

Kommunikation und Gesprächsführung in Palliative Care

Estelle Nahia Hauser

In Schärer-Santschi, E., Steffen-Bürgi, B., Staudacher, D. & Monteverde, S. (Hrsg). (2017). **Lehrbuch Palliative Care**. Bern: Hogrefe.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	2
2	Kommunikation zwischen Fachleuten und PatientInnen	3
2.1	Ziele der Kommunikation.....	3
2.2	Typische Kommunikationsprobleme	4
3	Grundgegebenheiten des Gespräches.....	5
3.1	Unterschiedliche Wirklichkeiten.....	5
3.2	Die Asymmetrie im Gespräch	5
3.3	Implikationen für die Gesprächsführung.....	5
3.4	Wichtige Themen der palliativen Phase	6
4	Schwierige Gesprächssituationen.....	7
4.1	Konfrontation mit Lebensgrenzen	7
4.2	Umgang mit schlechten Nachrichten.....	8
4.3	Was möchten PatientInnen wissen?	8
4.4	Nichtwissenwollen	10
4.5	Umgang mit überwältigenden Emotionen	11
5	Elemente einer patientenzentrierten Kommunikation	12
5.1	Einleitung	12
5.2	Aktives Zuhören	12
5.3	Erfragen und Einschätzen	13
5.4	Informieren.....	14
5.5	Überprüfen des Verständnisses.....	14
5.6	Unterstützung anbieten.....	14
6	Konkrete Gesprächstechniken	15
6.1	Einleitung	15
6.2	Zielsetzung des Gespräches.....	15
6.3	Beziehung herstellen	15
6.4	Gespräch vorbereiten und strukturieren.....	15
6.5	Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen - WWSZ.....	16
6.6	Umgang mit Emotionen - NURSE.....	17
6.7	Schlechte Nachrichten übermitteln - SPIKES	18
6.8	Spirituelles Assessment - SPIR	18
7	Gespräche in Anwesenheit von Angehörigen oder Bezugspersonen	19
7.1	Einleitung	19
7.2	Der Einbezug von Angehörigen.....	20
7.3	Das Angehörigengespräch	20
7.4	Das Patientengespräch in Anwesenheit von Angehörigen/Bezugspersonen.....	21
8	Literatur	22

Abstract

PatientInnen in einer palliativen Situation sind mit einer Vielfalt von Beschwerden und Nöten konfrontiert, die alle Ebenen ihrer bisherigen Lebenswelt betreffen und ihre gesamte Existenz in Frage stellen. Oft fühlen sie sich dem Fortschreiten der Krankheit und den damit einhergehenden Prozessen machtlos ausgeliefert. Dementsprechend haben Gespräche mit den Betroffenen oft eine existentielle Tragweite. In dieser Situation ist es besonders wichtig, dass Fachleute durch respektvolle Kommunikation und echte Anteilnahme unterstreichen, dass sie bereit sind, auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen.

Mit dem Begriff Fachperson sind im Folgenden die Angehörigen aller Berufsgruppen gemeint, die im interprofessionellen Palliative Care Team vertreten sind, insbesondere Pflege, ärztlicher Dienst, Psycho-Onkologie, Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung, Sozialdienst und Seelsorge sowie je nach Institution weitere therapeutische Disziplinen.

Im vorliegenden Beitrag werden Elemente einer patientengerechten Gesprächsführung dargestellt, die auch den "schwierigen Themen" standhält.

Zunächst wird die Bedeutung der Kommunikation für die Fachperson-PatientIn-Beziehung, für die Verarbeitung von schlechten Nachrichten und für den weiteren Behandlungsverlauf dargestellt. Dann werden die Grundlagen der Kommunikation vorgestellt und in den Zusammenhang des Fachperson-PatientIn-Gespräches gestellt. Die Voraussetzungen des Gespräches, insbesondere der Standpunkt und die Perspektive von PatientIn einerseits und Fachperson andererseits stellen gleichsam die Grundgegebenheiten eines solchen Gespräches dar, die es in der Gesprächsführung zu berücksichtigen gilt.

In der Palliative Care sind es die Inhalte und deren Implikationen, die besondere Anforderungen an die Gesprächsführung stellen, denn die Lebensbedrohung belastet nicht nur die Betroffenen und deren Angehörigen sondern auch die Fachleute selbst, die unfreiwillig in die Rolle der Überbringer von schlechten Nachrichten kommen und zuweilen therapeutische Massnahmen einzuleiten haben, die auch sehr problematische Nebenwirkungen haben können. Die z.T. heftigen emotionalen Reaktionen der Betroffenen auf potentiell bedrohliche Informationen sind als Teil des Gespräches zu betrachten, auf die empathisch einzugehen ist. Hier werden auch die Strategien diskutiert, mit denen sich Betroffene vor einem bedrohenden Wissen schützen mögen, und wie damit im Gespräch umgegangen werden kann.

Das zentrale Prinzip in Gesprächen, in denen die Anliegen von PatientInnen eine zentrale Stellung ein-

nehmen, ist Patientenzentrierung. Deshalb werden die Elemente der patientenzentrierten Kommunikation dargestellt und an Beispielen veranschaulicht.

