

Aus der Praxis

Spezifische Kommunikationssituationen in der Palliativmedizin

Kommunikationsfertigkeiten sind im medizinischen Alltag unabdingbar. Modelle wie NURSE, SPIKES und WWSZ können einen strukturierten Gesprächsablauf erleichtern. Die Mitteilung der Prognose hat keine negativen Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung.



ASSOC. PROF. PD DR. EVA KATHARINA MASEL, MSc
Abteilung für Palliativmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin I, Allgemeines Krankenhaus Wien, Medizinische Universität Wien

Pythagoras (570–510 v. Chr.) prägte den Satz „Be silent or say something better than silence.“ Pointiert formuliert sind wir für das, was wir im medizinischen Alltag im Laufe unseres Berufslebens am häufigsten führen, nämlich etwa 400.000 ärztliche Gespräche, am schlechtesten ausgebildet. Große Fortschritte gibt es durch Integration eines entsprechenden Unterrichts in ärztlicher Gesprächsführung in das Medizinstudium und einer zunehmenden

Berücksichtigung der Wichtigkeit kommunikativer Fertigkeiten auch in anderen medizinischen oder medizinnahen Professionen. Entsprechende Modelle wie NURSE, SPIKES und WWSZ (Abb.) unterstützen dabei, Gespräche strukturiert zu führen. Kommunikative Fertigkeiten sind erlernbar und verbessern nachweislich die Qualität der Kommunikation sowie auch das gemeinsame Definieren von Therapiezielen bei Menschen mit schweren Erkrankungen.¹

Beziehungsaufbau über positive Kommunikation

In dem Wort *Palliative Care* ist bereits der Begriff des „Kümmerns“ enthalten. Um uns zu kümmern, brauchen wir angesichts ernsthafter Erkrankungen einerseits die Fähigkeit, zuzuhören, wozu auch zählt, Pausen und Schweigen auszuhalten (zum Beispiel innerlich bis zehn zählen). Andererseits sind wir vor allem dann gute Kommunikatoren, wenn wir eine Beziehung zu den uns anvertrauten Patienten aufbauen können. Es gibt hierzu hilfreiche praktische Tipps, wie auf die Wortwahl zu achten, zum Beispiel im Überbringen von Statistiken: „Einer von zehn wird sterben“, oder „Neun von zehn überleben“. Dieselbe Botschaft wird je nach Formulierung völlig unterschiedlich wahrgenommen. Im Patientenkontakt empfiehlt es sich, beispielsweise auf die Nachricht hin „Ich schlafe besser, meine Schmerzen sind aber immer noch sehr stark!“ im Wiederholen dieser Botschaft mit der positiven Neuigkeit zu enden: „Ihre Schmerztherapie müssen wir also noch anpassen, doch Ihr Schlaf hat sich bereits gebessert!“ Dabei werden Gespräche nicht zwangsläufig besser, wenn sie länger sind. Wichtig ist, dass die Patienten Gesprächsinhalte behalten können. Durchhalteparolen oder

schnelle Trostworte zeugen meist von eigener Unsicherheit. Die im Rahmen der vom kanadischen Psychiater Harvey Chochinov für schwer erkrankte Patienten entwickelten Würdetherapie² gestellte Frage „Was sollen wir als behandelndes Team über Sie wissen, um Sie bestmöglich betreuen zu können?“ kann als Eisbrecher dienen, sollte man das Gefühl haben, den Zugang zu den Patienten oder deren An- und Zugehörigen verloren zu haben. Ebenso ist es möglich, nach Ressourcen zu fragen, wie „Was hat Ihnen früher in herausfordernden Situationen geholfen?“, „Was ist eine Kraftquelle für Sie?“. Eine interessante Arbeit beschäftigte sich damit, wie man mit Therapiepräferenzen von Patienten umgehen soll, die „alles wollen“.³ Auf die Frage, ob die medizinische Behandlung angesichts schwerer Krankheiten begrenzt werden soll, antworten Patienten und ihre An- und Zugehörigen häufig, dass sie „alles“ wollen. Ärzte sollten diese Anfrage als Grundlage für eine breitere Diskussion darüber nützen, was „alles tun“ denn bedeuten würde.

