



Death Education **For** Palliative Psychology

Kommunikation in der Palliativbetreuung (PC)

*Dr. Franchini Luca & Dr. Raccichini Melania,
Psycholog*innen*

(Übersetzt von Alexandra Leitner und Michael Wieser)





Konzept

In diesem dritten Modul wird untersucht, wie mit Gesprächen mit Patient*innen und Familien über schwere Krankheiten umgegangen werden kann, sowie gute Praktiken für das Gesundheitspersonal, schlechte Nachrichten zu überbringen.

Zu erwerbende Kompetenzen:

- In der Lage sein, die Bedeutung und die Auswirkungen der Kommunikation sowohl von Prognosen als auch von Interventionen im Kontext der Palliativbetreuung zu erkennen
- Förderung der Kommunikationsfähigkeit von Teams von Fachleuten des Gesundheitswesens
- Verstehen der Prinzipien empathischer Kommunikation und Strategien zu deren Anwendung



VOLUME 35 · NUMBER 31 · NOVEMBER 1, 2017

Journal of Clinical Oncology

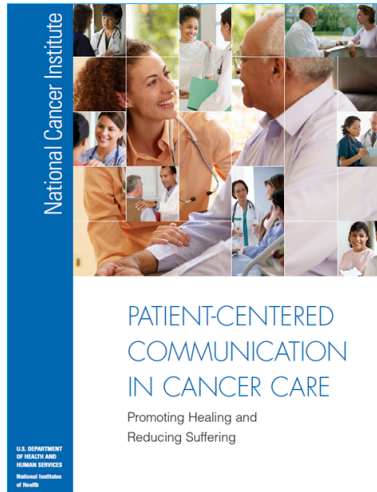
ASCO SONDERARTIKEL

Patient*innen-Klinik-Kommunikation: Konsensusleitlinie der
Amerikanischen Gesellschaft für Klinische Onkologie

*Timothy Gilligan, Nessa Coyle, Richard M. Frankel, Donna L. Berry, Kari Bohlke, Ronald M. Epstein, Esme Finlay,
Vicki A. Jackson, Christopher S. Lathan, Charles L. Loprinzi, Lynne H. Nguyen, Carole Segel, and Walter F. Baile*

- Angehörige der Gesundheitsberufe, insbesondere Ärzt*innen, müssen oft **verheerende Nachrichten** im Zusammenhang mit schlechter Diagnose und Prognose sowohl der*dem Patient*in als auch der Familie **mitteilen**.
- Die Patient*innen reagieren auf die Diagnose und die Behandlung mit Angst, Wut und Trauer, und all diese **negativen Emotionen** machen die Gesprächsführung extrem schwierig und heikel.
- Onkologie und Palliativbetreuung befassen sich mit einem sehr breiten Spektrum von Pathologien mit sowohl komplexen Merkmalen als auch Behandlungen, und **oft haben Patient*innen nicht den kulturellen Hintergrund**, um leicht zu verstehen, was mit ihnen geschieht.

*Eine gute Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation ist verbunden mit:*



- Höhere Patient*innenzufriedenheit
- Besseres Management der Symptome
- Besseres Management des Lebensendes
- Bessere Einhaltung von Behandlungen
- Weniger ängstliche Symptome
- Weniger Klagen wegen ärztlichen Fehlverhaltens



GILLIGAN, SALMI, AND ENZINGER

**Die Patient*innen-Klinik-Kommunikation ist eine gemeinsame Schöpfung:
Gemeinsam auf Wohlbefinden hinarbeiten**

2018 ASCO EDUCATIONAL BOOK | asco.org/edbook

Timothy Gilligan, MD, Liz Salmi und Andrea Enzinger, MD

Kliniker*innen in der Onkologie stehen vor einer monumental schwierigen Aufgabe: Sie müssen die Patient*innen auf dem vielleicht beängstigendsten und unangenehmsten Weg ihres Lebens begleiten.

Sie müssen die Hoffnung ihrer Patient*innen bewahren und ihnen gleichzeitig genaue Informationen geben.

Die Zeit der Kommunikation zwischen den Ärzt*innen und den Patient*innen ist die Zeit der Betreuung!

**BITTE
BEACHTEN...**

Empathische Kommunikation

Der einzige Weg, Patient*innen gegenüber empathisch zu sein, besteht darin, ihnen das Gefühl zu geben, dass ihre Emotionen erkannt und bestätigt werden.



WALTER BAILE

Die Kommunikation in der Medizin
Akademie der Wissenschaften der Palliativmedizin
16. März 2013



Der gute Arzt

Don S. Dizon, MD, FACP, FASCO

@drdonsdizon

Sep 25, 2018

ASCO Connection

Die professionelle Networking-Website für die weltweite Onkologie-Gemeinschaft der ASCO

Die Macht der Worte: Entscheidungsfindung und Prognose diskutieren

Don S. Dizon, MD, Mary C. Politi, PhD, und Anthony L. Back, MD

"Trotz des Fortschritts in der Medizin steht die **Beziehung zwischen Patient*innen und Ärzt*innen** nach wie vor im **Mittelpunkt der klinischen Versorgung**, und dies mag insbesondere in der Onkologie zutreffen".

Editorial



Kommunikation bei Krebs

Elie Isenberg-Grzeda und Janet Ellis

KOMMUNIKATION ist ein wesentlicher Bestandteil des **menschlichen Wesens**.

Kliniker*innen sind in erster Linie Menschen und dann Angehörige der Gesundheitsberufe.

Dieses Konzept läuft manchmal Gefahr, während der medizinischen Ausbildung und Praxis verloren zu gehen, weshalb wir möglicherweise wieder **lernen müssen, wie wir** auf verschiedenen Ebenen und mit verschiedenen Themen **kommunizieren** können.