Patientenzentrierte Gesprächsteile stehen jedoch nicht für sich allein da. Um effektiv zu sein, müssen sie sich in eine klare Gesprächsstruktur einfügen, deren Bestandteile einzeln und in ihren Wechselwirkungen diskutiert werden. Konkrete Gesprächstechniken sind dabei hilfreich, weil sie einfache Leitfäden für die komplexe Aufgabe der Gesprächsführung zur Verfügung stellen. Die dargestellten Gesprächsbau- steine werden mit Beispielen aus der Praxis illustriert.

Schliesslich wird ein adäquater Einbezug von Angehörigen thematisiert.

Studienziele

Nach Abschluss dieses Kapitels wird die bzw. der Lernende in der Lage sein:

- Patientengespräche formal und inhaltlich zu strukturieren
- auf verbale Äusserungen wie auch auf nonverbale Zeichen einzugehen, Beziehung herzustellen und Gesprächsübergänge (Stil, Inhalt) zu gestalten
- Grundgegebenheiten von Patientengesprächen (Asymmetrie, unterschiedliche Wirklichkeiten und Standpunkte) zu berücksichtigen und mit der eigenen Rolle adäquat umzugehen
- patientenzentriert zu kommunizieren, was beinhaltet: empathisch und wertschätzend sein, Vorwissen und Anliegen der PatientInnen erfragen, daran beim Informieren anknüpfen, auf Emotionen eingehen, Verständnis überprüfen und Unterstützung anbieten
- schwierige Gespräche zu führen (Schlechte Nachrichten, Diagnose, Prognose, Therapie-Misserfolg, Progression), dabei die von PatientInnen gewünschte Informationsart und -Tiefe zu berücksichtigen und geteilte Verantwortung anzubieten
- mit starken Emotionen seitens der PatientInnen umzugehen
- die spirituellen Anliegen der PatientInnen anzusprechen
- Angehörige angemessen einzubeziehen

Diese Ziele sind nicht allein durch ein Text-Studium zu erreichen, es bedarf dazu auch Kommunikations- trainings-Möglichkeiten mit persönlichen Rückmel- dungen.

Bemerkung zum Sprachgebrauch: Die Schreibweise "PatientInnen" steht als Abkürzung für "Patientinnen und Patienten", analog "TherapeutInnen", "ÄrztInnen" usw. Alternativ werden abwechselungsweise weibliche oder männliche Formen allein verwendet.

Schlüsselwörter

Kommunikation, Information, Gesprächsführung, Strukturierung des Gespräches, Kompetenz, Palliative Care, aktives Zuhören, Fragetypen, Autonomie, Würde, Selbstwert, Respekt, Angst, Depression, Trauer, Ärger, Wut, Umgang mit Emotionen, Echtheit, Empathie, Achtsamkeit, Körpergefühl, Übergang zu Palliation, Lebensqualität, Patientenzentrierung, shared decision making, gemeinsame Entscheidungsfindung, breaking bad news, schlechte Nachrichten, Diagnose, Prognose, Verleugnung, existentielle Not, Spiritualität, Einbezug von Angehörigen, Total Pain, Leiden, Sterben, Tod, WWSZ, NURSE, SPIKES, SPIR

1 Einführung

"Während die Medizin sich heute zunehmend spezialisiert und fragmentiert, strebt Palliative Care eine umfassende und über alle Fachbereiche hinweg vernetzte Betreuung des Patienten an. Die Sicht des Patienten ist entscheidend, und sein Verständnis von Lebensqualität und Würde beim Sterben muss im Zentrum unserer Sorge stehen. Es geht darum, die Grenzen der Medizin zu akzeptieren und das Leiden des Patienten zu lindern, ohne den Tod zu beschleunigen oder ihn hinauszuzögern" (Regamey & Suter, 2006: 1105).

Eine Betreuung am Lebensende, welche die Bedürfnisse der Menschen in den Mittelpunkt stellt, muss in hohem Grade kommunikativ sein. Bedürfnisse, Ansichten und Wertvorstellungen sind meist nicht Inhalte, die darauf warten, übermittelt zu werden. Sie entstehen vielmehr im Dialog, in der klärenden Kommunikation, im zwischenmenschlichen Austausch. Dafür braucht es den Raum einer empathischen Interaktion in einem fürsorglichen Kontext. Kommunikation hat mit Begegnung zu tun wie dies der lateinische Wortstamm *communio* (Teilhabe, Gemeinschaft) zum Ausdruck bringt. Eine patientengerechte Kommunikation ist nicht nur grundlegend für eine qualitativ hochwertige Betreuung. Ihr Stellenwert zeigt sich auch darin, dass PatientInnen, die sich verstanden fühlen, bereit sind, manchen der unvermeidlichen klinischen Fehler zu verzeihen (etwa hinsichtlich eines falschen Termines oder eines übersehenen diagnostischen Aspektes), während andererseits Versäumnisse und Missstände in der Kommunikation als eine der wichtigsten Quellen von Unzufriedenheit genannt werden und zu schwerwiegenden Behandlungsproblemen führen.

Fachleute mögen über Wissen verfügen, wie Krankheiten entstehen, verlaufen und wie sie zu beeinflussen sind. Es gibt aber kein apriorisches Wissen

über das Erleben und die Bedürfnisse der Betroffenen. Deshalb müssen Fachleute die Offenheit, die Neugier und damit auch den "Mut zum Unwissen" aufbringen, um sich im Gespräch mit den Betroffenen auf eine Reise einzulassen. Dieser Aspekt der gemeinsamen Erkundung von Neuland, der zur Entstehung von einem Stück gemeinsamer Realität führt und überhaupt erst die Patientenzentrierung in der Versorgung ermöglicht, unterscheidet Kommunikation von Information, die einseitig auf Empfänger eintrifft. Dabei sind Fähigkeiten zur Strukturierung und Führung, die den meisten KlinikerInnen aufgrund ihrer Ausbildung geläufig sind, nicht weniger wichtig wie die Fähigkeiten zur personenzentrierten Gesprächsführung. Sie müssen aber so eingesetzt werden, dass sich das Gegenüber einbezogen fühlt. Inwiefern dies jeweils gelingt, ist dabei immer wieder zu überprüfen.

