

Titel: Kommunikation in der Onkologie: Überbringen schlechter Nachrichten

Autoren: C. Fruht¹, M. Vogelhuber²

Institut: Universitätsklinikum Regensburg Abteilung für Hämatologie und
Internistische Onkologie

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung: Die Vermittlung der Diagnose einer malignen Erkrankung mit möglicherweise fehlendem kurativen Ansatz kann sowohl beim mitteilenden Arzt als auch beim Patienten teilweise extreme Emotionen auslösen. Ziel des 2-tägigen zweistufigen Workshops war es die eigenen Emotionen zu reflektieren, eigene Grenzen zu erkennen, individuelle Lösungen zu finden und einen Gesprächsleitfaden zu erarbeiten.

Methodik: Neun Ärzte der Abteilung, sowohl langjährig erfahrene Oberärzte als auch Berufsanfänger ohne wesentliche praktische Erfahrung in der Patientenkommunikation nahmen teil. Der Prozeß des bevorstehenden Gespräches wurde in drei Phasen unterteilt: von der Selbstreflexion, über das Arztbild, bis zum konkreten Gesprächsleitfaden.

Ergebnisse: Persönliche Betroffenheiten wurden erkannt und thematisiert, das Setting als Möglichkeit genutzt zum kollegialen Erfahrungsaustausch in geschützter Atmosphäre. Ein Nachschlagewerk wurde erstellt, das sowohl zum Selbstcoaching, als auch als Leitfaden für jüngere Kollegen dienen kann.

Schlussfolgerung: Jeder onkologische Patient hat das Recht über das Ausmaß und die Prognose seiner Erkrankung vom Behandler umfassend informiert zu werden. Ein professioneller und empathischer Zugang ist nur nach Erkennen und Wahren der eigenen Grenzen möglich. Kommunikation auf verbaler und nonverbaler Ebene kann erlernt und trainiert werden.

Summary

Background and Problem: The mediation of the diagnosis of malignant disease with may be missing curative approach might cause some extreme emotions, for the notifying doctor as well as for the patient. Target of the 2-day-two-step workshops was to reflect your own emotions, recognize your own borders, to find individual solutions and work out an interview guide.

Methodology: 9 doctors of the department, both long experienced senior physicians as well as beginners with no substantial practical experience in patient communication participated. The process of the forthcoming conversation was divided into 3 phases from self-reflection over the medical image on to the specific interview guide.

Results: Personal consternation was recognized and addressed, the setting used as a way for collegial exchange of experience in protected atmosphere. A reference book was created, that can both serve for self-coaching and as a guide for younger colleagues.

Conclusion: Every oncology patient has the right to be fully informed by his practitioner about the extent and forecast of his disease. A professional and empathic approach is only possible after recognizing and maintaining the own borders. Communication on a verbal and nonverbal basis can be learned and trained.

¹ Christiane Fruht, M.A. // ERFOLGSDIALOGE // Dreimühlenstrasse 38, 80469 München, eMail christiane@fruht.de Internet www.fruht.de

² Abteilung für Hämatologie und Internistische Onkologie der Universitätsklinik Regensburg

Einleitung

Der Überbringer einer schlechten Nachricht wird in fast magischer Weise für das Übel verantwortlich gemacht. In alten Zeiten hatten Boten mit schlechten Nachrichten keine lange Lebenserwartung, die Herrscher ließen sie hinrichten. Die Zeiten sind ruhiger geworden; dennoch ist es immer noch keine leichte Aufgabe der Überbringer schlechter Nachrichten zu sein, gelegentlich bekommen wir die Aggressionen unseres Gegenübers zu spüren. Gespräche mit Patienten und Angehörigen zählen zu den häufigsten Tätigkeiten aller Ärzte und zwar unabhängig von ihrer fachlichen Ausrichtung. Die Therapie eines Patienten beginnt mit der Entwicklung einer persönlichen Beziehung zwischen ihm und dem behandelnden Arzt.

Der Arzt-Patienten-Dialog

Jeder onkologische Patient hat das verbrieftete Recht auf eine umfassende und vollständige Aufklärung über seine Erkrankung, die möglichen Therapieoptionen und die Prognose [14, 23, 22, 27]. Bei onkologischen Erkrankungen, die vor allem im palliativen Umfeld mit einer existentiellen Bedrohung einhergehen, ist die Arzt-Patientenkommunikation von elementarer Bedeutung. Die Fremd- und Selbsteinschätzung des physischen und psychischen Befindens stimmt nur in geringem Maße überein. [5, 8, 9, 26]. Gerade deshalb ist es wichtig im Rahmen der therapeutischen Beziehung eine gemeinsame Wirklichkeit aufzubauen.

Nach Emanuel/Emanuel [4] gibt es verschiedene Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung:

- **Paternalistisches Modell:** auch Eltern- oder Priestermodell; Der Arzt weiß, was das Beste für den Patienten ist.
- **Informatives Modell:** auch technisches oder Konsumentenmodell; Der Arzt fungiert als technischer Experte, der dem Patienten fachliche Informationen als Entscheidungsgrundlage bietet.
- **Interpretatives Modell:** der Arzt als Berater und Begleiter des Patienten; Der Arzt liefert Informationen, hilft bei der Klärung von Wertvorstellungen und schlägt Maßnahmen vor.
- **Abwägendes Modell:** der Arzt als Lehrer und Freund; Der Arzt bespricht sich mit dem Patienten über die besten Handlungsmöglichkeiten.

Das interpretative und das abwägende Modell bieten die größten Chancen unter Einbeziehung des Patienten, seiner Präferenzen und Wertvorstellungen ein Bedarfskonzept zu erarbeiten, das beiden Kommunikationspartnern gerecht wird.

Arzt-Patientenbeziehungen sind ihrer Natur nach asymmetrisch, es besteht eine deutliche Schiefelage von Entscheidungs- und Verantwortungspotential. Möglichkeiten diese Asymmetrie zumindest teilweise aufzuheben bietet der interaktive Prozess der ‚Partizipativen Entscheidungsfindung‘ bzw. das zunehmend favorisierte Modell des ‚Shared Decision Making‘. In einem schrittweise ablaufenden Informations-, Diskurs- und Vertrauensbildungsprozess wird Arzt und Patient ermöglicht, gemeinsame Therapieziele zu definieren zu erreichen und vor allem zu verantworten [10].