VOLUME 35 · NUMBER 31 · NOVEMBER 1, 2017

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY ASCO SPECIAL ARTICLE

2017 hat die ASCO zum ersten Mal einen **Konsensleitfaden zur Kommunikation** erstellt, der 9 Empfehlungen enthält.

*Patient*innen-Kliniker*innen-Kommunikation: Konsensusleitlinie der Amerikanischen Gesellschaft für Klinische Onkologie*

Timothy Gilligan, Nessa Coyly, Richard M. Frankel, Donna L. Berry, Kari Bohike, Ronald M. Epstein, Esme Finlay, Vicki A. Jackson, Christopher S. Lathan, Charles L. Loprinzi, Lynne H. Nguyen, Carole Seigel und Walter F. Baile

1. GRUNDLEGENDE KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEITEN
2. ERÖRTERUNG SOWOHL DER BEHANDLUNGSZIELE ALS AUCH DER PROGNOSE
3. ERÖRTERUNG VON BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN UND KLINISCHEN STUDIEN
4. ERÖRTERUNG VON BEHANDLUNGEN AM LEBENSENDE
5. NUTZUNG DER KOMMUNIKATION, UM DIE EINBEZIEHUNG DER FAMILIE IN DIE BETREUUNGSPLANUNG ZU FÖRDERN
6. ÜBERWINDUNG VON KOMMUNIKATIONSBARRIEREN
7. ERÖRTERUNG DER KOSTEN VON BEHANDLUNGEN
8. ERFÜLLUNG DER BEDÜRFNISSE VON MENSCHEN, DIE VON AUSGRENZUNG BEDROHT SIND
9. SCHULUNG DER KLINIKER*INNEN IN KOMMUNIKATIONSFERTIGKEITEN

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mittellung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

1. GRUNDLEGENDE KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEITEN

Vor jedem Gespräch: Überprüfen Sie die Krankengeschichte der Patient*innen und definieren Sie die Ziele des Gesprächs. Zunächst sollten Sie das Wissen der Person über ihre Krankheit erforschen und eine offene und kooperative Beziehung aufbauen. Stellen Sie Informationen bereit, die mit den Erwartungen und Präferenzen der Person übereinstimmen. **Reagieren Sie einfühlsam auf die Emotionen der Person.**

2. BEHANDLUNGSZIELE UND PROGNOSE DISKUTIEREN

Die Informationen müssen auf eine personalisierte Weise weitergegeben werden, die den Bedürfnissen und Anforderungen der Patient*innen entspricht.

Die Menschen wünschen sich im Allgemeinen einen genauen und ehrlichen Informationsaustausch mit ihren Betreuer*innen, der in einer Weise geführt wird, die die Hoffnung unterstützt.

3. BEHANDLUNGSOPTIONEN UND KLINISCHE STUDIEN DISKUTIEREN

Die Patient*innen erinnern sich an weniger als die Hälfte der Informationen, die wir in Gesprächen austauschen, daher ist es gut, sich über die Ziele der Behandlung sehr klar zu sein, immer Kosten und Nutzen darzustellen, damit sie die Entscheidung gut abwägen können.

4. ÜBER DIE PFLEGE AM LEBENSENDE DISKUTIEREN

Es wird empfohlen, Gespräche über das Lebensende schon früh im Krankheitsverlauf zu beginnen und zu erkunden, wie die persönlichen, kulturellen, spirituellen usw. Aspekte jeder Person ihre Präferenzen hinsichtlich der Behandlungsplanung beeinflussen.

5. DIE KOMMUNIKATION NUTZEN, UM DIE BETEILIGUNG DER FAMILIE AN DER PFLEGE ZU ERLEICHTERN

6. ÜBERWINDUNG VON KOMMUNIKATIONSBARRIEREN

Verwenden Sie Dolmetscher*innen für Personen mit verschiedenen Sprachen. Prüfen Sie bei Menschen mit geringer Schulbildung häufig das Verständnissniveau und konzentrieren Sie sich auf die wichtigsten Aspekte.

7. BEHANDLUNGSKOSTEN DISKUTIEREN

8. DIE BEDÜRFNISSE DER VON MARGINALISIERUNG BEDROHTEN BEVÖLKERUNG ERFÜLLEN

9. KLINIKER*INNEN IN KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEITEN AUSBILDEN

Das Unterrichten von Kommunikation ist wie das Unterrichten, wie man ein Instrument spielt oder eine Sportart ausübt... die Vorlesungen haben sich nicht als nützlich erwiesen! Die Ausbildung sollte nicht auf theoretischen Grundlagen der Kommunikation basieren, sondern lehren, wie man in der klinischen Praxis effektiv kommuniziert, so dass es gut ist, Rollenspiele, Szenarien mit simulierten Patient*innen, echte Videoaufnahmen usw. zu verwenden.



Review



Wie man mit Patient*innen über den zukünftigen Krankheitsverlauf und das Lebensende kommuniziert: Eine systematische Übersicht

Parry R. et al. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2014;4:331-341. doi:10.1136/bmjspcare-2014-000649

Fangfragen und **indirekte Gespräche** haben sich bei der Förderung von Gesprächen über sensible Themen als wirksam erwiesen. Diese Art der Kommunikation bietet Patient*innen die Möglichkeit, Diskussionen über diese Themen zu vermeiden.

Dieser Ansatz wird vor allem dann als nützlich erachtet, wenn Ärzt*innen nicht sicher sind, ob die Person für die Diskussion von Themen empfänglich ist, die ihre Gesundheit betreffen.

Hypothetische Fragen führen stärker zu einem Gespräch über ein bestimmtes Thema und setzen damit den Rahmen für die Diskussion.

