

Monika Keller

Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie

Patient-Centered Communication in Oncology

Zusammenfassung

Interaktionen mit Tumorpatienten und Angehörigen bedeuten für Ärzte große kommunikative Herausforderungen. Patienten fühlen sich existenziell bedroht, sind hoch vulnerabel und stehen in Entscheidungskonflikten. Patientenzentrierte Kommunikation, die in einer personalen, von Respekt und Empathie geprägten Beziehung die Perspektive des Patienten einbezieht, erlaubt eine gelingende Balance zwischen Aufrichtigkeit und realistischer Hoffnung. Die Erfahrung von Sicherheit und Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung unterstützt Patienten wirksam bei der Verarbeitung von Verlusten, Ungewissheit und Ängsten und ermöglicht die Rückgewinnung von Autonomie und Selbstwirksamkeit.

Damit Ärzte ihre Empathie- und Handlungsfähigkeit behalten und erweitern können, sind praxisnahe und qualifizierte Fortbildung sowie professionelle Supervision unerlässlich.

Schlüsselwörter: Patientenzentriert, Kommunikation, Onkologie, Kommunikationstraining

Abstract

Physicians caring for advanced cancer patients and their relatives frequently face serious communication challenges. In the context of unfavourable medical information, setbacks in care and existential threat patients may respond with strong emotions. Patient-centred communication within a trusting, empathic doctor-patient relationship effectively supports patients in dealing with uncertainty and fear, in tolerating grief, and enables them to re-gain autonomy and self-efficacy. To appropriately support physicians in providing patient-centred care and in professionally addressing challenging communication tasks effective communication skills training and qualified supervision should be considered standard in professional cancer care.

Keywords: Patient-Centered, Communication, Cancer Care, Communication Training

Priv.Doz. Dr.med. Monika Keller
Sektion Psychoonkologie
Klinik für Allg. Innere Medizin und Psychosomatik
Medizinische Universitätsklinik
Im Neuenheimer Feld 410, D-69120 Heidelberg
monika.keller@med.uni-heidelberg.de

Kommunikation bildet den Kern und die Grundlage jeder professionellen Interaktion zwischen Kranken, Angehörigen und Ärzten. Im Kontext lebensbedrohlicher Krankheiten, für die Krebserkrankungen exemplarisch stehen, ist Kommunikation mit enormen Herausforderungen an die kommunikativen Fähigkeiten aller Beteiligten verbunden, seien sie Patienten, Angehörige, Pflegekräfte oder Ärzte.¹ Dank rückläufiger gesellschaftlicher Tabuisierung und offener Aufklärungspraxis ist es leichter geworden, *über Krebs* zu sprechen, ohne dass es Ärzten unbedingt leichter fällt, *mit Krebskranken* zu sprechen. Was ist das Spezifische, das Interaktionen im Kontext einer Krebserkrankung charakterisiert und manchmal so schwierig sein lässt?

Kommunikation in der Onkologie ist durch die existentielle Bedrohung infolge einer Krebsdiagnose gekennzeichnet, auch im Fall einer günstigen Prognose. *Patienten* stehen vor der Herausforderung, mit tief greifender Verunsicherung, dem Verlust von Kontrolle in nahezu allen Lebensbereichen, mit Furcht und anhaltender Ungewissheit zurecht zu kommen.² Immer wieder gilt es im Verlauf der Erkrankung, komplexe Informationen zu verstehen und zu verarbeiten, nicht selten lebensverändernde Entscheidungen zu treffen und dennoch anhaltende Ungewissheit zu tolerieren.

Für *Angehörige, Familie und Freunde* besteht die Herausforderung darin, Wege zu finden, wie sie einen nahestehenden Menschen am besten trösten und unterstützen können, Zuversicht und Hoffnung zu behalten, wo nötig Verantwortung für ihn zu übernehmen; wie sie ihm gleichzeitig größtmögliche Autonomie zugestehen und eigene Ängste tolerieren können.

Für *Professionelle* in der Onkologie sind die Herausforderungen nicht geringer: Es geht darum, geeignete Wege zu finden, wie sie Patienten „schlechte Nachrichten“ übermitteln, komplexe Informationen verständlich nahe bringen und gemeinsame Entscheidungen ermöglichen können; wie sie auf persönliche Sorgen und Probleme der Patienten eingehen und wie sie mit Verunsiche-

rung und Vulnerabilität von Patienten, deren unvermeidlichen, manchmal heftigen Emotionen, mit Enttäuschung und Vorwurf professionell umgehen können.³

Vor allem geht es immer wieder um eine halbwegs gelingende Balance zwischen Aufrichtigkeit und realistischer Hoffnung.⁴ Gerade weil es in der Onkologie häufig um die Konfrontation mit Grenzen des Menschenmöglichen und damit verbunden mit dem Erleben von Machtlosigkeit geht, dürfte die größte Herausforderung darin liegen, entgegen der zunehmenden Technisierung und Verwissenschaftlichung in der Medizin eine personale Beziehung mit Patienten herzustellen, die von Respekt, Aufrichtigkeit und Empathie geprägt ist und die Patienten das Erleben von Sicherheit und Vertrauen in Autonomie ermöglicht.⁵

Keines dieser Themen lässt Kliniker, seien sie Ärzte oder Pflegenden, persönlich unberührt – wie bewusst oder unterschwellig sie dies auch wahrnehmen mögen.⁶ Gleichzeitig werden gerade an diesen Grenzen inmitten von Leiden, Mutlosigkeit und existenzieller Verunsicherung intensive wechselseitige Erfahrungen möglich, die erfahrene Kliniker als lohnend und bereichernd beschreiben.

