrich, C. (2005). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, 2, 152-153.
- Helft, P. R., & Petronio, S. (2007). Communication pitfalls with cancer patients: "hit-and-run" deliveries of bad news. *J Am Coll Surg*, 205(6), 807-811.
- Henry, S. G., & Fetters, M. D. (2012). Video elicitation interviews: a qualitative research method for investigating physician-patient interactions. *Ann Fam Med*, 10(2), 118-125.
- Hoffmann-Riem, C. (1980). Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie : der Datengewinn. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Jg. 32(H. 2), 339-372.
- Holland, J. C. (1989). Now we tell--but how well? *J Clin Oncol*, 7(5), 557-559.
- Hopf, C. (1995). Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff, H. Keupp, L. von Rosenstiel & S. Wolff (Eds.), *Handbuch qualitative Sozialforschung, Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2. Aufl. ed., pp. 177). Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Hopf, C. (2012). Qualitative Interviews - ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung, Ein Handbuch* (9. Aufl. ed., pp. 352). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hulsman, R. L., Pranger, S., Koot, S., Fabriek, M., Karemaker, J. M., & Smets, E. M. (2010). How stressful is doctor-patient communication? Physiological and psychological stress of medical students in simulated history taking and bad-news consultations. *Int J Psychophysiol*, 77(1), 26-34.
- Hulsman, R. L., Ros, W. J., Winnubst, J. A., & Bensing, J. M. (1999). Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Med Educ*, 33(9), 655-668.
- Hunter, C., Chew-Graham, C. A., Langer, S., Drinkwater, J., Stenhoff, A., Guthrie, E. A., & Salmon, P. (2014). 'I wouldn't push that further because I don't want to lose her': a multiperspective qualitative study of behaviour change for long-term conditions in primary care. *Health Expect*.
- Jenkins, V., Fallowfield, L., & Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer*, 84(1), 48-51.
- Jones, R. V., Hansford, J., & Fiske, J. (1993). Death from cancer at home: the carers' perspective. *Bmj*, 306(6872), 249-251.
- Junger, J., Schafer, S., Roth, C., Schellberg, D., Friedman Ben-David, M., & Nikendei, C. (2005). Effects of basic clinical skills training on objective structured clinical examination performance. *Med Educ*, 39(10), 1015-1020.
- Klemperer, D. (2005). Shared Decision Making und Patientenzentrierung-vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. *Balint Journal*, 6(04), 115-123.
- Kopecky-Wenzel, M., Maier, E., Muntau, A., Reinhardt, D., & R., F. (2009). Überbringen schlechter Nachrichten – Videogestützte Trainingseinheit für Medizinstudenten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37(2), 139-144.

- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lamnek, S., & Krell, C. (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5. Auflage ed.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Langewitz, W. A., Eich, P., Kiss, A., & Wossmer, B. (1998). Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med*, 60(3), 268-276.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and appraisal*: New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med*, 55(3), 234-247.
- Lima, F. D., Buunk, A. P., Araújo, M. B. J., Chaves, J. G. M., Muniz, D. L. O., & Queiroz, L. B. d. (2007). Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia-2004. *Rev bras educ méd*, 31(2), 137-146.
- Lyle, J. (2003). Stimulated Recall: A report on its use in naturalistic research. *British Educational Research Journal*, 29(6), 861-878.
- Maguire, P. (1985). Barriers to psychological care of the dying. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 291(6510), 1711-1713.
- Maguire, P. (1998). Breaking bad news. *Eur J Surg Oncol*, 24(3), 188-191.
- Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *Bmj*, 325(7366), 697-700.
- Maindok, H. (2003). *Professionelle Interviewführung in der Sozialforschung* (2. Aufl. ed.). Herbolzheim: Centaurus-Verl.-Ges.
- Marischler, C. (2013). *BASICS Endokrinologie*: Elsevier Health Sciences Germany.
- Marx, G., & Wollny, A. (2010). Qualitative Sozialforschung-AUsgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. *Z Allgemeinmed*, 9, 331-336.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken* (11., aktualisierte und überarb. Aufl. ed.). Weinheim [u.a.]: Beltz.
- Mayring, P., & Gläser-Zikuda, M. (2008). *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse* (2. Aufl. ed.). Weinheim: Beltz.
- Merckaert, I., Libert, Y., & Razavi, D. (2005). Communication skills training in cancer care: where are we and where are we going? *Curr Opin Oncol*, 17(4), 319-330.
- Meredith, C., Symonds, P., Webster, L., Lamont, D., Pyper, E., Gillis, C. R., & Fallowfield, L. (1996). Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *Bmj*, 313(7059), 724-726.
- Michaels, E. (1992). Doctors can improve on way they deliver bad news, MD maintains. *Cmaj*, 146(4), 564-566.
- Miranda, J., & Brody, R. V. (1992). Communicating bad news. *West J Med*, 156(1), 83-85.
- Moore, P. M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., & Lawrie, T. A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*(3), Cd003751.
- Muller-Juge, V., Cullati, S., Blondon, K. S., Hudelson, P., Maitre, F., Vu, N. V., Savoldelli, G. L., & Nendaz, M. R. (2014). Interprofessional collaboration between residents and nurses in general internal medicine: a qualitative study on behaviours enhancing teamwork quality. *PLoS One*, 9(4), e96160.
- Niglio de Figueiredo, M., Rudolph, B., Bylund, C. L., Goelz, T., Heussner, P., Sattel, H., Fritzsche, K., & Wuensch, A. (2015). ComOn Coaching: Study protocol of a randomized controlled trial to assess the effect of a varied number of coaching sessions on transfer into clinical practice following communication skills training. *BMC Cancer*, 15, 503.

