

# Transplantationsworkshop: "Neue Aspekte der immunsuppressiven Therapie - Standortbestimmung und Perspektiven"

am 19.11.2005 in Berlin

## Sirolimus: Indikationen und Erfahrungen in der Umstellung nach Nierentransplantation

Markus Ketteler, Universitätsklinikum Aachen

Ein zentrales Thema des Berliner Workshops war die längstmögliche Erhaltung der Nierenfunktion bei bestmöglicher Lebensqualität des nierentransplantierten Patienten. Während die Prävention und Therapie akuter Abstoßungen in der Frühphase nach Nierentransplantation zunehmend erfolgreicher und wirksamer geworden sind, stellt der Organverlust im Langzeitverlauf einerseits aufgrund noch unvollständig verstandener chronischer Abstoßungsvorgänge, andererseits aufgrund der Calcineurininhibitor (CNI)-bedingten Nephrotoxizität ein unzureichend gelöstes Problem dar. Ein weiteres schwerwiegendes Problem ist die Tatsache, dass 50% der nierentransplantierten Patienten mit funktionierendem Transplantat versterben, wobei Malignome und kardiovaskuläre Ereignisse als Todesursachen dominieren. In beiden Kontexten besitzt der mTOR-Inhibitor Sirolimus (Rapamune®) Potentiale, sowohl den chronischen Funktionsverlust des Nierentransplantats aufzuhalten bzw. in Einzelfällen sogar umzukehren, als auch als antiproliferative Substanz Einfluss vor allem auf Tumorentstehung und -progression zu nehmen. Kritisch für den optimalen Einsatz von Sirolimus in den genannten Szenarien ist vermutlich der richtig gewählte Umstellungszeitpunkt.

Ein entscheidender Prädiktor für das Langzeit-Überleben des Transplantats ist die Entwicklung der Nierenfunktion im ersten Jahr nach der Transplantation (Abbildung 1). Ein arbiträrer „Cut-off“-Wert scheint dabei einerseits ein Serum-Kreatinin von etwa 1,5 mg/dl zu sein. Zweitens spielt der Verlust von Nierenfunktion im ersten Jahr gegen-

über dem besten Wert nach Transplantation für die Prognose der Nierenfunktion eine relevante Rolle. Die 2002 von Hariharan et al. publizierten Daten weisen darauf hin, dass ein Anstieg des Serum-Kreatinins um mehr als 0,3 mg/dl im ersten Jahr prognostisch ungünstig für den Langzeiterfolg ist. Diese Daten unterstreichen die Notwendigkeit, so früh wie möglich mit Therapieumstellungen zu intervenieren, falls nur eine suboptimale Transplantatfunktion erreicht wird bzw. sobald sich erste Verschlechterungen in der Transplantatfunktion manifestieren. Die CNI-Toxizität spielt in diesem Kontext nach wie vor eine bedeutende Rolle. Wie in Abbildung 2 dargestellt, manifestiert sich

diese bereits im ersten Jahr nach der Transplantation zu über 30%, nach 10 Jahren zu fast 100%.

Diekmann und Mitarbeiter untersuchten kürzlich 59 Patienten mit bioptischen Zeichen einer chronischen Transplantatnephropathie gezielt hinsichtlich des Erfolgs einer Umstellung von CNI-basierter Immunsuppression auf die Behandlung mit Sirolimus. In dieser Studie war der Zeitpunkt frühestens ab drei Monate nach Transplantation gewählt worden, wobei das Serum-Kreatinin der eingeschlossenen Patienten bei Umstellung jedoch schon im Mittel zwischen 2,75 und 3,15 mg/dl betrug. Mehr als die Hälfte der Patienten profitierte von einem Absetzen des CNI und des Be-