Im Mittelpunkt der Anforderungen an menschliche und professionelle Kompetenz, zwischen Heraus- und zuweilen Überforderung und Bereicherung, stellt patientenzentrierte Kommunikation das wichtigste Vehikel bzw. Agens dar, ohne die eine „heilsame“ Behandlung und Versorgung von Krebspatienten nicht denkbar ist.⁷

Patientenzentrierte Kommunikation

Verschiedene psychosomatische Konzepte haben alle zum Ziel, brachliegende Potenziale zu nutzen, die in der Reflexion und Gestaltung einer stärker von Wechselseitigkeit gekennzeichneten Beziehung zwischen Arzt und Patient liegen.⁸

Voraussetzung für die Gestaltung dieser Beziehung ist „Kommunikation“ – womit im ursprünglichen Wortsinn Aktivitäten gemeint sind, die ein „commune“, etwas Gemeinsames zwischen zwei

Personen entstehen lassen. Patientenzentrierung braucht Kommunikation; damit es zu einer Annäherung der unterschiedlichen subjektiven Wirklichkeiten von Patient und Arzt kommen kann.⁹ Das setzt zunächst voraus, das scheinbar Triviale anzuerkennen, nämlich dass Arzt und Patient nicht dieselbe Wirklichkeit teilen.

Die meisten Leitlinien für die kommunikative Aus- und Fortbildung basieren auf dem Konzept der Patientenzentrierung,¹⁰ mit Weiterentwicklungen für spezielle kommunikative Anforderungen; z. B. das SPIKES Modell für das Überbringen schlechter Nachrichten¹¹ als nützliche Orientierungshilfe, besonders für weniger erfahrene Ärzte. Abgestimmt auf die besonderen Erfordernisse von Krebspatienten definieren Epstein und Street¹² (2007) die Aufgaben patientenzentrierter Kommunikation anhand von sechs ineinandergreifenden Funktionen:

- Fördern einer hilfreichen bzw. „heilsamen“ Beziehung
- Austausch von Informationen
- Umgehen mit Emotionen
- Gemeinsame Entscheidungsfindung
- Toleranz für Ungewissheit fördern
- Unterstützen von Selbstbestimmung und eigenen Aktivitäten „Empowerment“).

Der Begriff „Funktionen“ impliziert eine kommunikative Grundkompetenz bzw. -haltung, die sich ausdrücklich nicht auf umschriebene Gesprächstechniken bzw. „skills“, oder auf die „Information und Aufklärung“ von Tumorpatienten beschränkt.¹³

Allerdings ist patientenzentrierte Kommunikation weder ein Allheilmittel, noch ist sie für jeden Patienten und in jeder Situation erstrebenswert.¹⁴ Partizipative Entscheidungsfindung ist sicher nicht angebracht, wenn sich ein Patient in panischem Aufruhr befindet oder unter heftigen Schmerzen leidet.¹⁵ Es kommt darauf an, den individuellen Patienten mit seiner aktuellen körperlichen und seelischen Verfassung im jeweiligen Kontext zu berücksichtigen – sei es das klinische Setting (z. B. Intensivstation), das Ausmaß an re-

aler Ungewissheit und Unvorhersehbarkeit oder die institutionellen Gegebenheiten. Die identische Gesprächsführung, die in einem vertrauten Kontext, z. B. in einer Hausarztpraxis, ideal erscheint, kann sich in einer Krisensituation als gänzlich unangemessen herausstellen.¹⁶

Was wollen und was brauchen Patienten?

Einige Studien zeigen, dass patientenzentrierte Kommunikation mit verringerten körperlichen Beschwerden, einer besseren Einstellung von Diabetes und Bluthochdruck und besserer Compliance einhergehen kann.¹⁷ Dabei stimmen die patientseitigen Effekte nicht ohne weiteres mit dem intendierten und praktizierten kommunikativen Verhalten von Ärzten überein; „gesagt“ ist nicht gleichbedeutend mit „angekommen“. Ausschlaggebend ist die subjektive Wahrnehmung aus Patientensicht, in die vor allem verbale und nonverbale Aspekte der Haltung und der persönlichen Passung eingehen. Neuere Ergebnisse der Placeboforschung¹⁸ sprechen dafür, dass die „heilsame Arzt-Patient Beziehung“ mehr als eine Metapher ist,¹⁹ wofür sich zunehmend auch biologische Marker finden lassen. Seit längerem ist z. B. bekannt, dass Patienten auf eine vertrauensvolle, zugewandte und einfühlsame Haltung ihres Arztes mit endogener Opioidausschüttung und folglich geringerer Schmerz Wahrnehmung reagieren.²⁰

Interviews mit Krebspatienten zeigen, dass es ihnen kaum auf spezifische kommunikative „skills“, etwa bestimmte Redewendungen, ankommt.²¹ Patienten wollen sich zumeist bei einem kompetenten und engagierten Arzt in sicheren Händen fühlen, dem sie vertrauen können und der ihnen realistische Hoffnung vermittelt,²² und sie möchten als Person wahrgenommen und respektiert werden.²³ Der zumeist implizite Beziehungswunsch nach einer ärztlichen Bindungsfigur, die Sicherheit, Kompetenz und Vertrauen vermittelt, wurde bisher in Aus- und Fortbildung wie auch in der Forschung gegenüber eher „technischen“ Aspekten der Kommunikation wenig berücksichtigt.²⁴

Die Perspektive der Ärzte

Die Arbeitsbedingungen onkologisch tätiger Ärzte sind durch zunehmend komplexe Behandlungsmodalitäten, die Sektorisierung und Partialisierung von Behandlungsabläufen gekennzeichnet. Immer häufiger sind sie in ihrer klinischen Tätigkeit vereinzelt mit der Folge, dass sich Gelegenheiten zu Modell-Lernen am Vorbild erfahrener Kollegen weitaus seltener als früher bieten.²⁵ In Kliniken und Onkologischen Zentren ist die kontinuierliche, langfristige Betreuung durch einen Arzt die Ausnahme; häufig stehen Ärzte vor der Aufgabe, sich in kurzer Zeit auf neue Patienten mit langer Krankheitsgeschichte einzustellen, denen sie womöglich beim Erstkontakt die Beendigung der aktiven Tumorthherapie nahe zu bringen haben.