Art und Stil der Kommunikation muss sehr individuell an die Fähigkeiten und Wünsche des Patienten angepasst werden [6, 19]. Die Vermittlung einer Diagnose mit einer ernsten, möglicherweise lebenszeitlimitierenden Prognose ist das Schwierigste, was ein Arzt zu leisten hat. Probleme bei der Bewusstwerdung der Endlichkeit des eigenen Lebens können sowohl beim Patienten, aber selbstverständlich auch auf Seiten des behandelnden Arztes entstehen [1, 3, 9, 14, 18, 25]. Ist die schlechte Nachricht erst einmal ausgesprochen und übermittelt, ist das größte Hindernis überwunden. Die nachfolgenden, teilweise extremen Emotionen muss der Arzt aushalten und damit umgehen lernen. Gerade dies fällt oft schwer und kann zu einer Kommunikation auf zwei verschiedenen Ebenen führen: Der Patient zeigt seine Betroffenheit, seine Emotionen und der Arzt reagiert darauf mit rationalen Erklärungen und medizinischen Lösungsvorschlägen. Kommunikation, verbal und nonverbal, ist lernbar. Nach diesem Motto fand am Universitätsklinikum Regensburg ein Kommunikationsworkshop an zwei Terminen statt.

Struktur der Abteilung

In der Abteilung für Hämatologie und Internistische Onkologie der Universitätsklinik Regensburg ist die autologe Stammzelltransplantation seit 1993 etabliert. Die allogene Transplantation wurde hier im Juni 1998 etabliert. Aktuell sind 50 bis 60 allogene Transplantationen pro Jahr geplant. Aufgrund der Daten der vergangenen Jahre ist von etwa 100 autologen Transplantationen pro Jahr und jährlich etwa 60 neuen Patienten mit Erstdiagnose einer akuten Leukämie auszugehen. Für die Behandlung der Patienten mit akuter Leukämie und die Durchführung der autologen und allogenen Transplantation stehen auf der Station für die hämatologische Intensivtherapie 24 Betten zur Verfügung:

Bereich	Zimmer	Bettenzahl	Oberarzt + Arzt	Pflegepersonen
Leukämie,	8 Doppel-	16	1 + 2	16
	Zimmer			
AlloTx	8 Einzel-	8	1 + 2	16
	Zimmer			

Die allogene KMT-Ambulanz bewältigt circa 200 Patientenkontakte pro Monat sowie circa 80 Neuvorstellungen pro Jahr zur Erörterung einer allogenen Transplantation. Seit Juni 2003 können die Patienten nach der Entlassung über die Brückenpflege mitbetreut werden. Seit Januar 2006 werden Patienten im Rahmen eines Modellprojektes früher von der hämatologischen Intensivstation in eine ‚Intermediate Care‘ Station verlegt. Diese befindet sich 10 km entfernt in Bad Abbach und wird medizinisch von einem hämatologischen Assistenzarzt unter oberärztlicher Leitung betreut. Die regelmäßige psychologische Betreuung durch den Psychoonkologischen Dienst der Abteilung ist ebenfalls gewährleistet. Für allgemein hämatologische und onkologische Patienten steht eine weitere Station mit 27 Betten zur Verfügung. In der allgemeinen hämatologischen und onkologischen Ambulanz mit Tagesklinik werden circa 700 bis 800 Patientenkontakte pro Monat, darunter 70 bis 80 Erstkontakte, bewältigt.

Rahmenbedingungen des Workshops

Der Workshop ‚Sprechen Sie patientisch? Gesprächsführung in der Onkologie‘ fand an zwei Wochenendtagen, jeweils vier Stunden in der Universitätsklinik Regensburg statt. Es nahmen neun Ärzte daran teil, von Oberärzten mit jahrelanger Erfahrung bis zu Berufseinsteigern, denen ihr erstes schweres Patientengespräch noch bevor stand. Einige Kollegen hatten sich bereits mit den kommunikationspsychologischen Aspekten ihrer ärztlichen Tätigkeit beschäftigt. Subjektiv werden verschiedene Aspekte eines solchen Gesprächs als schwierig empfunden. Der zweistufige Workshop bot jedem Teilnehmer die Gelegenheit, für sich individuelle Lösung für die schweren onkologischen Patientengespräche zu finden. Hierzu teilten wir den Prozess eines bevorstehenden Gespräches in *drei Phasen* ein. *Phase eins* dient der Selbstreflektion und bildet damit den Auftakt unseres Workshops. Neben Impulsfragen zu Gedanken und Gefühlen im Umgang mit onkologischen Patienten gaben sich die Ärzte kollegiales Feedback zu ihren Stärken und Entwicklungspotenzial im Umgang mit Patienten. In *Phase zwei* wurde das Wunschbild der persönlichen Wirkung in der Rolle des Arztes reflektiert und abgeglichen mit den Vorstellungen und Bedürfnissen der Patienten. Die *Phase drei* stellt das Gespräch selbst dar, für das ein konkreter Leitfaden diskutiert und im Folgeworkshop im Rollenspiel mit Videotraining erprobt wurde. Die Analyse der Selbstreflektionen und des kollegialen Feedbacks ergab zusätzlich die Themen Umgang mit Emotionen, Abgrenzung und den Faktor Zeit.