Diese Art von Fragen kann verwendet werden, wenn die Kliniker*innen der Meinung sind, dass es für die Patient*innen wichtig ist, dieses Gespräch zu führen (d.h. wann eine Entscheidung über eine Behandlung getroffen werden sollte).

Kommunikationsfertigkeiten und Training

The Oncologist®

Symptom Management and Supportive Care

The Oncologist 2019;24:1–11 www.TheOncologist.com

Wirkung eines Fertigkeitentrainings für Onkolog*innen und einer Patient*innenkommunikationshilfe auf die gemeinsame Entscheidungsfindung über die palliative systemische Behandlung: Eine randomisierte klinische Studie

INGE HENSELMANS^{1,2,3,4,5,6}, HANNEKE W.M. VAN LAARHOVEN^{3,4,5,6}, POMME VAN MAARSCHALKERWERD⁴, HANNEKE C.J.M. DE HAES⁴, MARCEL G.W. DUKGRAAF¹, DIRKJE W. SOMMEIJER^{3,4,5}, PETRONELLA B. OTTEVANGER⁴, HELLE-BRIT FRIEDICH⁵, SERGE DOORMAN¹, GEERT-JAN GREEMERS¹, FLIP Y.F.L. DE VOS⁴, ELLEN M.A. SNETS^{4,5,6}

Multizentrische randomisierte kontrollierte Studie mit vier parallelen Zweigstellen (2016-2018)

- 31 randomisierte Onkolog*innen wurden gebeten, an einem Training für Kommunikationsfertigkeiten zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (Share Decision Making, SDM) teilzunehmen oder nicht.
- 194 randomisierte Krebspatient*innen mit fortgeschrittenem Krankheitsstadium wurden gebeten, ein Programm zur Unterstützung der Kommunikation mit ihren Kliniker*innen zu erhalten oder nicht.



Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mitteilung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

Zusammenfassung

Hintergrund: Die palliative systematische Behandlung bietet einen unsicheren und oft begrenzten Nutzen, und die Belastung kann hoch sein. Daher erfordern Behandlungsentscheidungen eine gemeinsame Entscheidungsfindung (SDM). Diese Studie untersuchte die unabhängige und kombinierte Wirkung einer Onkolog*innenausbildung und einer Patient*innenkommunikationshilfe auf SDM.

Methoden: In dieser multizentrischen, randomisierten, kontrollierten Studie mit vier parallelen Zweigstellen (2016-2018) wurden Onkolog*innen (n = 31) randomisiert, ob sie ein SDM-Kommunikationstraining erhielten oder nicht. Das Training bestand aus Lesestoff, zwei Gruppensitzungen, einer Förder-Sitzung und einem Beratungsraum-Tool (10 Stunden). Patient*innen (n = 194) mit fortgeschrittenem Krebs wurden randomisiert, ob sie ein Patient*innen-Kommunikationshilfsmittel erhielten oder nicht. Die Hilfe bestand aus einer Schulung über SDM, einer Abfrageliste und einer Übung zur Wertklärung. Das primäre Ergebnis war das beobachtete SDM, wie es von verblindete Beobachter*innen aus Audioaufzeichnungen von Konsultationen bewertet wurde. Zu den sekundären Ergebnissen gehörten die von den Patient*innen berichteten SDM, die Zufriedenheit von den Patient*innen und Onkolog*innen, der Entscheidungskonflikt der Patient*innen, die


Lebensqualität der Patient*innen 3 Monate nach der Konsultation, die Dauer der Konsultation und die getroffene Entscheidung.

Ergebnisse: Das Training der Onkolog*innen hatte einen großen positiven Effekt auf das beobachtete SDM (Cohen's $d = 1,12$) und auf das von den Patient*innen gemeldete SDM ($d = 0,73$). Die Patient*innenkommunikationshilfe verbesserte das SDM nicht. Die Kombination der Interventionen trug nicht zum Effekt der reinen Onkolog*innenschulung bei. Die Interventionen wirkten sich weder auf die Zufriedenheit der Patient*innen oder Onkolog*innen mit der Konsultation noch auf den Entscheidungskonflikt der Patient*innen, die Lebensqualität, die Konsultationsdauer oder die getroffene Entscheidung aus.

Schlussfolgerung: Die Schulung von medizinischen Onkolog*innen im SDM über palliative systemische Behandlung verbessert sowohl die beobachtete als auch die von den Patient*innen berichteten SDM. Ein Hilfsmittel zur Patient*innenkommunikation nicht. Die Aufnahme von Kompetenzschulungen in (Fort-)Bildungsprogramme für medizinische Onkolog*innen dürfte die weithin befürwortete Aufnahme gemeinsamer Entscheidungsfindung in die klinische Praxis fördern. Registrierung von Studien. Niederländisches Studienregister NTR 5489.

Konsequenzen für die Praxis: Die Behandlung von fortgeschrittenem Krebs bietet ungewisse und oft geringe Vorteile, und die Belastung kann hoch sein. Daher erfordern Behandlungsentscheidungen eine gemeinsame Entscheidungsfindung (SDM). SDM wird aus ethischen Gründen und wegen seiner positiven Wirkung auf die Patient*innenresultate zunehmend befürwortet. Nur wenige Initiativen zur Förderung von SDM werden in robusten Designs evaluiert. Diese randomisierte kontrollierte Studie zeigt, dass die Ausbildung medizinischer Onkolog*innen sowohl die beobachtete als auch die von den Patient*innen berichteten SDM in klinischen Begegnungen begegnet ($n = 194$). Eine Kommunikationshilfe für Patient*innen vor der Konsultation trug nicht zum Effekt des Onkolog*innentrainings bei. Die Ausbildung von SDM verändert effektiv die Praxis von Onkolog*innen und sollte in (Fort-)Bildungsprogrammen eingeführt werden.





