

Jalid Sehouli

Von der Kunst, schlechte Nachrichten  
gut zu überbringen



# Von der Kunst, schlechte Nachrichten gut zu überbringen

Prof. Dr. Jalid Sehouli  
Direktor der Klinik für Gynäkologie  
und Ordinarius an der Charité in Berlin

Kösel

Sollte diese Publikation Links auf Webseiten Dritter enthalten,  
so übernehmen wir für deren Inhalte keine Haftung,  
da wir uns diese nicht zu eigen machen, sondern lediglich auf  
deren Stand zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung verweisen.

### **Editorische Notiz**

Die im Buch geschilderten Situationen hat der Autor entweder selbst so erlebt oder von Kollegen, Freunden oder Verwandten erzählt bekommen. Die Namen der Fallgeschichten sind zum Schutz der Persönlichkeitsrechte so verfremdet, dass keine Rückschlüsse auf die wirklichen Personen gezogen werden können.



Verlagsgruppe Random House FSC® N001967

### **2. Auflage**

Copyright © 2018 Kösel-Verlag, München,  
in der Verlagsgruppe Random House GmbH,

Neumarkter Str. 28, 81673 München

Lektorat: Marlene Fritsch, Frechen-Königsdorf

Redaktion: Hans Georg Hoffmann, Berlin

Umschlag: Weiss Werkstatt, München

Umschlagfotografie: Werner Schüring, Berlin,  
[www.schuering-foto.com](http://www.schuering-foto.com)

Satz: Uhl + Massopust, Aalen

Druck und Bindung: GGP Media, Pößneck

Printed in Germany

ISBN: 978-3-466-34702-5

[www.koesel.de](http://www.koesel.de)



Dieses Buch ist auch als E-Book erhältlich.

# Inhalt

<i>Der Moment: »Kommen Sie bitte herein?«</i>	
<i>Zwei Menschen begegnen sich</i> .....	9
Wer dieses Buch braucht und warum es ein Arzt schreiben musste .....	15
<i>Breaking Bad News</i> .....	16
<i>Die untragbare Angst</i> .....	22
<i>Wie wird Kommunikation gelehrt und gelernt?</i> .....	25
<i>Agadir</i> .....	29
<i>Ein Thema, das uns alle angeht – auch im Privaten</i> .....	34
Das gute Übermitteln der schlechten Nachricht .....	39
<i>Die Chefarztvisite</i> .....	39
<i>Der Spaziergang</i> .....	41
<i>Die gute Vorbereitung eines existenziellen Gesprächs</i> .....	45
<i>Was erwartet ein Patient von einem guten Arzt?</i> .....	49

Sich seiner Rolle bewusst sein .....	61
» <i>Herr Doktor, woher kommt meine Heiserkeit?</i> « .....	66
Wie beginnt man ein Gespräch zur Übermittlung einer schlechten Nachricht? .....	69
Verständigungsprobleme .....	70
Warum Schweigen manchmal die beste Antwort ist .....	74
<i>Im Treppenflur</i> .....	76
Die entscheidende Frage .....	79
Wahrhaftigkeit und Vertrauen .....	84
Krankheitstheorien Raum geben und miteinander besprechen .....	88
<i>Mamed</i> .....	92
<i>Die Botschaft</i> .....	95
Das Umfeld: Angehörige als Verbündete gewinnen .....	96
Was hilft den Menschen, schlechte Nachrichten zu verarbeiten? .....	102
<i>Der Sturz</i> .....	114
Visite der Lebenserfahrung .....	117
Spiritualität – Hoffnung in hoffnungsloser Zeit .....	119
» <i>Ich gebe doch nicht auf</i> « .....	121
Das Gespräch beenden und dokumentieren .....	126
» <i>Mama ist schwer krank</i> « .....	128
Beispiele außerhalb der Medizin .....	133
<i>Der Vater und der junge Polizist</i> .....	133

