

Kommunikationstraining

PPPP Stoos

Umgehen mit Emotionen

Umgehen mit unterschiedlichen Konzepten

Mitteilen schlechter Nachrichten

Wolf Langewitz, Universitätsspital Basel, Schweiz

Inhalt

Umgehen mit Emotionen - Grundlagen	3
Jede Technik hat ihre Stärken und Schwächen:	4
Literatur:	6
Umgehen mit unterschiedlichen Konzepten -Grundlagen	7
Beispiele und konkrete Kommunikationstechniken/Schritte im Ablauf	8
Common sense model of illness (Leventhal) (Phillips et al., 2012):	10
Konkrete Techniken und ihre Überprüfung bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung..	10
Literatur:	11
Mitteilen schlechter Nachrichten - Grundlagen	12
1. Breaking bad news	12
2. Acknowledge patient's reactions	13
3. Develop plans for the near future	13
Körperkontakt hilfreich oder übergriffig?	13
Weiterführende Literatur	14

Umgehen mit Emotionen - Grundlagen

Die meisten Curricula im Bereich der Kommunikation im Gesundheitswesen betonen die zentrale Bedeutung des professionellen Umgangs mit Emotionen (Kiessling et al., 2010; Zimmermann et al., 2011). Sie gehen davon aus, dass Patienten vor allem wollen, dass man ihre Emotionen aufgreift, wobei allerdings unklar ist, was genau mit diesem Ziel gemeint ist: geht es um das explizite Verdeutlichen von Gefühlen i.S. von: „Ich habe den Eindruck, dass Sie im Moment sehr traurig sind!“ oder darum, dass Fachpersonen Momente emotionaler Dichte nicht aktiv durch Themenwechsel oder Vermittlung von Sachinformationen abrupt beenden.

Auffallend ist bei der Diskussion, dass die Evidenz häufig aus Forschungsarbeiten stammt, in denen explizit emotional aufgeladene Situationen untersucht wurden. Diese Momente sind allerdings in der klinischen Praxis selten, so konnten wir in Konsultationen der medizinischen Poliklinik emotionale Äusserungen oder Sorgen in weniger als 2 Prozent der Patientenäusserungen identifizieren (Langewitz, Loeb, Nubling, & Hunziker, 2009).

Erst in den letzten Jahren ist am Beispiel von Eltern Leukämie-kranker Kinder und am Beispiel von Patientinnen mit Brustkrebs untersucht worden, welche Verhaltensweisen von Onkologen, bzw. von Chirurgen von Betroffenen als hilfreich erlebt werden. In beiden Gruppen (Salmon, Langewitz, Deveugele, & van Dulmen, 2011; Young, Ward, Forsey, Gravenhorst, & Salmon, 2011) resultiert Vertrauen und der subjektive Eindruck emotional aufgehoben zu sein, aus der wahrgenommenen Kompetenz des Arztes und nicht aus der Bereitschaft explizit auf Gefühle einzugehen. Patientinnen und Eltern fühlen sich emotional mit den Ärzten verbunden (,emotional connection'), ohne dass jemals über Emotionen geredet wurde. Ähnliches ist für Schwangere berichtet worden, deren Zufriedenheit und Menge an behaltener Information mehr mit der klinischen Kompetenz von Studierenden zusammenhängt als mit der Fähigkeit ,Patienten-zentriert' mit ihnen zu sprechen, also explizit auf ihre Sorgen einzugehen (O'Keefe, Robertson, Sawyer, & Baghurst, 2003).

Sehr viel häufiger sind eher schwache emotionale Äusserungen wie das Heben der Augenbraue, Senken der Mundwinkel, unterschwellige Ablehnung im Tonfall, oder Veränderungen in der Haltung, mit denen Patienten signalisieren, dass sie nicht einverstanden sind oder skeptisch. In diesen Fällen wäre es fatal, wenn Fachpersonen nicht auf diese schwachen Signale reagieren würden, denn sie bilden häufig die Eintrittspforte in Erklärungskonzepte und Wertvorstellungen des Patienten.

„Ich schlage vor, dass Sie morgen nach Hause gehen...

Patient schaut ‚genervt‘ zur Pflegenden

... und dass ich Ihnen heute Nachmittag die Papiere vorbeibringe. Ich werde noch mit Ihrem Hausarzt telefonieren und ihm sagen, was wir mit Ihnen gemacht haben und wie es weitergehen sollte... [7 weitere Informationen].“

Ärztin wendet sich zum Gehen, schüttelt die Hand.

„Aber das klappt doch nie!“

„Was, wie bitte?“

„Mit dem Nachhause gehen!“

[Es schliesst sich eine längere Diskussion an, in der deutlich wird, dass der Patient ganz andere Erwartungen an den Spitalaufenthalt hatte, die nicht erfüllt wurden. Er hat Mühe zu akzeptieren, dass es voraussichtlich nicht besser werden wird.]