Am Lebensende treten oft viele einschneidende somatische Beschwerden auf, allen voran Schmerz, Dyspnoe, Dekonditionierung und Fatigue. Gerade im palliativen Bereich ist also die Expertise der Fachleute in ihrer jeweiligen Disziplin ausserordentlich wichtig. Wenn es um die Betreuung des ganzen Menschen mit seinen körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Leiden geht (*total pain*, Saunders & Sykes, 1993), entfaltet die Expertise der Einzelnen jedoch erst dann ihre heilsame Wirkung, wenn Fachleute (a) die subjektiv wichtigsten Bedürfnisse der Betroffenen angehen, (b) zu den Grenzen ihres Wissens und Könnens offen stehen und (c) bereit sind, vernetzt und interdisziplinär zu arbeiten. Akzeptanz von Grenzen und gelebte Zwischenmenschlichkeit seitens des Betreuungsteams schaffen ein Umfeld, welches den Betroffenen besser ermöglicht die eigene Lebensgrenze anzunehmen und sich den Werten zu widmen, die ihnen am wichtigsten sind (meistens die Beziehungen zur Familie, zu den Dingen, die ihnen "heilig" sind, oder zu einer transzendenten Dimension).

Welche Art von Gesprächsführung kann diesen vielfältigen Ansprüchen an die Kommunikation zwischen Fachleuten und Betroffenen sowie ihren Angehörigen gerecht werden? Zu diesem Thema wurde in den drei letzten Jahrzehnten viel geforscht und publiziert. Die Schwerpunkte waren¹:

- Ethische Kriterien (*informed consent*, Siminoff, 2011)
- Patientenzufriedenheit hinsichtlich Kommunikation und Unterstützung (Fujimori et al., 2007; Fujimori & Uchitomi, 2009)

¹ In der Klammer sind Übersichtsarbeiten angegeben.

- Einfluss der Arzt-Patient-Kommunikation auf psychische Belastung und Inanspruchnahme von Unterstützung (Lehmann et al., 2008)
- Gemeinsame Entscheidungsfindung - *shared decision making* (Kissane, 2011)
- Motivation zur Adherence und Einfluss auf das Behandlungsergebnis (Zolnierak & DiMatteo, 2009; Epstein & Street, 2007)
- Vermeidung unnötiger Belastung durch inadäquate Eröffnung schlechter Nachrichten (*breaking bad news*, vgl. Baile et al., 2000)
- Zufriedenheit und Gesundheit der Fachleute (Maguire & Pitceathly, 2002).

Fachleute, die sich in Bezug auf ihre Kommunikationsfähigkeiten sicherer fühlen, sind besser in der Lage, die Bedürfnisse der PatientInnen zu eruieren und darauf einzugehen, arbeiten kosteneffizienter, tragen zu einer höheren Patientenzufriedenheit bei, fördern patientenseitig Adherence und Bewältigung und sind selber zufriedener und gesünder (Maguire & Pitceathly, 2002; Lehmann et al., 2008).

Aus diesen Erkenntnissen entstanden zahlreiche Kommunikations-Skills Seminare (im deutschen Sprachraum z.B. von Söllner et al., 2007, vgl. auch die Übersicht in Kissane et al., 2011, S. 631-680,) sowie Richtlinien und Protokolle (Übersicht in Fallowfield & Jenkins, 2004). Die Wirksamkeit der Anwendung dieser Skills wurde empirisch belegt (Merckaert et al., 2011). Im folgenden soll auf ausgewählte Schwerpunkte einer patientengerechten Kommunikation und Gesprächsführung eingegangen werden.

2 Kommunikation zwischen Fachleuten und PatientInnen

"Kommunizieren ist so etwas wie miteinander reden, aber natürlich nur ungefähr".

2.1 Ziele der Kommunikation

Kommunikation hat mit der wechselseitigen Übermittlung von Botschaften zu tun, die aus Informationen bestehen. In zwischenmenschlichen Interaktionen ist es nicht möglich, nicht zu kommunizieren: Körperlage, Gestik, Mimik, Stimmlage oder Schweigen, alles ist Botschaft. Zudem hat jede Botschaft einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, wobei der Beziehungsaspekt den Inhalt maßgebend bestimmt. Die Botschaft sagt etwas über den Sender aus (Rolle, Intention) und sie enthält einen Appell an den Empfänger (Thun, 1981). Dieser Vielschichtigkeit der Kommunikation ist bei der Gestaltung von Patientengesprächen Rechnung zu tragen.