Auf der Suche nach der guten Nachricht . . . . .	143
Perspektivwechsel . . . . .	144
Die gute Nachricht zum Abend . . . . .	148
<i>Die Schachblume</i> . . . . .	151
Das Gute im Schlechten – auf das Timing kommt es an . . . . .	161
<i>Zurück in der Sprechstunde</i> . . . . .	163
Moskau . . . . .	165
Anstelle einer Autorenbiografie: Meine traurigste und meine schönste Nachricht . . . . .	166
<i>Und wie ging es mit Susanne Sieckler weiter?</i> . . . . .	170
Anhang: Hilfe für Helfer, für Empfänger, für Angehörige . . . . .	173
Kurzfassung der SPIKES-Methode . . . . .	173
Regeln für das Überbringen einer Todesnachricht . . . . .	174
Breaking Bad News – Seminare . . . . .	176
Checkliste für das Gespräch zur Übermittlung einer schlechten Nachricht . . . . .	182
Auswahl wissenschaftlicher Literatur . . . . .	187
Dank . . . . .	189



***Der Moment: »Kommen Sie bitte herein?«***

***Zwei Menschen begegnen sich***

Susanne Sieckler wartet auf ihren Termin und vertreibt sich ihre Ungeduld mit dem Blättern in veralteten bunten Zeitschriften. Die Blätter sind teilweise schon etwas verblasst. »Diese Zeitschriften kennen wohl schon viele Wartende«, denkt sie.

Susanne Sieckler ist 31 Jahre jung und hat gerade das so lange vermisste Gefühl, sie wäre endlich wieder mitten auf der asphaltierten Straße des Lebens unterwegs. Die letzten Jahre waren schwer, verdammt schwer, immer wieder diese Rückschläge: der tödliche Verkehrsunfall ihres Mannes, die schweren Jahre der Trauer und der Verzweiflung, dazu die Verantwortung für ihre zwei Kinder: Noa, damals gerade vier Jahre alt, und Melissa, sieben Jahre alt. Dann die unzähligen Umschulungen, die sie auf Druck des Arbeitsamtes gemacht hat, ohne dass dabei eine feste Stelle herausgekommen ist. Nun, nach vier langen Jahren, bringen die Kinder endlich wieder gute Schulnoten nach Hause, sie arbeitet bei einer renommierten Kochschule am Viktoria-Luise-Platz in Berlin-Schöneberg und hat vor Kurzem John kennengelernt, der in der Solarenergiebranche eine bedeutende Position hat.

Und jetzt diese Diagnose: »Eierstockkrebs im fortgeschrittenen Stadium, dem schlechtesten aller Stadien –

Stadium IVb«, sagte ihr der Arzt, obwohl sie ihn gar nicht danach gefragt hatte. Das letzte halbe Jahr war die Hölle: Die Müdigkeit und die Bauchschmerzen wurden lange als Erschöpfungssyndrom und als psychosomatisch gedeutet. Gründe, dass der Körper auf die vielen psychischen Konflikte reagiert, gab es ja genug bei Susanne Sieckler. Es folgte eine Odyssee durch die Praxen verschiedener Ärzte mit unzähligen Untersuchungen – und weiteren Unklarheiten statt Diagnosen. »Woher kommt dieses Bauchwasser?«, »Trinken Sie denn Alkohol?«, fragten die Ärzte immer wieder. Als ein junger Arzt in der Rettungsstelle die Diagnose Eierstockkrebs zum ersten Mal diskutierte, wusste sie sofort, dass er recht hatte – und sie wusste in diesem Moment, dass ihr Leben nie mehr das alte sein würde.

Heute wird nun endlich das schon lange geplante und ersehnte Gespräch nach den drei Monaten der Chemotherapie stattfinden. »Staging« nennen Mediziner eine Zwischenbilanz und die Untersuchung, ob ein Tumor kleiner oder größer geworden ist. Zwei Krebsmedikamente und eine Unzahl anderer Medikamente hat sie in dieser Zeit genommen, um die Nebenwirkungen irgendwie erträglich zu machen. Es ist Halbzeit, sechs Monate Chemotherapie sind insgesamt geplant, freuen kann sie sich jedoch nicht über diesen Meilenstein. »Egal, Hauptsache, es hat geholfen«, stemmt sie ihren müden Gedanken entgegen. Die Krebstherapie hinterlässt Spuren, seelische und körperliche. Ihre schulterlangen, kastanienfarbenen Locken, um die sie schon als Kind alle beneidet haben, sind völlig verschwunden. Selbst die Augenbrauen sind ausgefallen. Und an die körperliche Schwäche hat sie

sich immer noch nicht gewöhnt. Selbst das Denken und Träumen fällt ihr schwer.