Dass die vielfältigen und komplexen Herausforderungen nicht immer spurlos an onkologisch tätigen Ärzten vorbei gehen, lässt sich an hoher psychischer Beanspruchung, der Häufigkeit von Depressivität und „Burnout“-Zeichen bei etwa einem Drittel onkologisch tätiger Ärzte, Alkohol- und Medikamentenkonsum sowie geringer Arbeitszufriedenheit ablesen.²⁶ Dennoch bleibt dieses Problem aber nach wie vor weitgehend tabuisiert. Eher im persönlichen Kontakt erfährt man von den anhaltenden Spuren, die Patientenschicksale bei den Ärzten hinterlassen.

Die Mär vom kalten Aufklärer

Demgegenüber mangelt es nicht an Kritik und Vorwürfen: Besonders der jüngeren Generation von Ärzten fehle es an Empathie mit Krebskranken, eine „kalte“, unprofessionelle Aufklärung würde die Patienten in Verzweiflung treiben und aller Hoffnung berauben. Der Medizinethiker Maio wird zur Aufklärungspraxis von Krebskranken zitiert: *„Der Arzt zieht sich moralisch zurück, sieht sich nur als Dienstleister und investiert nicht mehr in die Beziehung, sondern höchstens noch in seine Rolle als korrekter Aufklärer. Der Patient mit seinen subjektiven Bedürfnissen stört da nur“*.²⁷ Zweifellos gibt es genügend Beispiele wenig gelingender, forciertes Auf-

klärung über eine (unheilbare) Krebserkrankung, von Patienten, die sich vom Arzt allein gelassen fühlen. Zweifellos ist keinem Patienten eine solche Erfahrung zu wünschen. Aber nutzt solche Kritik, die nicht selten als pauschale Anklage geäußert wird, letztlich den Patienten?

Interessiert man sich für die Perspektive der Ärzte, kann man erfahren, dass sie oft genug angesichts der Vielzahl schwerkranker Patienten, denen sie Tag für Tag schlechte Nachrichten zu überbringen haben, an die Grenzen ihrer Empathiefähigkeit kommen. Die wenigsten Patienten werden sie wieder sehen oder weiter behandeln. Oft genug kämpfen Ärzte, hinter der Fassade kühler Distanzierung, mit Schuldgefühlen als Überbringer der schlechten Nachricht. Sie befürchten, Patienten könnten nicht mit dem Schicksalsschlag zurecht kommen, den sie ihnen mit „schlechten Nachrichten“ vermeintlich zufügen, und erleben sich als wenig kompetent, um mit den emotionalen Reaktionen der Patienten angemessen und professionell umzugehen, weshalb sie bemüht sind, sie zu vermeiden oder zu ignorieren.²⁸

Manchmal fühlen sich Ärzte zu unbedingter Aufrichtigkeit gegenüber dem Patienten, seinem „Recht auf Wissen“ um die begrenzte Lebensperspektive verpflichtet.²⁹ Schließlich sehen sie oft keine Alternative, als sich mit Distanzierung und scheinbarer Kälte vor nahe gehenden Schicksalen zu schützen. Zudem ist eine Tendenz zur Tabuisierung zu beobachten: Von wenigen Ausnahmen abgesehen, ist es unüblich, dass sich Ärzte (und Teams) über schwer zu lösende Dilemmata, kommunikative Herausforderungen und Entscheidungskonflikte, geschweige denn über die eigene Befindlichkeit angesichts belastender Interaktionen mit Patienten untereinander austauschen. Eigene emotionale Beteiligung wird eher als beschämend erlebt, zu vermeidender Störfall angesehen denn als unvermeidliche Folge jeder Konfrontation mit Grenzen, der Machtlosigkeit einer kurativ orientierten Medizin gegenüber dem Tod. Tauschen sich Ärzte z. B. im Kontext der KoMPASS Kom-

munikationstrainings über ihre Erfahrungen aus, stellen sie erstaunt fest, dass dieser Austausch im klinischen Alltag kaum stattfindet: „Und darüber reden wir sonst nie!“

Was nutzt Ärzten? - Förderung kommunikativer Fähigkeiten

Kommunikative Kompetenz bedeutet also nicht nur, medizinische Sachverhalte ausdrücken und verständlich darstellen zu können, sondern sich dabei auf den Patienten und seine Erlebniswelt einzulassen und damit ein „Zusammentreffen“ bzw. eine Passung zu ermöglichen.

Nicht allen Ärzten ist kommunikative Kompetenz angeboren und wird zumeist mit klinischer Erfahrung allein nicht ausreichend erworben;³⁰ darin unterscheiden sich onkologisch tätige Ärzte nicht von anderen Fachgebieten.

