

Prof. Dr. med. Walter E. Aulitzky (Hrsg.)

Dr. med. Alexander Marmé

BEGLEITBROSCHÜRE ZUR DVD

Es muss nicht Schweigen herrschen

Gelungene Kommunikation mit Schwerkranken und Sterbenden



Vorwort

Die Kommunikation mit Schwerkranken und Sterbenden ist selbst für erfahrene Ärzte und Pflegende eine Herausforderung. Insbesondere der Umgang mit Emotionen – ausgelöst z. B. durch die Mitteilung einer schlechten Nachricht – wird von vielen Behandlern als schwierig empfunden. Angst, Verzweiflung oder Hoffungslosigkeit im Patientengespräch zuzulassen und empathisch auf diese Emotionen einzugehen, erfordert eine kommunikative Kompetenz, die sich viele Ärzte und Pflegende nicht zutrauen, zumal sie in ihrer Ausbildung hierauf nicht vorbereitet worden sind. Dabei kann gerade eine gelungene Kommunikation die schwerkranken Patienten entlasten und ihre Lebensqualität steigern.

Diese DVD möchte mit ihren realitätsnahen Beispielen eine Hilfestellung geben, solche schwierigen Gespräche strukturiert zu führen: Aus der (fiktiven) Krankengeschichte einer 42-jährigen Brustkrebspatientin wurden fünf Situationen ausgesucht, in denen Ärzte oder Pflegende vor der Aufgabe stehen, wichtige Informationen angemessen und schonend zu übermitteln und die Patientin zugleich bei deren Aufnahme und Verarbeitung zu unterstützen. Jedes dieser fünf Gespräche wird in zwei unterschiedlichen Szenarien durchgespielt. Mit Hilfe eines Bildschirmmenüs kann bei jedem Szenario zwischen einer kommentierten oder unkommentierten Fassung gewählt werden. Den positiven Szenarien liegt das von Baile und Buckman entwickelte SPIKES-Protokoll zugrunde, das sich zur Strukturierung schwieriger Gespräche bewährt hat.

Im Namen des Krebsverbands Baden-Württemberg e.V., der die DVD-Fortbildungsreihe PALLIATIVE PRAXIS herausgibt, danken wir den zahlreichen Sponsoren, die mit ihrer freundlichen Unterstützung die Herstellung dieser DVD ermöglicht haben. Unser Dank gilt vor allem der Robert Bosch Stiftung, der Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen, dem Diakonischen Werk Württemberg, der Wolfgang und Karla Köhler Stiftung, der Albertinen Stiftung sowie den Unternehmen Sanofi-Aventis und Bayer Health Care. Weiterhin danken wir Herrn Prof. Dr. med. Bernd Balletshofer, Tübingen, der für die Dreharbeiten freundlicherweise seine Praxisräume zur Verfügung gestellt hat.

Prof. Dr. Walter E. Aulitzky
Herausgeber

Dr. med. Alexander Marmé
Autor

Mitwirkung am Projekt

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Walter E. Aulitzky, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Autor und Rollenspielregie:

Dr. med. Alexander Marmé, Tübingen

Redaktion/Filmproduktion:

Dr. med. Rolf Stumm, Nikolaus Weißenhorn, STUMM-FILM Medien GmbH, Ludwigsburg

Projektkoordination beim Projektträger:

Birgit Wohland-Braun, Hubert Seiter, Krebsverband Baden-Württemberg e.V.

Projektbeirat:

Prof. Dr. Walter F. Baile, MD Anderson Cancer Center, University of Texas, Houston
Dipl.-Psych. Sylvia Broeckmann, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart
Dorothea Drumm-Petzel, Krankenschwester, Logopädin, Paul-Lechler-KrHs., Tübingen
Andrea Gaisser, Dt. Krebsforschungszentrum, Krebsinformationsdienst, Heidelberg
Martin Klumpp, Prälat i.R., Evang. Landeskirche in Württemberg, Hospiz Stuttgart
Dr. med. Thomas Schlunk, Paul-Lechler-Krankenhaus, Tübingen
Petra Wechsung, Dipl.-Sozialarbeiterin, Heidelberg

Darsteller:

Ines Paschmanns (Patientin)
Dr. Gabriele Goebel (Sprechstundenhilfe)
Dr. Frederik Marmé (Onkologe)
Andrea Gaisser (Hausärztin)
Philipp Tränkle (Pfleger)

Maske:

Andrea Otterbach

Kamera/Ton/Aufnahmeleitung:

Andreas Weber, Boris Eschwey / Manuel Fischer / Astrid Hack, Frank Intorp

Postproduktion:

Marc Bihlmaier, Anja Fechner

Video-Szenarien auf dieser DVD

Aus der fiktiven Krankengeschichte der Brustkrebspatientin Frau Schulz-Enk (Name frei erfunden) greift die DVD fünf Situationen heraus, in denen Ärzte oder Pflegende ein Gespräch mit der Patientin führen. Jedes Gespräch wird in zwei Szenarien durchgespielt.



1. Im Wartebereich einer onkologischen Ambulanz

Szenario A: *„Diese Ungewissheit macht Ihnen Sorgen.“*

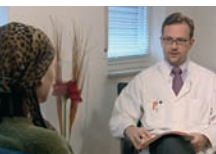
Szenario B: *„Nun beruhigen Sie sich doch erst mal!“*



2. Beratungsgespräch vor einer Chemotherapie

Szenario A: *„Ich sehe, dass Sie jetzt Angst haben.“*

Szenario B: *„Ich dachte, man hat Sie schon informiert.“*



3. Übergang von kurativer zu palliativer Behandlung

Szenario A: *„Ich bin jederzeit bereit, Ihnen zu helfen.“*

Szenario B: *„Ich kann Ihnen keine Therapie mehr anbieten.“*



4. Die hausärztliche Palliativbegleitung

Szenario A: *„... dass wir Ihre Lebensqualität erhalten.“*

Szenario B: *„... ein bisschen was zur Beruhigung.“*



5. Emotionen ansprechen in der Palliativpflege

Szenario A: *„Ich möchte etwas mit Ihnen besprechen.“*

Szenario B: *„ Klären Sie das bitte mit Ihrer Hausärztin.“*

Die Laufzeiten der einzelnen Szenarien sind in der folgenden Tabelle aufgeführt. Mit Hilfe eines Bildschirmmenüs kann bei jedem Szenario zwischen einer kommentierten oder unkommentierten Fassung gewählt werden.