Phase 1: Reflektion der Kognitionen und Emotionen

Die Reflektion der eigenen Gefühlslage vor und während eines schweren Gesprächs trägt maßgeblich dazu bei, mit dem Patienten professionell und empathisch in Kontakt treten zu können. Ein schweres Gespräch wird immer von Gefühlen des behandelnden Arztes orchestriert. Erst wenn diese ins Bewusstsein gebracht und zugelassen werden, ist ein souveräner Umgang mit ihnen möglich. Werden sie verleugnet oder unterdrückt, tauchen sie an anderer Stelle unkontrolliert wieder auf, ähnlich einem Fußball, der unter die Wasseroberfläche gedrückt werden soll. Die Teilnehmer des Workshops reflektierten, welche Gedanken ihnen vor einem ‚schweren Gespräch‘ kommen und was sie dabei fühlen. Tab. 1 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 1

1. Was geht Ihnen durch den Kopf?	2. Wie fühlen Sie sich?
<ul style="list-style-type: none"> - Mitleid für Patient; Gesprächsplanung; Einschätzung des Patienten - Möchte Patient nicht alleine mit seiner Krankheit lassen - Reaktionsmöglichkeiten des Patienten => Wut, Trauer etc. - Patientenabhängig: Was bedeutet Erkrankung für den Patienten und dessen Familie und Umfeld; allg. Bedeutung der Erkrankung für den Patient medizinisch; welche Therapie-Angebote - Welche Angebote kann ich den Patient machen? (Therapie, Palliation? Psychologischer Support? Beziehungsnetz) - Kann ich dem Patient die nötige Information vermitteln? Wie kann ich dem Patient gleichzeitig Hoffnung und Mut vermitteln? - Kann mich auch jeder Zeit treffen - Wie könnte Patient reagieren? 	<ul style="list-style-type: none"> - Belastet - Gefordert + immer sehr konzentriert - Teil des Berufes, fällt mir manchmal schwer - Bei ‚unbekannten‘ Patient ruhig, ‚normal‘ sachlich - Belastet - Oft etwas angespannt; das erste Gespräch ist oft wichtig - Unwohl, schonend die Diagnose übermitteln, nie das Gefühl dem Patient vermitteln, er wäre mit seiner Diagnose allein - Hohe Anspruchshaltung an mich selbst. - Gemischt, von Patient Reaktion abhängig; Mitgefühl

<ul style="list-style-type: none"> - Prognose und Therapie, was sage ich dem Patient welche Einschränkungen bringt das für den Patient und den privaten Haushalt mit sich 	
3. Was befürchten Sie?	4. Wie motivieren Sie sich?
<ul style="list-style-type: none"> - Pat kann mit Nachricht nicht umgehen; Pat, wird verletzt; gibt auf - Patient in ein Loch fallen zu lassen - Missverständnis über Therapieziel - Unkorrekte Aufklärung, sachlich, fachliche Inkompetenz - Das der Patient durch die Nachricht in ein schwarzes Loch fällt - Keine gemeinsame Gesprächsebene zu finden, so entstehen Missverständnisse - Patient in tiefe Ausweglosigkeit fallen zu lassen - Roten Faden zu verlieren; Patient zu überfahren vs. Nachricht adäquat / sachlich zu vermitteln; mit Fragen konfrontiert zu werden, die ich nicht beantworten kann - Patient nicht auffangen zu können 	<ul style="list-style-type: none"> - Ist wesentlicher Bestandteil des Berufs; Klarheit / Aufklärung = 1. Schritt zur Krankheitsbewältigung - Patient hat in dieser Situation einen ‚guten Arzt‘ verdient; versuche ihm das zu bieten: Auch ein zeitlich begrenztes Leben kann noch lebenswert sein. - Nachdenken über Therapieoptionen; Nachlesen besserer Therapieoptionen; beraten mit Kollegen - Feedback - Eigentlich macht nur diese Arbeit Spaß. Ein gut verlaufenes Gespräch ist etwas sehr schönes und sehr befriedigendes - Patient mit infauster Prognose begleiten zu dürfen und ihnen beizustehen, wird mich sehr stärken - Augen zu und durch - Ich kann von Patienten, ihren Verhalten und auch ihrem Umgang mit schwerem Schicksal viel lernen. Fortschritt, Möglichkeit des Patienten Lebensqualität zu verbessern.

Die Ergebnisse belegen, dass von den Ärzten im Klinikalltag ein hohes Maß an Professionalität gefordert wird. Mit Professionalität ist hier jedoch nicht distanziert und gefühllos gemeint, sondern im Gegenteil, die Fähigkeit, Gefühle, die zwangsläufig entstehen, wenn der Arzt einem Patienten eine einschneidende Diagnose mitteilt, benennen und managen zu können. Patienten schätzen das Mitgefühl ihres Arztes. Doch in dieser sensiblen Situation ist der Patient derjenige, dem der Raum für sämtliche Reaktionen zusteht. Dem Arzt gelingt das angemessene Verhalten durch die Fähigkeit, gleichzeitig empathisch und abgegrenzt zu sein. Bemerkt der Patient bei seinem Behandler Unsicherheit, wird er sich eventuell zurücknehmen, oder sich in dem Sinne äußern, dass der Arzt sich keine Sorgen zu machen brauche: „... *ich habe ihn gefragt, wie es um ihn stünde, und die ängstlich geflüsterte Antwort bekommen: ‚Ich werde wegen Bronchitis behandelt, aber in Wirklichkeit habe ich Krebs! Versprechen Sie mir, dem Arzt nicht zu sagen, dass ich es herausgefunden habe – er war so nett und rücksichtsvoll mich zu schonen, ich will nicht, dass er sich meiner wegen Sorgen macht!‘*“ [17]

Persönliche Grenzen visualisieren

Persönliche Grenzen gestalten sich individuell und situativ; wann sich ein Behandler im schwierigen Gespräch abgrenzt bzw. Grenzüberschreitung empfindet, hängt von seiner Wahrnehmung der Situation ab. Mittels einer Systemischen Methode lassen sich persönliche Grenzlinien visualisieren.

Im Workshop nutzten wir Seile, die in simulierten Gesprächen der Diagnoseeröffnung die persönlichen Grenzen von Arzt und Patient darstellten. Meist legte der (gespielte) Patient in Erwartung von Arzt und Diagnose seine Grenze weit, zum Teil mit breiter, einladender

Öffnung zum Arzt hin. In den ersten Sekunden nach Mitteilung der schweren Diagnose schloss er seine Grenze, indem das Seil eng und mehrfach um den eigenen Körper gelegt wurde. Zeigte der Arzt seine Therapie- und Unterstützungsangebote, öffnete der Patient sein die persönliche Grenze symbolisierendes Seil wieder zum Arzt hin. Die Ärzte legten ihr Seil einigermaßen eng um sich, bei Mitteilung der Diagnose wurde es von einigen noch enger gelegt, um es danach wieder etwas zu weiten. Bei Berufsanfängern zeigt diese Simulation oft, dass sie den Impuls empfinden, aus dem Seil zu flüchten. Da das in der Praxis nicht funktioniert, findet die Flucht auf verbaler Ebene im Sinne eines unklaren Ausdrucksverhaltens statt. Das Benennen der eigenen Emotionen sei eine zu empfehlende Strategie, um sich von dem aufkommenden inneren Druck zu befreien. Als weniger zielführend sind hingegen euphemistische Formulierungen, Unehrllichkeit, Aussagen die Raum für Interpretationen lassen zu nennen.