Die Alternative hätte darin bestanden, den genervten Gesichtsausdruck sofort anzusprechen („Ich sehe, diese Idee passt Ihnen nicht...?“). Das hätte zwar die Diskussion nicht verhindert, der Ärztin aber erspart, 7 im Moment unnötige Informationen zu liefern, denen der Patient höchstwahrscheinlich gar nicht mehr zugehört hat, weil er schon bei Thema Entlassung empört war.

Neben dieser basalen Technik, Ansprechen von Emotionen, gibt es andere Kommunikationswerkzeuge, die häufiger zum Einsatz kommen, wenn es um intensive Emotionen geht. Eine Mischung solcher Gesprächstechniken zum Umgang mit Emotionen ist von Back (Back et al., 2007) unter dem Akronym NURSE vorgestellt und evaluiert worden. Wir werden im Seminar diesem Modell folgen:

Unter diesem Akronym verbergen sich folgende Elemente:

- Naming emotion: das explizite Ansprechen von Gefühlen
- Understanding emotion: (wenn möglich) Verständnis äussern für Gefühle des Patienten
- Respecting: Dem Patienten vermitteln, dass seine Gefühle oder sein Umgang mit Gefühlen Respekt verdient
- Supporting: Dem Patienten beim Umgang mit belastenden Gefühlen Unterstützung anbieten
- Exploring emotion: Nicht eindeutige oder nachvollziehbare Stimmungen ansprechen und klären (Langewitz, 2011).

Selbstverständlich geht es nicht darum immer alle Stufen dieses Modells zu durchlaufen, sondern es bietet einen ‚Werkzeugkasten‘, aus dem man sich bedienen kann, wenn man auf eine emotionale Äusserung des Patienten eingehen möchte.

Jede Technik hat ihre Stärken und Schwächen:

Naming emotion ist überflüssig, wenn völlig klar ist, um welche Emotion es geht. Der empörte Patient, dessen Eingriff zum zweiten Mal verschoben wird, wird sich nicht besser wahrgenommen fühlen, wenn die Fachperson auf sein: „Das kann ja nicht wahr sein!!!! Schon wieder verschoben? Schon wieder den halben Tag nüchtern geblieben für nichts und wieder nichts?? Ich fass‘ das nicht!!“ mit: „Sie wirken auf mich frustriert...?“ reagiert.

Diese Technik ist vor allem dann sinnvoll zur Klärung einer emotionalen Stimmung, daher auch die Empfehlung, am Ende einer solchen Rückmeldung die Stimme in fragendem Ton anzuheben (s.o.: ... frustriert...?“), um den Patienten damit zu einer Fortsetzung einzuladen, in der er entweder die angebotene Emotion bestätigt oder intensiviert („Frustriert? Nein, ich bin stocksauer!!“) oder korrigiert (z.B. von traurig auf enttäuscht).

Understanding ist dann kritisch, wenn es floskelhaft und vorschnell angebracht wird und wenn die Fachperson nicht wirklich aus ganzem Herzen Verständnis für die Gefühle des Patienten empfinden kann. Verstehen kann man zudem nur ein Gefühl, das vorher benannt oder aus dem Verhalten des Patienten eindeutig zu erkennen ist. „Ich verstehe, dass Sie traurig sind!“, macht nur Sinn, wenn eindeutig Trauer wahrnehmbar war.

Ähnliches gilt für Respecting: Man muss glauben, was man sagt, wenn man dem Patienten vermitteln will, dass man Hochachtung empfindet für das, was er leistet.

Exploring ist eine Technik, mit der man aufgreifen kann, dass ‚etwas in der Luft liegt‘, ohne dass man genauer weiss, worum es geht. Hier geht es also um das Spüren einer in bestimmter Weise aufgeladenen Atmosphäre (Langewitz, 2007), die man nicht auf den Punkt bringen kann. Das betreffende

Gefühl ist weniger deutlich als das Gefühl, das man mit einem Naming zu kennzeichnen versucht.

Eine typische Äusserung wäre:

„Ich habe den Eindruck, dass es Ihnen irgendwie nicht gut geht. Aber ich verstehe das im Moment nicht. PAUSE Mögen Sie etwas dazu sagen?“

Intensive Emotionen, bei denen der Patient für längere Zeit aus dem Blickkontakt geht, schluchzt, kaum ansprechbar ist, sind sehr selten. Hier stellt sich vor allem die Frage, wie lange eine Fachperson warten sollte, bis sie überhaupt etwas sagt oder tut (z.B. Berühren).