1. Im Wartebereich einer onkologischen Ambulanz

Szenario A: Mit Kommentar: **3:08 Min.** Unkommentiert: **1:44 Min.**

Szenario B: Mit Kommentar: **3:13 Min.** Unkommentiert: **2:08 Min.**

2. Beratungsgespräch vor einer Chemotherapie

Szenario A: Mit Kommentar: **11:51 Min.** Unkommentiert: **8:22 Min.**

Szenario B: Mit Kommentar: **6:58 Min.** Unkommentiert: **4:40 Min.**

3. Übergang von kurativer zu palliativer Behandlung

Szenario A: Mit Kommentar: **8:48 Min.** Unkommentiert: **6:44 Min.**

Szenario B: Mit Kommentar: **6:43 Min.** Unkommentiert: **5:11 Min.**

4. Die hausärztliche Palliativbegleitung

Szenario A: Mit Kommentar: **6:25 Min.** Unkommentiert: **4:44 Min.**

Szenario B: Mit Kommentar: **4:14 Min.** Unkommentiert: **3:14 Min.**

5. Emotionen ansprechen in der Palliativpflege

Szenario A: Mit Kommentar: **6:03 Min.** Unkommentiert: **4:03 Min.**

Szenario B: Mit Kommentar: **3:27 Min.** Unkommentiert: **2:18 Min.**

1. Im Wartebereich einer onkologischen Ambulanz



Ausgangssituation

Frau Schulz-Enk ist eine 42-jährige alleinerziehende Mutter von zwei Kindern. Sie führt eine kleine Marketing-Agentur. Der Vater der Kinder kümmert sich nicht mehr um die Familie. Vor vier Wochen wurde bei Frau Schulz-Enk ein Mammakarzinom diagnostiziert, das brusterhaltend entfernt werden konnte; die Exzision erfolgte im Gesunden. Am Ende des

Klinikaufenthalts wurde der Befund mit ihr besprochen und ein Termin in der onkologischen Ambulanz ausgemacht. Der Grund für diesen Termin (Planung der adjuvanten Therapie) wurde ihr jedoch nur unzureichend erklärt. Als Frau Schulz-Enk jetzt zum Termin in der Ambulanz erscheint, findet sie ein volles Wartezimmer vor. Nach über einer Stunde Wartezeit meldet sich die Patientin bei der Sprechstundenhilfe.

Szenario A: „Diese Ungewissheit macht Ihnen Sorgen.“

Dass die Patientin nach über einer Stunde Wartezeit aufgebracht reagiert, ist durchaus verständlich. Die Sprechstundenhilfe, die an der äußeren Situation nichts ändern kann, versucht zunächst, die Gründe für die Wartezeit zu erklären. Sie erkennt jedoch schnell, dass sie die Patientin damit nicht beruhigen kann. Vielmehr gewinnt die Sprechstundenhilfe den Eindruck, dass hinter dem aufbrausenden Verhalten der Patientin noch etwas Anderes stecken könnte als nur der Ärger über die lange Wartezeit. Sie nimmt Blickkontakt zur Patientin auf und hört ihr genau zu. Ihr wird klar, dass die Patientin sich Sorgen wegen ihrer Krebserkrankung macht und deswegen so gereizt reagiert. Die Sprechstundenhilfe begibt sich nun auf Augenhöhe zur Patientin und spricht sie auf die Ungewissheit und die Sorgen an, unter denen sie erkennbar leidet. Dadurch gibt sie der Patientin die Möglichkeit, sich zu öffnen und über ihre emotionalen Belastungen zu sprechen. Zudem vermittelt die Sprechstundenhilfe der Patientin das Gefühl, dass das Empfinden von Ungewissheit und Angst in ihrer Lage „ganz normal“ ist. Damit öffnet sie den Raum für Emotionen und gibt der Patientin Gelegenheit, den Grund ihrer Sorgen und Ängste beim Namen zu nennen.

Fazit: Die Sprechstundenhilfe erkennt, dass nicht die Wartezeit der wahre Grund für das aufbrausende Verhalten der Patientin ist, sondern dass sich dahinter vielmehr die Ängste und Sorgen verbergen, die durch die Krebserkrankung ausgelöst worden sind. Sie geht auf diese Emotionen ein und hilft der Patientin so, sich zu entlasten. Da die Patientin sich verstanden fühlt, kann sie die Wartesituation jetzt besser akzeptieren.

Szenario B: „Nun beruhigen Sie sich doch erst mal!“

Die Sprechstundenhilfe erkennt nicht, dass hinter der Aufgebrachtheit der Patientin andere Emotionen wie Sorge, Angst und Ungewissheit wegen der Krankheit stecken. Sie geht nur auf die vordergründig sichtbare Emotion, die Aufgebrachtheit, ein und gibt der Patientin keine Möglichkeit, ihre eigentlichen Nöte und Sorgen anzusprechen. Je mehr aber die Sprechstundenhilfe die Patientin zu beruhigen und beschwichtigen versucht, desto mehr eskaliert das Gespräch. Die Patientin kann sich nicht entlasten, sie fühlt sich in dieser Ambulanz nicht gut aufgehoben und verlässt sie wütend.

Fazit: Rationale Erklärungen, Appelle und Beschwichtigungen erreichen die Patientin in ihrer emotional belasteten Situation nicht. Was ihr helfen würde, wäre ein aktives Zuhören mit dem Ziel, verborgene Emotionen zu erkennen und diese dann empathisch anzusprechen. Erst nach einer emotionalen Entlastung wäre die Patientin wieder zu einer rationalen Kommunikation fähig.