Wirkung eines Fertigkeitentrainings für Onkolog*innen und einer Patient*innenkommunikationshilfe auf die gemeinsame Entscheidungsfindung über die palliative systemische Behandlung: Eine randomisierte klinische Studie

INGE HENSEMANS^{a,d,e}, HANNEKE W.M. VAN LAARHOVEN^{b,d}, POMME VAN MAARSCHALKERWEERD^a, HANNEKE C.J.M. DE HAES^a, MARCEL G.W. DIJKGRAAF^c, DIRKJE W. SOMMEIJER^{b,d}, PETRONELLA B. OTTEVANGER^a, HELLE-BROT FIEBICH^b, SERGE DOHMEN^c, GEERT-JAN OREEMERS^c, FILIP Y.F.L. DE VOS^b, ELLEN M.A. SMETS^{a,d,e}

Symptom Management and Supportive Care

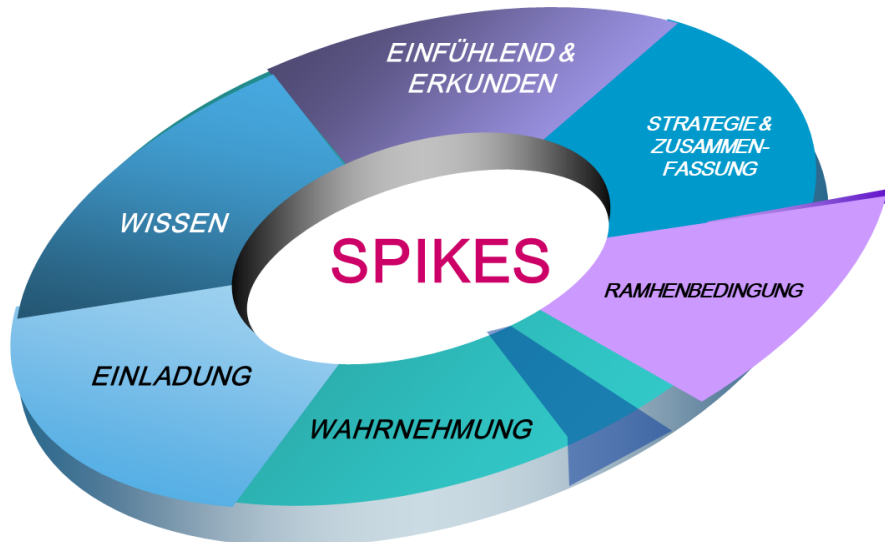
The Oncologist 2019;24:1–11 www.TheOncologist.com

Ergebnisse	Training		Hilfe bei der Kommunikation		Kombination	
	b (95% CI)	Cohen's d ^a	b (95% CI)	Cohen's d ^a	b (95% CI)	Cohen's d ^a
SDM (OPTION12, 0–100) ^b	18.06 (12.81 to 23.15) ^c	1.12	0.22 (-4.64 to 5.51)	0.01	19.33 (14.66 to 24.25) ^c	1.21
SDM (4SDM, 0–24)	6.68 (4.52 to 8.74) ^c	1.13	1.62 (-0.24 to 3.49)	0.28	7.17 (5.28 to 9.24) ^c	1.22
SDM Stufe 1 (0-6): Setting SDM agenda	1.87 (1.30 to 2.45) ^c	1.07	0.42 (-0.16 to 1.06)	0.25	2.19 (1.67 to 2.79) ^c	1.24
SDM Stufe 2 (0-6): Unterrichtung	2.08 (1.36 to 2.79) ^c	1.19	0.32 (-0.23 to 0.87)	0.19	2.15 (1.44 to 2.86) ^c	1.24
SDM Stufe 3 (0-6): Erkunden	1.59 (1.00 to 2.21) ^c	0.90	0.28 (-0.30 to 0.87)	0.16	1.61 (0.98 to 2.22) ^c	0.92
SDM Stufe 4 (0-6): Entscheidung ^a	1.08 (0.34 to 1.81) ^c	0.60	0.32 (-0.33 to 0.97)	0.19	1.26 (0.52 to 1.99) ^c	0.71

Dieses **zehn-stündige Training der Kommunikationsfertigkeiten** kann die **gemeinsame Entscheidungsfindung (SDM)**, wie sie von den Ärzt*innen beobachtet und von den Patient*innen berichtet wird, auch noch viele Monate nach dem Training signifikant verbessern.

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mitteilung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

Schlechte Nachrichten überbringen - das SPIKES-Protokoll



Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP (2000)

SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist* 5:302-311

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mittelung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.



- **RAHMENBEDINGUNG:** Nehmen Sie sich Zeit, um Ort, Zeit und geistiges Vermögen für das Gespräch vorzubereiten. Einige hilfreiche Richtlinien sollten in Betracht gezogen werden:
 - Überlegen Sie vor dem Gespräch, was Sie sagen wollen
 - Verwaltung von Zeitbeschränkungen und Unterbrechungen
 - Fragen Sie die Menschen, ob sie wichtige andere Personen einbeziehen wollen
 - Sorgen Sie für ein gewisses Maß an Privatsphäre (setzen Sie sich an einen möglichst ruhigen Ort, wo Privatsphäre gewahrt ist)
 - Halten Sie während der Interaktion Augenkontakt

- **WAHRNEHMUNG:** Verstehen, wie viel und was die*der Gesprächspartner*in weiß. Das Ziel besteht darin, die Wahrnehmung der Krankheit durch die Person zu bewerten und zu versuchen, die möglichen Diskrepanzen zwischen dem klinischen Zustand und den Vorstellungen der Patient*innen zu erfassen. Eine Vorgehensweise:
 - Verwenden Sie je nach Situation offene oder geschlossene Fragen
 - Bitte korrigieren Sie die falsche Information, die die Person hat
 - Sprechen Sie Leugnung an und Abbau unrealistischer Erwartungen

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mittlung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

<https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1634/theoncologist.5-4-302> ->
SPIKE

RAHMENBEDINGUNG

Eine mentale Probe ist ein nützliches Mittel zur Vorbereitung auf stressige Aufgaben. Dies kann erreicht werden, indem man den Plan für die Erzählung an die Patient*innen und die Art und Weise, wie man auf emotionale Reaktionen der Patient*innen oder schwierige Fragen reagiert, überprüft. Als Überbringer*in schlechter Nachrichten sollte man damit rechnen, dass man negative Gefühle hat und Frustration oder Verantwortung empfindet [55]. Es ist hilfreich, daran erinnert zu werden, dass, obwohl schlechte Nachrichten für die Patient*innen sehr traurig sein können, die Informationen wichtig sein können, damit sie für die Zukunft planen können.