Susanne wartet auf die Ärztin, die versprochen hatte, heute mit ihr die Befunde der Zwischenuntersuchungen zu besprechen. Sie hofft so sehr, dass die Blutwerte und die Ergebnisse der Computertomografie positiv für sie ausfallen und die Ärztin ihr sagt, dass die belastende Therapie gegen die Krebserkrankung gewirkt hat. Bis zum Zeitpunkt der Diagnose war sie nur einmal bei Ärzten gewesen, damals als Fünfzehnjährige, als sie eine Mandelentzündung hatte. Jetzt überlegt sie, wie oft ihr inzwischen schon Blut abgenommen wurde.

Sie blättert in ihrem Ordner und zählt die Laborausdrucke, die wie geheime Dokumente zu geheimen Nummernkonten aussehen: drei vor der großen Operation, sieben während des Krankenhausaufenthalts, eine vor der ersten Gabe der Chemotherapie und dann noch dreizehn während der gesamten Behandlung. Sie versucht das zusammenzählen. Mathematik war nie ihre Stärke, aber seit der Chemotherapie fällt es ihr noch viel schwerer. Nach drei Anläufen gelingt es. »Gestern war es die dreiundzwanzigste Blutentnahme«, sagt sie leise zu sich selbst und weiß nicht, ob sie stolz oder traurig sein soll.

Sie schaut nach links in den weißen Flur, Menschen kommen und gehen, einige kennt sie, anderen glaubt sie an einem anderen Ort schon einmal begegnet zu sein. Sie schaut auf ihren Terminzettel: 14 Uhr 30, dann auf die Uhr im Flur: 15 Uhr. Mit freundlicher und leiser Stimme fragt sie die Schwester, ob es sich noch weiter verzögern wird, da sie später in die Kita ihrer Tochter muss, heute

ist großes Laternenfest. Vorher will sie aber noch einmal zu Hause vorbei. »Liebe Frau Sieckler, Frau Doktor, mit der Sie einen Termin haben, ist leider auf dem Weg zur Arbeit mit dem Fahrrad gestürzt und kann heute nicht kommen. Sie hat aber sofort nach dem Unfall angerufen und ihre Kollegin gebeten, das Gespräch mit Ihnen zu führen – toll, oder? Frau Dr. Fernandez-Meier kommt gleich, sie ist noch bei einer Operation, ich denke, in ein paar Minuten ist sie aber da.« Frau Dr. Fernandez-Meier kennt Susanne nicht, sie arbeitet auf einer anderen Station. »Na ja, egal«, sagt sich Susanne, »Hauptsache, ich erfahre heute meine Ergebnisse. Und die guten Befunde vorlesen kann doch bestimmt jeder Arzt.«

Dr. Fernandez-Meier ist seit fünfzehn Jahren Ärztin und macht aktuell ihre Zusatzausbildung zur Krebsmedizin, daher ist sie vor einem Jahr in das Krebszentrum gewechselt. Sie assistiert gerade bei einer großen Krebsoperation und hat zusätzlich an diesem Freitag 24-Stunden-Dienst, daher hat es sich wohl angeboten, dass sie das Gespräch für ihre Kollegin übernimmt. Gerne macht sie das nicht heute, sie kennt den Krankheitsverlauf der Patientin nicht. Sie hat vorhin nur den Anruf aus der Poliklinik erhalten, dass sie den Termin übernehmen soll. Irgendwie wird sie das Gespräch schon hinbekommen. Die über sieben Stunden dauernde Operation ist nun vorbei, Hunderte von Knoten am Bauchfell wurden entfernt, auch ein Stück Darm von etwa zwanzig Zentimetern musste entfernt werden, da dieser Bereich mit dem Eierstocktumor verbacken und die äußeren Gewebe schichten des Darms vom Krebsgeschwür befallen waren.

Der Tag ist noch jung, als die Ärztin sich auf den Weg zur Poliklinik macht. Für das Gespräch mit Frau Sieckler hat sie leider nur etwa zwanzig Minuten Zeit, dann muss sie wieder in den Operationstrakt: Eine junge Frau hatte eine Fehlgeburt und braucht nun eine Ausschabung. »Schnell die Akte studieren, dabei etwas trinken, einen Müsliriegel essen und dann die Patientin hereinrufen«, denkt sich Dr. Fernandez-Meier, als sie vor dem Fahrstuhl wartet. Mit einem angestrengten Lächeln schaut sie Frau Sieckler an, die bereits vor der Tür des Besprechungszimmers wartet. »Guten Tag, Frau Sieckler, ich bin gleich so weit«, sagt sie. »Lassen Sie sich ruhig Zeit und verschnaufen Sie erst einmal«, antwortet Frau Sieckler und strengt sich dabei an, nicht an das Laternenfest ihrer Tochter zu denken.

