



Fortbildungsreihe Supportivtherapie, Folge 45

Kommunikation mit Patienten und Angehörigen

ULRIKE HECKL, JOACHIM WEIS

Der Arzt hat sein Wissensmonopol verloren. Im Kontakt mit Patienten ist er heute umso mehr gefordert, auf individuelle Fragen und Anliegen einzugehen. Zudem erwarten immer mehr Patienten an den Entscheidungen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen teilzuhaben. Insofern erfordert die ärztliche Tätigkeit in der Onkologie nicht nur hohe fachliche, sondern im besonderen Maße auch kommunikative Kompetenzen.



Foto: Pixelquelle

Durch die Entwicklungen in der Tumorthherapie konnten zwar die Behandlungsmöglichkeiten und auch die Heilungschancen für einzelne Tumorarten deutlich verbessert werden, gleichzeitig sind aber die Behandlungsdauer, die therapieassoziierten Neben- und Folgewirkungen der Therapien und damit auch die psychosoziale Belastungen angestiegen. Je komplexer die medizinischen Behandlungsschemata, desto mehr Informationen und Erklärungen brauchen die Patienten.

Onkologisch tätige Ärzte müssen heute nicht nur Therapiestrategien erläutern und die Teilnahmebedingungen an klinischen Studien erklären, sie müssen auch die Grenzen komplementärer Methoden aufzeigen. Krebspatienten haben ein großes Bedürfnis nach zeitlicher und menschlicher Zuwendung, zudem erwarten sie immer häufiger im Sinne des shared decision making an den

Entscheidungen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen teilzuhaben (Klemperer 2003, Frosch & Kaplan 1999).

Gerade weil ein Onkologe oft schlechte Nachrichten überbringen muss, erfordert die ärztliche Tätigkeit in diesem Gebiet auch im besonderen Maße kommunikative Kompetenzen. Sprache ist in der Arzt-Patient-Beziehung das wichtigste Kommunikationsmedium. Sie ist das Handwerkszeug des Arztes, um eine solide Basis für eine „Arbeitsbeziehung“, getragen von Respekt und Vertrauen, herzustellen.

Eine offene Kommunikation hat viele Vorteile

Egal mit welchem Inhalt und welcher Zielsetzung der Arzt das Gespräch mit dem Patienten führt, wesentlich ist seine Haltung, die die Person des Patienten und seine Erkrankung in den Mittelpunkt

stellt. Dies bedeutet, dass der Arzt, um seinen Patienten verstehen und beraten zu können, auch dessen subjektiven Sichtweisen zur Erkrankung kennen muss. Der Patient sollte nach einem Gespräch mit seinem Arzt nicht nur das Gefühl haben, die für ihn wichtigen Informationen erhalten zu haben, er sollte sich auch verstanden fühlen (Kappauf 2004). Sich angenommen und eingebunden zu fühlen, wirkt sich positiv auf die Zufriedenheit und Lebensqualität des Patienten aus (Ong et al. 2000; Dowsett et al. 2000, Bredart et al. 2005, Baile & Aaron 2005) und stärkt die Compliance (Ford & Hall 2004). Eine gelungene Kommunikation bringt also Ärzten auch einen Gewinn. Der subjektiv empfundene Stress in schwierigen Gesprächssituationen wird gesenkt und das Risiko eines Burnouts vermindert – insgesamt führt dies zu einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit (Armstrong & Holland 2004).

Wesentliche Grundprinzipien der Arzt-Patienten-Kommunikation

Als Basis für eine patientenzentrierte Haltung hat sich eine Gesprächsführung als sehr hilfreich erwiesen, die auf dem Prinzip des „aktiven Zuhörens“ aufbaut und aus der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie von Carl Rogers abgeleitet wird (Koch et al. 2005). Wichtige Grundbedingungen hierfür sind:

— Positive Wertschätzung

Sie äußert sich im unbedingten Respekt gegenüber dem Patienten und seinem momentanen Umgang mit der Krankheitssituation, auch wenn dieser vielleicht der Realität nicht angemessen erscheint.