Es lohnt sich, die Frage nach der angemessenen Zeitdauer mit dem Konzept der Fassung zu diskutieren: Die Fassung des Menschen ... ist das, was man verliert, wenn man die Fassung verliert. [...] In der Fassung identifiziert sich der Mensch mit etwas, das eindeutiger ist als er selbst [...]“ (Schmitz, 2011, S. 45). Patienten, die z.B. nach der Mitteilung einer überraschend schlechten Nachricht in Schweigen oder Schluchzen fallen, gehen aus dem Kontakt, senken den Blick, mit einem Wort: sie ringen um ihre Fassung. Wenn sie ihre Fassung wiedergefunden haben, gehen sie zurück in den Kontakt, schauen die Fachperson wieder an oder melden sich zurück in den Dialog mit einem Satz wie: „Ja, jetzt ist es einmal so... Wie geht es jetzt weiter?“. Es ist unmöglich in konkreten Zeitangaben zu sagen, wie lange man warten soll, bis man den Patienten, der in seine Innenwelt abgetaucht ist, wieder ansprechen soll. Längeres Schweigen kann für die Beteiligten schwer zu ertragen sein, auf ihnen lasten und die Situation immer verfänglicher werden lassen. Wenn eine Fachperson das Schweigen als zunehmend unangenehmer empfindet, ist es an der Zeit, sich um eine Wiederherstellung des Dialogs zu bemühen. Das kann mit einer der Kategorien aus dem NURSE-Modell geschehen oder aber auch mit dem expliziten Wechsel auf das weitere Vorgehen („Ich verstehe, dass Sie geschockt sind. PAUSE. Ich würde aber gerne jetzt noch mit Ihnen besprechen, wie die nächsten Schritt aussehen werden!“). Weitere Beispiele und weiterführende Literatur finden sich im Modul 5, in dem es um das Mitteilen schlechter Nachrichten geht.

Literatur:

- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Fryer-Edwards, K. A., Alexander, S. C., Barley, G. E., . . . Tulsky, J. A. (2007). *Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care*. *Arch Intern Med*, 167(5), 453-460.
- Kiessling, C., Dieterich, A., Fabry, G., Holzer, H., Langewitz, W., Muhlinghaus, I., . . . Schubert, S. (2010). *Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey*. *Patient Educ Couns*, 81, 259-266.
- Langewitz, W. (2007). *Beyond content analysis and non-verbal behaviour-What about atmosphere? A phenomenological approach*. *Patient Educ Couns*, 67(3), 319-323.
- Langewitz, W. (2011). *Patientenzentrierte Kommunikation*. In R. H. Adler, W. Herzog, P. Joraschky, K. Köhle, W. Langewitz, W. Söllner & W. Wesiack (Hg.), *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis (7. Auflage. Aufl., S. 338-347)*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Langewitz, W. A., Loeb, Y., Nubling, M., & Hunziker, S. (2009). *From patient talk to physician notes-Comparing the content of medical interviews with medical records in a sample of outpatients in Internal Medicine*. *Patient Educ Couns*, 76(3), 336-340.
- O'Keefe, M., Robertson, D., Sawyer, M., & Baghurst, P. (2003). *Medical student interviewing: a randomized trial of patient-centredness and clinical competence*. *Fam Pract*, 20(2), 213-219.
- Salmon, P., Langewitz, W., Deveugele, M., & van Dulmen, S. (2011). *Ten years of EACH (European Association for Communication in Healthcare) and priorities for the next ten years*. *Patient Educ Couns*, 85(1), 1-3.
- Schmitz, H. (2011). *Der Leib*. Berlin: de Gruyter.
- Young, B., Ward, J., Forsey, M., Gravenhorst, K., & Salmon, P. (2011). *Examining the validity of the unitary theory of clinical relationships: comparison of observed and experienced parent-doctor interaction*. *Patient Educ Couns*, 85(1), 60-67.
- Zimmermann, C., Del Piccolo, L., Bensing, J., Bergvik, S., De Haes, H., Eide, H., . . . Finset, A. (2011). *Coding patient emotional cues and concerns in medical consultations: The Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES)*. *Patient Educ Couns*, 82(2), 141-148.

Umgehen mit unterschiedlichen Konzepten - Grundlagen

Es ist gut bekannt, dass nach die wohl wichtigste Phase in der Behandlung chronischer (also der meisten) Erkrankungen nach dem Kontakt mit einer Fachperson stattfindet: in dem Intervall zwischen zwei Besuchen entscheidet sich, ob die Therapie umgesetzt wird oder nicht. Schätzungen der nicht wie verschrieben eingenommenen Medikamente variieren enorm; Schweizer Forscher verzweifeln an der hohen Therapietreue Schweizer Patientinnen und Patienten (z.B. Briel et al., 2006), in anderen Ländern nehmen es die Patienten weniger genau, und davon profitieren die Forscher.