Im medizinischen Kontext wird mit Kommunikation das Mitteilen einer Realität bezweckt, die es ge-

meinsam zu handhaben gilt. Deshalb muss sie auch gemeinsam erschlossen werden. Wenn PatientInnen nicht nur als Krankheitsträger, sondern als ganze Menschen verstanden werden sollen, müssen sich die Fachleute nicht nur für die symptombezogenen Fakten, sondern auch für subjektive Hintergründe und darauf basierende Interpretationen der PatientInnen und ihrer Angehörigen interessieren (vgl. Abschnitt 3.1 *Unterschiedliche Wirklichkeiten*). Zu beachten sind dabei die unterschiedlichen Rollen der Gesprächspartner. Während die Betroffenen in der Rolle der Hilfsbedürftigen auf der Bühne dieses Gespräches auftreten, verrichten die Fachleute ihre Arbeit als professionelle Helfer (vgl. Abschnitt 3.2 *Die Asymmetrie im Gespräch*).

In ihrer Monographie zur Kommunikation mit Krebskranken zählen Epstein und Street (2007) folgende übergeordnete Kommunikationsziele auf:

- Beziehung fördern
- Informationen austauschen
- Auf Emotionen eingehen
- Mit Unsicherheit umgehen
- Entscheidungen treffen
- Selbst-Management fördern

Damit gehen folgende wichtige Kommunikationsaufgaben einher (Maguire & Pitceathly, 2002):

- Folgende Themen erfragen:
 - (a) Hauptprobleme der PatientInnen
 - (b) subjektives Verständnis dieser Probleme
 - (c) Auswirkungen dieser Probleme auf die Familie (physisch, emotional und sozial)
- Beim Informieren die Bedürfnisse der PatientInnen berücksichtigen (hinsichtlich Art, Umfang und Tiefe der Information). Nach dem Informieren erfragen, wie die Informationen verstanden wurden.
- Sich nach der Bedeutung erkundigen, welche die erhaltenen Informationen für die PatientInnen haben.
- Herausfinden, zu welchem Anteil die Betroffenen an der Behandlungsentscheidung beteiligt sein möchten (sofern Optionen bestehen).
- Die Behandlungsoptionen so besprechen, dass Betroffene deren Implikationen verstehen.
- Die Chancen maximieren, dass Betroffene die Empfehlungen hinsichtlich der getroffenen Entscheidungen einhalten (was auch Änderungen in ihrer Lebensführung implizieren kann)

Diese Aufgaben setzen wiederum spezifische Fertigkeiten voraus, die in den erwähnten Kommunikationslehrgängen nach Einsatzbereichen gegliedert vermittelt werden: Aufbau der Beziehung, Umgang mit Unsicherheit, Vermittlung schlechter Nachrichten, Übergang zur Palliativen Care, Gespräche zum Reanimationsstatus und Gespräche über Massnah-

men am Lebensende (vgl. dazu Kissane et al., 2011).

2.2 Typische Kommunikationsprobleme

Probleme in der Kommunikation insbesondere zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sind sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich die häufigste Ursache für Unzufriedenheit bei PatientInnen (Langewitz et al., 2002b). Nur etwa die Hälfte der Anliegen von PatientInnen werden im ärztlichen Gespräch erkannt. ÄrztInnen versäumen es oft, das subjektive Verständnis oder die Implikationen der Probleme für PatientInnen, insbesondere im psychosozialen Bereich, zu erfragen. Information zu Krankheit, Behandlung und Prognose wird meist auf unflexible Art und ohne Bezug auf die Informationsbedürfnisse der PatientInnen gegeben. Es wird zu wenig beachtet, was bei den PatientInnen "angeworben ist" (Maguire & Pitceathly, 2002). PatientInnen erinnern sich nach der Konsultation oft nicht daran, was ihnen hinsichtlich Krankheit und Empfehlungen gesagt wurde.

In den westlichen Ländern unterbrechen ÄrztInnen durchschnittlich nach 30 Sekunden die PatientInnen in ihrer Problemschilderung. Dies einerseits aus der Befürchtung, die Konsultationszeit zu überschreiten, andererseits, um Informationen nach dem eigenen Schema zu sammeln und einzuordnen. Problematisch ist, dass dabei von vorneherein Arzt-zentrierung signalisiert wird. Die Aufmerksamkeit wird nicht auf das Hauptproblem der Betroffenen gerichtet, sondern auf ein implizites Klassifikationschema, in welchem das Problem des Patienten womöglich gar nicht vorkommt. Einmal unterbrochen, finden PatientInnen meist nicht in einen spontanen Redefluss zurück, in welchem die persönlichen Anliegen Ausdruck finden könnten. Dabei wurde empirisch gezeigt, dass die spontane unterbrochene Sprechzeit von PatientInnen im Durchschnitt etwa 90 Sekunden beträgt (Langewitz et al., 2002a). Dieser Befund wurde zwar in einer ärztlichen Stichprobe erhoben, seine Implikationen gelten aber für Patientengespräche aller Berufsgruppen. Er stellt indessen keineswegs in Frage, dass Strukturierung und Führungsübernahme durch die Fachleute zu gegebener Zeit, d.h. nachdem die Betroffenen ihre Anliegen geäußert haben, nicht nur notwendig sondern patientenseitig auch erwünscht ist.

Die öffentliche Kritik richtet sich viel weniger gegen Mängel in der klinischen Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten als eher gegen ihre mangelnde kommunikative Kompetenz, wobei Ärztinnen oft besser als ihre männlichen Kollegen abschneiden. Schließlich ist festzuhalten, dass Kunstfehler in der ärztlichen Behandlung häufig auf Kommunikationsschwierig-

keiten zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zurückzuführen sind (Langewitz et al., 2004). Eine problematische Kommunikation führt nicht nur zu psychischen Belastungen sondern erzeugt auch erhebliche gesundheitsökonomische Kosten (Lehmann et al., 2008).