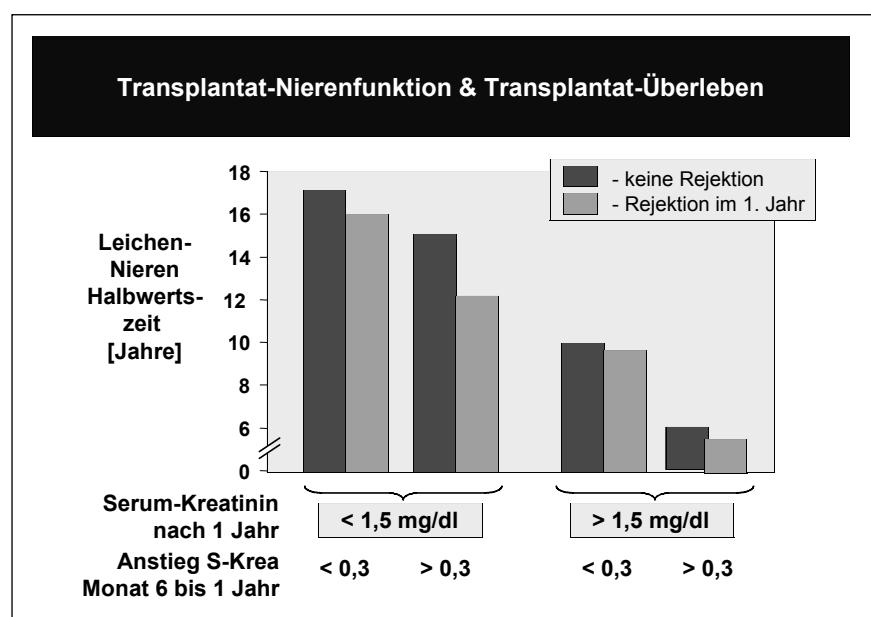


Abb. 1: Halbwertszeit des Transplantatüberlebens in Abhängigkeit von der Nierenfunktion im ersten Jahr nach Nierentransplantation (nach Hariharan S et al. *Kidney Int* 2002; 62: 311-318)

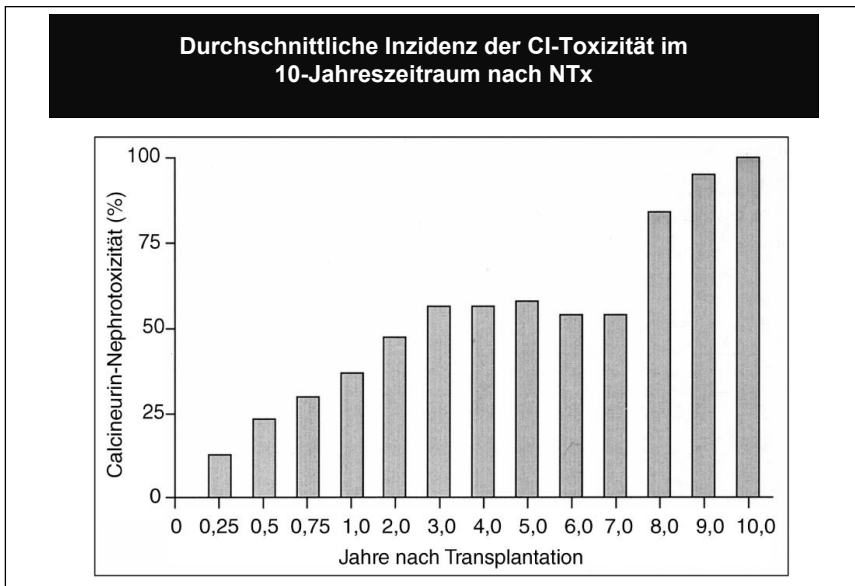


Abb. 2: Häufigkeit von Zeichen der CNI-Toxizität im Zeitverlauf nach Nierentransplantation (nach Nankivell BJ et al. N Engl J Med 2003;349:2326-2333)

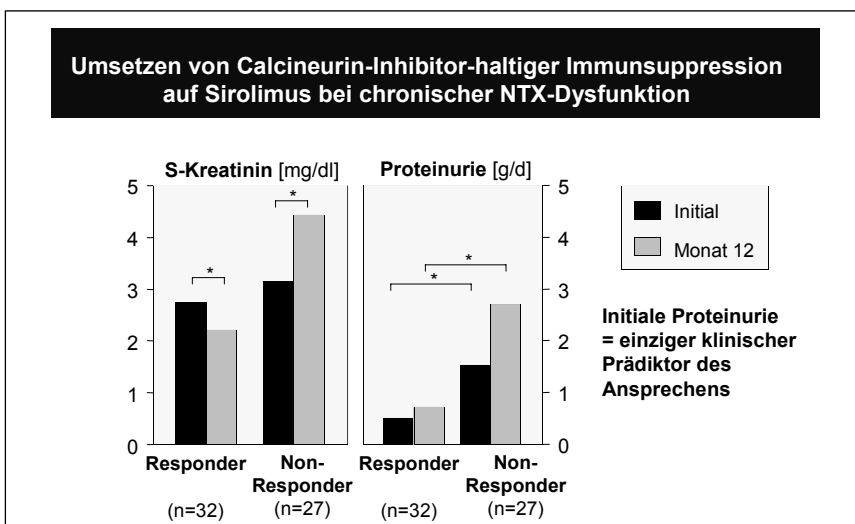


Abb. 3: Abhängigkeit des Erfolgs einer Umstellungstherapie von CNI auf Sirolimus von dem Ausmaß der Proteinurie bei bereits deutlich eingeschränkter Transplantatfunktion (nach Diekmann F et al., Am J Transplant 2004; 4: 1869-1875)