Um ein neueres Beispiel zu zitieren: Knapp 50 Prozent der Patienten in der Studie von Zuckerman et al. (2012) nehmen nach einem Herzinfarkt die Medikamente so, dass eine ausreichende Zahl von Tagen pro Monat medikamentös abgedeckt ist:

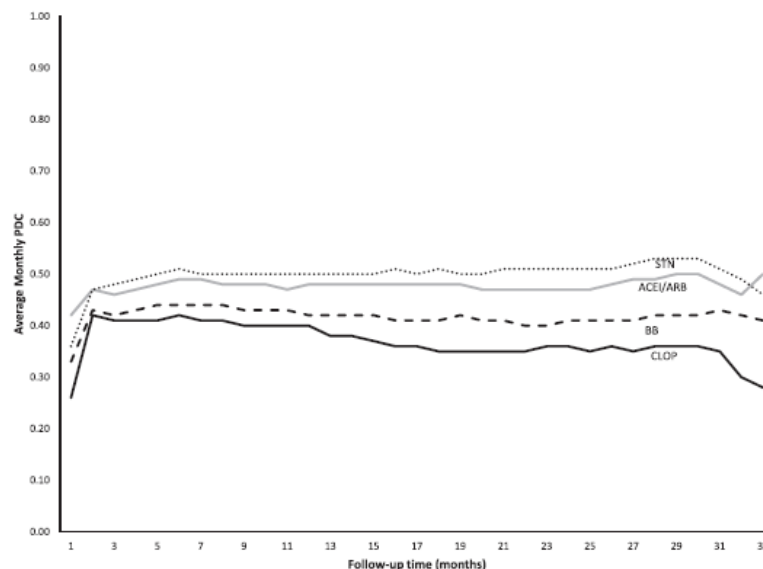


Figure 2. Trend of monthly proportion of days covered (PDC) of study medications during follow-up. ACEI = angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB = angiotensin-II receptor blocker; BB = beta-blocker; STN = statin; CLOP = clopidogrel.

Wie hängt Non-Adherence, also fehlende Therapie-Treue mit den Konzepten und Überzeugungen von Menschen zusammen? Auf den ersten Blick ist das aus dem Alltagsleben heraus einfach zu erklären: Man tut nur das, wovon man überzeugt ist. Andererseits tut man immer mal wieder auch etwas, wovon man eigentlich nicht überzeugt ist, sozusagen wider besseres Wissen. Zudem ist man manchmal durchaus von etwas als zutreffend und richtig überzeugt, nur sind die Umstände nicht so, dass man diesem Vorsatz folgen könnte, etc. Diese leicht verständlichen Erkenntnisse und Erfahrungen jedes Einzelnen finden sich in der Literatur wider: Non-Adherence lässt sich nur mit einem Bündel aus

Verschiedenen Faktoren erklären, soziale und Umgebungs-Faktoren, Charakteristika der klinischen Realität, incl. der Arzt-Patient-Kommunikation umfassen (z.B. Steiner, 2012).

Am sichersten ist es wohl anzuerkennen, dass die gängigen Annahmen zu den Prädiktoren von Non-Adherence empirisch nicht Bestand haben; schlechte Bildung, Alter, etc. sind im

Einzelfall vielleicht relevant, gesamthaft jedoch nicht ausreichend zur Erklärung. Auf dem Niveau der Einzelkonsultation gibt es vor allem eine Form der Gesprächsführung, die manchmal Erfolg verspricht und eigentlich immer die Fachperson von unnötigen Anstrengungen entlastet: Das Process of Change Modell und die daraus abgeleitete Gesprächsführung des Motivational Interviewing (Miller & Rose, 2009; Rollnick, Butler, Kinnnersley, Gregory, & Mash, 2010)(s. Anhang).

Das Process of Change Modell geht davon aus, dass Verhaltensänderungen über mehrere Stufen verlaufen: Von der Ignoranz des Problems („Ich bin so schlank, dass ich an meinem Cholesterin nichts machen muss.“) zur Anerkennung eines Problems („Anscheinend habe ich schlechte Blutfette geerbt.“), zur Vorbereitung einer Verhaltensänderung („Sagen Sie doch bitte mal, was man dagegen tun kann.“). Dann erst folgt die Umsetzung des neuen Verhaltens (tgl., 2 mal XY®), und dann das Problem, das neue Verhalten auch unter schwierigen Bedingungen beizubehalten („Im Urlaub hab ich’s manchmal vergessen!“). Bestandteil des Modells ist der Rückfall – er ist nicht primär eine unerwartete Katastrophe, sondern die Regel, aus der alle Beteiligten etwas lernen können. Rückfall kann auf jede der vorangegangenen Stufen zurückführen, also auch auf die Stufe der Ignoranz des Problems („Ich sehe, wie leicht es ist mit Rauchen aufzuhören. Ich kann’s also, wenn ich will. Falls ich Probleme bekommen sollte mit dem Rauchen, sage ich Bescheid, dann reden wir wieder drüber! War mal auf jeden Fall eine gute Erfahrung, so’n Ding durchzuziehen!“).