Die Hürden bei der Aufklärung

Ambivalenzen/Widersprüche sollten direkt angesprochen werden, beispielsweise mit: „Können Sie mir helfen, das besser zu verstehen?“ Dies kann schließlich paradoxerweise als Initiierung einer so häufig notwendigen *End-of-Life*-Diskussion („*EOL discussion*“) dienen. Eine gute Strategie, um ein Gespräch zu beenden, ist eine „Ich-Aussage“ wie: „Ich empfehle, nachdem, was Sie mir mitgeteilt haben, was am wichtigsten für Sie ist, zusammenfassend Folgendes ... – wie klingt das für Sie?“ So haben Patienten noch einmal die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und Ärzte nehmen wahr, was die Patienten von dem Gespräch mitge-

nommen haben. Gespräche brauchen Zeit, um sich zu entwickeln. Die primären Ziele der Patienten können vielmehr persönlicher als medizinischer Natur sein. Erwarten Sie Emotionen, doch bleiben Sie auf der Sachebene, sofern sich Patienten schwer öffnen können! Auch das Betriebsklima hat in medizinischen Teams, die schwer kranke Menschen behandeln, eine tragende Rolle und bedarf einer regelmäßigen Reflexion, Supervision und Intervention. Wie es der kanadische „Vater“ der Palliativmedizin Balfour Mount formulierte: „Sie haben in Teams gearbeitet? Zeigen Sie mir Ihre Narben!“ Eine wichtige Strategie ist es stets – auch mit schwer erkrankten Patienten – Therapieziele zu definieren und Pläne zu machen. Hier gilt der Grundsatz: „*Therapieziel VOR Therapieplan!*“ Ein Plan, wie es weitergeht und was zu erwarten ist, ist von großer Bedeutung, da Menschen planende Wesen sind. Eine „Schau-ma-mal“-Strategie führt meist zu Überforderung, häufigen Krankenhauseinweisungen, Chaos und Unmut. Häufige Pitfalls für Gespräche mit Patienten in einem palliativen Setting sind: erstens Gespräche zu spät oder gar nicht zu beginnen⁴, zweitens zu viel auf einmal zu erwarten und in einem einzigen Gespräch vermitteln zu wollen (es gibt keine Checklisten, da Menschen keine Flugzeuge sind), drittens ernsthafte Botschaften (wie zum Beispiel die Mitteilung einer Prognose) und Therapieziele in einem Gespräch abhandeln zu wollen und viertens, die Konversation zu beeinflussen, indem man die Patienten bei Laune hält – „*jollyng the patients along*“.

Der Elefant im Raum

Kommunikation wird am Lebensende noch wichtiger, da Patienten und ihren An- und Zugehörigen oft wenig Zeit zum Austausch bleibt und gegenseitiges Schweigen zu einem „Elefanten im Raum führt“⁵, der einen „guten Tod“ verhindern kann. Zahlreiche Studien weisen nach, dass *EOL*-Diskussionen essenziell sind und Patienten wie An- und Zugehörige entlasten^{6–9}. Das Argument, dass eine palliative Betreuung zum Verlust von Hoffnung führt, wurde bereits im Jahr 2010 klar in einer im *New England Journal of Medicine* publizierten Studie widerlegt. Die bei Erstdiagnose eines Lungenkarzinoms von Anfang an im Sinne einer „*Early Palliative Care*“ betreute Gruppe litt im Gegensatz zu der nach onkologischem Standard betreuten Gruppe an weniger Angst, Depression und psychosozialen Belastungen.¹⁰ Auch die Mitteilung der Prognose („Die Wahrheit ist dem Menschen zumutbar“, Ingeborg



Gesprächsmodelle

NURSE

- NAMING**
Emotionen benennen
- UNDERSTANDING**
sofern möglich Verständnis für die Emotionen ausdrücken
- RESPECTING**
Respekt oder Anerkennung artikulieren
- SUPPORTING**
Unterstützung anbieten
- EXPLORING**
Weitere Aspekte zur Emotion herausfinden

SPIKES

- SETTING**
Umgebung, in der das Gespräch stattfindet
- PATIENTENWISSEN**
Was weiß der Patient über seine Erkrankung?
- INVITATION**
Fragen, wie viel Information der Patient im Moment hören möchte
- KNOWLEDGE**
Über das anstehende Gespräch informieren und schlechte Befundergebnisse andeuten
- EMOTIONEN**
Welche Gefühle treten beim Patienten auf? Wie viel kann er verkraften oder muss man abrechnen und Zeit geben?
- SUMMARY**
Wie geht es weiter? Wie soll die Behandlung aussehen?