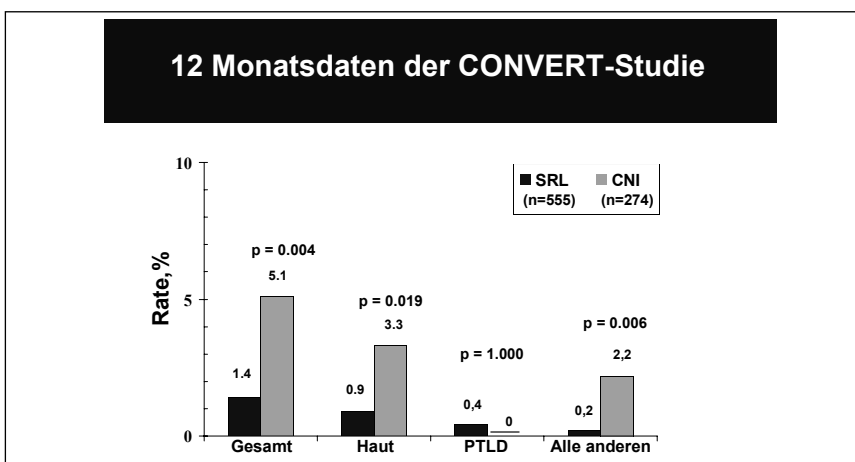


Abb. 4: Tumorzinzidenz in der Umstellungsstudie CONVERT - präliminäre Daten (nach Wali R, ATC 2005, abstract 1008).

handlungsbegins mit Sirolimus, wobei das diskriminierende Kriterium das Ausmaß einer vorbestehende Proteinurie war (Abbildung 3): Die Responder-Patienten hatten eine Proteinurie von weniger als 800 mg/dl und entwickelten nach der Umstellung sogar eine durchschnittliche Verbesserung des Serum-Kreatinins um 19% innerhalb eines Jahres, obwohl zuvor eine langsam progrediente Verschlechterung beobachtet worden war. Bei Patienten mit signifikanter präexistenter Proteinurie war allerdings eine Zunahme der Eiweißausscheidung und eine anhaltend progrediente Abnahme der Nierenfunktion trotz Umstellung auf Sirolimus festzustellen. Diese Studienergebnisse lassen den Schluss zu, dass auch bei aufgrund einer chronischen Abstoßung schon fortgeschritten eingeschränkter Nierenfunktion die Therapieumstellung von CNI auf Sirolimus bei der Mehrzahl von Patienten den fortschreitenden Transplantatverlust aufhalten kann, dass jedoch Proteinurie eine Irreversibilität und eine Sirolimus-Intoleranz anzeigt. Berücksichtigt man jedoch auch die in Abbildung 1 dargestellten Daten, wäre eine frühere Umstellung bei besserer Nierenfunktion wahrscheinlich bei einem noch deutlich höheren Prozentsatz von Patienten erfolgreich.

Die mTOR-Inhibition mit Sirolimus entspricht einem äußerst potenten antiproliferativem Therapieansatz. Was sich in gewisser Weise als hinderlich bei der Wundheilung erweist, könnte von immensen Vorteil für eine Abmilderung der hohen Tumorzinzidenz nach Transplantation sein. Tierexperimentell konnte in mehreren Modellen nachgewiesen werden, dass Tumorzinzidenz hocheffektiv gebremst und der tumorzinzidierende Effekt von CNI durch Sirolimus aufgehoben werden konnte. In Zellkulturen konnte ein hemmender Effekt auf die Vermehrung von Epstein-Barr-Virus-transformierter Lymphozelllinien nachgewiesen werden, einem Modell zur Untersuchung von Wachstumseigenschaften der Post-Transplantations-Lymphome (PTLD). Eine präliminäre Auswertung von mehr als 800 Patienten der CONVERT-Studie ergab eine signifikant erniedrigte Inzidenz an de novo Tumorerkrankungen nach Transplantation (Abbildung 4). Eine Umstellung von CNI auf Sirolimus bei rekurrenden Hauttumoren oder auch soliden Malignomen sowie Lympho-

men nach Transplantation wird bereits in vielen Zentren praktiziert und in einigen prospektiven Studien erfasst. Trotz der Begünstigung von, zumeist aber gut behandelbaren, Dyslipidämien, gehen von Sirolimus zudem möglicherweise aber auch potentiell kardiovaskulär protektive Effekte aus. Ein Ersatz von CNI durch Sirolimus hebt die prophylaktischen Nebenwirkungen der

CNI auf. Die positiven Effekte Sirolimus-beschichteter Stents auf die Verhinderung der postinterventionellen In-Stent-Restenosen wecken zudem Hoffnungen auf generelle vaskuloprotektive Eigenschaften des mTOR-Inhibitors. Diese zahlreichen Studien haben die Grundlage für konkrete Consensus-Empfehlungen für den Einsatz von Sirolimus in der Therapieumstellung nach

Nierentransplantation geliefert, die an anderer Stelle in dieser Zusammenfassung von Prof. Fischereder dargestellt werden.