- Novack, D. H., Plumer, R., Smith, R. L., Ochitill, H., Morrow, G. R., & Bennett, J. M. (1979). Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *Jama*, 241(9), 897-900.
- Oken, D. (1961). What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. *Jama*, 175, 1120-1128.
- Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, 40(7), 903-918.
- Orlander, J. D., Fincke, B. G., Hermanns, D., & Johnson, G. A. (2002). Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news. *J Gen Intern Med*, 17(11), 825-831.
- Otani, H., Morita, T., Esaki, T., Ariyama, H., Tsukasa, K., Oshima, A., & Shiraisi, K. (2011). Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. *Jpn J Clin Oncol*, 41(8), 999-1006.
- Paskins, Z., McHugh, G., & Hassell, A. B. (2014). Getting under the skin of the primary care consultation using video stimulated recall: a systematic review. *BMC Med Res Methodol*, 14, 101.
- Poses, R. M., & Isen, A. M. (1998). Qualitative research in medicine and health care: questions and controversy. *J Gen Intern Med*, 13(1), 32-38.
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *Jama*, 276(6), 496-502.
- Ptacek, J. T., Fries, E. A., Eberhardt, T. L., & Ptacek, J. J. (1999). Breaking bad news to patients: physicians' perceptions of the process. *Support Care Cancer*, 7(3), 113-120.
- Ptacek, J. T., & McIntosh, E. G. (2009). Physician challenges in communicating bad news. *J Behav Med*, 32(4), 380-387.
- Ptacek, J. T., Ptacek, J. J., & Ellison, N. M. (2001). "I'm sorry to tell you ..." physicians' reports of breaking bad news. *J Behav Med*, 24(2), 205-217.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., & Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347(9003), 724-728.
- Razavi, D., Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conradt, S., Boniver, J., Etienne, A. M., Fontaine, O., Janne, P., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L., & Delvaux, N. (2003). How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol*, 21(16), 3141-3149.
- Richter-Kuhlmann, E. (2005). Arzt-Patienten-Beziehung: Werte im Wandel. *Deutsches Ärzteblatt*, 102(40), 2694.
- Saraiya, B., Bodnar-Deren, S., Leventhal, E., & Leventhal, H. (2008). End-of-life planning and its relevance for patients' and oncologists' decisions in choosing cancer therapy. *Cancer*, 113(12 Suppl), 3540-3547.
- Sargent, M. C., Sotile, W., Sotile, M. O., Rubash, H., & Barrack, R. L. (2004). Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. *J Bone Joint Surg Am*, 86-a(7), 1579-1586.
- Sarikaya, O., Civaner, M., & Kalaca, S. (2006). The anxieties of medical students related to clinical training. *Int J Clin Pract*, 60(11), 1414-1418.
- Scheibler, F., Schwantes, U., Kampmann, M., & Pfaff, H. (2005). Shared decision-making. *GGW Beilage der Zeitschrift Gesellschaft und Gesundheit*, Bonn. *WIdO. Wissenschaftliches Institut der AOK*, 1, 23-31.
- Schmid Mast, M., Kindlimann, A., & Langewitz, W. (2005). Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. *Patient Educ Couns*, 58(3), 244-251.