Umgang mit Emotionen

- 1. Emotionen erkennen** Aktiv zuhören, offene Fragen stellen – und so herausfinden, ob hinter den vordergründigen Emotionen andere Emotionen verborgen sind.
- 2. Emotionen zulassen** Vermitteln, dass die empfundenen Emotionen „ganz normal“ und angemessen sind.
- 3. Emotionen benennen** Sicher erkannte Emotionen immer ansprechen – aber vor dem Benennen steht das Erkennen!

2. Beratungsgespräch vor einer Chemotherapie



Ausgangssituation

Die Patientin, die wir bereits aus der vorigen Situation kennen, betritt nun nach längerer Wartezeit das Sprechzimmer der onkologischen Ambulanz. Der Onkologe Dr. Bernhardt sieht die Patientin zum ersten Mal. Er kennt ihren Fall aus der Tumorkonferenz, die den Therapievorschlagn für die Patientin erarbeitet hat.

Szenario A: „Ich sehe, dass Sie jetzt Angst haben.“

Der Arzt begrüßt die Patientin mit ihrem Namen und stellt sich auch selber namentlich vor. Die beiden nehmen in einer Sitzcke Platz, ohne trennenden Schreibtisch zwischen ihnen. Als erstes fragt der Arzt die Patientin, was sie selber über ihre Erkrankung weiß. Dabei stellt sich heraus, dass sie offenbar nicht darüber informiert worden ist, dass ihr in diesem Gespräch die Therapieempfehlung der Tumorkonferenz erläutert werden soll. Der Arzt vergewissert sich zunächst, ob sie eine entsprechende Beratung wünscht. Diesen patientenzentrierten Stil behält der Arzt auch im weiteren Gesprächsverlauf bei: Er bindet die Patientin aktiv in den Beratungsprozess ein, z.B. durch die Frage, von welchen generellen Therapiemöglichkeiten sie bereits gehört hat. Schritt für Schritt führt der Arzt die Patientin so an die Therapieempfehlung der Tumorkonferenz heran: die Durchführung einer *Chemotherapie* zur Senkung des Rückfallrisikos. Die Patientin, die mit dieser Nachricht nicht gerechnet hat, ist entsetzt und zählt sofort zahlreiche Gründe auf, warum eine Chemotherapie für sie nicht in Frage kommt. Der Arzt lässt ihr Zeit und hört zu. Dabei wird ihm klar, dass hinter den vehement vorgetragenen Argumenten der Patientin *Angst* steckt – und er nennt diese Emotion beim Namen. Er hilft damit der Patientin, ihre schrecklichen Vorstellungen von einer Chemotherapie auszusprechen. Auf diese Weise kann sie sich emotional entlasten, und das Gespräch kann vorübergehend wieder auf einer rationalen Ebene fortgeführt werden. Sobald die Angstvorstellungen jedoch wieder Oberhand zu gewinnen drohen, wechselt der Arzt erneut auf die Ebene der Emotionen und spiegelt einfühlsam die Gefühle der Patientin. Diese fühlt sich verstanden und kann ihre Ängste in Grenzen halten.

Fazit: Trotz einer schwierigen Ausgangssituation (lange Wartezeit, Informationsdefizit) gelingt es in diesem Gespräch, eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen. Die empfohlene Chemotherapie wird von der Patientin aktuell zwar noch abgelehnt, aber für die Zukunft schließt sie diese Behandlungsoption nicht mehr ganz aus. Statt die Patientin zu bedrängen, bietet der Arzt ihr für die anstehende Entscheidungsfindung seine Beratung und Hilfe an; ein nächster Termin wird vereinbart.

Szenario B: „Ich dachte, man hat sie schon informiert.“

In diesem Szenario geht der Arzt davon aus, dass die Patientin bereits weiß, dass die Tumorkonferenz eine Chemotherapie empfohlen hat. Ohne die Patientin nach dem Stand ihres Vorwissens zu fragen, „fällt er mit der Tür ins Haus“. Die von der Therapieempfehlung völlig überraschte Patientin reagiert empört. Der Arzt möchte sich rechtfertigen und macht die Kollegen auf der Station für die mangelnde Aufklärung verantwortlich. Statt auf die Emotionen der verunsicherten Patientin einzugehen und sie zu fragen, welche Befürchtungen und Ängste der Gedanke an eine Chemotherapie in ihr auslöst, versucht er, sie durch Argumente und Rechtfertigungen zu besänftigen. So erreicht er die Patientin jedoch nicht. Diese kann die Chemotherapie nur als etwas Zerstörerisches empfinden, gegen das sie sich wehren muss.

Fazit: Die unvorbereitet mit einer Chemotherapie-Empfehlung konfrontierte Patientin verschließt sich den Argumenten des Arztes und wehrt sich vehement. Die Emotionen, die hinter der Ablehnung stehen, werden vom Arzt nicht exploriert und angesprochen. Ohne emotionale Entlastung kommt kein konstruktiver Dialog zustande.

Sechs Schritte bei schwierigen Gesprächen (vgl. Seite 16f.)

1. Eine geschützte Umgebung schaffen (*Setting*)
2. Den Informationsstand des Patienten erfragen (*Perception*)
3. Die Einwilligung zur Aufklärung einholen (*Invitation*)
4. Schlechte Nachrichten anbahnen, dann mitteilen (*Knowledge*)
5. Emotionen erkennen – zulassen – benennen (*Emotions*)
6. Das weitere Vorgehen besprechen (*Summary & Strategy*)

3. Übergang von kurativer zu palliativer Behandlung



Ausgangssituation

15 Monate später: Die Patientin hat inzwischen mehrere Chemotherapien erhalten – zuletzt eine experimentelle Therapie unter Studienbedingungen – und ist darunter immer progredienter gewesen. Durch die fortschreitende Erkrankung und durch die therapiebedingte Diarrhoe und Fatigue ist ihr Allgemeinzustand stark reduziert.