— Einführendes Verständnis (Empathie)

Hierunter versteht man, sich so weit wie möglich in die Gedanken- und Gefühlswelt des Patienten einzufühlen und sich nicht nur auf die körperlichen Symptome und die äußeren Umstände zu konzentrieren. Für den Kontakt zum Patienten kann es sehr vertrauensfördernd sein, das Erleben des Patienten auch aktiv anzusprechen. Um nicht die Gefühle der Patienten zu den eigenen zu machen und handlungsfähig zu bleiben, erfordert diese Anteilnahme aber auch eine gewisse Distanz, die es ermöglicht die eigenen Gefühle wahrzunehmen und zu reflektieren.

— Echtheit (Kongruenz)

Echtheit drückt sich in der Übereinstimmung aus zwischen dem, was man sagt und dem, was man denkt. Patienten haben ein gutes Gespür für die Botschaften „zwischen den Zeilen“. Optimismus an falscher Stelle wird von den Patienten als unglaubwürdig erlebt. Drückt man dagegen seine Besorgnis aus, fühlen sich Patienten eher ernst genommen. Die Gefühle des Patienten, sein subjektives Erleben, seine Bedürfnisse wie auch sein sozialer Hintergrund sollen in das Gespräch mit einbezogen werden.

So können angstbesetzte Themen und bedrohliche erlebte Informationen in einfühlsamer Weise angesprochen und die emotionale Belastung gemindert werden.

Es sind nicht immer gute Nachrichten

Eine Krebserkrankung bedeutet in der Regel für die betroffenen Menschen und ihre Familien eine Krise. Unabhängig von der Aggressivität des Tumors und der Prognose erleben die Patienten eine existenzielle Verunsicherung, die von unterschiedlichen intensiven Gefühlen begleitet wird. Ängste und depressive Verstimmungen stehen dabei im Vor-



Foto: PhotoDisc

Krebspatienten erleben eine existenzielle Verunsicherung. Nur der respektvolle und einfühlsame Umgang mit seinen Ängsten kann dem Betroffenen eine Stütze sein.

dergrund wie auch Gefühle der Trauer, manchmal auch subtile Aggressionen und Wut, die in einer fordernden Anspruchshaltung ihren Ausdruck finden. Ebenso breit ist die Palette an individuellen Verarbeitungsstrategien, die im Arzt-Patienten-Kontakt zum Tragen kommen.

Das Mitteilen von belastenden Informationen – der Diagnose eines Tumors oder bedrohlicher Befunde wie Metastasierung oder Rezidiv – ist eine der zentralen ärztlichen Aufgaben in der Onkologie und wird von vielen als eine sehr aversive Situation erlebt. Schwierige Themen sind auch die Frage der voraussichtlichen Überlebenszeit oder der nahe Tod, die Ansprechraten einer Therapie oder möglicherweise auftretende belastende Nebenwirkungen.

Ob und in welchem Umfang eine Information als belastend empfunden wird, hängt immer vom Kenntnisstand,

der Sichtweise, den Erwartungen und Befürchtungen und auch von der Auffassungsgabe des jeweiligen Patienten ab. Kein Patient oder Angehöriger wird auf die gleiche Information auf die gleiche Art reagieren. Es ist die Aufgabe des Arztes seinen Gesprächspartner richtig einzuschätzen und dessen Signale hinsichtlich der „richtigen“, d.h. individuell verkraftbaren Dosis an Information zu interpretieren.

Ein offensiv geführtes Gespräch, das nicht die psychische Belastungsgrenze eines Patienten berücksichtigt, kann diesen nicht nur überfordern, sondern birgt das Risiko einer psychischen Dekompensation.

Von ärztlicher Seite ebenfalls häufig zu wenig berücksichtigt wird, dass Patienten – insbesondere wenn sie emotional angespannt sind – eine selektive Aufmerksamkeit haben. Immer wieder nachzufragen, wie viel beim Patienten angekommen ist, zeugt von Respekt und gibt dem Arzt Sicherheit für sein weiteres Vorgehen. Ausschlaggebend ist nicht, was der Arzt gesagt hat, sondern was der Patient verstanden hat.