Die Sichtweise, dass effektive Kommunikation nicht anders als andere ärztliche Fähig- und Fertigkeiten gelehrt und gelernt werden kann, beginnt sich nur zögerlich durchzusetzen. Fortschritte sind am ehesten im Medizinstudium zu beobachten, wo die Vermittlung kommunikativer Kompetenz inzwischen etablierter Bestandteil vieler Curricula geworden ist.³¹ Sie bedarf jedoch der vertiefenden Fortsetzung in der ärztlichen Weiterbildung, vor allem in Bereichen mit hohen Anforderungen an die Arzt-Patient Beziehung, wie sie onkologische Fächer und Palliativmedizin kennzeichnen.³² Einige Länder, z. B. die Schweiz und Großbritannien tragen dieser Notwendigkeit mit verpflichtenden Fortbildungsprogrammen Rechnung, und weltweit entstehen Empfehlungen und Leitlinien.³³

Damit Ärzte von Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenz profitieren, ist es unabdingbar, dass sie von Ärzten akzeptiert und im klinischen Alltag umsetzbar sind.³⁴ Mit dem Erlernen von umschriebenen „skills“, z. B. Redewendungen ist es sicher nicht getan, wenn man berücksichtigt, dass es sich um erfahrene Kliniker handelt, die alltäglich mit komplexen kommunikativen Anforderungen – be-

sonders in der Onkologie – konfrontiert sind. Mit qualifizierter und strukturierter Fortbildung, die sich nicht an vermeintlichen Defiziten orientiert, sondern an ihren vorhandenen Fähigkeiten, können Onkologen ihre kommunikative Kompetenz spürbar und messbar verbessern.

Die beste Evidenz für eine effektive Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten spricht für intensive zwei- bis dreitägige Trainings-Workshops, in denen Ärzte ihre Anliegen anhand von eigenen Fallbeispielen mithilfe von Rollenspielen und mit strukturierter Reflexion durch Teilnehmer und Trainer bearbeiten.³⁵ Wichtig ist dabei die Arbeit in Kleingruppen mit 4 – 6 Teilnehmern sowie ein Klima, das für die Lernenden ein ausgewogenes Verhältnis von Sicherheit und Herausforderung sicherstellt.³⁶

Mit diesem Ansatz, der auf Erfahrungen internationaler Experten aufbaut, werden seit 2008 deutschlandweit KoMPASS Kommunikationstrainings durchgeführt, an denen bisher etwa 400 onkologisch tätige Ärzte teilgenommen haben. Sie attestieren dem KoMPASS-Training wie erhofft hohe Praxisrelevanz und Nutzen und hohen persönlichen Lerngewinn. Ihre Rückmeldungen nach vier Monaten sprechen für einen gelingenden Transfer in den klinischen Alltag und für eine spürbare Entlastung der Ärzte: „Vor vier Monaten hätte ich nie solche Gespräche führen können, seit dem Training habe ich viel weniger Angst“, „Es ist nicht mehr so ein Berg“.³⁷

Kommunikation in existenziellen Krisen

Im KoMPASS Kommunikationstraining machen onkologisch und palliativmedizinisch tätige Ärzte die Erfahrung von persönlichem Nutzen und Entlastung, wenn sie sich anhand eigener Fallbeispiele über schwierige Interaktionen austauschen; und die Erfahrung von eigenem Kompetenzerleben, wenn sie gemeinsam mit Kollegen und Trainern Lösungen für scheinbar ausweglose Krisen und Konfliktsituationen herausfinden. Die folgenden Beispiele beleuchten – als eine Art Werk-

stattbericht – verschiedene Varianten existenzieller Krisen von Patienten und Angehörigen, mit denen Ärzte in ihrem klinischen Alltag konfrontiert sind, und beschreiben deren gemeinsam erarbeiteten Lösungen und Erkenntnisse.

Kollusion und Handlungsdialog gegen unvermeidliche Enttäuschung

Zu den Folgen veränderter Versorgungsstrukturen in der Onkologie, der Konzentration in Organ- und onkologischen Zentren zählt – bei aller wünschenswerten Standardisierung der onkologischen Behandlung und verbesserten Behandlungsergebnissen –, dass vorrangig auf Tumoren, nicht auf Patienten fokussiert wird, obwohl doch in keinem Leitbild der Institutionen die „Patientenorientierung“ fehlen darf. In onkologischen Spitzenzentren, wo Patienten mit ungünstigen Krankheitsverläufen, palliativ intendierten Tumorthérapien bis weit in terminale Krankheitsstadien überwiegen, gerät die Arzt-Patient-Kommunikation nicht selten zum Handlungsdialog, der die Verständigung über Grenzen und reale Machtlosigkeit gegenüber einem unaufhaltsamen Krankheitsprozess scheinbar ersetzt.³⁸ (s. hierzu das erste Fallbeispiel).

Kennzeichnend für diesen Handlungsdialog ist u. a. die Verwendung euphemisierender Metaphern. Für Patienten haben sie einen hohen Stellenwert, weil sie ihnen unausgesprochen einen weiten Interpretations-Spielraum bieten. Die Äußerung des Arztes „Wir haben noch viele Pfeile im Köcher“ interpretiert ein Patient mit fortgeschrittener Tumorerkrankung womöglich als Zusicherung, dass er sich auf den Arzt als machtvollen Verbündeten an seiner Seite gegen die Todesbedrohung verlassen kann. Ganz ähnlich wird auch der aktuelle Begriff der „personalisierten Tumorthérapie“ verstanden. Wie das folgende Fallbeispiel schildert, kann eine solche Kollusion zwischen Patient und Onkologen eine patientenzentrierte Kommunikation erheblich erschweren.