Szenario A: „Ich bin jederzeit bereit, Ihnen zu helfen.“

Nach Abschluss der experimentellen Therapie sollen in diesem Gespräch die aktuellen Untersuchungsbefunde (CT, Tumormarker) und das weitere Vorgehen besprochen werden. Der Arzt bietet der geschwächten Patientin zunächst ein Glas Wasser an und fragt sie dann, wie sie selber den Verlauf der Therapie sieht. Die Patientin macht klar, dass sie sich immer elender fühlt und sehr unter den Nebenwirkungen der Therapie leidet. Sie teilt eindeutig mit, dass sie therapiemüde ist. Dies macht es dem Arzt leichter, nun auch seinerseits ein Resümee zu ziehen. Bevor er jedoch die Patientin über den Anstieg der Tumormarker und die im CT sichtbare Ausbreitung des Tumors informiert, vergewissert er sich, ob sie mit der Mitteilung der Befunde einverstanden ist.

Die Patientin äußert selber den Wunsch, die zytostatische Therapie zu beenden. Der Arzt reagiert hierauf mit viel Empathie. Vor allem macht er deutlich, dass er auch nach dem Ende der Chemotherapie im Behandlungsteam bleiben wird. Er fragt die Patientin, ob sie mit der laufenden Schmerztherapie zufrieden ist, und erkundigt sich nach ihrer häuslichen Situation, z. B. wie ihre Kinder versorgt sind. Er bietet an, zusammen mit der Hausärztin die notwendige Unterstützung zu organisieren.

Die telefonische Information der Hausärztin erfolgt in diesem Gespräch im Beisein der Patientin: Über das lautgestellte Telefon kann die Patientin das Übergabegespräch mithören und sich auf Wunsch auch selber beteiligen. Diese nahtlose, transparente Übergabe schafft Vertrauen.

Fazit: Der Onkologe lässt die Patientin erzählen, wie sie ihre derzeitige Situation erlebt, und erfährt, dass sie das Fortschreiten der Erkrankung spürt und therapiemüde ist. Der Wunsch nach einem Ende der zytostatischen Therapie kommt hier also von der Patientin selbst. Um einen nahtlosen Übergang in die palliative Therapiephase sicherzustellen, ruft der Onkologe im Beisein der Patientin die weiterbehandelnde Hausärztin an. Er selber bleibt weiterhin Teil des therapeutischen Teams, nur die Schwerpunkte verschieben sich. Die Patientin hat nicht das Gefühl, abgeschoben zu werden.

Szenario B: „Ich kann Ihnen keine Therapie mehr anbieten.“

In diesem Szenario ist der Kommunikationsstil streng arztzentriert. Der Onkologe führt das Gespräch mit der festen Absicht, die Therapie zu beenden. Er gibt der Patientin keine Gelegenheit zu erzählen, wie sie selber über ein mögliches Ende der Therapie denkt, und lässt sie ihre Bedürfnisse und Emotionen nicht äußern. Die Rücküberweisung an die Hausärztin zur palliativen Begleitung trifft die Patientin völlig unvorbereitet. Hinzu kommt, dass der Onkologe es ablehnt, die weiterbehandelnde Kollegin persönlich anzurufen und ein Übergabegespräch zu führen.

Fazit: Der Onkologe will erreichen, dass die zytostatische Behandlung zu einem Ende kommt und die Patientin von der Hausärztin palliativmedizinisch weiterbetreut wird. Die Patientin fühlt sich abgeschoben, kann ihre Emotionen aber nicht äußern, weil der Arzt sie nicht zu Wort kommen lässt – vielleicht weil er den Ausbruch von Emotionen fürchtet, die er nicht kontrollieren kann. Sein distanzierendes Verhalten gegenüber der Patientin wirkt wie ein Versuch, eigene unbewältigte Ängste auf Abstand zu halten.

Der Übergang in die palliative Betreuung ist eine besonders sensible Schnittstelle im Behandlungsverlauf: Weil die Therapieschwerpunkte sich ändern, ist jetzt eine Neustrukturierung des behandelnden Teams notwendig – gerade in einer Phase, in der die Patienten dringend auf eine stabile therapeutische Beziehung angewiesen sind. Nicht zuletzt aus diesem Grund sollte der Onkologe Teil des Therapieteams bleiben.

4. Die hausärztliche Palliativbegleitung



Ausgangssituation

Vor zwei Wochen ist, mit Zustimmung der Patientin, die kurative Therapie beendet worden; die Patientin wird seitdem durch einen Pflegedienst in ihrer Wohnung versorgt. Schmerzen und andere Symptome sind gut unter Kontrolle. Die Patientin kann jedoch ihre ausweglose Lage nicht akzeptieren und fühlt sich alleingelassen.

Szenario A: „... dass wir Ihre Lebensqualität erhalten.“

Die Patientin erscheint ohne Anmeldung in der Sprechstunde ihrer Hausärztin. Sie ist sehr beunruhigt, weil sie den Tumor in ihrem Bauch wachsen spürt, und will darum eine Zweitmeinung von einem weiteren Onkologen einholen. Die Hausärztin lässt sich von der Patientin erklären, welche Hoffnungen sie mit diesem Wunsch verbindet, und erklärt sich grundsätzlich bereit, auf das Anliegen der Patientin einzugehen. Vor allem aber achtet sie auf die Emotionen, die hinter diesem Wunsch nach einer Zweitmeinung stehen: die Angst, hilflos und alleingelassen dem wachsenden Tumor ausgeliefert zu sein. Mit dem Hinweis, dass es in ihrer Lage „ganz normal“ sei, solche Gefühle zu haben, entlastet die Ärztin die Patientin und ermutigt sie, diese Gefühle zuzulassen.

Nachdem die emotionale Anspannung etwas abgeklungen ist, kann die Ärztin den Fokus des Gesprächs auf die häusliche Situation lenken und gemeinsam mit der Patientin überlegen, durch welche praktischen Maßnahmen ihre Lebensqualität erhalten werden kann. So schlägt sie z.B. eine engmaschigere Betreuung durch den Pflegedienst vor, um auf diese Weise den bedrohlichen Verlassenheitsängsten der Patientin entgegenzuwirken. Außerdem bietet sich die Hausärztin auch selber als eine verlässliche Gesprächspartnerin an. Die Patientin nimmt dieses Angebot gerne an, mit der Bitte, sich jeweils bei Bedarf kurzfristig einen Termin holen zu dürfen.