PD Dr. Markus Ketteler  
Universitätsklinikum Aachen  
Pauwelsstr. 30  
52057 Aachen  
E-Mail [mketteler@ukaachen.de](mailto:mketteler@ukaachen.de)

## Immunsuppression mit Sirolimus: Zentrumserfahrungen seit der Markteinführung

Markus Ketteler, Universitätsklinikum Aachen

Der Berliner Workshop war charakterisiert durch die interaktive Gestaltung und durch die konkrete Darstellung klinischer Erfahrungen zum Einsatz von Sirolimus in der Behandlung nierentransplantierten Patienten. Unter anderem die Universitätsklinik (UK) Aachen und Erlangen (vertreten durch PD Dr. Hugo) hatten jeweils ausführlich die Kernergebnisse des aktuellen Behandlungsstandes mit Sirolimus in ihren Zentren zusammengefasst.

Das UK Aachen betreut etwas mehr als 200 nierentransplantierte Patienten regelmäßig in der nachsorgenden Poliklinik. Bis Ende 2005 waren insgesamt 47 Patienten mit Sirolimus behandelt worden, davon 13 in de novo und 34 in Umstellungs-Therapieschemata. Die Gründe für die Therapieumstellungen waren CNI-Toxizität/chronische Transplantatnephropathie (n=16), schwere Hypertonie unter CNI (n=9; prospektives Studienprotokoll), Spinaliome bzw. rezidivierende Basaliome (n=7) und andere Tumoren (n=2). Der Median der Zeitpunkte der Therapieumstellung lag 62 Monate nach Transplantation und in einem Bereich zwischen 9 und 185 Monaten.

Für die Beurteilung der Entwicklung der Nierenfunktion nach Therapieumstellung waren 26 Patienten auswertbar. Bei der Auswertung wurde der Quotient 1/Serum-Kreatinin über ein Jahr gewählt (Abbildung 1). Während es bei den Patienten im Jahr vor der Umstellung zu einem kontinuierlichen Abfall der Nierenfunktion gekommen war,

verbesserte sich die Nierenfunktion bereits nach 3 Monaten nach der Umstellung von CNI auf Sirolimus und ein durchschnittlicher Trend zur weiteren Verbesserung hielt über ein Jahr Nachbeobachtungszeit an. Dieses Ergebnis ist insofern bemerkenswert, da nur etwa die Hälfte der umgestellten Patienten wegen einer sich verschlechternden Nierenfunktion mit Sirolimus behandelt wurden, die andere Hälfte jedoch bei stabiler und häufig sogar sehr guter Nierenfunktion. Nach der Umstellung kam es bei 12 Patienten zu keinerlei Beeinflussung einer Proteinurie, 4 Patien-

ten entwickelten eine Proteinurie von > 1 g/24 h, bei 1 Patient konnte eine vorbestehende Proteinurie deutlich reduziert werden.

Nach Therapieumstellung stieg der Anteil der mit Statinen behandelten Patienten von 14 auf 24 an, darunter konnten Dyslipidämien aber weitgehend effektiv behandelt werden. Ebenfalls stieg der Anteil der mit Erythropoetin behandelten Patienten, der Sirolimus-Effekt auf die arterielle Hypertonie bzw. die Zahl der Antihypertensiva war sehr variabel, wobei einzelne Responder von der Umstellung deutlich profitierten,