Ein 70jähriger Patient mit weit fortgeschrittenem,

metastasierten Darmkrebs kommt zur Blutabnahme in die Praxis seiner Allgemeinärztin, zu der er ein gutes Vertrauensverhältnis hat. Er zeigt ihr begeistert sein tragbares Chemo-Infusionsgerät. „Schauen Sie mal, was ich da Tolles habe – was sagen Sie dazu?“ Er schwärmt von seinem Onkologen in einem renommierten Krebs-Zentrum, der ihm eine ‚ganz neuartige‘ Therapie in Aussicht gestellt hat: „Da wird eine Therapie ganz speziell für meine Tumorzellen entwickelt“. Die Ärztin ist zwiegespalten: sie möchte den Patienten nicht vor den Kopf stoßen; zugleich fühlt sie sich als „kleine dumme Allgemeinärztin“, ärgert sich andererseits über die fragwürdigen Versprechungen. „Eigentlich wollte ich mit ihm über sein Sterben sprechen – ich habe es nicht hingekriegt – und 4 Wochen später war er tot“.

Im Fall von Krankheitsprogredienz während der Tumorthérapie kommt es unvermeidlich zu Enttäuschung bei Patienten, unterschwellig oft auch bei Ärzten, und nicht selten zu einer für die Interaktion von Krebskranken und Ärzten charakteristischen Kollusion, einer „Verschwörung des Schweigens“. Patienten teilen ihre optimistische Sichtweise mit. Ihre Sorgen und Ängste behalten sie für sich, weil sie z. B. befürchten, der Arzt könnte die aktive Tumorthérapie beenden.

Das geschilderte Dilemma lässt einerseits mangelnde Wertschätzung und Kommunikation zwischen onkologischen Spezialisten und weiter betreuenden Ärzten erkennen.³⁹ Zum anderen bleibt der Patient mit der Kehrseite seines Optimismus, mit seinen Befürchtungen, Zweifeln und Sorgen unerkannt und allein gelassen, die hinter seinem Appell an bewundernde Zustimmung verborgen und nicht leicht herauszufinden sind. Umso mehr, wenn sich eine kompetente Ärztin mit ihren Fähigkeiten womöglich zu schnell in Frage gestellt sieht.

Erschrecken und Sprachlosigkeit

Der Arzt betreut seit längerem eine ältere Patientin mit fortgeschrittenem Magenkrebs, die ihm während ihrer palliativen Chemotherapie ans Herz gewachsen ist. Mit seiner Unterstützung konnte sie eine lang ersehnte Reise verwirklichen, die sie sehr genossen hat. Anschlie-

ßend verschlechtert sich ihr Befinden rasch, sie leidet unter Kräfteverfall, Aszites, Schmerzen. Unvermittelt äußert sie dem Arzt gegenüber: „Ich wollte es gäbe einen Ort, wo ich mich erschießen lassen kann“, was den Arzt schockiert und sprachlos macht.

In scharfem Kontrast zur bisherigen Interaktion kann diese liebenswürdige Patientin ihre Verzweiflung nicht anders vermitteln, als dass der Arzt „zu Tode erschrickt“; seine Sprachlosigkeit ähnelt vermutlich dem Erleben der Patientin und verdeutlicht, dass er im Augenblick handlungsunfähig ist. Solange er sich nicht das eigene gelähmte Erschrecken, sein „Getroffen-sein“ angesichts dieser gewaltsamen Phantasie zugesteht, ist er nicht in der Lage zu einem Perspektivenwechsel in das Erleben der Patientin.

Mit der Rückmeldung der (Schauspieler-)Patientin und der Reflexion des Rollenspiels finden die Ärzte gemeinsam heraus, dass die Patientin sich mit ihrem Leiden als unerträgliche Zumutung erlebt und ihrer Familie – vor allem ihrem Mann – ihr Leiden und Sterben zu Hause ersparen möchte: lieber ein schnelles Ende, als ihm noch länger ihr Leiden zumuten. Der verborgene Appell hinter dem verzweifelten Wunsch nach einem schnellen, gewaltsamen Ende: Es möge einen Ort geben, wo sie geborgen und sicher ist, wo man sich ihrer annimmt. In der anschließenden Wieder-Aufnahme des Rollenspiels nimmt die (Schauspieler-)Patientin eine unmittelbar spürbare Entlastung wahr, als der Arzt ihr zusichert, dass es für sie in der Klinik einen sicheren Ort gibt, wo für sie gesorgt wird und wo sie sterben kann.

Psychische Ausnahmesituationen von Patienten – nicht nur am Lebensende – treffen den Arzt mit zwangsläufig eigener emotionaler Beteiligung, z. B. als heftiges Erschrecken. Es gilt zunächst, dieses Erleben von Macht- und Sprachlosigkeit bei sich selbst zu registrieren und als Ausdruck tiefer Verzweiflung und Ausweglosigkeit der Patientin zu verstehen, die sie nicht anders zu äußern in der Lage ist.⁴⁰ Mit dem vorübergehenden Perspektivenwechsel in das Erleben des Patienten wird es dem

Arzt möglich, selber wieder empathie- und handlungsfähig zu werden.⁴¹

Vorwurf und Anklage von Angehörigen

Häufig berichten Ärzte von Erfahrungen, wo Vorwurf, Anklage und Anschuldigungen von Patienten oder Angehörigen mit großer Heftigkeit geäußert werden. Sie sind – vor allem mit der impliziten massiven Entwertung – für den Arzt oftmals schwer zu tolerieren, umso mehr, wenn sie auf eigene Schuldgefühle treffen:

Die Ärztin betreut einen 28jährigen Patienten mit weit fortgeschrittenem Lungenkrebs, der wegen starker Luftnot auf die Palliativstation kommt. Bei der Punktion eines Pleuraergusses zur Linderung der Atemnot kommt es zu einem Pneumothorax, der eine Pleuradrainage notwendig macht. Die Eltern äußern sich äußerst misstrauisch, vorwurfsvoll und ablehnend gegenüber der Schulmedizin. Der Vater: „Mein Sohn wäre gesund, wenn die Ärzte und die Medizin ihn nicht kaputt gemacht hätten“. Die Ärztin fühlt sich angegriffen, sie schwankt zwischen eigenem Schuldgefühl, den Pneumothorax verursacht zu haben, und hilfloser Wut auf die Eltern und sieht in diesem Dilemma keinen gangbaren Weg, wie sie dem Patienten so helfen kann, wie sie es gerne möchte.