Die Patientin erlebt, dass die Ärztin ihr zuhört und ihre Verzweiflung ernst nimmt. Weil sie sich verstanden fühlt, tritt ihr ursprünglicher Wunsch nach dem Einholen einer zweiten Meinung in den Hintergrund.

Fazit: Obwohl die medizinische Situation der Patientin eindeutig ist, sperrt sich die Hausärztin nicht gegen das Einholen einer zweiten Meinung. Dadurch entspannt sich das Gespräch und es wird möglich, auf die Emotionen und Bedürfnisse einzugehen, die hinter diesem Wunsch stehen. Gemeinsam kann nun eine Strategie entwickelt werden, die der Patientin hilft, ihre Situation erträglicher zu gestalten.

Szenario B: „... ein bisschen was zur Beruhigung.“

Auch in diesem Szenario wird die Hausärztin mit dem Wunsch der Patientin konfrontiert, eine zweite Meinung einzuholen. Die Ärztin geht jedoch nicht auf die Emotionen und Bedürfnisse der Patientin ein, die hinter ihrem vehement vorgetragenen Wunsch stehen. Stattdessen versucht sie, der Patientin ihre „Idee“ auszureden und sie davon zu überzeugen, an dem vereinbarten Palliativkonzept festzuhalten. Ein Disput entsteht. Die Patientin fühlt sich in ihrer Verzweiflung nicht verstanden und bleibt mit ihren bedrohlichen Verlassenheitsängsten allein. Wie ein Affront wirkt der Satz der Ärztin, gegen die Angst könne man eigentlich nur Beruhigungsmittel verschreiben. Strategien zur Verbesserung der häuslichen Situation werden nicht erarbeitet. Die Patientin entzieht sich zunehmend dem Gespräch und nimmt zuletzt keinen Blickkontakt mehr auf.

Fazit: Die Hausärztin lässt sich nicht auf die Emotionen der Patientin ein, sondern versucht, sie rational von der Sinnhaftigkeit des vereinbarten Behandlungskonzeptes zu überzeugen. Die Patientin fühlt sich von ihrer Ärztin unverstanden und noch einsamer als zuvor. Die Arzt-Patient-Beziehung ist hier offenbar gescheitert.

In der palliativen Behandlungsphase hilft ein enger Kontakt zwischen Patient und therapeutischem Team, die Lebensqualität zu erhalten und Ängste zu reduzieren. Die Frequenz der Visiten sollte allerdings vom Patienten mitbestimmt werden: Viele Patienten wollen nämlich nicht, dass ihre Krankheit im Zentrum der verbleibenden Lebenszeit steht.

5. Emotionen ansprechen in der Palliativpflege



Ausgangssituation

Die Patientin wird in ihrer Wohnung durch ein Pflegeteam palliativmedizinisch betreut. Sie ist in letzter Zeit zusehends schwächer und immobiler geworden. Die hochkalorische parenterale Ernährung, die sie bislang erhalten hat, soll daher durch eine reine Flüssigkeits- und Elektrolytzufuhr ersetzt werden.

Szenario A: „Ich möchte etwas mit Ihnen besprechen.“

Da die Patientin bisher nicht über die geplante Maßnahme informiert worden ist, will der Pfleger mit ihr darüber reden. Er ist sich bewusst, dass er eine Aufgabe übernimmt, bei der er seine Kompetenzen nicht überschreiten darf, denn Therapieveränderungen von solcher Tragweite sollten in der Regel vom behandelnden Arzt mitgeteilt werden.

Die Ankündigung der geplanten Änderung stößt bei der Patientin auf Ablehnung. Ihre Angst vor dem Sterben wird mobilisiert. Der Pfleger spürt, dass es jetzt wichtig ist, diese Angst anzusprechen. Mit einer offenen Frage gibt er der Patientin die Möglichkeit zu erzählen, was sie befürchtet: Sie hat in der Zeitung von einer alten Frau gelesen, die erst Tage nach ihrem Tod in ihrer Wohnung gefunden wurde. Der Pfleger spiegelt der Patientin einfühlsam ihre Angst, einsam und verlassen sterben zu müssen, und zeigt ihr mit einer empathischen Geste, dass sie jetzt gerade nicht alleine ist.

Nachdem die Patientin ihre Angst aussprechen und sich dadurch emotional entlasten konnte, ist sie fähig, zusammen mit dem Pfleger darüber nachzudenken, wie durch eine engmaschigere Betreuung, unter Einbindung des ehrenamtlichen Hospizdienstes, ihre Ängste gemildert werden könnten.

Fazit: Der Pfleger weiß, welchen Einschnitt die geplante Maßnahme für die Patientin bedeutet. Er nimmt sich Zeit für das Gespräch, hört konzentriert zu und stellt offene Fragen. Auf die von der Patientin geschilderten Ängste geht er empathisch ein. Daraus entwickelt sich ein gemeinsames Nachdenken über Bewältigungsstrategien.

Szenario B: „Klären Sie das bitte mit Ihrer Hausärztin.“

Der Pfleger lässt die Patientin spüren, dass er unter Zeitdruck steht und überlastet ist. Ohne ein Wort der Erklärung beginnt er, eine Infusionsflasche mit einer Elektrolytlösung vorzubereiten, anstelle der hochkalorischen Ernährung, mit der die Patientin bisher versorgt wurde. Als die Patientin ihn deswegen zur Rede stellt, rechtfertigt er sich: Er habe geglaubt, dass die Hausärztin diese Therapieänderung schon mit ihr besprochen habe. Die Patientin reagiert gereizt: Nein, niemand habe das mit ihr abgesprochen! Sie brauche die künstliche Ernährung, weil sie sonst an Entkräftung sterben werde.