Manchmal führt die physische Umgebung dazu, dass Interviews über sensible Themen ins Stocken geraten. Solange es nicht den Anschein von Privatsphäre gibt und das Umfeld einem ungestörten und konzentrierten Gespräch förderlich ist, werden die Ziele des Interviews möglicherweise nicht erreicht. Einige hilfreiche Richtlinien:

- *Sorgen Sie für etwas Privatsphäre . Ein Besprechungsraum ist ideal, aber wenn keiner zur Verfügung steht, ziehen Sie die Vorhänge um das Bett der Patient*innen. Halten Sie für den Fall, dass sich die Patient*innen aufregt, Taschentücher bereit.*
- *Beziehen Sie andere wichtige Personen mit ein. Die meisten Patient*innen möchten noch jemanden bei sich haben, aber dies sollte die Entscheidung der Patient*innen sein. Wenn es viele Familienmitglieder gibt, bitten Sie die Patient*innen, einen oder zwei Familienvertreter*innen zu wählen.*
- *Setzen Sie sich. Das Hinsetzen entspannt die Patient*innen und ist auch ein Zeichen dafür, dass Sie nicht hetzen werden. Wenn Sie sich hinsetzen, versuchen Sie, keine Barrieren zwischen Ihnen und den Patient*innen zu errichten. Wenn Sie die Patient*innen vor kurzem untersucht haben, erlauben Sie ihnen, sich vor dem Gespräch anzuziehen.*
- *Stellen Sie eine Verbindung mit den Patient*innen her. Die Aufrechterhaltung des Blickkontakts kann unangenehm sein, ist aber eine wichtige Möglichkeit, eine Beziehung herzustellen. Das Berühren der Patient*innen auf dem Arm oder das Halten einer Hand (wenn die Patient*innen damit einverstanden sind) ist eine weitere Möglichkeit, dies zu erreichen.*
- *Umgang mit zeitlichen Einschränkungen und Unterbrechungen. Informieren Sie die Patient*innen über eventuelle Zeitbeschränkungen oder Unterbrechungen, die Sie erwarten. Stellen Sie Ihren Pager auf stumm oder bitten Sie Kolleg*innen, auf Ihre Anrufe zu antworten.*

WAHRNEHMUNG

Die Schritte 2 und 3 von SPIKES sind Punkte im Interview, an denen Sie das Axiom "Bevor Sie es sagen, fragen Sie" umsetzen. Das heißt, bevor die medizinischen Befunde besprochen werden, verwenden die Kliniker*innen offene Fragen, um sich ein einigermaßen genaues Bild davon zu machen, wie die Patient*innen die medizinische Situation wahrnehmen - was sie ist und ob sie ernst ist oder nicht. **Zum Beispiel:** "Was hat man Ihnen bisher über Ihre medizinische Situation gesagt?" oder "Wie verstehen Sie die Gründe, warum wir das MRT gemacht haben? Auf der Grundlage dieser Informationen können Sie Fehlinformationen korrigieren und die schlechten Nachrichten auf das zuschneiden, was die Patient*innen verstehen. Sie kann auch die wichtige Aufgabe erfüllen, festzustellen, ob die Patient*innen eine Variante der Krankheitsverleugnung einnimmt: Wunschdenken, Auslassung wesentlicher, aber ungünstiger medizinischer Details der Krankheit oder unrealistische Erwartungen an die Behandlung [56].



- **EINLADUNG:** Nehmen Sie die Einladung der Person, die informiert werden soll, entgegen
 - Während die Mehrheit der Patient*innen den Wunsch nach vollständigen Informationen über ihre Diagnose, Prognose und Einzelheiten ihrer Krankheit äußert, tun dies einige Patient*innen nicht, obwohl sich dieser Wunsch ändern kann.
 - Aus diesem Grund ist es notwendig, sorgfältig abzuwägen, wie viele und welche Informationen die Patient*innen erhalten möchten und was der geeignetste Zeitpunkt ist, diese mitzuteilen.

➤ **WISSEN:** Informationen geben

Die Hauptziele bestehen darin, die beteiligten Personen darauf vorzubereiten, die Informationen zu erhalten, die Informationen so angemessen wie möglich bereitzustellen und sicherzustellen, dass sie sie verstehen. Einige Strategien können sein:

- Die Patient*innen warnen, dass schlechte Nachrichten kommen
- Geben Sie schrittweise Informationen
- Prüfen Sie immer, ob die Patient*innen der Mitteilung folgen
- Verwenden Sie eine klare, einfache und respektvolle Sprache, vermeiden Sie Fachsprache und dramatische und Mitleidstimmung
- Sprechen Sie alle Patient*innenfragen an

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mitteilung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