Oft erscheint aus der Behandlerperspektive auch die Intensität der Gefühle seitens der Patienten nicht angemessen. Das Wissen darum, dass Emotionalität momentan für den Patienten vielleicht die einzige Möglichkeit des Umgangs mit der Situation ist, sollte jede kritische Anmerkung in den Hintergrund treten lassen. Die Akzeptanz der Krankheitssituation und ein konstruktiver Umgang mit ihr ist im Wesentlichen von der Art und Weise abhängig wie dem Patienten die bedrohlichen Informationen übermittelt wurden und in welchem Umfang er sich angenommen fühlt (Schofield et al. 2003).

Balance zwischen Ehrlichkeit und Hoffnung

Der Arzt sollte ehrlich zu seinem Patienten sein und ihm gleichzeitig Hoffnung und eine Perspektive geben. Die Balance dazwischen zu finden ist für viele Ärzte schwierig.

Die Wahrheit zu erfahren, ist für die meisten Patienten wichtig, um eine realistische Lebensperspektive entwickeln zu können, d.h. sich beispielsweise mit einem Ausscheiden aus dem Beruf beschäf-



tigen, Schritte zu unternehmen, um ihre Familie abzusichern oder die verbleibende Zeit für ihre individuellen Bedürfnisse sinnvoll nutzen zu können. Hier kommt es sehr auf die Wortwahl an.

Die Frage eines schwerkranken Patienten, ob er seine gebuchte Reise in acht Monaten antreten können wird, kann von ärztliche Seite mit einem „unmöglich“ beantwortet werden oder zurückhaltender mit einem „unwahrscheinlich“. Die letzte Antwort ermöglicht dem Patienten und seiner Familie eine gedankliche Annäherung an einen baldigen Tod ohne sich vor den Kopf gestoßen zu fühlen.

Patienten möchten wissen, ob ihre Erkrankung eine kurative Chance hat oder ob ihnen ein leidvolles Ende bevorsteht und wie ihr Arzt ihnen helfen können wird. Patienten im Terminalstadium einer Erkrankung ahnen oder wissen meist um ihre Situation, selbst wenn teilweise Abwehr- oder Verleugnungsstrategien feststellbar sind. Es kann für sie eine große Entlastung bedeuten, von ihrem behandelnden Arzt zugesichert zu bekommen, dass er sie bis zu ihrem Tod begleiten und unterstützen wird.

Auch Ärzte sind belastet

Onkologisch tätige Ärzte sind durch die andauernde Begegnung mit den schwerstkranken Patienten permanent belastet. Sie leben mit der Befürchtung, starke emotionale Reaktionen zu provozieren, wenn sie ihren Patienten Mitteilungen bedrohlichen Charakters überbringen müssen. Daher sind auch für sie die Gespräche mit Patienten oft schwierig und belastend. So kann das Gefühl versagt zu haben, im Kontakt mit Patienten eintreten, die nach jahrelanger Therapie und intensiver Arztbindung nicht geheilt werden konnten. In den Gesprächen können Konflikte auftreten, die Ärzte aushalten und sich darüber hinaus bemühen müssen, die Gefühlslage ihres Gegenübers zu verstehen. Dabei spielen das Selbstverständnis der eigenen Rolle als Arzt eine maßgebliche Rolle (Behandler versus Betreuer, Hartmann 1986) wie auch die häufig unrealistischen Erwartungen des Patienten enttäuschen zu müssen.

Ein Kontakt mit Tumorpatienten ist immer begleitet von Prozessen der Auseinandersetzung mit den eigenen Themen

und Gefühlen. Dies ist anstrengend und geht auch nicht spurlos an Ärzten vorbei. Untersuchungen zum psychischen Befinden von onkologisch tätigen Ärzten von Ramirez et al. (1995) belegen dies.