Die Ärztin öffnet die Flasche Wasser, der Deckel geht nur schwer auf, dann endlich ein tiefer Schluck. »Mist, der Müsliriegel ist in meinem Dienstzimmer«, denkt sie, als sie die Akte von Frau Susanne Sieckler, geboren am 19.6.1987, öffnet. Sie blättert die dicke Akte durch, sucht den Arztbrief vom ersten Krankenhausaufenthalt und die Angaben zur Diagnose: Serös-papilläres high grade Ovarialkarzinom, FIGO Stadium IVb, Z. n. Längslaparotomie, Adnektomie, Omentektomie und Peritonektomie, postoperativer Tumorrest kleiner als 1 cm.

Die Ärztin weiß schnell, dass die Heilungschancen nicht gut sind – Tumorreste sind also trotz der Operation verblieben. Und dann sind da noch die Lebermetastasen ... »Hoffentlich hat die Chemotherapie gewirkt«, denkt die Ärztin, als sie nach den Ergebnissen der Zwischenuntersuchungen greift. Tumormarker CA-125 vor

der Chemotherapie 1490 Einheiten, Tumormarker Ca-125 nach drei Gaben der Chemotherapie 2750 Einheiten. Hektisch sucht die Ärztin im Rechner nach dem Computertomogramm, um der Vorahnung, dass der Tumor trotz der Chemotherapie weiterwächst, vielleicht etwas entgegenzusetzen und ein Argument zu finden, dass die belastende Krebsbehandlung nicht ganz umsonst war.

Dr. Fernandez-Meier wird gegen ihren Willen immer ungeduldiger. Sie schnalzt mit ihrer trockenen Zunge, tippelt mit ihren müden Fingern auf der Tischplatte und glaubt, damit die Zeit irgendwie beschleunigen zu können. Es gelingt ihr aber nicht. Es ist ein zweieinhalfseitiger Bericht. Sie hat weder die Zeit noch die Geduld, alle Zeilen zu lesen, sodass sie direkt in den Absatz »Gesamtbewertung« springt. Im Vergleich zu den Voraufnahmen: »Deutlicher Progress der peritonealen und hepatischen Metastasen.« Die Ärztin schluckt, als ob sie gerade ein viel zu großes Stück Sandkuchen gegessen hätte. »Der Tumor ist gewachsen, ich muss es ihr sagen!«, denkt sie. Das Telefon klingelt, der Oberarzt ist in der Leitung und bittet sie, pünktlich im Operationssaal zu sein, die Patientin warte schon lange auf den Eingriff. »Ja, klar!«, sagt sie und legt schnell auf.

Dr. Fernandez-Meier steht auf, schaut in den Spiegel an der Tür, wischt sich schnell das Apricot des Lippenstifts ab – irgendwie hat sie ein schlechtes Gewissen, diese Farbe für eine solche Botschaft auf den Lippen zu tragen –, holt tief Luft und öffnet die Tür zum Warter Raum.

»Frau Sieckler, kommen Sie bitte herein?«

# Wer dieses Buch braucht und warum es ein Arzt schreiben musste

Die Übermittlung von schlechten Nachrichten ist eine der schwersten Aufgaben, nicht nur im klinischen Alltag eines Arztes, sondern in nahezu allen Berufen und Bereichen unseres Lebens. Was aber sind eigentlich schlechte Nachrichten? Sind sie nicht zu verschiedenartig, als dass man *den einen* Verlauf beschreibt, den sie nehmen? Natürlich, das Überbringen schlechter Nachrichten ist so vielfältig wie das Leben – und Sterben – selbst. Dennoch gibt es dazu ein paar generelle Beobachtungen zu machen. Jeder kennt derartige Geschichten: Ärzte, Krankenschwestern, natürlich auch Patienten, Polizisten, Sanitäter, Feuerwehrmänner, Unternehmer, selbst Tierärzte. Was sind aber die Gemeinsamkeiten? Was kann man aus diesen Geschichten lernen – und zwar als Betroffener, aber auch als Überbringer der schlechten Nachricht?