Die obengenannten Mängel sind vorwiegend in der Ausbildung der Fachpersonen zu orten, in der immer noch viel mehr Gewicht auf das Klassifizieren und Einleiten von Massnahmen als auf kommunikative Fertigkeiten gelegt wird. Dieser Fokus wird durch die Anreize des klinischen Systems verstärkt (Forschung, Karriere, Patientenzahlen).

In Befragungen wurde festgestellt, dass Fachleute es oft vermeiden, den Emotionen und psychosozialen Belangen ihrer PatientInnen Raum zu geben, weil sie befürchten, dass ihnen die Kontrolle über die Gesprächssituation entgleiten könnte. Einerseits wird die Sorge um das Einhalten der Konsultationszeit genannt, andererseits bestehen oft Bedenken, inwiefern die eigenen Fertigkeiten genügen, um mit den aufgetauchten Inhalten umzugehen (Buckman, 1984, Baile et al., 2002). Dabei ist es meist das Nicht-Ansprechen bzw. das Übergehen von emotionalen Reaktionen, welches zu Widerstand seitens der PatientInnen und damit zur Unkontrollierbarkeit des Gespräches führt, weil dann die Betroffenen immer wieder auf verschiedene Arten auf ihre Bedürfnisse hinzuweisen versuchen. Gelingt es ihnen nicht, erhört zu werden, resignieren sie oder "kündigen" gar die Beziehung zur Fachperson. Den Befürchtungen der Fachleute hinsichtlich Zeitüberschreitung stehen Studienresultate gegenüber, die belegen, dass Patientenzentrierung das Gespräch nicht wesentlich verlängert (Stewart et al., 2003).

Probleme in der Gesprächsführung sind meistens in folgenden Punkten zu orten (Back et al., 2005; Langewitz et al., 2004; Kissane, 2011b):

- Unterbrechen; abrupt das Thema wechseln
- Eingehen, etwa durch geschlossene oder suggestive Fragen
- Belehren; zu viel Information geben, ohne Möglichkeiten für Fragen einzuräumen
- Emotionale Zeichen und Äusserungen übergehen
- Sich nur auf körperliche Symptome konzentrieren
- Beruhigen, verfrüht Rat oder Unterstützung geben
- Unklare oder missverständliche Erklärungen geben
- Kollusion: nicht ansprechen, was nicht gefragt wird (beide Seiten sind blockiert)
- Sich irritiert oder verärgert zeigen
- Grunddaten nicht erfragen
- Hypothesen zu bilden versäumen
- zu wenig strukturieren

3 Grundgegebenheiten des Gespräches

"Das Gespräch lebt nicht von der Mitteilung, sondern von der Teilnahme" (Ernst Reinhardt).

3.1 Unterschiedliche Wirklichkeiten

Jeder Mensch hat aufgrund seiner bisherigen Lebenserfahrungen, seines Denkens, Fühlens und seiner Werthaltungen eine andere Sicht der Realität, die sich als seine persönliche Wirklichkeit umschreiben lässt. Die eigene Wirklichkeit wird auch wesentlich durch das soziale Umfeld und durch die Arbeit geprägt, denn in diesen Bereichen liegen für die meisten Menschen die wichtigsten Orientierungsmarken und Lebensziele. Am allerwichtigsten sind Beziehungen zur Mit- und Umwelt. Die Krankheit und deren mögliche Implikationen werden jeweils in die Strukturen der persönlichen Wirklichkeit eingeordnet und vor deren Hintergrund interpretiert und gewertet. Wer sich z.B. nach einem harten Arbeitsleben auf die Freiheit der Pensionierung gefreut hat, um zu reisen oder sich am mühsam abgezahlten Einfamilienhaus zu erfreuen, wird umso enttäuschter sein, wenn eine Krebserkrankung diese Ziele und Visionen gefährdet. Wer einen Elternteil pflegen musste, der unter starken Krebschmerzen sterben musste, wird möglicherweise eher an einen Freitod denken, wenn er/sie selber an einer progredienten Krankheit leidet. Aufgrund ihres professionellen Verständnisses der Krankheit können Behandelnde eine ganz andere Sicht des Krankheitsprozesses haben und mögen versucht sein, diese Sicht den Betroffenen zu erklären. Wenngleich die medizinischen Fakten für PatientInnen sehr relevant sind, hilft ihnen die Interpretation der Fachleute vor dem Hintergrund deren Wirklichkeit nicht. Erst die gemeinsam erschlossene Wirklichkeit gibt dem fachlichen Handeln einen Boden. Dabei müssen sich auch die Fachleute ihrer Haltungen und Paradigmen bewusst sein, wenn sie sich auf die Erfahrung der PatientInnen so offen wie möglich einlassen wollen, ohne ihnen ihre Werte zu überstülpen.