Statt auf die ausgelösten Emotionen einzugehen und der Patientin Gelegenheit zu geben sich zu entlasten, verweist der Pfleger sie an die Hausärztin. Das mag formal korrekt sein, aber die Patientin bleibt so mit den ausgelösten Ängsten allein.

Fazit: Von Anfang an wird deutlich, dass der Pfleger seine eigene Überforderung ins Zentrum des Gesprächs stellt. Als es dann aufgrund mangelnder teaminterner Abstimmung zu einer schwierigen Situation kommt, fehlt dem Pfleger der Blick für die Emotionen der Patientin: Er sieht das Problem nur auf der Sachebene, nämlich in einem Informationsdefizit der Patientin, für das er sich aber nicht zuständig fühlt. Die Patientin wertet das Verhalten des Pflegers ihrerseits als Desinteresse.

Häufig werden Pflegende von Patienten mit Fragen konfrontiert, die in den ärztlichen Kompetenzbereich gehören. Meist verweisen Pflegende dann sogleich auf den zuständigen Arzt. Wichtig ist jedoch zu wissen, dass viele Patienten für ein Gespräch „von Mensch zu Mensch“ oft ganz bewusst einen *Pflegenden* bevorzugen. Sie erwarten im Grunde nicht die Mitteilung medizinischer Befunde, sondern ein offenes Ohr für die Ängste und Hoffnungen, die sie an diese Befunde knüpfen.

SPIKES – Sechs Schritte bei schwierigen Gesprächen

S	Setting	<i>Setting up the interview</i>
P	Perception	<i>Assessing the patient's perception</i>
I	Invitation	<i>Obtaining the patient's invitation</i>
K	Knowledge	<i>Giving knowledge and information to the patient</i>
E	Emotions	<i>Addressing the patient's emotions with empathic responses</i>
S	Summary & Strategy	

(nach Baile et al. 2000)

Setting – Eine geschützte Umgebung schaffen

Der erste Gesprächsteil ist ein wichtiger Einstieg: Es muss eine Atmosphäre geschaffen werden, in der sich sowohl der Patient als auch der Arzt wohl fühlen und die der Situation angemessen ist. Das Gespräch sollte möglichst ungestört verlaufen. Ist dies nicht möglich, weil zum Beispiel der Piepser beantwortet werden muss, sollte dies dem Patienten vorher angekündigt werden. Zu leicht wird sonst ein störendes Telefonat als Desinteresse gewertet. Postoperativ kann mit dem Patienten oft nur im Krankenzimmer gesprochen werden, d. h. in Anwesenheit von Mitpatienten. In dieser Situation hilft es oft, einen Stuhl nahe an das Patientenbett zu rücken oder ggf. eine spanische Wand aufzustellen. Es sollte immer darauf geachtet werden, dass sich Arzt und Patient „auf Augenhöhe“ unterhalten und nicht der Arzt vor dem liegenden Patienten steht. Findet das Gespräch in einem Arztzimmer statt, sollte kein trennender Schreibtisch zwischen den Gesprächspartnern stehen. Es ist darauf zu achten, dass die Sonne, die durch das Fenster hinter dem Arzt scheint, den Patienten nicht blendet.

Es sind aber nicht nur die räumlichen Gegebenheiten, die eine angenehme Situation schaffen. Der Patient sollte immer namentlich begrüßt werden und auch der Arzt sollte sich bei einem Erstkontakt mit seinem Namen vorstellen, auch wenn dieser natürlich auf dem Schild am Kittel zu lesen ist. Patienten haben oft das Gefühl, ein Klinikbetrieb ähnele einem Fließband. Sie fühlen sich als Fall und vermissen es, als Person ins Zentrum des Gesprächs gerückt zu werden. Hier hilft es, sich auf das Gespräch vorzubereiten, die relevanten Befunde nochmals durchzulesen, bevor der Patient ins Zimmer kommt, und dies dem Patienten auch mitzuteilen. Das Gefühl, dass der Arzt sich schon mit den wichtigen Dingen beschäftigt hat, beruhigt und schafft Vertrauen. Ist für das Gespräch nur ein begrenzter Zeitrahmen möglich, hilft es dies anzusprechen und so zu vermeiden, dass am Ende der Patient das Gefühl hat, der Arzt wolle sich durch ein schnelles Abbrechen des Gesprächs entziehen.

Perception – Den Informationsstand des Patienten erfragen

Auch wenn sich der Arzt auf das Gespräch vorbereitet hat und weiß, wo der Patient gerade steht und was der Inhalt des Gesprächs sein wird, ist es wichtig, den Patienten vor der Aufklärung oder der Übermittlung der anstehenden Nachrichten zu fragen, was ihm bislang über seine Erkrankung erzählt wurde und was nach seinem Verständnis der Inhalt dieses Gesprächs sein soll. Oft gehen Arzt und Patient von unterschiedlichen Voraussetzungen aus. Der Patient wurde vielleicht im Vorfeld nicht richtig oder nicht vollständig informiert, vielleicht hat er erhaltene wichtige Informationen ausgeblendet oder verdrängt diese. Der Satz des Arztes: „Sie kommen ja heute zur Aufklärung über die Chemotherapie“ kann fatale Folgen haben, wenn der Patient darüber noch nicht informiert wurde oder diese Tatsache verdrängt hat. Nur wenn der Arzt weiß, wie der Patient die Situation sieht, kann er im weiteren Gesprächsverlauf darauf eingehen.

Es ist wesentlich, in dieser Gesprächsphase nicht nur auf der Sachebene zu bleiben, sondern auch in Erfahrung zu bringen, wie der Patient die vermittelten Dinge emotional einschätzt. Hilfreich ist dabei zu fragen, ob der Patient in seinem sozialen Umfeld Vorerfahrungen mit der Erkrankung oder der speziellen Therapieform gemacht hat. Ein Patient, der gerade einen Freund durch die betreffende Erkrankung verloren hat, wird diese anders einschätzen als ein Patient, der erlebt hat, wie jemand nach der Therapie über einen langen Zeitraum ohne Rückfall geblieben ist.