Ansatz zum Selbstmanagement und Abgrenzen

Im Workshop bedienen wir uns einer weiteren Methode aus der Systemischen Beratung, bei der davon ausgegangen wird, dass sich unsere Persönlichkeit aus einem inneren (Persönlichkeits-)team zusammen setzt, dessen Mitglieder je nach Herausforderung aktiviert werden und ganz im Sinne ihrer eigenen Ziele agieren. Jeder unserer inneren Anteile hat seine Existenzberechtigung darin, dass er uns mit seiner Handlungsstrategie schon einmal zum Erfolg verholfen hat. Ähnelt eine Herausforderung einer schon einmal erfolgreich bewältigten, melden sich die Anteile in uns als kleine Helfer zu Wort. Es gibt innere Anteile, die in der Situation förderlich sind und andere, die Zweifel, Selbstvorwürfe und schlechtes Gewissen hervorrufen [24, 20]. Dem Arzt gelingt vor allem dann die empathische und gleichzeitig professionelle Haltung im Gespräch, wenn er für sich selber klärt, was die zu überbringende Nachricht in ihm auslöst. Die Übung in Abb. 1 dient dieser Selbstklärung.

Abbildung 1



Übung „Ich bin viele.“

Denken Sie sich in eine Situation, in der Sie eine einschneidende Diagnose mitteilen. Definieren Sie alle inneren Teammitglieder, die sich zu Wort melden. Nutzen Sie dazu eine Skizze ähnlich der Illustration. Versuchen Sie jeden Anteil zu benennen. Vergeben Sie Namen, die die Ziele der Anteile bezeichnen (z.B. Beschützer, Kritiker) oder entsprechend des Gefühls, das sie auslösen (z.B. Ohnmacht, Traurigkeit, Angst). Wertschätzen Sie jedes Teammitglied für seine Absicht.

Bitten Sie jetzt (und in Zukunft vor jedem schweren Gespräch) jene Anteile, die hinderlich für Ihre professionelle Arztrolle sind, in den Hintergrund zu treten.

Stärken Sie Ihre professionelle Gesprächshaltung, indem Sie Ihr inneres Team aktiv managen, anstatt auf dieses nur unbewusst zu reagieren.

Die bewusste Auseinandersetzung mit den inneren Anteilen, die Würdigung ihrer Absichten („Was tut dieser Teil für mich gutes“) ermöglicht es, in herausfordernden Situationen wie einem schwierigen Gespräch zielfokussiert zu interagieren. Das persönliche Verhalten ist

nicht länger Ausdruck eines diffusen innerpsychologischen Prozesses, sondern kann bewusst gesteuert werden. Im Workshop beließen wir die Ergebnisse der Übung im Bereich der Selbsterkenntnis; damit sich fortan jeder Teilnehmer vor einem schwierigen Gespräch individuell mit den Mitgliedern seines persönlichen Teams auseinandersetzen und anfreunden kann.

Phase 2: Persönliche Wirkung des Arztes

Was sich ganz subtil in einer Persönlichkeit abspielt, das Selbstbild, überträgt sich durch Auftreten und Verhalten nach außen [20]. Über Verhalten und die größtenteils unbewussten Ausdrucksparameter in der Kommunikation bildet sich die persönliche Wirkung. Patienten nehmen diese wahr und entwickeln, nur zum Teil bewusst, Einstellungen zu ihren behandelnden Ärzten. Solche Einstellungen sind durch Eigenschaftszuordnungen wie vertrauenswürdig, glaubwürdig, engagiert, unsicher, überheblich, autoritär, angenehm, unsympathisch etc. gekennzeichnet. Sie entstehen mit dem ersten Eindruck und werden im weiteren Verlauf des Kontaktes nur noch leicht modifiziert. Ergebnisse der kommunikationspsychologischen Forschung zeigen, dass diese Eigenschaftszuordnungen, also die Ausstrahlung einer Person, nur zu 7 % davon bestimmt werden, *was jemand sagt* (verbal). Entscheidender sind die Nebeninformationen, die vom Zuhörer meist unbewusst aufgenommen und verarbeitet werden. Diese zusätzlichen Informationen liegen in dem *wie man etwas sagt* (38 %; paraverbal) und mit welchem *optischen Eindruck* (55 %; nonverbal) er das Gesagte verbindet [15]. Zusammengefasst heißt das, die innere Haltung tritt verbal, para- und nonverbal nach außen. Die Patienten schreiben dem Arzt entsprechend dieses Auftritts Kompetenz, Vertrauenswürdigkeit Empathie und andere Attribute zu. Zweifelt dieser an sich, wird auch der Patient unsicher werden. Die Ergebnisse der Selbstreflektion der Teilnehmer zu ihrem Wunschbild, dass sie beim Patienten erzeugen möchten, zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2

Wie wünschen Sie sich vom Patienten wahrgenommen zu werden?

- Beruhigend, als ‚Verbündeter‘ zur Bewältigung der Krankheit
- Kompetent, vertrauenswürdig als Stütze aber nicht als Held
- Kompetent, empathisch
- Als Arzt i. S. eines fachlichen Beraters und als Vertrauensperson ‚Mensch‘
- Als Begleiter / ‚Bergführer‘
- Ehrlich, kompetent, einfühlsam, sachlich
- Ich hoffe und wünsche mir, kompetent aufzutreten, mitfühlend zu wirken, dennoch von Gefühlen nicht zu sehr überrumpelt zu sein.
- Kompetent (Patient soll sich gut ‚aufgehoben‘ fühlen)
- Als Vertrauensperson, Ansprechpartner mit Schwerpunkt auf krankheitsbezogene Probleme.