Kommunikation lässt sich lernen

Dass ein Kommunikationstraining sich effektiv auf das Erlernen von Schlüsselqualifikationen in der Gesprächsführung auswirkt, konnten Maguire (1996) wie auch Fallowfield et al. (2002) nachweisen. Im Rahmen ihrer evaluierten Trainingsangebote mit Onkologen zeigten Fallowfield und Mitarbeiter, dass sehr häufig Probleme im Kontakt mit Tumorpatienten und ihren Angehörigen auftreten, unabhängig davon, ob ausreichend Zeit zur Verfügung stand oder die ärztliche Mitarbeiter langjährige klinische Erfahrung hatten. Mit einem intensiven Kommunikationstraining konnte eine signifikante objektive wie auch subjektiv empfundene Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten erreicht werden.

Insofern zeigt mittlerweile eine Vielzahl von Studien, dass eine patientenzentrierte Kommunikation erlernt werden kann und daher in die Aus-, Fort und Weiterbildung integriert werden sollte. Auch von der Deutschen Krebsgesellschaft (Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie PSO) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (dapo) werden verschiedene Fort- und Weiterbildungsangebote im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation angeboten.

Ausblick

Eine patientenorientierte Arzt-Patienten-Kommunikation beinhaltet mehr als eine umfassende Informationsvermittlung und stellt eine wichtige Basiskompetenz des Arztes im Rahmen einer patientenzentrierten Medizin dar. Es steht in der Verantwortung des Arztes den Patienten mit seinen Bedürfnissen und Anliegen wahrzunehmen und ihn als Partner in die Behandlungsentscheidungen einzubeziehen. Es sollte ihm daher ein wesentliches Anliegen sein, in seinen Gesprächen immer darauf zu achten, seinen Patienten die Hoffnung zu erhalten, indem er auf Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten aufmerksam macht und damit die Autonomie des Patienten stärkt.

Literatur

1. Amstrong J & Holland J. Surviving the stress of clinical oncology by improving communication. *Oncology* 2004; 18 (3): 363–8.
2. Baile WF & Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol* 2005; 17 (4): 331–5.
3. Bredart A et al. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol* 2005; 17 (4): 351–4.
4. Dowsett SM et al. Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centred approach. *Psycho-Oncology* 2000; 9 (2): 147–56.
5. Fallowfield I et al. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 650–6.
6. Ford S & Hall A. Communication behaviours of skilled and less skilled oncologists: a validation study of the Medical Interaction Process System (MIPS). *Patient Education and Counseling* 2004; 54: 275–82.
7. Frosch DL & Kaplan RM. Shared Decision Making in Clinical Medicine: ... *Am J Prev Med* 1999; 17 (4): 285–94.
8. Kappauf HW. Kommunikation in der Onkologie. *Onkologie* 2004; 11: 1251–60.
9. Keller M. & Kappauf H. In die Wiege gelegt? Kommunikationskompetenz von Ärzten. *FORUM DKG* 2002; 5: 23–6.
10. Klemperer D. Partizipation an medizinischen Entscheidungen. In: *Managed Care* 2003; 7: 9–11.
11. Koch U et al. Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Schattauer Stuttgart 2005.
12. Maguire P et al. Helping health professionals ... acquire key interviewing skills, – ... *Eur J Cancer* 1996; 83: 1640–51.
13. Ong LM et al. Doctor-patient communication and ... quality of life and satisfaction. *Patient Educ Couns* 2000; 41 (2): 145–56.
14. Ramirez A et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br. J. Cancer* 1995; 71: 1263–9.
15. Schofield PE et al. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Ann Oncol* 2003; 14: 48–56.

Vollständige Liste bei den Autoren

Autoren:

Dr. Ulrike Heckl
Prof. Dr. Joachim Weis

Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrike Heckl
Psychologische Psychotherapeutin
Klinik für Tumorbiologie/Second opinion
Breisacher Str. 117, 79106 Freiburg

Für den Arbeitskreis
Supportive Maßnahmen in der Onkologie
(ASO) innerhalb der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) zum Behandlungsmanagement.
www.onkosupport.de