- Schofield, P. E., Beeney, L. J., Thompson, J. F., Butow, P. N., Tattersall, M. H., & Dunn, S. M. (2001). Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patient's perspective. *Ann Oncol*, 12(3), 365-371.
- Schulenburg, D. (2004). Der Behandlungsvertrag. *Rheinisches Ärzteblatt*, 2, 16.
- Seifart, C., Hofmann, M., Bar, T., Riera Knorrenschild, J., Seifart, U., & Rief, W. (2014). Breaking bad news-what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol*, 25(3), 707-711.
- Shaw, J. M. (2013). Doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Education and Counseling*, 93, 203-208.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *Bmj*, 303(6814), 1385-1387.
- Stavropoulou, C. (2011). Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. *Patient Educ Couns*, 83(1), 7-13.
- Strafgesetzbuch: §223, Abs.1 (2016).
- Stiefel, F., Barth, J., Bensing, J., Fallowfield, L., Jost, L., Razavi, D., & Kiss, A. (2010). Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol*, 21(2), 204-207.
- Stiefel, F., Bourquin, C., Layat, C., Vadot, S., Bonvin, R., & Berney, A. (2013). Medical students' skills and needs for training in breaking bad news. *J Cancer Educ*, 28(1), 187-191.
- Strauss, R. P., Sharp, M. C., Lorch, S. C., & Kachalia, B. (1995). Physicians and the communication of "bad news": parent experiences of being informed of their child's cleft lip and/or palate. *Pediatrics*, 96(1 Pt 1), 82-89.
- Taylor, K. M. (1988). "Telling bad news": physicians and the disclosure of undesirable information. *Social Health Illn*, 10(2), 109-132.
- Terzioglu, P., Jonitz, B., Schwantes, U., & Burger, W. (2003). Kommunikative und soziale Kompetenzen: Vermittlung muss im Medizinstudium beginnen. *Deutsches Ärzteblatt*, 2(10), 458.
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med*, 22(2), 177-183.
- Thomsen, O. O., Wulff, H. R., Martin, A., & Singer, P. (1993). What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? *The Lancet*, 341(8843), 473-476.
- van Dulmen, S., Tromp, F., Grosfeld, F., ten Cate, O., & Bensing, J. (2007). The impact of assessing simulated bad news consultations on medical students' stress response and communication performance. *Psychoneuroendocrinology*, 32(8-10), 943-950.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Rabatin, J. T., Call, T. G., Davidson, J. H., Multari, A., Romanski, S. A., Hellyer, J. M., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2014). Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*, 174(4), 527-533.

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stressmodell zum Überbringen schlechter Nachrichten nach Ptacek et al. (1996).....	24
Abbildung 2: Kurs „Ärztliche Gesprächsführung“, Fakultät für Medizin TUM.....	36
Abbildung 4: Überblick Hauptkategorie Haltung	55
Abbildung 6: Überblick Hauptkategorie Persönlich definierte Ziele	57
Abbildung 8: Überblick Hauptkategorie Schwierigkeiten	61
Abbildung 10: Überblick Hauptkategorie Emotionale Beteiligung.....	68
Abbildung 12: Überblick Hauptkategorie Bewältigungsstrategien	75
Abbildung 14: Überblick Hauptkategorie Unterstützungsmaßnahmen	78

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alter der Probanden	35
Tabelle 2: Soziodemografische Daten der Studenten.....	37
Tabelle 3: Soziodemografische Daten der Ärzte.....	39
Tabelle 4: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Haltung.....	64
Tabelle 5: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Persönlich definierte Ziele.....	65
Tabelle 6: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Persönlich definierte Ziele.....	66
Tabelle 7: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Schwierigkeiten.....	67
Tabelle 8: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Emotionale Beteiligung	73
Tabelle 9: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Emotionale Beteiligung	74
Tabelle 10: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Bewältigungsstrategien.....	81
Tabelle 11: Kategorienleitfaden Hauptkategorie Unterstützungsmaßnahmen.....	82
Tabelle 12: Tabellarisch vergleichende Ergebnisdarstellung	84
Tabelle 13: Tabellarisch vergleichende Ergebnisdarstellung	85
Tabelle 14: Tabellarisch vergleichende Ergebnisdarstellung	86

11 Anhang

11.1 Interviewleitfaden Version Arzt

Fragebogen für semi-strukturierte Interviews mit Einsatz der Methode des Stimulated Recall

Im Nachfolgenden fragen wir nach dem Überbringen schlechter Nachrichten. Dabei nehmen wir an:

Definition: Eine schlechte Nachricht ist eine Nachricht, die dem Patienten durch den Arzt überbracht wird und eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten, ein Nicht-Ansprechen der Therapie, das Fortschreiten einer Erkrankung oder die Übermittlung eines tödlich verlaufenden Leidens zum Inhalt hat.

- 1) Wie heißen Sie? In welchem Fachbereich sind Sie Facharzt oder werden es sein?
- 2) Sie müssen bei Ihrer Arbeit Patienten schlechte Nachrichten überbringen. Was bedeutet dieser Teil Ihrer Arbeit für Sie?
- 3) Wo sehen Sie Ihre Aufgabe in einem solchen Gespräch?
- 4) Wie gestalten Sie ein solches Gespräch?
- 5) Was ist Ihnen dabei wichtig?
- 6) Was ist für Sie dabei schwierig?

- INPUT / STIMULUS (Stimulated Recall, Videosequenz) -

- 7) Welche Gedanken hatten Sie in dem Moment der gezeigten Videoaufnahme?
- 8) Welche Gefühle hatten Sie in diesem Moment?