Diese Wunscherscheinungsbilder werden in Tabelle 3 durch Untersuchungsergebnisse gestützt, die zeigen, welche verbale und para- und nonverbale Erscheinung sich Patienten von ihren Ärzten wünschen.

Tabelle 3

Nonverbale Ausdrucksparametern [21]	paraverbalen Ausdrucksparametern [21, 7]	verbalen Ausdrucksparametern [21, 7]
<ul style="list-style-type: none"> - Begleitend, untermalende Gestik - Ab und zu Berührungen, auch wenn dieses medizinisch nicht 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprächspausen motivieren den Patienten zur Aussage von persönlichen Informationen 	<ul style="list-style-type: none"> - Dem Anlass und Gesprächspartner angemessen Wortwahl sowie positive

<p>notwendig ist</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zustimmendes Nicken bei Äußerungen des Patienten - Frontales gegenüber Sitzen mit direktem Blickkontakt und ohne Kommunikationsbarriere (Schreibtisch o.ä.) - Im Sitzen: Vorlehrende Körperhaltung in Richtung des Patienten - Lächeln und offener Gesichtsausdruck, Blickkontakt - Spiegelung der Körperhaltung des Patienten - Offene Körperhaltung - Geringe, räumliche Distanz 	<ul style="list-style-type: none"> - Wird eine Diagnose mitgeteilt, benötigen Patienten oft erste eine Gesprächspause um wieder aufnahmebereit zu sein - Die Vermittlung komplexer Inhalte sollte von Gesprächspausen durchsetzt sein, damit sich die neuen Informationen setzen können. - Patienten wünschen sich keinen versiert, routiniert sprechenden Arzt. Interessant ist, dass eine ängstlich besorgte Stimme für größere Patientenzufriedenheit sorgt. Negative Gefühle, z.B. Ärger, darf der Arzt ruhig über Stimme und Verhalten transportieren, wenn die gesprochenen Worte dazu positiven Inhalts sind. 	<p>Formulierungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fremd- und Fachwörter besser meiden, da diese zu Missverständnissen führen können und bestimmte Begriffe (z.B. Herzrhythmusstörungen) angstbesetzt sind - Lining, d.h. anpassen an die Wortwahl des Patienten. - Verständliches Reden wirkt überzeugend. Hat der Patient die Information nicht verstanden, wird er sie vergessen – denn sie kann sich nicht an bereits vorhandenem Wissen verankern. Ein Grund, aus dem viele ärztliche Anweisungen nicht umgesetzt werden. - Der Arzt sollte jeden Patienten individuell ansprechen.
---	---	--

Die meisten nonverbalen Signale des Arztes, die zu mehr Zufriedenheit des Patienten mit der Arzt-Patienten-Beziehung führen, führen auch zu einer höheren Compliance des Patienten mit den Anordnungen des Arztes. Im Einzelnen seien hierzu genannt: vermehrter Blickkontakt, geringe Sitzdistanz, offene Körperhaltung, Lächeln, bekräftigendes Nicken und gezielt eingesetzte Gestik [21, 13]. Jeder Patient hat einen Arzt verdient, der empathische Souveränität und Fachkompetenz ausstrahlt. Ersteres, weil er sich gerade von seinem Arzt psychosoziale Unterstützung erhofft [25]. Letzteres, weil sich Patienten mit zunehmender Hilflosigkeit Führung durch den Therapeuten wünschen.

Phase 3: Gesprächsleitfaden für das Überbringen einschneidender Diagnosen

Auch darüber, wie ein ‚schweres Gespräch‘ optimal verlaufen sollte, reflektierten die Teilnehmer. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 4.

Tabelle 4

Wie sollte das Gespräch optimal verlaufen?

- Wichtigste Infos und Inhalte kommen rüber; Patient fühlt sich nicht alleine gelassen
- Patient hat bereits mit schlechter Nachricht gerechnet + wird nicht überfallen von mir – hoffe korrekten Inhalt zu vermitteln (ohne zu beschönigen oder zu negativ zu wirken)
- Nondirektiv, offen, strukturiert, patientenorientiert
- Sachlich, strukturiert, empathisch, Patient fühlt sich in fachl. kompetenten aber auch menschlich fürsorglichen Händen
- Ruhige Atmosphäre, Finden einer gemeinsamen Basis
- Ruhig, strukturiert. Am Ende einige Fragen des Patienten
- Hoffe, dass der Patient Fragen stellt, körperlichen Kontakt nicht vermeiden, auf Augenhöhe sprechen
- Strukturiert / sachlich
- So, dass beide ein gutes Gefühl haben, beide sich entgegen kommen oder abholen und der Patient am Ende über seine Möglichkeiten informiert ist, sie verstanden hat aber auch weiß, das er nun nicht ganz allein ist. Arzt sollte Sorgen und Ängste der Patienten verstanden haben.

In Folge wurde ein Gesprächsleitfaden (Tabelle 5) vorgestellt [17, 7, 21]. Jedes Patientengespräch sollte individuell gestaltet werden. Dieser Gesprächsleitfaden stellt einen idealisierten Ablauf dar, dem im Ganzen oder modular, den Patientenbedürfnissen angemessen, gefolgt werden kann.

Im Workshop probten die Ärzte die Wirkung dieses Gesprächsleitfadens selbstexplorativ aus. Hierzu notierte jeder Teilnehmer seine gefürchtetste Diagnose auf ein Los, das von einem Kollegen gezogen wurde, der die Hiobsbotschaft dem betroffenen, vom Arzt gespielten Patienten, überbrachte. Die Ärzte erhielten auf ihre Gesprächsleistung Videofeedback. Gleichzeitig wurde der Gesprächsleitfaden auf Praxistauglichkeit hin überprüft.