3.2 Die Asymmetrie im Gespräch

Eine weitere Grundgegebenheit des Erlebens von Menschen, die von einer schweren Krankheit betroffen sind, ist das Ausgeliefertsein einem Geschehen, welches Leid verursacht und ihre Existenz womöglich zerstören kann. Das Erleben von Ausgeliefertsein, Verunsicherung und Verletztheit kann mehr oder weniger stark ausgeprägt sein, steht aber für die meisten Betroffenen mindestens zeitweise im Vordergrund. Der existentiellen Betroffenheit der Erkrankten und ihrer Angehörigen gegenüber steht das medizinische System mit Fach-

leuten, die nicht persönlich betroffen sind, welche das Wissen haben, um die Krankheit und deren Folgen einzuordnen sowie (mindestens potentiell) über die Mittel verfügen, Leid zu lindern und womöglich das Schlimmste abzuwenden. Dadurch ergibt sich eine Asymmetrie hinsichtlich drei wichtiger Aspekte der Begegnungssituation, die ineinandergreifen: (1) persönliche Betroffenheit, (2) Verfügung über Wissen/Mittel und (3) Hierarchie. Mit Hierarchie ist hier die erforderliche Einordnung der Betroffenen in Strukturen gemeint (Sprechstunden, Zeiten, apparative und räumliche Gegebenheiten, was auch die Erfahrung und Funktion von ÄrztInnen sowie versicherungstechnische und finanzielle Angelegenheiten einschliesst). Die Rollen und damit auch die Rechte der Gesprächsteilnehmer sind durch diese Asymmetrie von vorneherein festgelegt (Bucka-Lassen, 2011). Dadurch entsteht ein Machtgefälle, welches die Autonomie der Betroffenen einschränkt, und ihr Selbstwertgefühl verletzen kann. Dabei ist festzuhalten, dass oft beide Seiten dieses Gefälle prägen, denn auch die Betroffenen haben in ihrem Leid vielfach überhöhte Erwartungen, durch die sie den Fachleuten Macht zuschreiben.

Diese Asymmetrie wurde in den Zeiten der paternalistischen Medizin (Vormacht des Arztes, einseitige Entscheidungen, Bevormundung) betont. Diese Haltung wurde ab den 1970er Jahren prinzipiell von einer patientenzentrierten Einstellung abgelöst (vgl. Abschnitt 5 *Elemente einer patientenzentrierten Kommunikation*). Zu dieser Haltung gehört auch das Bestreben, die Asymmetrie zu mindern: Interesse zeigen, Augenkontakt halten, zuhören, ausreden lassen, offen sein für konstruktive Kritik, Fragen einladen und Flexibilität zeigen.

Trotz dieser Bemühungen bleibt eine strukturell gegebene Asymmetrie bestehen, was zur Folge hat, dass das Patientengespräch nicht rein partnerschaftlich sein kann, denn dies würde die gleiche Freiheit beiderseits voraussetzen. Es ist vielmehr die "Gleichwürdigkeit" der Gesprächspartner als Menschen vor einer gemeinsamen Aufgabe (Juul, 2006), die das Fundament einer paritätischen Medizin legt, und der Patientenzentrierung eine zentrale Rolle zuweist. Patientenzentrierung ist jedoch nur im Bewusstsein dieser Asymmetrie möglich. Fachleute sind demnach aufgefordert, mit Strukturen, Selbst- und Patientenwahrnehmung achtsam umzugehen (Epstein, 1999).

3.3 Implikationen für die Gesprächsführung

Wie Langewitz (2011) festhält, ist es nicht sinnvoll, eine ausschliesslich patientenzentrierte Kommunikation zu fordern, denn das würde den PatientInnen allein die Bühne überlassen. Dabei erwarten sie

schliesslich einen Rat. In diesem Sinne sind Fachleute gerade aufgrund der Asymmetrie der Situation nicht nur legitimiert sondern auch aufgefordert, das Gespräch zu führen (das Gespräch initiieren, Themen setzen und das Gespräch beenden) sowie je nach Phase und Ziel des Gespräches zwischen fachpersonenzentrierter und patientenzentrierter Kommunikation zu wechseln. Diese Wechsel müssen angekündigt und verständlich gemacht werden. Zu Beginn des Gespräches ist Patientenzentrierung angebracht, um die Begegnung zu ermöglichen, den PatientInnen Raum für die Darstellung des Problems zu geben und sie einzuladen persönliche Inhalte zu äussern. In dieser Phase sollten die Fragen und Äusserungen der Fachleute den spontanen Erzählfluss des Gegenübers fördern. Im Verlauf werden Fachleute das Rederecht übernehmen, sei es um Informationen zu geben, Verständnis zu überprüfen oder zu einem anderen Thema überzuleiten. Die Übernahme des Rederechtes ist interaktiv auszuhandeln.

Die "Stimmigkeit" des Gespräches resultiert dabei aus einer Übereinstimmung von Form und Inhalt, wenn die Fachperson ihrer Rolle gerecht wird und dabei sich selbst bleibt. Das Ausmass, in dem Fachleute als kompetent erlebt werden, ergibt sich aus einem fundierten Fachwissen und dessen Verkörperung in der zwischenmenschlichen Begegnung.

3.4 Wichtige Themen der palliativen Phase

Zu den Grundgegebenheiten von Gesprächen in palliativen Situationen gehören die spezifischen Themen dieser Gespräche. Die folgende Themen-Auswahl skizziert die emotionale Qualität, die dabei entstehen kann.

Menschen, die in der palliativen Situation "ankommen", realisieren oft erst schrittweise, dass sie nicht in ihre gewohnten Rollen zurückkommen werden. Meistens geht die palliative Phase mit einem Autonomieverlust einher. So müssen sich die Betroffenen von Aktivitäten verabschieden, die ihnen Freude, Teilhabemöglichkeiten und Selbstachtung verliehen haben. Diese Erkenntnis und die zunehmende Fremdbestimmung führen meist zu einem Sinnverlust. Mit dieser Gesamtsituation geht ein Leiden einher, welches körperliche, psychische, soziale und spirituelle Anteile hat und die ganze Person erfasst. (Konzept von *total pain*, vgl. Saunders & Sykes, 1993).