Entwertung und Schuldgefühl – das nicht tatsächlicher Schuld entspricht – machen die Ärztin verletzlich für die heftigen Attacken der Eltern; als hätte auch sie ihren Sohn ‚kaputt gemacht‘. In ihrer hilflosen Wut ist ihr ihre Handlungs- und Empathiefähigkeit abhanden gekommen. Zunächst geht es darum, das Schuldgefühl zu relativieren. Von den Kollegen der KoMPASS Gruppe erfährt sie dadurch Entlastung, dass diese sie als verantwortungsbewusste Ärztin wahrnehmen, dass sie keineswegs ‚schuld‘ an einem bedauerlichen Missgeschick ist, das jedem in dieser Situation hätte passieren können. Erst dadurch wird es ihr möglich, Bedauern und Mitgefühl für den Patienten wie auch Verständnis für die Eltern wahrzunehmen und ihm dies im nächsten Schritt zu vermitteln, verbunden mit der Bereitschaft, ihm nach Kräften beizustehen.

Auch hier ist es vorrangig, dass sich die Ärztin der eigenen Verletztheit hinter ihrer Wut bewusst wird, um nicht in eine nutzlose Negativspirale von Rechtfertigung, womöglich Gegenangriff gegenüber den Eltern zu geraten.⁴² Weder Patienten noch Angehörige wollen ihre Ärzte angreifen oder verletzen – es fällt leichter, Vorwurf, Unmut oder heftige Anklagen zu äußern, als Schmerz und Verzweiflung, und dahinter die eigene Machtlosigkeit gegenüber dem bitteren Schicksal, hier das Sterben des eigenen Kindes, anzuerkennen. Ärzte erleben das Sterben von Patienten dann als besonders quälend und unangemessen, wenn Konflikte mit den Angehörigen zu einer Atmosphäre von Misstrauen, womöglich zu verzweifelten und irrationalen medizinischen Aktionen führen, die zumeist nur das Leiden des Patienten hinauszögern.⁴³ Klage und Leid hinter Anklage und Vorwurf wahrzunehmen, erfordert erneut einen Perspektivenwechsel in das Erleben des Patienten bzw. des Angehörigen; wie in diesem Beispiel verlangt sie Ärzten enorme Verarbeitungs- und Übersetzungsleistung ab. Da dies nicht immer möglich ist, braucht es manchmal eine Erweiterung der dyadischen Konstellation Ärztin – Eltern, die Raum für interaktionelle Alternativen eröffnet. Dies gelingt am besten in gemeinsamen Gesprächen unter Beteiligung von Eltern, Ärztin und Mitgliedern des Stationsteams, am besten unterstützt und moderiert durch ein psychotherapeutisch geschultes Teammitglied.⁴⁴ Schließlich können hinter den Anklagen und Vorwürfen von Angehörigen deren eigene, auf die Ärzte projizierte Themen von vermeintlicher Schuld oder Versagen stehen.⁴⁵

Patienten oder Angehörige in solch einer psychischen Ausnahmesituation brauchen Halt, die ihnen ihr Arzt und möglichst weitere Teammitglieder am besten geben können. Einem Arzt, der selber zutiefst verunsichert ist, ist es weder möglich, die psychische Verfassung des Patienten zutreffend zu erfassen, noch kann er ihm die Sicherheit geben, die der Patient gerade so sehr braucht. Nicht nur in solchen Situationen sollte

es selbstverständlich sein, dass Ärzte ihrerseits auf professionelle Unterstützung, z. B. in Form von individuellem Coaching oder Supervision zurückgreifen können. Es kann ausgesprochen entlastend und klärend sein und die kommunikative Kompetenz nachhaltig fördern, wenn z. B. ein Bezug zu eigenen biographischen Erlebnissen hergestellt werden kann, die im Kontakt mit dem Patienten aktualisiert wurden.⁴⁶

Referenzen

- 1 Dunn S., *The art of teaching communication skills*, in: Kissane D., Bultz B., Butow P., Finlay I. (Hrsg.), *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*, University Press, Oxford (2010), S. 13-25
- 2 Breitbart W., *Communication as the bridge to hope and healing in cancer care*, in: Stiefel F. (Hrsg.), *Communication in Cancer Care*, Springer, Berlin (2006), Foreword
- 3 Baile W., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E., Kudelka A., *SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*, *Oncologist* (2000); 5: 302-11; Beach W., Easter D., Good J., Pigeron E., *Disclosing and responding to cancer "fears" during oncology interviews*, *Soc Sci Med* (2005); 60: 893-910; Buckman R., *Communications and emotions*, *BMJ* (2002); 325: 672
- 4 Hagerty R., Butow P., Ellis P., Dimitry S., Tattersall M., *Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature*, *Ann Oncol* (2005); 16: 1005-53
- 5 Keller M., Zwingmann J., *Kommunikation in der Onkologie*, in: Margulies A., Kroner T., Gaisser A., Bachmann-Mettler I. (Hrsg.), *Onkologische Krankenpflege* (5. Aufl.), Springer, Berlin, New York (2010), S. 641-55
- 6 Shanafelt T., Dyrbye L., *Oncologist Burnout: Causes, Consequences, and Responses*, *J Clin Oncol* (2012); 30:1235-41.
- 7 Epstein R., Street R., *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*, NIH Publication No. 07-6225, MD: National Cancer Institute, Bethesda (2007); Keller M., Barthel Y., *Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie - Erfahrungen mit dem KoMPASS Training*, in: Weis J., Brähler E. (Hrsg.), *Psychoonkologie in Forschung und Praxis*, Schattauer, Stuttgart (2012), S. 147-65
- 8 Balint M., *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*, Klett-Cotta, Stuttgart (1983); Borrell-Carrio F., Suchman A., Epstein R., *The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry*, *Ann Fam*