Tabelle 5

Baustein: Inhalt / Sprachhandlung / Verhalten	Beispiel
Gesprächsbeginn: Begrüßung, Nennung des Namens und der Funktion, wenn sie sich nicht kennen. Auf eigene Körperhaltung achten und die des Patienten wahrnehmen.	
Räumliche Gesprächsatmosphäre schaffen:	<p>„Möchten Sie im Bett liegen bleiben oder möchten Sie am Tisch sitzen?“ „Ist es in Ordnung, wenn wir das Gespräch im Krankenzimmer führen oder besser außerhalb?“ „Ist die Sitz-/Liegeposition bequem?“</p> <p>Im Sprechzimmer: das Gespräch nach Möglichkeit ohne Kommunikationsbarrieren, z.B. Schreibtisch, führen.</p>
Zeitliche Rahmenbedingungen vorgeben: Planen Sie für ein intensives Gespräch ca. 30 Minuten ein. (siehe Abschnitt Faktor Zeit)	„Frau X, wir haben jetzt eine halbe Stunde Zeit, um miteinander zu reden.“
Ankündigen von äußeren Einflüssen: (falls in Ausnahmen Störungen nicht auszuschalten sind)	„...ich habe Dienst. Es kann sein, dass wir durch meinen Pieper unterbrochen werden. Ich müsste dann kurz telefonieren.“ Oder: „Ich markiere durch ein Schild an der Tür, das wir eine halbe Stunde ungestört miteinander sprechen wollen.“
Zum Thema kommen: Den Patienten abholen, z.B. durch Be- oder Entkräften von Vermutungen: Stand des Patienten durch Fragen ermitteln. Formulierungen wählen, mit denen Sie sich wohl fühlen	„Woran haben Sie gedacht, als die Schmerzen nicht aufhörten?“ „Hat Sie der dauernde Schwindel bekümmert?“ „Ist Ihnen der Gedanke gekommen, dass es etwas Ernstes sein könnte?“
(Wirklich) Zeit für die Antwort lassen: Achten Sie auf die nonverbalen Signale des Patienten. Häufig sind hier Signale zu finden, wie weit der Patient aufgeklärt werden möchte. Nicht gegen den Aufklärungsbedarf des Patienten handeln	<p>Mögliche Beobachtungen:</p> <p>Wie wird geantwortet? Ist die Botschaft kongruent in Körpersprache, Sprechweise und dem Gesagten? Was liegt implizit in der Antwort? Was wird nicht gesagt? Auf welchen Teil der Frage wird nicht geantwortet?</p>
Tiefe des Informationsniveaus erörtern: Hier aktiv vorzugehen führt zu weniger Distress als nicht darauf einzugehen. In letzterem Fall bewegen Sie	Wie viel möchten Sie wissen? Wenn es eine schwere Diagnose ist, wie detailliert möchten Sie diese erfahren? Möchten Sie, dass ich Ihnen

<p>sich im weiteren Gesprächsverlauf auf Glatteis, getragen durch die Frage, wie weit Sie gehen können. Respektieren Sie die Entscheidung des Patienten, auch wenn er nicht weiter über die Krankheit sprechen möchte und / oder vom Thema ablenkt.</p>	<p>Einzelheiten der Krankheit erkläre, oder wollen Sie lieber nur eine Übersicht über die Behandlungsmöglichkeiten?</p>
<p>Die Information selbst: Entsprechend dem gewünschten Informationsniveau des Patienten. ‚Beim Thema Krebs wollen 97% soviel wie möglich wissen.‘ [16]</p>	<p>Diagnose (in einer dem Patienten verständlichen Sprache), Behandlungsmöglichkeiten, Nebenwirkungen, Behandlungsziel (palliativ oder kurativ) und Wahrscheinlichkeit des Erreichens des Behandlungsziels.</p>
<p>Informationen sichern: Auf bestehendes Wissen aufbauen. Falsches Wissen korrigieren.</p>	<p>Zur Sicherung von Informationen / Wissen geschlossene Fragen stellen: ‚Können Sie mir folgen?‘ , Macht das Sinn?‘</p>
<p>Klartext reden, Keine Euphemismen verwenden Euphemismen können das Vertrauen des Patienten kosten. Er wird enttäuscht sein, wenn er eine Aussage positiver Interpretiert hat, als sie tatsächlich vom Arzt gemeint war. Je nach Persönlichkeit werden die Patienten geneigt sein, ungewünschte Informationen zu Überhören bzw. Auszublenken.</p>	<p>Keine vagen und beschönigenden Aussagen. Für den Patienten eindeutige Wortwahl. Der Patient kann auch fachlich korrekte Termini falsch Interpretieren, zum Beispiel: ‚Sie haben ein Karzinom.‘ Könnte den Patienten zur Frage veranlassen ‚Ist dies das gleiche wie Krebs?‘ oder ‚Machen Sie sich keine Sorgen, wir bekommen alles in den Griff.‘ Lässt den Patienten eventuell vermuten ‚Ich werde geheilt.‘ [14]</p>
<p>Reaktion des Patienten Reaktionen sind so individuell wie der Mensch selbst. Aufkommende Gefühle an- und aussprechen. Das schafft Distanz und gibt den Gefühlen Raum. Nehmen sie keine Regungen wahr, fragen sie nach: Angst, Wut, Verzweiflung, Hoffnung, Schuld, Verleugnung.</p>	<p>Mögliche Fragen: ‚Was fürchten Sie am meisten?‘ ‚Worüber sind Sie traurig?‘ ‚ Was ist die Ursache Ihrer Wut?‘ ‚ Worauf hoffen Sie?‘ ‚Was lässt Sie Verzweifeln?‘</p>
<p>Umgang mit Emotionen</p>	<p>Es bedarf persönlicher Stärke, den Emotionen des Patienten Raum zu geben, sie auszuhalten ohne in sentimentales Mitleid zu verfallen. Elemente der NURS-Strategie können dabei unterstützen:</p>
<p>Naming Emotion:</p>	<p>Den Patienten auf sein Gefühl ansprechen</p>
<p>Understanding:</p>	<p>Zeigen, dass Sie die Situation verstehen.</p>
<p>Respecting:</p>	<p>Respektieren der Gefühle und Reaktionen des Patienten</p>
<p>Supporting:</p>	<p>Unterstützung anbieten.</p>
<p>Angebote unterbreiten</p>	<p>- in einem sensiblen Maße. Der Patient hat nach der Diagnosemitteilung kaum noch Aufnahmekapazitäten. Geben Sie einen groben Überblick über Ihre Möglichkeiten und vertagen Sie weitere Entscheidungen auf ein nächstes Gespräch. Teilen Sie ihm mit, jederzeit für ihn da zu sein.</p>