Um den Patienten möglichst unvoreingenommen zu befragen, sollten vorwiegend *offene* Fragen gestellt werden. Durch angemessene Pausen zwischen den Fragen, die Technik des aktiven Zuhörens und empathische Äußerungen sollte dem Patienten die Gelegenheit gegeben werden, möglichst viele Dinge frei zu erzählen.

Invitation – Die Einwilligung zur Aufklärung einholen

Wir gehen meistens davon aus, dass ein Patient, der zu einem Arztgespräch kommt, damit einverstanden ist, möglichst umfassend aufgeklärt zu werden. Wir sehen uns in der Pflicht, die ganze Wahrheit zu sagen und den Patienten nicht zu belügen. Wenn der Patient dies will, sind wir dazu auch verpflichtet. Doch hat jeder Patient auch ein Recht auf Nichtwissen. Wir müssen daher vorher die Erlaubnis für unsere Aufklärung einholen. Es ist wichtig, in Erfahrung zu bringen, wie detailliert der Patient seine Situation erklärt bekommen möchte.

Sind im Falle einer Aufklärung zu einer adjuvanten Therapie genaue Zahlen zum Rezidivrisiko für den Patienten wichtig, können Programme wie z.B. Adjuvant Online zu Hilfe gezogen und die Ergebnisse der Berechnung visualisiert und mit dem Patienten besprochen werden.

Das Zeigen von Befunden oder Bildern kann von Patienten unterschiedlich aufgenommen werden. Es gibt Patienten, die nur glauben, was sie sehen. Es ist wichtig, dies in Erfahrung zu bringen und dann im Verlauf des Gesprächs die Befunde zu zeigen und zu besprechen. Für andere Patienten sind Bilder und Zahlen erschreckend. Sie wollen vielleicht nicht sehen, wie groß der Tumor wirklich ist, und dies sollte dann auch respektiert werden.

Knowledge – Schlechte Nachrichten anbahnen, dann mitteilen

Jedes Aufklärungsgespräch stellt für den Patienten eine ungewöhnliche intellektuelle Herausforderung dar. Die erklärten Sachverhalte sind meist fremd und die Flut der Informationen nur schwer zu bewältigen. Daher ist es wichtig, dass der Arzt vor dem Gespräch die Punkte klar definiert, die auf jeden Fall im Gedächtnis bleiben sollen. Es gilt dabei zu berücksichtigen, dass die Merkfähigkeit in emotional belastenden Situationen stark eingeschränkt ist. Daher kann es hilfreich sein, wenn dem Patienten Gelegenheit zum Notieren der wichtigen Punkte gegeben wird oder eine zweite Person dies übernimmt.

Dementsprechend sollten die Informationen in verständlicher Sprache und in kleinen Einheiten übermittelt werden. Das heißt, der Arzt muss sich auf die Sprachebene des Gegenübers einlassen. Rückfragen, ob das Gesagte verstanden wurde, sind hilfreich. Angemessene Pausen zwischen den einzelnen „Informationseinheiten“ erleichtern die Verarbeitung und geben Gelegenheit zum Nachfragen. Auch die Ermunterung des Patienten, das Gesagte in eigenen Worten nochmals wiederzugeben und Fragen zu formulieren, unterstützt das Verständnis. So wird deutlich, was der Patient wirklich verstanden hat, und gegebenenfalls ist eine Korrektur möglich. Das sogenannte Paraphrasieren durch den Patienten stellt diesen ins Zentrum des Gesprächs. Seine Worte und seine Sicht der Situation werden dadurch wichtig – der Patient fühlt sich wahrgenommen.

Emotions – Emotionen erkennen, zulassen, benennen

Werden im Verlauf der Aufklärung schlechte Nachrichten vermittelt, wird das eine emotionale Reaktion des Patienten auslösen. Sobald dies geschieht, muss die Informationsebene verlassen und den Emotionen ihr Raum gegeben werden. Sind die Emotionen dann wieder weniger stark geworden, kann auf der Informationsebene weitergesprochen werden. Es ist wichtig, aufmerksam zu sein, wann der Patient den Arzt als Begleiter in einer emotional schwierigen Situation und wann er ihn als sachkundigen Fachmann braucht.

Der Umgang mit aufbrechenden Emotionen wird meist als schwierig empfunden. Emotionale Patienten scheinen außer Kontrolle zu sein und machen damit Angst. Eine häufig angewandte Strategie Emotionen zu begegnen, ist es ruhig und sachlich zu bleiben oder Erklärungen zu geben. Dabei begegnet man dem emotionalen Patienten aber weiterhin auf einer Sachebene. Das führt dazu, dass der Patient sich in seiner Emotionalität nicht wahrgenommen und nicht verstanden fühlt. Es kann also keine Entlastung erfolgen. Gibt man den Emotionen aber Raum und begegnet ihnen auf einer emotionalen Ebene mit Empathie, wird der Patient entlastet und ist dann auch wieder bereit für ein Fortfahren auf der rationalen Ebene.

Zuerst ist es wichtig, die Emotionen zu *erkennen*. Oft zeigen sich Emotionen auch nur versteckt: Der Patient wird schweigsam, vielleicht auch fordernd oder aggressiv. Aktives Zuhören und offene Fragen können helfen, Emotionen zu erkennen oder verborgene Emotionen offensichtlich zu machen.

Die Emotionen *zuzulassen*, ist nicht nur für den Arzt schwierig. Viele Patienten schämen sich ihrer Emotionen. Es ist daher wichtig, wenn auch nicht einfach, das Gefühl zu vermitteln, dass diese Emotionen verständlich und in der jeweiligen Situation angebracht und normal sind. Hier geht es darum, dem Patienten zu vermitteln, dass andere Menschen in derselben Situation ähnlich reagieren.