EINLADUNG

Während die Mehrheit der Patient*innen den Wunsch nach vollständigen Informationen über ihre Diagnose, Prognose und Einzelheiten ihrer Krankheit äußert, ist dies bei einigen Patient*innen nicht der Fall. Wenn Kliniker*innen hören, dass Patient*innen ausdrücklich den Wunsch nach Informationen äußern, kann dies die Angst verringern, die mit der Enthüllung der schlechten Nachrichten verbunden ist [57]. Das Meiden von Informationen ist jedoch ein gültiger psychologischer Bewältigungsmechanismus [58, 59], der sich mit zunehmender Schwere der Erkrankung mit größerer Wahrscheinlichkeit manifestiert [60]. Die Erörterung der Offenlegung von Informationen zum Zeitpunkt der Anordnung von Tests kann die Ärzt*innen dazu veranlassen, das nächste Gespräch mit den Patient*innen zu planen. Beispiele für Fragen, die den Patient*innen gestellt werden, wären: "Wie möchten Sie, dass ich die Informationen über die Testergebnisse mitteile? Möchten Sie, dass ich Ihnen alle Informationen gebe oder die Ergebnisse skizziere und mehr Zeit damit verbringe, den Behandlungsplan zu besprechen? Wenn Patient*innen keine Einzelheiten wissen möchten, bieten Sie an, in Zukunft alle Fragen zu beantworten oder mit Verwandten oder Freund*innen zu sprechen.

WISSEN

Die Warnung der Patient*innen, dass schlechte Nachrichten kommen, kann den Schock, der auf die Bekanntgabe schlechter Nachrichten folgen kann, mildern [32] und die Informationsverarbeitung erleichtern [61]. Beispiele für Formulierungen, die verwendet werden können, sind: **"Leider habe ich Ihnen eine schlechte Nachricht zu überbringen" oder "Es tut mir leid, Ihnen das zu sagen..."**.

Die Vermittlung medizinischer Fakten, der einseitige Teil des Ärzt*innen-Patient*innen-Dialogs, kann durch ein paar einfache Richtlinien verbessert werden. Beginnen Sie zunächst auf der Ebene des Verständnisses und des Vokabulars der Patient*innen. Zweitens, versuchen Sie, nicht-technische Wörter wie "Ausbreitung" anstelle von "Metastasenbildung" und "Gewebeprobe" anstelle von "Biopsie" zu verwenden. Vermeiden Sie drittens übertriebene Schonungslosigkeit (z.B. "Sie haben einen sehr schlimmen Krebs, und wenn Sie nicht sofort behandelt werden, werden Sie sterben"), da dies die Patient*innen wahrscheinlich isoliert und später wütend macht, mit der Tendenz, den Überbringern der schlechten Nachricht die Schuld zu geben [4, 32, 61]. Viertens: Geben Sie Informationen in kleinen Brocken und überprüfen Sie regelmäßig, ob die Patient*innen sie verstehen. Fünftens: Wenn die Prognose schlecht ist, vermeiden Sie Formulierungen wie "Wir können nichts mehr für Sie tun". Diese Haltung steht im Widerspruch zu der Tatsache, dass Patient*innen oft andere wichtige therapeutische Ziele haben, wie z.B. eine gute Schmerzkontrolle und Symptomlinderung [35, 62].



➤ **EINFÜHLUNG & ERKUNDEN:** Einfühlsam sein und Emotionen ausdrücken lassen

Die emotionalen Reaktionen, die während des Gesprächs auftreten, müssen von den Kliniker*innen stark berücksichtigt werden, wobei den Patient*innen die Möglichkeit gelassen werden muss, sie auszudrücken, sich nach den erhaltenen Informationen zu erholen, ihre Emotionen zu erkennen und sie spüren zu lassen, dass sie willkommen sind.

Kliniker*innen mit einer angemessenen mentalen Einstellung müssen zunächst negative Emotionen erwarten und bereit sein, mit ihnen umzugehen.

Es ist auch wichtig, dass Kliniker*innen darauf vorbereitet sind, mit Aufmerksamkeit und Mitgefühl auf ein Verhalten wie Weinen zu reagieren und die Erfahrungen der Patient*innen mit Trauer, Wut, Angst usw. zu bestätigen.

➤ **STRATEGIE & ZUSAMMENFASSUNG:** Planen und zusammenfassen, während das Gespräch endet

Ziel dieses abschließenden Teils ist es, sicherzustellen, dass ein klarer, abgestimmter und gemeinsamer Arbeitsplan definiert wurde. Die Wege zu dieser Schlussfolgerung können sein:

- Überprüfen Sie, was die Patient*innen verstanden haben
- Berücksichtigen Sie die Zweifel und Bedenken jeder Patient*innen
- Bereitstellung von Ratschlägen und Optionen bezüglich Behandlungen
- Machen Sie noch einmal Ihre Unterstützungsrolle deutlich
- Bereitstellung von Verfügbarkeit für spätere Momente der Klärung

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mitteilung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

EINFÜHLUNG

Die Reaktion auf die Emotionen der Patient*innen ist eine der schwierigsten Herausforderungen bei der Übermittlung schlechter Nachrichten [3, 13]. Die emotionalen Reaktionen der Patient*innen können von Schweigen bis zu Ungläubigkeit, Weinen, Verleugnung oder Wut reichen.