- Med (2004); 2: 576-82; Engel G., *The biopsychosocial model and the education of health professionals*, Ann NY Acad Sci (1978); 310: 169-81
- 9 Langewitz W., Conen D., Nubling M., Weber H., *Kommunikation ist wesentlich - Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten*, Psychother Psych Med (2002); 52: 348-54
 - 10 Makoul G., *Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement*, Acad Med (2001); 76: 390-3; Simpson M., Buckman R., Stewart M., Maguire P., Lipkin M., Novack D. et al., *Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement*, BMJ (1991); 303: 1385-7
 - 11 Baile W., siehe Ref. 3
 - 12 Epstein R., siehe Ref. 7
 - 13 Berkhof M., van Rijssen J., Schellart A., Anema J., Al-lard J., van der Beek A., *Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews*, Patient Educ Couns (2011); 84: 152-62; Silverman J., *Clinical communication training in continuing medical education: Possible, do-able and done?*, Patient Educ Couns (2011); 84: 141-42
 - 14 Smith R., Hoppe R., *The patient's story: integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing*, Ann Int Med (1991); 115: 470-77
 - 15 Epstein R., *Making communication research matter: What do patients notice, what do patients want, and what do patients need?*, Patient Educ Couns (2006); 60: 272-78
 - 16 Epstein R., ebd.; Salmon P., Young B., *Core assumptions and research opportunities in clinical communication*, Patient Educ Couns (2005); 58: 225-34
 - 17 Stewart M., *Effective physician-patient communication and health outcomes*, Can Med Assoc J (1996); 152: 1423-33; Little P., Everitt H., Williamson I., Warner G., Moore M., Gould C. et al., *Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study*, BMJ (2001); 322: 468-72; Little P., Everitt H., Williamson I., Warner G., Moore M., Gould C. et al., *Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations*, BMJ (2001); 323: 908-11; Kahn K., Schneider E., Malin J., Adams J., Epstein A., *Patient centered experiences in breast cancer: predicting long-term adherence to tamoxifen use*, Med Care (2007); 45: 431-9; Rakel D., Barrett B., Zhang Z., Hoefl T., Chewning B., Marchand L. et al., *Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold*, Patient Educ Couns (2011); 85: 390-7
 - 18 Benedetti F., *How the doctor's words affect the patient's brain*, Evaluation and the health professions (2002); 25: 369-86; Finniss D., Kaptchuk T., Miller F., Benedetti F., *Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects*, Lancet (2010); 375: 686-95; Bensing J., Verheul W., *The silent healer: The role of communication in placebo effects*, Patient Educ Couns (2010); 80: 293-99.
 - 19 Street R. L. jr., Makoul G., Arora N., Epstein R., *How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes*, Patient Educ Couns (2009); 74: 295-301
 - 20 Arora N., *Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior*, Social Science & Medicine (2003); 57(5): 791-806
 - 21 Hagerty R., siehe Ref. 4
 - 22 Hagerty R., siehe Ref. 4; Salmon P., Young B., siehe Ref. 16; Wright E., Holcombe C., Salmon P., *Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study*, Br Med J (2004); 328: 864-7; Mazor K., Beard R., Alexander G., Arora N., Firreno C., Gaglio B., et al., *Patients' and family members' views on patient-centered communication during cancer care*, Psychooncology (2013) [Epub ahead of print]
 - 23 Thorne S., Kuo M., Armstrong E., McPherson G., Harris S., Hislop T., *'Being known': Patients' perspectives of the dynamics of human connection in cancer care.*, Psycho-Oncology (2005); 14: 887-98; Steinhauer K., Christakis N., Clipp E., McNeilly M., Grambow S., Parker J. et al., *Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers*, J Pain Symptom Manage (2001); 22: 727-37
 - 24 Epstein R., siehe Ref. 15; Salmon P., Young B., siehe Ref. 16
 - 25 Shanafelt T., Dyrbye L., siehe Ref. 6; Stiefel F., *Support of the supporters*, Support Care Cancer (2008); 16: 123-26
 - 26 Shanafelt T., Dyrbye L., siehe Ref. 6; Ramirez A., Graham J., Richards M., Cull A., Gregory W., Leaning M. et al., *Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians*, Br J Cancer (1995); 71: 1263-69; Taylor C., Graham J., Potts H. et al., *Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s*, Lancet (2005); 366: 742-44; Otani H., Morita T., Esaki T., Ariyama H., Tsukasa K., Oshima A. et al., *Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment*, Jpn J Clin Oncol (2011); 41: 999-1006
 - 27 Bartens W., *Grenzen der Aufklärung*, Süddeutsche Zeitung (2011).
 - 28 Keller M., Barthel Y., *Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie - Erfahrungen mit dem KoMPASS Training*, in: Weis J., Brähler E. (Hrsg.), *Psychoonkologie in Forschung und Praxis*. Schattauer, Stuttgart (2012), S. 147-65; Pollack K., Arnold R., Jeffreys A., Alexander S., Olsen M., Abernethy A. et al., *Oncologist communication about emotion during visits with patients with*