Für Mediziner gilt: Gute Nachrichten zu verkünden, ist an sich keine komplexe Herausforderung, auch wenn wir viel bewusster mit diesem Instrument umgehen sollten, als es der Blaulichtalltag zulässt. Deswegen werde ich im zweiten, größeren Teil dieses Buchs auch auf dieses Thema eingehen. Denn das Überbringen guter Nachrichten wird noch weniger bewusst gestaltet als das Überbringen schlechter Nachrichten. Aber dem Patienten schlechte Nachrichten zu übermit-

teln, ohne ihn in ein tiefes Loch zu stürzen – das ist ärztliche Kunst. Auch in einer nach Lage der Dinge »hoffnungslosen« Situation kann man positive Aspekte für den weiteren Verlauf der Therapie oder des Lebens des Patienten finden und diese kommunizieren, ohne Unwahrheiten zu sagen. Wenn das Gespräch gut verlaufen ist, fühlen sich die Patienten adäquat informiert, unterstützt und versorgt. Das kann für beide Seiten – Arzt und Patient – eine sehr befriedigende, positive Erfahrung sein. Für Patienten mit lebensbedrohlicher Krankheit ist die offene und empathische ärztliche Kommunikation eine der wichtigsten Hilfen in der Auseinandersetzung mit der Krankheit. Und diese existenzielle Erfahrung lässt sich auch auf andere Lebensbereiche unserer Gesellschaft übertragen.

## Breaking Bad News

Schlechte Nachrichten werden überbracht, seit Menschen miteinander kommunizieren. Auf Höhlenzeichnungen wird davon berichtet, dass ein Platz nicht sicher ist oder dass sich an diesem Ort eine Katastrophe ereignet hat. Aus der griechischen Mythologie kennen wir die Geschichte von Apollon, dem Gott des Lichts. Er soll über die Nachricht, dass seine Geliebte Koronis den Konkurrenten Ischys heiratete, so erzürnt gewesen sein, dass er den ursprünglich weiß gefiederten Raben, der ihm diese Nachricht überbrachte, für alle Zeiten schwarz färbte. Fortan konnte der Rabe auch nicht mehr singen, sondern nur noch krächzen. Der Überbringer der schlechten Nachricht wurde bestraft und verdammt.

Auch das Alte Testament, eine Grundlage der drei abra-

hamitischen Religionen Judentum, Christentum und Islam, weiß eine düstere Geschichte vom Überbringen schlechter Nachrichten zu erzählen: Wir finden sie im Buch Hiob, in dem Gott seinen treuesten Diener mit immer schlimmeren Verlusten und Leiden belegt und so dessen Gottesbeziehung auf schwerste Proben stellt. Die sprichwörtliche Hiobsbotschaft leitet sich von dieser biblischen Erzählung ab und steht heute sinnbildlich für katastrophale Nachrichten, die wir als ungerecht empfinden oder die uns aus heiterem Himmel treffen. Diese Geschichte zeigt aber auch, dass dem Menschen verschiedene Ressourcen bei der Bewältigung schlechter und sogar katastrophaler Nachrichten helfen können. Etwa die Gespräche Hiobs mit seinen Freunden. Oder auch sein fester Glaube, vielleicht würden wir heute eher sagen: seine Spiritualität, seine Resilienz und auch die Achtsamkeit.

Trotz der vielen historischen Zeugnisse darüber, dass die Übermittlung von schlechten Nachrichten schon immer das Leben der Menschen begleitete und prägte, verwundert es, dass so wenig über den Umgang mit dieser Tatsache bekannt ist und dass darüber nur sehr wenige Erfahrungen mitgeteilt wurden. Das Thema ist wohl emotional zu schwer, zu sehr tabuisiert, als dass es den intimen Raum des Einzelnen verlassen konnte. Darüber zu sprechen und zu schreiben, scheinen mir die besten Mittel für eine notwendige Enttabuisierung zu sein. Sie werden in diesem Buch deshalb auch nicht nur analytische und abstrakt Rat gebende Kapitel finden. Sondern das, was für mich unser Leben ausmacht, was mich auch dazu gebracht hat, dieses Buch überhaupt zu schreiben: Geschichten, die ich erlebe; die mir erzählt werden; die besser als Statistiken, Tabellen oder Studien einen Eindruck davon vermitteln, wo die Herausforderung liegt für Menschen, die eine

schlechte Nachricht zu überbringen haben. Und was daran aber auch schön sein kann. Diese Geschichten sind grafisch etwas abgesetzt, damit sie leicht gefunden werden. So kann dieses Buch auch als eine Sammlung intensiver menschlicher Begegnungen und Schicksale gelesen werden.