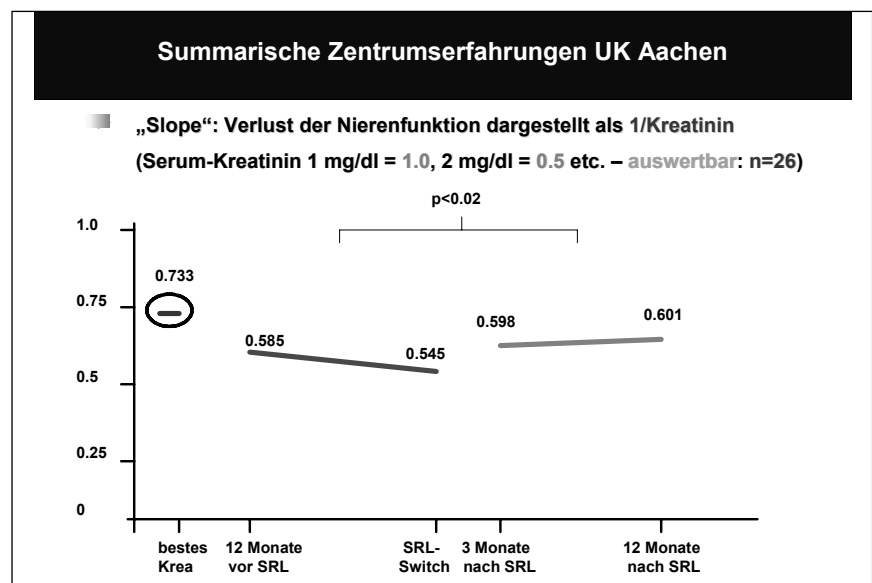


Abb. 1: Stabilisierung und Umkehrung des chronischen Transplantatfunktionsverlustes durch die Umstellung von CNI-basierter Therapie auf Sirolimus - Zentrumserfahrungen am UK Aachen.

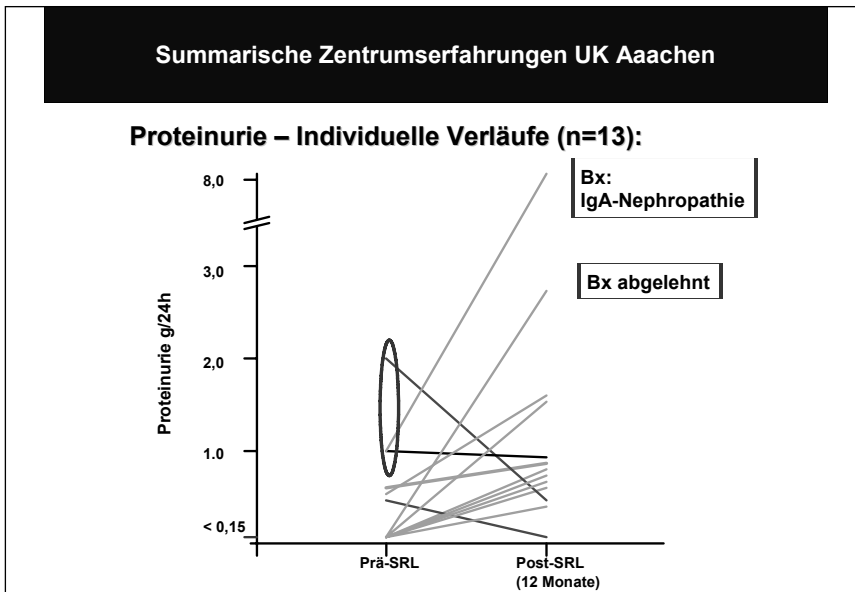


Abb. 2: Individuelle Verläufe der Proteinurien von 13 Patienten nach Umstellung auf Sirolimus - 12 weitere Patienten zeigten keinen Einfluss von Sirolimus-Therapie auf die Eiweissauscheidung.

der Gesamtgruppeneffekt jedoch nicht signifikant war. Die Zahl gravierender Nebenwirkungen war verhältnismäßig gering, es kam zu einer mäßiggradigen und 2 leichten Sirolimus-Pneumonitiden, zu aphthösen Veränderungen im Mund-Rachen-Raum (n=4), zu ausgeprägten Ödemen (n=2) und zu Exanthemen (n=2). In den meisten Fällen konnten die Beschwerden mit Dosisreduktionen beherrscht werden, der Ziel-

Talspiegel im Aachener Zentrum liegt in einem Bereich zwischen 7 und 10 ng/ml.

Das Transplantationszentrum am UK Erlangen überblickt etwa 600 nieren-transplantierte Patienten in der Nachsorge, von denen im Jahr 2005 60 Patienten mit Sirolimus behandelt worden waren. 30 Patienten waren innerhalb multizentrischer Studien auf Sirolimus eingestellt worden, 30 Patienten auf-

grund individueller Umstellungsindikationen bei CNI-Toxizität/chronischer Transplantatnephropathie mit sich verschlechternder Nierenfunktion („creeping creatinine“; n=22) und bei Tumorerkrankungen (n=8). Bei 75% der Patienten verbesserte sich im Behandlungsverlauf unter Sirolimus die Nierenfunktion, allerdings wurde bei 10 der 30 Patienten die Therapie frühzeitig abgesetzt. Die Ursachen hierfür waren der Transplantatverlust bei chronischer Abstoßung bzw. Rezidiv-Glomerulonephritis und bereits fortgeschritten eingeschränkter Transplantatdysfunktion (n=5), 1 thrombotische Mikroangiopathie, 1 Bronchiolitis obliterans, 1 schwere septische Infektion und 2 Patienten mit zunehmender Proteinurie.