Die Kommunikationstechniken des Motivational Interviewing passen sehr gut zu dem, was in diesem Training unter Hypothesen-generierende Gesprächsführung vorgeschlagen wurde: sich zurückhalten mit vorschnellen eigenen Konzepten und Vorschlägen, abwarten und zuhören, den Patienten einladen, seine Gedanken zu formulieren.

Beispiele und konkrete Kommunikationstechniken/Schritte im Ablauf

Beispiel: *Der Patient hat das Konzept, dass er zu viele Medikamente einnimmt: Die mögliche Medikamenteninteraktion sieht er als gefährlich an, weswegen er die Medikamente auf die Hälfte reduziert. Er nimmt nur jene Pillen weiter ein, die nicht allzu gross sind und die gegen seine Schlaflosigkeit helfen. Er hätte sein Vorgehen nie mit seinem Arzt besprochen, wenn der ihn nicht bei einem Hausbesuch nach seiner Schachtel für die Medikamenteneinnahme gefragt hätte.*

Es ist eher die Ausnahme, dass Patienten und Ärzte die gleichen Konzepte zur Erkrankung und deren Behandlung haben. Besteht eine genügend grosse gemeinsame Schnittmenge der Konzepte, so stören die übrigen Unterschiede wenig. Differieren jedoch die Konzepte von Arzt und Patient stark, so kann dies eine sinnvolle Diagnostik und Therapie verunmöglichen.

1. Daran Denken/ Ansprechen

Oft sind sich Ärzte nicht bewusst, dass ein Patient ein von ihnen stark abweichendes Krankheitskonzept hat. Patienten berichten selten spontan von ihren Konzepten, sondern zeigen Verhaltensweisen, die für Ärzte irritierend sind.

Beispiel: *„Viele Patienten haben Mühe die vielen Medikamente regelmässig einzunehmen. Wie ist das bei ihnen?“*

2. Konzept des Patienten explorieren

Als Orientierung zur Exploration des Konzepts des Patienten ist „Common sense model of illness“ von Leventhal gut geeignet (Hale, Treharne, & Kitas, 2007; Phillips, Leventhal, & Leventhal, 2012). Der Patient soll durch patientenzentrierte Gesprächstechniken (WWSZ und NURSE) zum Erzählen gebracht werden. Patienten wissen, dass ihr Konzept oft nicht mit dem des Arztes übereinstimmt und das Offenlegen kann als Vertrauensbeweis für den Arzt angesehen werden. Oft haben die Patienten kein vollständiges Konzept, sie haben nur über bestimmte Anteile des Common sense model of illness nachgedacht.

3. Anerkennung der funktionelle Anteile des Konzeptes:

Nach der Zusammenfassung des Patientenkonzeptes durch den Arzt versucht dieser, die funktionellen Anteile des Patientenkonzeptes anzuerkennen.

Gibt es wenige oder keine brauchbaren Anteile, kann der Arzt noch immer sagen:
„Ich finde es gut, dass Sie so offen mit mir über Ihre Mühe die Medikamente einzunehmen sprechen und Ihre Gründe darlegen...“

4. Ansprechen der dysfunktionalen Anteile des Konzeptes und Offenlegen des eigenen medizinischen Konzeptes

Nachdem die brauchbaren Anteile des Patientenkonzeptes besprochen wurden, sollten direkt und nicht moralisierend die dysfunktionalen Anteile des Patientenkonzeptes angesprochen werden.

Beispiel: *„Ich kann verstehen, dass Sie keine unnötigen Medikamente einnehmen wollen. Wenn Sie aber die Hälfte der verordneten Dosis einnehmen, haben Sie nicht die Hälfte der erwünschten Wirkung, sondern gar keine Wirkung.“*

„Asking for permission“ ist ein wichtiges Element von Motivational Interviewing, bevor man das eigene medizinische Konzept erklärt. Zur Art der Informationsvermittlung siehe das Modul Vermitteln komplexer Informationen.

Beispiel: *„Wollen Sie wissen, wie ich das sehe?“* Die meisten Patienten stimmen dem zu, bei den seltenen Ausnahmen ist der Versuch der Wissensvermittlung zum jetzigen Zeitpunkt sinnlos und anderes muss zuerst geklärt werden.

5. Verhandeln (Braucht Zeit!)

Wenn man das Konzept des Patienten kennt, ist es oft einfacher, in einen Verhandlungsprozess einzutreten.

Beispiel: *„Ich kann verstehen, dass Sie nicht unnötig Medikamente einnehmen wollen. Wie wäre es mit der Idee, langfristig von ein paar Medikamenten wegzukommen? Da könnten Sie durch eine Umstellung Ihrer Lebensweise schon viel erreichen....“*

6. Gemeinsames Konzept erarbeiten und überprüfen, ob Patient mit dem gemeinsamen Konzept einverstanden ist

Nach unterschiedlicher Verhandlungsdauer sollte der Arzt das „gemeinsame Konzept“ zusammenfassen und auf die Reaktion des Patienten warten.