- advanced cancer, *J Clin Oncol* (2007); 25(36): 5748-52
- 29 Helft P., *Necessary collusion: prognostic communication with advanced cancer patients*, *J Clin Oncol* (2005); 23: 3146-50; Keller M., Zwingmann J., *Kommunikation in der Onkologie*, in: Hax P., Hax-Schoppenhorst T. (Hrsg.), *Kommunikation mit Patienten in der Chirurgie - Praxisempfehlungen für Ärzte aller operativen Fachbereiche*, Kohlhammer, Stuttgart (2011), S. 166-77
- 30 Dunn S., siehe Ref. 1; Baile W. F., Lenzi R., Parker P., Buckman R., Cohen L., *Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study*, *J Clin Oncol* (2002); 20 : 2189-96
- 31 Bachmann C., Abramovitch H., Barbu C., Cavaco A., Elorza R., Haak R. et al., *A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions*, *Patient Educ Couns* (2013); 93: 18-26; Kiessling C., Dieterich A., Fabry G., Hölzer H., Langewitz W., Mühlinghaus I. et al., *Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey*, *Patient Educ Couns* (2010); 81: 259-66
- 32 Stiefel F., Razavi D., *Informing about diagnosis, relapse and progression of disease - communication with the terminally ill cancer patient*, *Recent Results in Cancer Research* (2006); 168: 37-46
- 33 Makoul G., siehe Ref. 10; Maguire P., Pitceathly C., *Key communication skills and how to acquire them*, *BMJ* (2002); 325: 697-700; NICE, *Clinical Excellence: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. Face-to-face communication*, in: NHS (Hrsg.), London (2004); Rodin G., Mackay J., Zimmermann C., Mayer C., Howell D., Katz M. et al., *Clinician-patient communication: a systematic review*, *Support Care Cancer* (2009); 17: 627-44; Stiefel F., Barthel J., Bensing J., Fallowfield L., Jost L., Razavi D. et al., *Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009*, *Ann Oncol* (2010); 21: 204-7
- 34 Berkhof M., siehe Ref. 13; Silverman J., siehe Ref. 13; Davis D., Evans M., Jadad A., Perrier L., Rath D., Ryan D. et al., *The case of knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect*, *Brit Med Journal* (2003); 327: 33-35; Vitinius F., Sonntag B., Barthel Y., Stein B., Kruse J., Keller M., KoMPASS - Konzeption, Implementierung und Erfahrungen mit einem strukturierten Kommunikationstraining für onkologisch tätige Ärzte, *Psychother Psych Med* (2013) [Epub ahead of print]
- 35 Berkhof M., siehe Ref. 13; Maguire P., Booth K., Elliott C., Jones A., *Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills- the impact of workshops*, *Eur J Cancer* (1996); 32: 1486-89; Parle M., Maguire P., Heaven C., *The development of a training model to improve health professionals skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients*, *Soc Sci Med* (1997); 44: 231-40
- 36 Arnold R., Back A., Baile W., Fryer-Edwards K., Tulskey J., *The Oncotalk model*, in: Kissane D., Bultz B., Butow P., Finlay I. (Hrsg.), *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*, University Press, Oxford (2010), S. 631-39; Baile W., Parker P., *Breaking bad news*, in: Kissane D., Bultz B., Butow P., Finlay I. (Hrsg.), *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*, University Press, Oxford (2010), S. 101-12; Fryer-Edwards K., Arnold R., Baile W., Tulskey J., Petracca F., Back A., *Reflective teaching practices: an approach to teaching communication skills in a small-group setting*, *Acad Med* (2006); 81: 638-44
- 37 näheres zu Konzept, Methoden und Erfahrungen mit dem KoMPASS Kommunikationstraining siehe Keller M., Barthel Y., siehe Ref. 7, Keller M., Zwingmann J., siehe Ref. 29; Vitinius F., Sonntag B., Barthel Y., Stein B., Kruse J., Keller M., siehe Ref. 34 und www.kompass-o.de
- 38 Rodin G., Mackay J., Zimmermann C., Mayer C., Howell D., Katz M. et al., siehe Ref. 33; Keller M., Zwingmann J., siehe Ref. 29
- 39 Epstein R., Street R., siehe Ref. 7
- 40 Halpern J., *Empathy and patient-physician conflicts*, *J Gen Intern Med.* (2007); 22: 696-700; Meier D., Back A., Morrison R., *The inner life of physicians and care of the seriously ill*, *JAMA* (2001); 286: 3007-14
- 41 Baile W., De Panfilis L., Tanzi S., Moroni M., Walters R., Biasco G., *Using sociodrama and psychodrama to teach communication in end-of-life care*, *J Palliat Med* (2012); 15: 1006-10
- 42 Keller M., Zwingmann J., siehe Ref. 29
- 43 DelVecchio Good M., Gadmer N., Ruopp P., *Narrative nuances on good and bad deaths: internists' tales from high-technology workplaces*, *Soc Sci Med* (2004); 58: 939-53
- 44 Levin T., Moreno B., Silvester W., Kissane D., *End-of-life communication in the intensive care unit*, *Gen Hosp Psychiatry* (2010); 32: 433-42
- 45 Weisman A., *On dying and denying*, Behavioral Publications, New York (1972)
- 46 Stiefel F., siehe Ref. 25; Meier D., Back A., Morrison R., siehe Ref. 40