Wenn Patient*innen schlechte Nachrichten erhalten, ist ihre emotionale Reaktion oft ein Ausdruck von Schock, Isolation und Trauer. In dieser Situation können die Ärzt*innen den Patient*innen Unterstützung und Solidarität anbieten, indem sie eine empathische Antwort geben. Eine empathische Reaktion besteht aus vier Schritten [3]:

- Beobachten Sie zunächst, ob die Patient*innen irgendwelche Emotionen zeigen. Dies kann Tränen, ein trauriger Blick, Schweigen oder Schock sein.
- Zweitens: Identifizieren Sie die Emotion, die die Patient*innen erleben, indem Sie sie sich selbst beim Namen nennen. Wenn Patient*innen traurig aussehen, aber schweigen, stellen Sie den Patient*innen offene Fragen, was sie denken oder fühlen.
- Identifizieren Sie drittens den Grund für die Emotion. Dies hängt gewöhnlich mit der schlechten Nachricht zusammen. Wenn Sie sich jedoch nicht sicher sind, fragen Sie die Patient*innen erneut.
- Viertens: Nachdem Sie den Patient*innen eine kurze Zeitspanne gegeben haben, um ihre Gefühle auszudrücken, lassen Sie sie wissen, dass Sie die Emotion mit dem Grund für die

Emotion in Verbindung gebracht haben, indem Sie eine verbindende Aussage machen. Ein Beispiel:

- **Ärztin*Arzt:** Leider muss ich sagen, dass das Röntgenbild zeigt, dass die Chemotherapie nicht zu wirken scheint [Pause]. Leider ist der Tumor etwas gewachsen.
- **Patient*in:** Das habe ich schon befürchtet! [weint]
- **Ärztin*Arzt:** [Sie*Er rückt ihren*seinen Stuhl näher, bietet der*dem Patient*in ein Taschentuch an und hält inne.] Ich weiß, dass es nicht das ist, was Sie hören wollten. Ich wünschte, die Nachrichten wären besser.

Im obigen Dialog beobachteten die Ärzt*innen die weinenden Patient*innen und stellten fest, dass die Patient*innen wegen der schlechten Nachrichten weinten. Sie gingen näher an die Patient*innen heran. Zu diesem Zeitpunkt könnten sie auch den Arm oder die Hand der Patient*innen berührt haben, wenn sie sich beide damit wohl fühlen und einen Moment innehielten, um ihnen zu erlauben, sich zu beruhigen. Sie ließen die Patient*innen wissen, dass sie verstanden, warum sie aufgebracht waren, indem sie eine Aussage machten, die ihr Verständnis widerspiegelte. Weitere Beispiele für empathische Reaktionen finden sich in Tabelle 2.

Solange eine Emotion nicht geklärt ist, wird es schwierig sein, andere Themen zu diskutieren. Wenn die Emotion nicht in Kürze abklingt, ist es hilfreich, weiterhin einfühlsame Reaktionen zu geben, bis die Patient*innen sich beruhigt haben. Kliniker*innen können empathische Reaktionen auch einsetzen, um ihre eigene Traurigkeit oder andere Emotionen anzuerkennen ("Ich wünschte auch, die Nachrichten wären besser"). Es kann ein Zeichen der Unterstützung sein, der empathischen Reaktion eine bestätigende Aussage folgen zu lassen, die die Patient*innen wissen lässt, dass ihre Gefühle legitim sind (Tabelle 3).

Auch hier sollten die Ärzt*innen, wenn die Emotionen nicht klar ausgedrückt werden, z.B. wenn die Patient*innen schweigen, eine explorative Frage stellen, bevor sie eine empathische Antwort geben. Wenn Emotionen subtil oder indirekt oder als leicht verschleierte Enttäuschung oder Wut ("Ich nehme an, dass dies bedeutet, dass ich noch einmal unter einer Chemotherapie leiden muss") ausgedrückt werden, können Sie immer noch eine empathische Antwort verwenden ("Ich sehe, dass dies eine beunruhigende Nachricht für Sie ist"). Patient*innen betrachten ihre Onkolog*innen als eine ihrer wichtigsten Quellen für psychologische Unterstützung [63], und die Kombination von empathischen, explorativen und bestätigenden Aussagen ist eine der wirkungsvollsten Möglichkeiten, diese Unterstützung zu leisten [64-66] (Tabelle 2). Sie verringert die Isolation der Patient*innen, drückt Solidarität aus und bestätigt die Gefühle oder Gedanken der Patient*innen als normal und zu erwarten [67].

STRATEGIE

Patient*innen, die einen klaren Plan für die Zukunft haben, fühlen sich weniger ängstlich und unsicher. Bevor ein Behandlungsplan diskutiert wird, ist es wichtig, die Patient*innen zu fragen, ob sie zu diesem Zeitpunkt für eine solche Diskussion bereit sind. Den Patient*innen Behandlungsoptionen vorzustellen, wenn sie verfügbar sind, ist in manchen Fällen nicht nur ein gesetzlicher Auftrag [68], sondern es wird auch die Wahrnehmung geschaffen, dass die

Ärzt*innen ihre Wünsche als wichtig erachten. Die gemeinsame Verantwortung für die Entscheidungsfindung mit den Patient*innen kann auch das Gefühl des Versagens der Ärzt*innen verringern, wenn die Behandlung nicht erfolgreich ist. Die Überprüfung des Missverständnisses der Patient*innen in der Diskussion kann die dokumentierte Tendenz der Patient*innen verhindern, die Wirksamkeit zu überschätzen oder den Zweck der Behandlung falsch zu verstehen [7-9, 57].

Kliniker*innen fühlen sich oft sehr unbehaglich, wenn sie bei ungünstigen Informationen Prognose und Behandlungsoptionen mit den Patient*innen besprechen müssen. Auf der Grundlage unserer eigenen Beobachtungen und der Beobachtungen anderer [1, 5, 6, 10, 44-46] glauben wir, dass das Unbehagen auf einer Reihe von Bedenken beruht, die Ärzt*innen erleben. Dazu gehören die Unsicherheit über die Erwartungen der Patient*innen, die Angst, die Hoffnung der Patient*innen zu zerstören, die Angst vor der eigenen Unzulänglichkeit angesichts einer unkontrollierbaren Krankheit, das Gefühl, nicht vorbereitet zu sein, mit den erwarteten emotionalen Reaktionen der Patient*innen umzugehen, und manchmal die Verlegenheit, den Patient*innen zuvor ein zu optimistisches Bild gezeichnet zu haben.