- mehrfach WIEDERHOLUNG der Fragen 7) und 8), jeweils mit neuem Stimulus -

-
- 9) Welche psychische Belastung verspüren Sie bei dem Überbringen schlechter Nachrichten?
 - 10) Welche Strategien haben Sie, um mit dieser Belastung umzugehen?
 - 11) Welche Unterstützung können Sie sich vorstellen, die Ihnen bei der Aufgabe schlechte Nachrichten zu überbringen hilft?
 - 12) Wie unterstützen Sie Ihren Patienten bei dem Überbringen schlechter Nachrichten?
 - 13) Entsteht für Sie als Arzt dadurch eine zusätzliche Belastung?
 - 14) Fragen? Anregungen?

11.2 Interviewleitfaden Version Student

Fragebogen für semi-strukturierte Interviews mit Einsatz der Methode des Stimulated Recall

Im Nachfolgenden fragen wir nach dem Überbringen schlechter Nachrichten. Dabei nehmen wir an:

Definition: Eine schlechte Nachricht ist eine Nachricht, die dem Patienten durch den Arzt überbracht wird und eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten, ein Nicht-Ansprechen der Therapie, das Fortschreiten einer Erkrankung oder die Übermittlung eines tödlich verlaufenden Leidens zum Inhalt hat.

- 1) Wie heißen Sie? In welchem Fachsemester studieren Sie?
- 2) Welcher Fachbereich/Facharzt interessiert Sie besonders?
- 3) Sie werden bei Ihrer Arbeit als Arzt Patienten schlechte Nachrichten überbringen. Was bedeutet dieser Teil der Arbeit für Sie?
- 4) Wo sehen Sie Ihre Aufgabe in einem solchen Gespräch?
- 5) Wie gestalten Sie ein solches Gespräch?
- 6) Was ist Ihnen dabei wichtig?
- 7) Was ist für Sie dabei schwierig?

- INPUT / STIMULUS (Stimulated Recall, Videosequenz) -

- 8) Welche Gedanken hatten Sie in dem Moment der gezeigten Videoaufnahme?
- 9) Welche Gefühle hatten Sie in diesem Moment?

- mehrfach WIEDERHOLUNG der Fragen 7) und 8), jeweils mit neuem Stimulus -

-
- 10) Welche psychische Belastung verspüren Sie bei dem Überbringen schlechter Nachrichten?
 - 11) Welche Strategien haben Sie, um mit dieser Belastung umzugehen?
 - 12) Welche Unterstützung können Sie sich vorstellen, die Ihnen bei der Aufgabe schlechte Nachrichten zu überbringen hilft?
 - 13) Wie unterstützen Sie Ihren Patienten bei dem Überbringen schlechter Nachrichten?
 - 14) Entsteht für Sie als Arzt dadurch eine zusätzliche Belastung?
 - 15) Fragen? Anregungen?

12 Danksagung

Zum Abschluss möchte ich mich bei den Menschen bedanken, die es erst möglich gemacht haben, dass ich diese Arbeit verwirklichen konnte. Ich möchte mich besonders bei Herrn Professor Berberat bedanken. Durch seine Unterstützung konnte die Durchführung dieses Projekts erst geplant werden. Mein großer Dank geht zudem an meinen Betreuer Herrn Dr. Alexander Wunsch, der mit seinem Engagement, seiner Kompetenz und mit seiner Geduld einen großen Teil zum Gelingen dieser Doktorarbeit beigetragen hat. Ich habe mich zu jeder Zeit bestens betreut gefühlt.

Ich danke allen Ärzten und Medizinstudenten, die an dieser Studie teilgenommen haben. Den entstandenen zeitlichen und auch emotionalen Aufwand weiß ich sehr zu schätzen – ohne sie wäre die Verwirklichung dieser Arbeit nicht möglich gewesen. Bei allen Patienten und Schauspielern, die ihr Einverständnis zu den so wichtigen Videoaufnahmen gegeben haben, möchte ich mich an dieser Stelle ebenso herzlich bedanken. Mein Dank gilt außerdem Frau Privatdozentin Anneser aus dem Palliativmedizinischen Dienst des Klinikums rechts der Isar und Herrn Privatdozent Dinkel aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ebenfalls Klinikum rechts der Isar. Sie haben mit ihren Vorschlägen dem Interviewleitfaden zu seiner endgültigen Form verholfen. Allen Beteiligten des Doktoranden-Kolloquiums am TUM Medical Education Center, die mit ihren Ideen und Einwänden zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben, danke ich ebenso.

Ich danke außerdem meiner Familie und Rudi, die mir in jeder Phase dieser Arbeit uneingeschränkt Mut gemacht und mich unterstützt haben.