Verabschiedung	Bieten Sie dem Patienten an, ihm nahe stehende Personen zu holen und verabschieden Sie sich einfühlsam.
-----------------------	---

Exkurs: Faktor Zeit

Eine häufig gestellte Frage in Kommunikationsworkshops lautet *„Ich habe so wenig Zeit für meine Patienten, wann soll ich denn solche Gespräche führen?“* Ein gutes Gespräch ist nicht zwangsläufig ein langes, ebenso wenig stellt ein langes Gespräch ein erfolgreiches dar. Das gelungene Arzt-Patienten-Gespräch ist die beste Zeitökonomie, denn Zeit lässt sich nicht vermehren, sondern nur sinnvoll aufteilen. Gespräche unter Zeitdruck geführt erzeugen Gegendruck, Effizienz und Qualität der Mitteilungen sinken. Das beste Mittel gegen den Zeitdruck im Dialog ist die Planung des Gesprächs. Wie lange dauern Patientengespräche? Wie lange dauert es, bis das Wesentliche ausgesprochen ist? Wie aufnahmefähig ist der Patient für komplexe medizinische Fachinformationen? Die simulierten Gespräche im Workshop zeigten, dass die zentralen Informationen bereits innerhalb der ersten fünf Minuten übermittelt werden. Viele weitere Mitteilungen über Therapiemöglichkeiten mit Erfolgswahrscheinlichkeiten, Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Ursachenforschungen, Hypothesen über die Genesungsdauer etc. sind im Falle des genauen Nachfragens des Patienten und der detaillierten Auskunftsfreudigkeit des Arztes Symptome der Ohnmacht. Es geht eigentlich um etwas anderes: Angst, Wut, Traurigkeit des Patienten. Diese Gefühle so anzunehmen wie sie sind, zu thematisieren könnten viele detailreiche Erörterungen, zumindest in der Phase der Eröffnung der schlechten Nachricht abkürzen. Das einvernehmliche Feedback der ‚Patientenspieler‘ in den Rollenspielen war, dass die im Gespräch zur Verfügung gestellten Informationen gar nicht mehr aufgenommen werden konnten. *„Wie viel hörte ein zu Tode Verurteilter nach Verkündung seines Urteils von der Begründung?“* [2] Nach der Mitteilung einer einschneidenden Diagnose genügt ein grober Angebots-Überblick, dann sollte dem Patienten Zeit gegeben werden, die Nachricht ankommen zu lassen. Details sollten Inhalt eines weiteren Gesprächs sein. Auch die Orientierung an den fünf Sterbephasen von Kübler-Ross³ [11] können bei der Orientierung helfen, welches Ziel im aktuellen Gespräch überhaupt erreicht werden kann. Das Gespräch lässt sich effizient führen, indem zur Eröffnung des Gesprächs ein Zeitangebot gemacht wird. Hier ist eine Frage der Formulierung und der Betonung, wie der Patient das Zeitlimit aufnimmt: Ein freundliches *„Wir haben für unser erstes Gespräch etwa eine halbe Stunde Zeit ...“* wird kein Patient übel nehmen. Der Patient kann besser damit umgehen, wenn er weiß wie viel Zeit der Arzt für ihn hat und in dieser dann ganz präsent ist, als wenn er permanenten Zeitdruck spürt. Das Festlegen einer Gesprächsstruktur gekoppelt an einen Zeitplan ist noch bedeutender für Routinegespräche. Zuerst bekommt der Patient ausreichend Raum, sich über seine Krankheit und die ganzheitlichen Konsequenzen zu äußern. Untersuchungen zeigen, dass 78 Prozent von 335 Patienten ihr Anliegen nach weniger als zwei Minuten vorgetragen hatten. Nur zwei Prozent benötigten länger als fünf Minuten [12]. Bekommt der Patient diese Zeit zur freien Verfügung, hat das Gespräch für ihn bereits hohe Qualität. Werden seine Äußerungen

³ 1. Nicht-wahr-haben-wollen und Isolierung; 2. Zorn und Ärger; 3. Verhandeln; 4. Depressive Phase und 5. Zustimmung

von Seiten des Arztes mit positiven Zuhörzeichen begleitet, fühlt er sich angenommen und in seinem Kranksein verstanden. Vor oder nach dieser Gesprächsphase wird dem Patienten die geplante Struktur mitgeteilt, z.B. *... wir haben jetzt ungefähr 20 Minuten Zeit. Erzählen Sie mir zunächst einmal etwas über Ihre Krankheit, dann werde ich Ihnen einige Anamnese-Fragen stellen und sie kurz untersuchen. Dann erkläre ich Ihnen die geplante Untersuchung. Ist dieses Vorgehen für Sie in Ordnung?*

Ergebnisse und Diskussion

Der in früheren Zeiten gepflegte ärztliche Kommunikationsstil nach dem sogenannten paternalistischen und informativen Modellen wird den Anforderungen eines ausgewogenen Arzt-Patientenverhältnisses folgend immer mehr durch das Modell des Shared Decision Making ersetzt. Dieses Modell bietet einerseits die Chance ein Konzept unter Einbeziehung der Präferenzen und Wertvorstellungen des Patienten zu erarbeiten, stellt aber andererseits deutlich höhere Anforderungen sowohl an die Kommunikationsfähigkeit des Arztes als auch an die Eigenverantwortung des Patienten.

Durch den Workshop wurde die persönliche Betroffenheit beim Überbringen schlechter Nachrichten sowie die Art und Weise erstmals unter den Kollegen thematisiert. Der Workshop wurde als Plattform für den kollegialen Erfahrungsaustausch genutzt. Stetig zunehmende Arbeitsbelastung gekoppelt an die ins Bewusstsein gebrachten psychosozialen Herausforderungen im Umgang mit den onkologischen Patienten motivierten die Kollegen zur Einführung einer regelmäßig stattfindenden Balint-Gruppe.