Generell fassten beide Zentren zusammen, dass es insbesondere in der Frühphase der Umstellung auf Sirolimus bis zur adäquaten Dosis- und Spiegelfindung häufig zu relevanten Nebenwirkungen kommt, die jedoch selten zwingend zum Absetzen des Medikaments führen müssen. Häufig ist es von eklatanter Bedeutung, die Rationale und den potentiellen Benefit der Therapieumstellung vor dem Hintergrund der Reversibilität der meisten Beschwerden unter allerdings kritischem Ausschluss einer Patientengefährdung abzuwägen.

## Konsensus Empfehlungen zur Umstellung nierentransplantierte Patienten

Michael Fischereder, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

### Rationale

Der wachsende Einsatz von Sirolimus in der (Nieren)Transplantation erlaubt eine zunehmend bessere Einschätzung des therapeutischen Potenzials, den effektiven Einsatz und Strategien zur Minimierung von Nebenwirkungen dieser Substanz. Ziel der Konsensus-Empfehlungen ist eine regelmäßige Abstimmung unter Nephrologen mit langjähriger und andauernder Erfahrung mit Sirolimus und die Weitergabe dieser gesammelten Erkenntnisse. Damit sollen

allgemeine Vorschläge zur Optimierung einer Therapie mit Sirolimus helfen, mehr oder weniger bekannte Fallstricke dieser Behandlung zu vermeiden und so einen möglichst effektiven und nebenwirkungsarmen Einsatz ermöglichen.

### Identifizierung geeigneter sowie ungeeigneter Patienten

Gerade unter der Maxime primum non nocere erscheint es sinnvoll, Patienten

bei denen kein Benefit von einer Therapie mit Sirolimus zu erwarten ist, frühzeitig zu identifizieren und so unerfüllbare Hoffnungen oder relevante Nebenwirkung zu vermeiden. Andererseits sollte aber auch der Nutzen einer Sirolimus-basierten Immunsuppression geeigneten Patienten nicht vorenthalten werden. Die bereits oben erwähnten Erfahrungen aus größeren Fallserien und klinischen Studien können dazu folgendermaßen zusammengefasst werden:

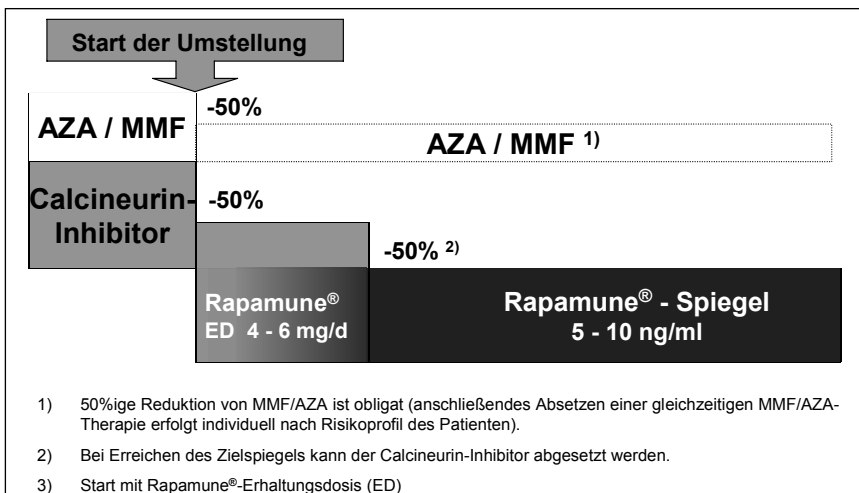


Abbildung: Konsensus-Empfehlung zur Umstellung nierentransplantierten Patienten von Calcineurin-Inhibitor-Therapie auf Rapamune®.

#### Geeignete Patienten

Nach dem derzeitigen Kenntnisstand können Patienten mehr als drei Monate nach Nierentransplantation mit Zeichen einer CNI-Toxizität (z.B. arterielle Hypertonie, Nephrotoxizität, Diabetes mellitus), einer chronischen Transplantatdysfunktion im Sinne eines "Creeping Creatinine" sowie Patienten mit kontrollierter Tumorerkrankung oder einer Tumoranamnese von einer Konversion profitieren.

#### Problematische klinische Situationen

Eine Konversion ist häufiger mit Problemen verknüpft, wenn zum Umstellungszeitpunkt eine fortgeschrittene Transplantatdysfunktion mit Serumkreatinin > 4 mg/dl (Progression der Dysfunktion) und/oder eine Proteinurie von > 1g/Tag (Zunahme der Proteinurie) vorliegt. Bei Hypercholesterinämie über 300 mg/dl und/oder Hypertriglyceridämie über 400 mg/dl unter lipidsenkender Therapie ist eine Konversion nur in begründeten Einzelfällen zu empfehlen.