Ich bin Mensch, Arzt, Wissenschaftler und Lehrer und möchte mich mit meinen Erfahrungen diesem Thema nähern, möchte mit Ihnen als Arzt und Mensch in Dialog treten. Ich konzentriere mich im Folgenden vor allem auf die Medizin, mit der ich mich seit über dreißig Jahren beschäftige – damals als junger Student und heute als Direktor der Frauenklinik mit dem Schwerpunkt Krebserkrankungen der Frau. Ich werde Ihnen von meinen Begegnungen mit Patientinnen, Angehörigen und meinen Kolleginnen und Kollegen erzählen und hoffe, dass wir damit auch von Erfahrungen anderer Menschen profitieren werden. Als Kollege, als Betroffener, als Beobachter – wir werden feststellen, dass bei der Übermittlung von schlechten Nachrichten die Rollen ineinander übergehen. Weniges ist eindeutig, auch wenn die Diagnose es zu sein scheint. Wie verschieden unsere Berufe auch sein mögen, es gibt viele Gemeinsamkeiten mit anderen Aufgaben oder Situationen. Lassen Sie sich darauf ein, wenn ich Sie als Arzt, Patienten, Angehörigen oder Freund anspreche. Versuchen Sie diese Rolle anzunehmen und achten Sie auf Ihre eigenen Emotionen und Gedanken.

Aber lässt sich das Überbringen von schlechten Nachrichten überhaupt erlernen, so wie man das Diagnostizieren oder das Operieren erlernen kann? Verschiedene Studien konnten eindeutig zeigen, dass dies der Fall ist und sowohl Medizinstudenten als auch Ärzte von der Beschäftigung mit diesem Thema nachhaltig profitieren. Schlechte Nachrichten sind

unterschiedlich, sowohl in ihrer Häufigkeit als auch in ihrer Tragweite, was die existenzielle Bedrohung und die Konsequenzen angeht, die sich aus ihnen ergeben. Die Überbringerung schlechter Nachrichten gehört zu den häufigsten, aber auch unangenehmsten Aufgaben eines Arztes. In seiner Zeit im Beruf führt er mehr als 200 000 Gespräche mit Patienten und deren Angehörigen. Für beinahe alles im Berufsalltag gibt es Checklisten und Weiterbildungscurricula mit Zertifikaten der jeweiligen Ärztekammer. Wie ein Arzt seine Gespräche zu führen hat oder wie er sie führen kann, dafür gibt es jedoch nur sehr wenige Fort- und Weiterbildungsangebote. Er ist verpflichtet, unzählige zusätzliche Qualifikationen zu erwerben, da er sonst seine Berufserlaubnis verlieren kann. Weder in Deutschland noch in sonst einem anderen Land ist es dagegen verpflichtend, Kurse oder Weiterbildungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation zu besuchen. Die Übermittlung von schlechten Nachrichten ist für alle Menschen schwierig und immer noch schwerer, wenn man diese Gespräche zu vermeiden sucht oder wenn sie unreflektiert bleiben, weil man sie nicht professionell trainiert.

Es stimmt einfach nicht, dass man es »im Blut« haben muss oder nicht, wie man am besten mit seinem Gegenüber spricht und auch schlechte Nachrichten so übermittelt, dass die Empfängerin /der Empfänger am Ende nicht wie gelähmt ist und ohne Orientierung und Hoffnung aus dem Gespräch geht. Besser wäre es, von einem Dialog zu sprechen, denn das ist das Wichtigste daran: Der Austausch von Informationen in beiden Richtungen. Ein Gespräch, das nur einseitig geführt wird, ist zum Scheitern verurteilt und wird mein Gegenüber nicht dazu bringen, selbst handlungsfähig zu bleiben oder zu werden. Darum geht es: Den anderen dazu zu befähigen,