Beispiel:

Arzt: *„Also ich fasse zusammen: Sie nehmen ab sofort das eine Medikament in der Dosierung wie besprochen. Dafür lassen Sie die beiden anderen Medikamente weg und stellen Ihre Lebensweise um....?“*

Pause.

Patient :“ok“

Arzt:“ *Wie besprochen, die Umstellung der Lebensweise ist oft gar nicht so einfach. Aber wären Sie mit einem Versuch einverstanden?“*

Patient: „*Ich möchte es versuchen.*“

Common sense model of illness (Leventhal) (Phillips et al., 2012):

Im Modell wird davon ausgegangen, dass sich betroffene Menschen einige typische Fragen stellen, deren Antwort dann ihr persönliches Modell des Krankseins definieren:

- Was ist das? (Identity)
- Was ist die Ursache? (Cause)
- Was sind die Folgen? (Consequences)
- Wie ist der zeitliche Verlauf? (Time Line)
- Wie kann man das behandeln? (Control)

Konkrete Techniken und ihre Überprüfung bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung

Das ärztliche Verhalten in der partizipatorische Entscheidungsfindung kann mit Hilfe des Fragebogens für partizipatorische Entscheidungsfindung (PEF-FB-9) erfasst werden (Scholl, Kriston, Dirmaier, Buchholz, & Härter, 2012). Die wichtigsten Gesprächstechniken aus den 9 Items sind:

1. Kommuniziere: Entscheidung steht an!

Der Arzt muss dem Patienten explizit verständlich machen, dass eine Entscheidung ansteht. Wenn er das unterlässt, kann der Patient keine Entscheidung treffen. Oft klaffen die Wahrnehmung des Arztes („*Ich habe es doch erklärt, dass ein Entscheid ansteht* „) und die Wahrnehmung des Patienten („*Der Arzt hat mir nichts von einer Entscheidung erzählt*“) weit auseinander.

2. Was sind die Optionen?

Siehe Vermittlung von komplexen Informationen.

3. Was sind die Vor-/Nachteile der Optionen

Siehe Vermittlung von komplexen Informationen.

4. Was ist die Präferenz des Patienten?

Die Präferenz des Patienten in der Entscheidungsfindung kann sehr unterschiedlich sein und ändert sich auch oft beim selben Patienten im zeitlichen Verlauf in Abhängigkeit von dem, was zu entscheiden ist. Im Wesentlichen unterscheidet man 3 Präferenzen:

Der Patient überlässt den Entscheid dem Arzt („*Sie sind der Experte! Wenn ich mein Auto in die Garage fahre, muss ich auch dem Mechaniker vertrauen, wenn er mir sagt, was repariert werden muss*“)

Der Patient trifft den Entscheid ohne den Arzt („Heute treffe ich keinen Entscheid, ich will mir noch anhören, was Ihr Kollege meint, als second opinion“)

Der Patient trifft den Entscheid gemeinsam mit dem Arzt („Ich möchte gerne den Entscheid mit Ihnen gemeinsam treffen, nachdem ich das Für und Wider der Optionen mit Ihnen durchgegangen bin“).

Ärzte können – entgegen ihrer Selbsteinschätzung - die Präferenzen ihrer Patienten in der Entscheidungsfindung nur schlecht einschätzen. Deshalb ist es wichtig, danach zu fragen:

Beispiel: *“Patienten wollen in unterschiedlicher Weise am Entscheidungsprozess beteiligt werden. Es gibt Patienten, die möchten den Entscheid dem Arzt überlassen, andere wollen den Entscheid ohne den Arzt selbständig treffen und wieder andere Patienten wollen den Entscheid gemeinsam mit dem Arzt treffen. Wie ist das bei Ihnen?“*

Abhängig von der jeweiligen Präferenz kann der Informationsprozess darauf abgestimmt, verkürzt oder ausgeweitet werden.

5. (Was ist die Präferenz des Arztes?)

Die Klammer steht dafür, dass die Exploration der Präferenz des Arztes kein „offizieller“ Teil der partizipatorischen Entscheidungsfindung ist, jedoch oft von grossem Interesse für den Patienten.

Beispiel: *“Angenommen, Herr Doktor, Ihre Frau wäre in derselben Situation wie ich jetzt, zu welcher von den 2 Optionen würden Sie ihr raten?“*

Abhängig von der Entscheidungssituation und den individuellen Überzeugungen des Arztes wird der Arzt seine eigene Option äussern und für sich behalten, weil er den Patienten auf keinen Fall beeinflussen will.