Eine palliative Situation stellt gewaltige Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit der Menschen. Es ist immer wieder beeindruckend, wie hoch die Belastbarkeit von Betroffenen und Angehörigen sein kann. Trotzdem kann die Realität des bevorstehenden Todes mit zunehmender Erschöpfung die

bisherigen Bewältigungsmöglichkeiten überfordern und die Beteiligten in eine Krise stürzen (Lehner, 2011). In der Krise verlieren Menschen den Blick für das Ganze und fühlen sich oft von ihren Ressourcen abgeschnitten.

Nicht nur Angst und Depression sind häufige Begleiter einer fortschreitenden Krankheit, sondern auch das Fatigue-Syndrom sowie das der Depression ähnliche Demoralisationssyndrom, welches eine Steigerung von Hilf- und Hoffnungslosigkeit aufgrund von Verlusten und Perspektivenlosigkeit darstellt (Kissane & Philip, 2011).

Bei der Verarbeitung von physischen und psychosozialen Verlusten berichten manche PatientInnen von der wohltuenden Wirkung einer Abstützung auf innere Werte. Die Werteorientierung erlaubt ihnen, ihre Aufmerksamkeit auf Beziehungen, auf die Freuden des Alltags und auf nahe Ziele (etwa die Geburt eines Enkelkindes) zu richten. All dies sind Begründungsmöglichkeiten einer neu definierten Hoffnung. Das Loslassen vom Kampf um eine bessere Zukunft erlaubt das Ankommen im Jetzt und das Annehmen seiner heilsamen Möglichkeiten. In diesem Erleben hat auch ein versehrtes Dasein einen Sinn (Hauser, 2004; Breitbart & Heller, 2003). Das kann, muss aber nicht, mit dem Gefühl eines aufgehobenseins in einem grösseren Ganzen im Sinne eines spirituellen Erlebens einhergehen. Spiritualität zeigt sich auch im Nahen und Alltäglichen, wenn Menschen einen Raum erleben, der ihnen eine tiefe Verbindung zu sich selbst ermöglicht (Weiher, 2008). Diesen Prozess zu stützen bedarf seitens der Fachleute der Förderung von Achtsamkeit (die bewusste, nicht-wertende Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf die gegenwärtige Erfahrung) und eine Sensibilität für das Erschliessen der Werte von PatientInnen, um ihnen diese Werte in angemessener Art und Weise zu spiegeln und dadurch ihre Würde zu stützen. Bei der Begleitung Sterbender geht es ganz wesentlich darum, dass sie rückblickend ihr Leben als ein sinnvolles Ganzes sehen und annehmen können (Fegg, 2006; Epstein, 1999; Chochinov et al. 2005).

In diesem Zusammenhang wurden oft die Trauerphasen nach Kübler-Ross (1969) rezensiert: (1) Nicht-Wahrhabenwollen, (2) Zorn, (3) Verhandeln und Suche nach Aufschub, (4) Trauer und (5) Annahme. Zu bemerken ist, dass diese Phasen sehr oft nicht in dieser Reihenfolge auftreten, dass sie sich in beliebiger Abfolge wiederholen können und dass ein Annehmen der Situation nicht immer das Ziel sein kann und sein soll (vgl. Abschnitt 4.4 *Nichtwissenwollen*).

Ein ganz wesentliches Thema der palliativen Phase ist die Gestaltung des letzten Lebensabschnittes.

Manche PatientInnen möchten im voraus festlegen, was bei ihrem Versterben zu tun und zu unterlassen sein wird (z.B. wer mitentscheiden soll, Wünsche bzgl. lebensverlängernden Massnahmen, Organentnahme, Abdankung, Beerdigung, Information an Aussenstehende). Anhand der Patientenverfügung kann ein Prozess der Auseinandersetzung mit den eigenen Werten und Wünschen angeregt werden, der eine gewisse Kontrollerfahrung verleihen kann. In der Gestaltung des Abschieds geht es auch um die Klärung von Beziehungen und um konkrete Vorstellungen, wie die letzte Begegnung vonstatten gehen könnte. Für PatientInnen mit jungen Kindern kann es hilfreich sein, Botschaften oder Zeugnisse zu erstellen, die für die Kinder später von Bedeutung sein könnten. Oft sind es auch materielle Güter, die viele Energien binden, sodass die Erstellung eines Testamentes nicht nur erlaubt, die Familienangehörigen oder nahestehende Menschen abzusichern, sondern sich möglicherweise auch von Lasten zu befreien.

Sowohl Forschungsergebnisse wie auch die klinische Erfahrung zeigen, dass für die meisten Menschen am Ende ihres Lebens Beziehungen bzw. das Bezogensein die wichtigste Stütze darstellt. Selbst bei Menschen, die aufgrund ihrer Bilanzierung und womöglich Demoralisation jegliche leidmindernde Massnahmen verweigern und von assistiertem Suizid sprechen, zeigt sich oft, dass allein schon die empathische Pflege und konsistente freundliche Begegnungen auf der Station ein Gefühl von aufgehoben sein geben können, welches die Betroffenen an ein Annehmen eines nicht beschleunigten Todes heranführen kann. Solche nichtverbalen oder nur sekundär verbalen Begegnungen gehören ganz wesentlich zur patientenzentrierten Kommunikation.