WWSZ

- WARTEN**
- WIEDERHOLEN**
- SPIEGELN**
- ZUSAMMENFASSEN**

Bachmann) ist mit realistischeren Erwartungen von Patienten verbunden, ohne deren emotionales Wohlbefinden zu beeinträchtigen oder die Arzt-Patienten-Beziehung negativ zu beeinflussen.¹¹ Dabei sollte man, was Zeitanlagen betrifft, am besten sorgfältig formulieren und von Wochen, Monaten oder Jahren sprechen. Unbedingt vermeiden sollte man Daten wie zum Beispiel Geburtstage, Ostern oder Weihnachten, da dies belastend und traumatisierend für die Patienten sein kann. Wann ist nun der richtige Zeitpunkt, eine *EOL*-Diskussion zu beginnen? Als Anhaltspunkt dafür kann dienen, wenn Sie die *Surprise Question*¹² „Wäre ich überrascht, wenn dieser Patient im nächsten Jahr versterben würde?“ mit „Nein“ und die *Double Surprise Question*¹³ „Wäre ich überrascht, wenn der Patient nach einem Jahr noch lebt?“ mit „Ja“ beantworten. Ein persönlicher Grundsatz der Autorin lautet: „*Don't ever fight back!*“ Es ergibt keinen Sinn, in herausfordernden Gesprächssituationen mit Abweisung und Aggression zu reagieren. Im Grunde ist es ein Vertrauensbeweis, wenn Menschen dazu in der Lage sind, ihrem Gegenüber Ärger, Wut (nach Elisabeth Kübler-Ross: „Wut auf den Tod, der im Raum steht.“) und Frustration mitzuteilen. Auf der Website www.vitaltalk.org finden Sie wertvolle Videos – auch in Bezug auf Palliative Care. Als Hilfe für die tägliche Praxis kann die Berücksichtigung der von Viktor Frankl mit *Fi-Ta-Im-In* (Vitamin) abgekürzten Fertigkeiten Fingerspitzengefühl, Taktgefühl, Improvisationsgabe und Individualisierungsvermögen dienen.

Resümee

Die eigenen kommunikativen Fertigkeiten zu verbessern lohnt sich. Hierbei hilft ein strukturierter Gesprächsverlauf. Im palliativen Setting gilt es, die Tatsache zu berücksichtigen, dass die Definition von Therapiezielen und die Mitteilung der Prognose dabei unterstützt, den „Elefanten im Raum“, der das scheinbar Unausprechliche angesichts schwerer Erkrankungen beschreibt, anzusprechen. •

Referenzen: (1) Curtis JR et al., *JAMA Intern Med* 2018; 178(7):930–40 (2) Chochinov HM et al., *Lancet Oncol* 2011; 12(8):753–62 (3) Quill TE et al., *Ann Intern Med* 2009; 151(5):345–9 (4) Burki TK, *Lancet Oncol* 2013; 14(1):16 (5) Garner KK et al., *Fam Med* 2011; 43(4):277–8 (6) Quill TE, *JAMA* 2000; 284(19):2502–7 (7) Gauthier DM, *Medurg Nurs* 2008; 17(5):291–6 (8) Nelson JE et al., *Arch Intern Med* 2007; 167(22):2509–15 (9) Heyland DK et al., *CMAJ* 2006; 174(5):627–33 (10) Temel JS et al., *N Engl J Med* 2010; 363(8):733–42 (11) Enzinger AC et al., *J Clin Oncol* 2015; 33(32):3809–16 (12) Moroni M et al., *Palliat Med* 2014; 28(7):959–64 (13) Emers DJ et al., *Palliat Med* 2021; 35(3):592–602