Diese schwierigen Diskussionen können durch den Einsatz verschiedener Strategien erheblich erleichtert werden. Erstens haben viele Patient*innen bereits eine gewisse Vorstellung von der Schwere ihrer Krankheit und von den Grenzen der Behandlung, scheuen sich aber davor, sie anzusprechen oder nach den Ergebnissen zu fragen. Die Erkundung des Wissens, der Erwartungen und Hoffnungen der Patient*innen (Schritt 2 von SPIKES) wird es den Ärzt*innen ermöglichen, zu verstehen, wo sich die Patient*innen befinden, und die Diskussion von diesem Punkt aus zu beginnen. Wenn Patient*innen unrealistische Erwartungen haben (z.B.: "Sie haben mir gesagt, dass Sie Wunder wirken"), wird die Bitte an die Patient*innen, die Krankheitsgeschichte zu beschreiben, in der Regel Ängste, Bedenken und Emotionen offenbaren, die hinter der Erwartung stehen. Die Patient*innen können die Heilung als eine globale Lösung für mehrere verschiedene Probleme sehen, die für sie von Bedeutung sind. Dazu können der Verlust des Arbeitsplatzes, die Unfähigkeit, für die Familie zu sorgen, Schmerzen und Leiden, Not für andere oder eine eingeschränkte Mobilität gehören. Wenn diese Ängste und Sorgen zum Ausdruck gebracht werden, können die Patient*innen oft den Ernst ihrer Erkrankung erkennen. Wenn Patient*innen bei der Erörterung ihrer Bedenken emotional aufgewühlt werden, wäre es angebracht, die in Schritt 5 von SPIKES beschriebenen Strategien anzuwenden. Zweitens wird das Verständnis der wichtigen spezifischen Ziele, die viele Patient*innen haben, wie z.B. die Symptomkontrolle, und das Sicherstellen, dass sie die bestmögliche Behandlung und Kontinuität der Versorgung erhalten, es den Ärzt*innen ermöglichen, die Hoffnung in Bezug auf das, was erreicht werden kann, zu formulieren. Dies kann für Patient*innen sehr beruhigend sein.



Schlussfolgerung

DIZON, POLITI, AND BACK, MD

Die Macht der Worte: Diskussion über Entscheidungsfindung und Prognose

Don S. Dizon, MD, Mary C. Politi, PhD und Anthony L. Back, MD

Dr: *"Trotz der fehlgeschlagenen Behandlung erster Wahl gibt es für Sie viel mehr Möglichkeiten".*

Amy: *"Bei Ihnen klingt es so, als wäre es meine Schuld, als hätte ich etwas falsch gemacht!*

Es tut mir leid, dass ich bei der Chemotherapie "versagt" habe, falls Sie das denken, und es tut mir leid, dass ich Sie enttäuscht habe.

ieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mitteilung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

Don S. Dizon, Dr. med., FACP, FASCO, ist Leiter des Bereichs Frauenkrebs am Lifespan Cancer Institute, Direktor der medizinischen Onkologie am Rhode Island Hospital und Professor für Medizin an der Warren Alpert Medical School der Brown University.

Ein Risiko besteht darin, unbeabsichtigt den Patient*innen die Schuld zu geben oder sie auf jeden Fall mit unseren Worten zu veranlassen, sich selbst die Schuld zu geben...

Dies kann eine Abwehrfunktion für die Ärzt*innen haben, ist aber sehr gefährlich für die Selbstdarstellung der Person und damit für die Art und Weise, wie die Krankheit gelenkt wird...



Literaturverzeichnis

- Henselmans, I., van Laarhoven, H. W., van Maarschalkerweerd, P., de Haes, H. C., Dijkgraaf, M. G., Sommeijer, D. W., ... & de Vos, F. Y. (2019). Effect of a Skills Training for Oncologists and a Patient Communication Aid on Shared Decision Making About Palliative Systemic Treatment: A Randomized Clinical Trial. *The Oncologist*. *theoncologist.2019-0453*. [10.1634/theoncologist.2019-0453](https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0453).
- Geerse O.P., Lamas D.J. et al., (2019) A Qualitative Study of Serious Illness Conversations in Patients with Advanced Cancer, *Journal of Palliative Medicine* 22 (7).
- Isenberg-Grzeda, Elie; Ellis, Janet Editorial: Communication in cancer, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care: March 2019 - Volume 13 - Issue 1 - p 31-32* doi: [10.1097/SPC.0000000000000416](https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000416)
- Gilligan, T., Salmi, L., & Enzinger, A. (2018). Patient-clinician communication is a joint creation: Working together toward well-being. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 38, 532-539.
- Gilligan T., Coyle N et al (2017), Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline *Journal Of Clinical Oncology*, 35, 31
- Isenberg-Grzeda, Elie; Ellis, Janet Editorial: Communication in cancer, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care: March 2019 - Volume 13 - Issue 1 - p 31-32* doi: [10.1097/SPC.0000000000000000](https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000000)
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel, C., & Baile, W. F. (2018). Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 73(2), 96-97
- Parry, R., Land, V., & Seymour, J. (2014). How to communicate with patients about future illness progression and end of life: a systematic review. *BMJ supportive & palliative care*, 4(4), 331-341.
- *Communicating Cancer: How to Convey What You Really Mean to Your Patients* ASCO EDUCATIONAL BOOK 2013
- Dizon, D. S., Politi, M. C., & Back, A. L. (2013). The power of words: discussing decision making and prognosis. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 33(1), 442-446.
- Klarare A, Hagelin CL, Fürst CJ et al. (2013). Team interactions in specialized palliative care teams: a qualitative study. *J Palliat Med*, 16:1062-9.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute; Bethesda (No. 07-6225). MD: 2007. NIH Publication.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302-311.