#### Vorgehensweise bei der Konversion

Bisherige Erfahrungen zeigen bei der Konversion eher einen Trend zu überschüssiger Immunsuppression, so dass im Vergleich zu früheren Regimes eine Reduktion der Tagesdosis empfohlen wurde. In diesem Zusammenhang soll besonders auf die gleichzeitige Halbierung der Dosierung des CNI und des Antimetaboliten zum Umstellungszeitpunkt hingewiesen werden (Abbildung).

Zur Steuerung der Sirolimustherapie wird ein therapeutisches Drug-monito-

ring, erstmals am 3. bis 7. Tag nach Sirolimus-Gabe, empfohlen. Als Methode der Wahl gilt dabei die Tandem-Massenspektroskopie, dabei sollten Talspiegel von 5 – 10 ng/ml erzielt werden. Beim Einsatz von Immunoassays sind abweichende und bis zu 15% höhere Messwerte zu erwarten. Nach Erreichen therapeutischer Spiegel, also nach ca. 1-2 Wochen, ist ein vollständiges Absetzen des CNI möglich (s. a. Abbildung). Bei Patienten mit Leberfunktionsstörungen oder wenn Präparate (auch Cyclosporin), die das CYP3A4-System beeinflussen, hinzugefügt, eliminiert oder anders dosiert werden, ist eine Wiederholung der Sirolimus-Spiegelbestimmung angezeigt.

#### Sirolimus-Pausen

Eine bekannte und klinisch relevante Nebenwirkung der Therapie mit mTOR- Inhibitoren besteht in deren antiproliferativen Effekten auch auf die Wundheilung. Insbesondere vor großen elektiven operativen Eingriffe an Thorax oder Abdomen ist daher die Möglichkeit einer Sirolimus-Pause mit Re-Konversion auf ein CNI-gestütztes Regime zu erwägen. Nach Abschluss der Wundheilung kann dann erneut entsprechend obigem Regime der Wechsel auf ein Sirolimus-gestütztes Regime erfolgen.

## SMART Studie

### Rationale

Bisherige Erfahrungen mit Sirolimus in der immunsuppressiven Therapie nach Nierentransplantation stützen sich einerseits auf den de novo-Einsatz unmittelbar mit der Transplantation oder die spätere Konversion, üblicherweise drei oder mehr Monate nach Transplantation. Beide Therapieansätze sind aber durch mögliche Nebenwirkungen kompliziert: Der de novo-Einsatz ermöglicht teilweise sogar den völligen Verzicht auf CNI, erfordert dann allerdings bereits in der frühen postoperativen Phase den intensivierten Einsatz von Sirolimus. Mögliche, durchaus kontrovers diskutierte Folgen dieser Vorgehensweise sind die verzögerte Regeneration bei delayed graft function, Wundheilungsstörungen sowie die kumulative hämatologische Toxizität hochdosierter Therapie mit polyklonalen Antikörpern, Antimetaboliten und Sirolimus. Die verzögerte Konversion andererseits erfordert eine relevante Therapiedauer mit CNI und den damit verbundenen Nebenwirkungen. Nachdem bereits die initialen Zulassungsstudien von Sirolimus erkennen lassen, dass auch eine dreimonatige Kombinationstherapie von Cyclosporin und Sirolimus mit wesentlichen und dauerhaften histologischen Schäden im Transplantat korreliert, ist idealerweise ein möglichst frühzeitiger Verzicht auf CNI vorstellbar. Als effektivster Kompromiss aus diesen Strategien erscheint deshalb die frühzeitige Konversion zu Sirolimus, jedoch erst nach Abschluss der regenerativen Vorgänge nach Transplantation. Dieser Therapieansatz wird derzeit im Rahmen einer randomisierten deutschen Multicenterstudie untersucht.

### Studiendesign

Die klinische Prüfung wird von PD Dr. Markus Guba am Transplantationszentrum Großhadern, LMU-München, geleitet und wendet sich an Empfänger einer ersten oder zweiten Nierentransplantation im Alter von 18-65 Jahren ohne immunologisches Risiko. Als weitere Zentren sind das Klinikum Rechts der Isar der TU München, das Universitätsklinikum Regensburg, das Universitätsklinikum Nürnberg-Erlangen, das