Hat man die Emotionen sicher identifiziert, ist es hilfreich, sie zu *benennen* und dem Patienten die Möglichkeit zu geben, offen über sie zu sprechen. Dabei muss man sich allerdings sicher sein, dass die Emotion richtig erkannt ist und dass der benannten Emotion keine andere zugrunde liegt. Sagt man beispielsweise: „Sie sind aber jetzt sehr aufgebracht“, und der aufgebrachtten Reaktion liegt in Wahrheit die Angst vor der

kommenden Therapie zugrunde, fühlt sich der Patient unverstanden. Es wäre da hilfreicher, vor dem Benennen einer nicht sicher identifizierten Emotion den Patienten durch eine offene Frage zu bewegen, von seinen Emotionen zu erzählen.

Erst wenn der Patient durch das Eingehen auf die Emotionen Entlastung erfahren hat und die Emotion wie eine Welle abgeebbt ist, kann wieder auf der rationalen Ebene weiterkommuniziert werden.

Summary & Strategy – Das weitere Vorgehen besprechen

Am Ende des Gesprächs sollten die wichtigen Punkte nochmals zusammengefasst werden. Dabei hilft es, den Patienten paraphrasieren zu lassen und ihm zu empfehlen, sich die wichtigen Punkte zu notieren.

Beim bloßen Zusammenfassen des Gesprächs darf es allerdings nicht bleiben. Es muss ein für den Patienten lebbarer Ausblick vermittelt werden. Wichtig ist es, dass ein solcher Ausblick im Erlebnishorizont des Patienten liegt. Oft endet die Welt für den Patienten nach so einem Gespräch in der nächsten Zukunft. Wenn man dann einen weiteren Termin in vier Wochen vereinbart, liegt dieser weit jenseits des momentan Vorstellbaren. Das Angebot, dass sich der Patient von sich aus melden darf, wenn er es braucht, kann ein großes Maß an Entlastung bedeuten und führt oft dazu, dass ein vorzeitiger Kontakt gar nicht nötig wird.

Am Schluss sollten auch immer Vereinbarungen darüber getroffen werden, was bis zum nächsten Gesprächstermin in Angriff genommen werden soll. Dies können Gespräche mit Angehörigen, das Einholen einer Zweitmeinung oder von ärztlicher Seite das Kümern um alternative Vorschläge sein.

Evaluationsbogen

Bitte helfen Sie uns, diese DVD zu bewerten, indem Sie diesen Fragebogen ausfüllen, heraustrennen/kopieren und an den Krebsverband Baden-Württemberg e.V. faxen:

Fax (0711) 848-10779

Mein Beruf/Tätigkeitsbereich:

Die Benotungsskala reicht von 1 = „trifft voll zu“ bis 6 = „trifft überhaupt nicht zu“.

1 = trifft voll zu 6 = trifft überhaupt nicht zu

1. Die Szenarien zeigen typische Situationen.	1	2	3	4	5	6
2. Die Kommentierung der Szenarien ist hilfreich.	1	2	3	4	5	6
3. Die DVD eignet sich für das Lernen in Gruppen.	1	2	3	4	5	6
4. Die DVD eignet sich für das Selbststudium.	1	2	3	4	5	6
5. Ich habe Neues gelernt.	1	2	3	4	5	6
6. Das Gelernte wirkt sich auf meine Arbeit aus.	1	2	3	4	5	6
7. Die Broschüre ist eine sinnvolle Ergänzung.	1	2	3	4	5	6
8. Ich werde die DVD weiterempfehlen.	1	2	3	4	5	6

Wie sind Sie auf die DVD aufmerksam geworden?

.....

Die DVD-Reihe PALLIATIVE PRAXIS soll fortgesetzt werden;
welche Themen würden Sie vor allem interessieren?

.....

Sonstige Anmerkungen

.....

Vielen Dank für Ihre Hilfe!





Hinweise

Weitere Informationen zur DVD-Fortbildungsreihe PALLIATIVE PRAXIS erhalten Sie auf der Internet-Seite des Krebsverbands Baden-Württemberg e.V. unter

www.krebsverband-bw.de

Einen erheblichen Teil seiner Arbeit finanziert der Krebsverband Baden-Württemberg durch Spenden. Da der Krebsverband als gemeinnützig anerkannt ist, sind Spenden nach den steuerlichen Vorschriften absetzbar. Wenn auch Sie die Arbeit des Krebsverbands – z. B. die Herausgabe weiterer Fortbildungsmedien im Rahmen der Reihe PALLIATIVE PRAXIS – unterstützen wollen, dann bitten wir um Ihre Spende auf das folgende Konto des Krebsverbands Baden-Württemberg e.V.:

Konto 1 013 900
bei der Landesbank Baden-Württemberg
BLZ 600 501 01

PALLIATIVE PRAXIS 2

Aus der fiktiven Krankengeschichte einer 42-jährigen Brustkrebspatientin greift diese DVD fünf exemplarische Situationen heraus, in denen Ärzte oder Pflegende ein Gespräch mit der Patientin führen. Jedes dieser Gespräche wird in zwei unterschiedlichen Szenarien durchgespielt. Mit Hilfe eines Bildschirmmenüs kann bei jedem Szenario zwischen einer kommentierten oder unkommentierten Fassung gewählt werden.

Dr. med. Alexander Marmé, Autor und Rollenspielregisseur der Szenarien auf dieser DVD, hat langjährige Erfahrungen in der Durchführung von Kommunikationstrainings, in denen onkologisch tätige Ärzte und Pflegende ihre kommunikative Kompetenz erweitern.

Projekträger



KREBSVERBAND
BADEN-WÜRTTEMBERG E.V.

Eine Produktion von



Gefördert durch

Robert Bosch **Stiftung**



Krebsgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e.V.

Diakonie 
W ü r t t e m b e r g



albertinen 
in besten Händen

Mit freundlicher Unterstützung von

sanofi aventis
Das Wichtigste ist die Gesundheit



Bayer HealthCare

Weitere Informationen zur DVD-Fortbildungsreihe PALLIATIVE PRAXIS erhalten Sie im Internet unter www.krebsverband-bw.de