Literatur:

- Briel, M., Langewitz, W., Tschudi, P., Young, J., Hugenschmidt, C., & Bucher, H. C. (2006). Communication training and antibiotic use in acute respiratory tract infections. A cluster randomised controlled trial in general practice. *Swiss Med Wkly*, 136(15-16), 241-247.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol*, 64(6), 527-537.
- Mullan, R. J., Montori, V. M., Shah, N. D., Christianson, T. J., Bryant, S. C., Guyatt, G. H., . . . Smith, S. A. (2009). The diabetes mellitus medication choice decision aid: a randomized trial. *Arch Intern Med*, 169(17), 1560-1568.
- Rollnick, S., Butler, C. C., Kinnersley, P., Gregory, J., & Mash, B. (2010). Motivational interviewing. *Bmj*, 340, c1900.
- Steiner, J. F. (2012). Rethinking adherence. *Ann Intern Med*, 157(8), 580-585.
- Zuckerman, I. H., Yin, X., Rattinger, G. B., Gottlieb, S. S., Simoni-Wastila, L., Pierce, S. A., . . . Stuart, B. (2012). Effect of exposure to evidence-based pharmacotherapy on outcomes after acute myocardial infarction in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 60(10), 1854-1861.

Mitteilen schlechter Nachrichten - Grundlagen

Das Vermitteln schlechter Nachrichten gehört wohl zu den schwierigsten Aufgaben eines Arztes oder einer Ärztin. Schlechte Nachrichten hören zu müssen, stellt für alle Menschen eine grosse Belastung dar. Von daher ist nachvollziehbar, dass seit langem versucht wird, die hilfreichen Elemente in dieser kritischen Situation zu identifizieren und an professionelle Helfer zu vermitteln (Back et al., 2007; Fallowfield & Jenkins, 2004). Schlechte Nachrichten sind vor allem im Umfeld von Krebserkrankungen untersucht worden, es ist aber wichtig sich darüber klar zu sein, dass es potentiell tödliche oder invalidisierende Erkrankungen genauso in anderen Gebieten der Medizin gibt, z.B. in der Neurologie, in der Pädiatrie oder in der Kardiologie; auch die Mitteilung, ab jetzt Insulin spritzen zu müssen, ist sicher eine schlechte Nachricht, auch ohne, dass es um Leben und Tod geht.

Aufbauend auf der Vermittlung von Arzt-zentrierten und Patienten-zentrierten Gesprächstechniken haben sich für uns folgende drei Schritte zur Vermittlung schlechter Nachrichten im klinischen Alltag bewährt: **BAD**, B (Breaking bad news), A (Acknowledge patient's reactions), D (Develop plans for the near future).

1. Breaking bad news

- Was muss ich wissen?
Bevor der Arzt die Information gibt, muss er sich selbst informiert haben.
- Was weiss der Patient?
In den Situationen, wo der Arzt z.B. als Spezialist erstmalig zugezogen wird, ist es ratsam, den Patienten zu fragen: *"Können Sie mir kurz sagen, was Sie über Ihre Krankheit wissen?"*, bevor die schlechte Nachricht überbracht wird. Nicht immer stimmt das, was Kollegen zum Wissensstand des Patienten behaupten, mit dem überein, was der Patient tatsächlich weiss.
- Ankündigen
"Es tut mir leid ..." Die Ankündigung fokussiert die Aufmerksamkeit des Patienten auf das, was kommt, und manchmal nimmt der Patient die schlechte Nachricht vorweg, z.B. *"Ist der Tumor wieder da?"*
- Übermitteln der Information gemäss KISS: Keep It Short and Simple!
Die meisten schlechten Nachrichten kann man kurz und einfach übermitteln. Ärzte, die lange und kompliziert reden, gehen weniger auf die Bedürfnisse der Patienten ein als auf ihre eigenen.
- Warten
Essenziell nach der Mitteilung der schlechten Nachrichten. Nur so hat der Patient die Chance, seine ganz individuelle Reaktion und momentanen Bedürfnisse zu zeigen. Für Ärzte oft schwer aushaltbar.

2. Acknowledge patient's reactions

Je nachdem, wie die Reaktion des Patienten ist, geht der Arzt entweder mehr auf die Emotionen des Patienten oder sein Informationsbedürfnis ein.

- NURSE (Umgehen mit Emotion)
Siehe patientenzentrierte Gesprächstechniken
- Antwort auf Fragen (Information)
Siehe Gesprächstechniken zur Vermittlung von komplexen Informationen Was sind die Informationen, die er jetzt wissen muss?
- Jetzt nützt dem Patienten eine wohl überlegte Auswahl der Information, und nicht eine Informationsflut.
- Kein vorschneller Trost
Trost ist wichtig, doch wenn er vorschnell gegeben wird, verhindert er, dass Patienten ihre Sorgen, Ängste und Informationsbedürfnisse äussern.