Universitätsklinikum Rostock, das Universitätsklinikum Münster sowie die Klinik für Chirurgie der Charité Berlin (Virchow-Klinikum) beteiligt. Geeignete Studienteilnehmer werden bereits vor Transplantation über die Möglichkeit der Studienteilnahme aufgeklärt. Im Falle einer Studienteilnahme erfolgt dann für alle Teilnehmer die Therapie mit ATG zur Induktion sowie Steroid, Cyclosporin und Mycophenolat. Erst nach Abschluss der Wundheilung und bei adäquater Transplantatfunktion erfolgt bei insgesamt 140 Patienten zwischen Tag 14 und 24 die Randomisierung zu entweder Fortsetzung dieser Therapie oder frühen Konversion zu Sirolimus. Im Falle der Konversion wird die Immunsuppression analog den derzeitigen Konsensusempfehlungen zu einer derartigen Therapieumstellung angepasst. Hierbei ist insbesondere hervorzuheben, dass bei Therapie mit Sirolimus die weitere Mycophenolat-Dosis halbiert wird, um vergleichbare Mycophenolat-Exposition zu erzielen und eine Myelotoxizität zu vermeiden. Außerdem ist auf eine hinreichend hohe Sirolimus-Dosierung zu achten, um dem in dieser Phase bekanntermaßen höheren Risiko einer akuten Rejektion zu begegnen.

Zur Vermeidung früher unerwünschter antiproliferativer Sirolimus-Effekte sowie fortgeschrittener CNI-Toxizität wird im Rahmen einer randomisierten deutschen Multizenterstudie die frühe Konversion von CNI zu Sirolimus 14 – 24 Tage nach Transplantation untersucht.

## Fazit

Zur Vermeidung früher unerwünschter antiproliferativer Sirolimus-Effekte sowie fortgeschrittener CNI-Toxizität wird im Rahmen einer randomisierten deutschen Multizenterstudie die frühe Konversion von CNI zu Sirolimus 14 – 24 Tage nach Transplantation untersucht.

## Erste Erfahrungen

Die Initiierung dieser Multizenterstudie erfolgte im Frühjahr 2005, der Abschluss der Rekrutierung wird zum Jahresende 2006 erwartet. Das derzeitige Therapieprotokoll wurde allerdings im Voraus bereits im Zuge eines individuellen Heilversuchs an einzelnen Transplantatempfängern erprobt und hinsichtlich Machbarkeit wie auch Effektivität bestätigt.

*Prof. Dr. Michael Fischereeder  
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Marchioninistr. 15  
81366 München  
E-Mail: michael.fischereeder@med.uni-muenchen.de*

*Peter Weber*

## Schwierige Gespräche kompetent bewältigen

Kritik-Gespräch / Schlechte-Nachrichten-Gespräch

*Ein Praxisleitfaden für Führungskräfte*

Führungskräfte investieren bis zu 90% ihrer Arbeitszeit in die Kommunikation. Diese reichhaltige Alltagserfahrung bedeutet jedoch nicht automatisch, dass sie sich in wichtigen Gesprächen kompetent und angemessen verhalten. In langjähriger Coachingpraxis hat Peter Weber die größte Verunsicherung vor Gesprächen identifiziert, in denen jemand mit einer unangenehmen Botschaft konfrontiert werden muss und möglicherweise heftig reagiert.

Das Buch führt zunächst in verschiedene psychologische Grundlagen ein, die das Geschehen in schwierigen Gesprächen verstehbar und beeinflussbar machen. Eine herausgehobene Rolle übernimmt dabei die Transaktionsanalyse. Sie beschreibt einen inneren Zustand, aus dem heraus Führungskräfte reif, kompetent und erwachsen kommunizieren können. In zwei detaillierten Leitfäden werden dann die psychologischen Erkenntnisse und Instrumente eingesetzt, um die Ziele des Kritikgesprächs und des Schlechte-Nachrichten-Gesprächs zu erreichen. Zusätzlich geht der Autor auf verschiedene Spezialfälle ein.

Das Kritikgespräch zielt darauf ab, dass ein Mitarbeiter aus eigener Überzeugung sein Verhalten verändert. Dies fördert sein Vorgesetzter durch eine respektvolle Grundeinstellung und ein konsequentes Vorgehen. Im Schlechte-Nachrichten-Gespräch ist eine deutlich negative, nicht diskutierbare Botschaft zu überbringen. Es muss erreicht werden, dass der Empfänger diese eindeutig zur Kenntnis nimmt. Die Gesprächsgestaltung soll aber keinen eigenen Beitrag zur Erregung des Betroffenen liefern, sondern ihm eine erste Möglichkeit der Bewältigung des Gehörten zur Verfügung stellen.

Ein ausführlicher Fragebogen zur Ermittlung des eigenen Egogramms rundet das Buch ab. Dieses Selbsteinschätzungsinstrument aus der Transaktionsanalyse ermöglicht dem Leser, seinen individuellen Reifegrad für das Führen schwieriger Gespräche abzuschätzen.

152 Seiten, ISBN 3-89967-273-9, Preis: 20,- Euro

PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, 49525 Lengerich, Tel. ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst.publishers@t-online.de  
Internet: www.pabst-publishers.de