Aus den Workshopergebnissen wurde ein Nachschlagewerk erstellt, das zum einen für das Selbstcoaching genutzt werden kann. Zum anderen dient es jungen Kollegen zur Einführung in schwierige Patientengespräche und als Leitfaden.

Um die Qualität der Patientengespräche zu wahren, fehlte es bis dato an ungestörtem Raum. Kollegen, Pflege-, Schreib- und andere therapeutische Kräfte schienen längst den Respekt vor den ‚Bitte nicht stören‘ Schildern verloren zu haben. Durch ein speziell für die Anforderungen der Regensburger Kollegen designedes, an eine Parkuhr erinnerndes Türschild, versehen mit Namen, Notfall-Pieper-Nummer und dem stets aktuellen Zeitbedarf für das ungestörte Gespräch (Abbildung 2) wurde hier Abhilfe geschaffen.

Abbildung 2



Konsequenzen für Klinik und Praxis

- Gesprächsführung kann und muß erlernt und trainiert werden
- Eigene Emotionen und Grenzen müssen erkannt und beachtet werden
- Ein geschützter Raum in ungestörter Atmosphäre ist unabdingbar
- Das Schaffen und Mitteilen zeitlicher Strukturen unter Berücksichtigung der Gegebenheiten vor Gesprächsbeginn ist sinnvoll
- Neben verbalen Mitteilungen darf die nonverbale Kommunikation und Wirkung nicht ausser Acht bleiben

Autorenklärung: Die Autoren erklären, dass keine finanziellen Interessenkonflikte in Bezug auf diesen Beitrag bestehen.

Danksagung: Wir bedanken uns bei den an den Workshops teilnehmenden Ärzten der Abteilung für Hämatologie und Internistische Onkologie der Universitätsklinik Regensburg für ihre offenen Diskussionen und ihr Engagement, einen Leitfaden für schwere Gespräche zu entwickeln.

Literaturliste:

- ¹ Abel J, Dennison S, Senior-Smith G et al. Breaking bad news-development of a hospital-based training workshop. THE LANCET Oncology 2001; 2: 380-384
- ² Bucka-Lassen, E. Das schwere Gespräch. Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln. Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 2005.
- ³ Dias L, Chabner BA, Lynch TJ, Penson RT. Breaking Bad News: A

- Patient`s Perspective. The Oncologist 2003; 8: 587-596
- 4 Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. JAMA 1992; 267: 2221-2226
- 5 Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their out - patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations. Br J Cancer 1994; 70: 767-770
- 6 Fujimori M, Akechi T, Morita T et al. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. Psycho-Oncology 2007; 16: 573-581
- 7 Geisler L. Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. Frankfurt am Main: pmi-Verlag; 2002.
- 8 Kappauf HW. Kommunikation in der Onkologie. Hautarzt 2004; 55: 709-714
- 9 Keller M, Kappauf HW. In die Wiege gelegt? Kommunikationskompetenz von Ärzten. Forum 2002; 5: 23-26
- 10 Klemperer D. Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte Der Arzt-Patient Kommunikation. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2003/i03-302.pdf>; 27. 05.09
- 11 Kübler-Ross E. Interviews mit Sterbenden. München: Droemer Knaur; 2001.
- 12 Langewitz W, Conen D, Nübling M, Weber H. Kommunikation ist wesentlich - Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patientinnen. Psychother Psych Med 2002; 52: 348-354.
- 13 Lown B. Die verlorene Kunst des Heilens: Anleitung zum Umdenken. Stuttgart: Suhrkamp; 2004.
- 14 Lübke AS, Nelle I, Stange J-H. Prinzipien der Aufklärung in der Onkologie. Dtsch Med Wochenschr 2003; 128: 2441-2444
- 15 Mehribian A. Silent messages: Implicit communication of emotions and attitudes. Belmont, CA: Wadsworth; 1982.
- 16 Meredith D B. Public health, preventive medicine and social services, 6th ed. London: Arnold; 1996.
- 17 Myerscough PFM.: Kommunikation mit Patienten. Die Chancen des ärztlichen Gesprächs nutzen. Bern: Huber; 2001: 30-32
- 18 Penson RT, Slevin ML. Communication with the cancer patient. In: Price P, Sikora K, eds. Treatment of cancer, Fourth Edition. New York: Arnold, 2002: 1187-1198

- 19 Rodin G, Mackay JA, Zimmermann C et al. Clinician-patient communication: a systematic review. Support Care Cancer 2009 published online 04 March 2009
- 20 Satir V: Selbstwert und Kommunikation. Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe. Stuttgart: Klett-Cotta; 2007: 29-37
- 21 Schmädel v D. Die Bedeutung nonverbaler Signale in der Arzt-Patient-Beziehung beim niedergelassenen ÄrztIn. <http://www.biologie.uni-regensburg.de/Med.Sozioologie/Schmaedel/Aufsatz/No1/nonverbsig.html>; 03.05.09
- 22 Schmidt KW, Wolfslast G. Patientenaufklärung. Ethische und rechtliche Aspekte. Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 634-637
- 23 Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MHN, Beeney LJ, Dunn SM. Psychosocial responses of patients receiving a diagnosis of cancer. Annals of Oncology 2003; 14: 48-56
- 24 Schulz von Tun, F. Das innere Team in Aktion. Hamburg: Rowohlt; 2004.
- 25 Singer S, Bringmann H, Hauss J, Kortmann R-D, Köhler U, Krauß O, Schwarz R. Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 2071-2076
- 26 Soellner W, DeVries A, Steixner E et al. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? Br J Cancer 2001; 84: 179-185
- 27 Van der Meulen N, Jansen J, van Dulmen S, Bensing J, van Weert J. Interventions to improve recall of medical information in cancer patients: a systematic review of the literature. Psycho-Oncology 2008; 17: 857-868

Quelle der Abbildungen

Abb. 1 und 2: Guest P. EK-Design für ERFOLGSDIALOGE; München 2009.

Schlüsselwörter

- Krebs
- Psychoonkologie
- Gesprächsleitfaden
- Persönliche Wirkung
- Abgrenzung

Key words

- cancer
- psycho-oncology
- conversation guide
- personal performance
- personal borders