3. Develop plans for the near future

- Wie geht es weiter (nächsten Schritte)?
Der Patient muss wissen, was die nächsten Schritte sind, z.B.: *"Der nächste Schritt ist die Operation. Abhängig vom Resultat kann man dann bestimmen, wie es weitergehen wird."*
- Kann ich die schlechte Nachricht mit „guten“ ergänzen?
z.B.: *"Die Therapien, die ich Ihnen vorschlage, sind sehr eingreifend, aber unser Ziel ist, Sie von der Krankheit zu heilen."*
- Terminvereinbarung und Erreichbarkeit für Notfälle
„Wann sehen wir uns wieder?“

Körperkontakt hilfreich oder übergriffig?

Eine immer wieder auftauchende Frage bei Schulungen ist die Frage, inwieweit es angemessen sei, einen Patienten zu berühren oder gar in den Arm zu nehmen. Diese Frage lässt sich auf Grund empirischer Daten nicht beantworten, man könnte aber unter dem Konzept der Fassung versuchen, die Situationen zu charakterisieren, in denen eine Berührung für den Betroffenen sinnvoll erscheint. Der Begriff der Fassung beschreibt in der Neuen Phänomenologie sozusagen den Aussenbezirk der Person, Fassung ist das erste, was einem bei einem anderen Menschen begegnet, sie ist das, was man verliert, wenn man die Fassung verliert. Patienten, bei denen sich die Frage stellt, ob eine Berührung hilfreich wäre, sind meistens die Patienten, die nach der Mitteilung schlechter Nachrichten die Fassung verlieren: sie gehen aus dem Blickkontakt, verstummen, beginnen womöglich zu schluchzen. In diesem Moment sind die Betroffenen offenkundig eher ‚bei sich selbst‘, man könnte auch sagen: sie ringen nach Fassung. Letztlich gibt es in diesem Moment nur zwei Ziele, die eine Fachperson versuchen könnte zu erreichen: den Patienten dabei unterstützen, seine Fassung wiederzugewinnen oder ihm dabei helfen, seine Fassung zu verlieren und sich den negativen Affekten zu überlassen. Unter der Voraussetzung, dass jemand, der seine Fassung verloren hat, auch Mühe hat, den Informationen zu folgen, die man ihm z.B. zum weiteren Procedere übermitteln möchte, könnte es sinnvoll sein, den

Patienten dabei zu stützen, seine Fassung wiederzugewinnen. Man könnte aus dem eigenen Erleben also ein Repertoire von Berührungen und Gesten erstellen, die das Wiederaufrichten der Fassung fördern und solche, die ein Aufweichen der Fassung erleichtern. Man wird wahrscheinlich feststellen, dass klopfende Gesten (z.B. die Obama-Umarmungen von Klassenkameraden der ermordeten Kinder in ... oder das Tätscheln des Oberarms oder des Handrückens) tendenziell aufmunternden Charakter haben, während langes kontinuierliches Berühren das Weinen erleichtert.

Ein Beispiel mag das erläutern: der Sohn eines Verstorbenen hat sich bereit erklärt, auf der Beerdigungsfeier eine persönliche Rede auf seinen Vater zu halten. Der Pfarrer macht ihm Platz am Altar, zieht sich in das Seitenschiff der Kirche zurück. Der Sohn will anfangen zu sprechen und kann nicht. Ihm bricht die Stimme, er ringt um Fassung, schaut hilflos zum Pfarrer. Dieser bewegt sich auf den Sohn zu, bleibt aber in einem Abstand von ca. 3 m stehen und schaut ihn mit freundlichem Gesichtsausdruck an, zeigt keine spezifische Gestik. Der Sohn nimmt den Blick des Pfarrers auf, verharrt für 20-30 Sekunden, wendet sich dann seinem Manuskript zu fängt an, seine Rede auf den Vater zu halten. Dies wäre ein Beispiel für eine Form der distanzierten Anteilnahme, die dazu beigetragen hat, die Fassung zu bewahren. Man stelle sich vor, was passiert wäre, wenn der Pfarrer zu dem Sohn gegangen und ihn womöglich berührt hätte.

Weiterführende Literatur

- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Fryer-Edwards, K. A., Alexander, S. C., Barley, G. E., . . . Tulsky, J. A. (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med*, *167*(5), 453-460.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*, *363*(9405), 312-319.
- Hale, E. D., Treharne, G. J., & Kitas, G. D. (2007). The common-sense model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology (Oxford)*, *46*(6), 904-906.
- Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology*, *17*(2), 244-257.
- Scholl, I., Kriston, L., Dirmaier, J., Buchholz, A., & Härter, M. (2012). Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire – physician version (SDM-Q-Doc). *Patient Educ Couns*, *88*(2), 284-290.
- Whitney, S. N., McGuire, A. L., & McCullough, L. B. (2004). A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med*, *140*(1), 54-59.