Alle oben aufgezählten Themen sind vor dem soziokulturellen Hintergrund von Betroffenen und Angehörigen zu sehen und anzugehen. Wenngleich dabei Patient und Angehörige eine sogenannte *care unit* bilden, ist auf die Unterschiedlichkeit der Anliegen von Betroffenen einerseits und Angehörigen andererseits zu achten, gerade dann, wenn diese zu Konflikten unter den Angehörigen führen (vgl. Abschnitt 7 *Gespräche in Anwesenheit von Angehörigen oder Bezugspersonen*).

4 Schwierige Gesprächssituationen

"Angst ist die Dunkelkammer, in der Negative entwickelt werden" (Michael Pritchard).

4.1 Konfrontation mit Lebensgrenzen

Ein Gespräch wird aufgrund seines Inhaltes als "schwierig" bezeichnet. Das ist der Fall, wenn ein Gesprächsteilnehmer mit der Bedrohung seiner Existenz konfrontiert wird, was zu Emotionen und erschwerten Verständnisbedingungen führt (Buck-Lassen, 2011). Emotionsgeladen sind in der Regel Gespräche über Diagnose, Progression, ausbleibenden Therapie-Erfolg, Übergang zur vorwiegenden Palliation, Übertritt in ein Pflegeheim oder Hospiz, Reanimationsmassnahmen sowie Sedierung in der terminalen Phase. Nicht weniger belastend sind aber für viele Betroffene auch Gespräche über Therapien (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie) mit einschneidenden Nebenwirkungen (Übelkeit, Abgeschlagenheit, Schluckbeschwerden, neurologische und Funktionsdefizite, Haarverlust) und mit dem Risiko, dass diese Therapien doch nicht kurativ wirken. In der Folge solcher Gespräche öffnet sich für die Betroffenen eine Schere zwischen den bis dahin gehegten Hoffnungen und der ernüchternden Realität. Je grösser die Kluft zwischen Realität und Anspruch wahrgenommen wird, umso grösser ist der psychische Schmerz. Deshalb wurde auch die Differenz zwischen Realität und Anspruch (engl. *gap*) als eines der Masse von Lebensqualität konzeptualisiert (Calman, 1984).

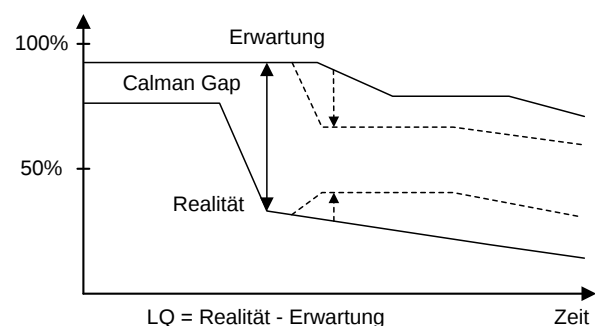


Abbildung 1: Lebensqualität - der Calman Gap

Da dieser Beitrag spezifisch auf Kommunikation fokussiert, wird hier nicht auf die verschiedenen Definitionen und auf die individuell unterschiedlichen Inhalte von Lebensqualität eingegangen. Es ist trotzdem erwähnenswert, dass nach dem oben skizzierten Verständnis Lebensqualität auf zwei grundlegende Arten verbessert werden: einerseits durch Herabsetzung von Erwartungen (Einstellungsbearbeitung, Akzeptanz) und andererseits durch Verbesserung der realen Situation soweit möglich (Symptomkontrolle, konkrete stützende Massnahmen). Beide Zugänge werden kommunikativ erschlossen.

4.2 Umgang mit schlechten Nachrichten

Gespräche über Themen, die eine existentielle Bedrohung implizieren, wurden unter dem Titel "Schlechte Nachrichten" bzw. *bad news* konzeptualisiert und erforscht. Als schlechte Nachricht wird "jede Information (definiert), die auf nachteilige und gravierende Weise die Sicht einer Person auf ihre Zukunft beeinflusst" (Buckman, 1984). Schlechte Nachrichten lösen bei Betroffenen die Vorstellung aus, dass ihre Lebensqualität von nun an nur noch abnehmen wird, und dass sie letztlich ein qualvoller Tod erwartet - "wozu also der Kampf?". Solche Nachrichten werfen verständlicherweise dunkle Schatten voraus. Das bedeutet den Abschied von der "Normalität" einer relativen Gesundheit und das Betreten von unbekanntem Land, in welchem viel Leid erwartet wird.

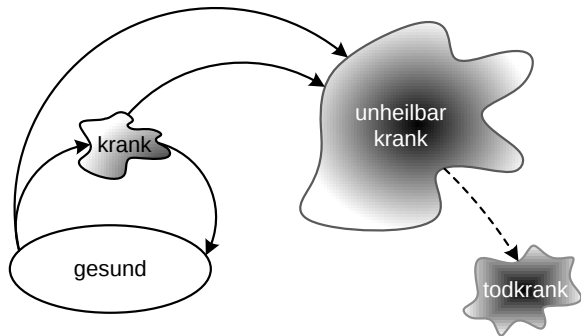


Abbildung 2: Normalzustand und Krankheit (modifiziert nach Bucka-Lassen, 2011, S. 175)

Viele PatientInnen geraten beim Vernehmen schlechter Nachrichten zuerst in einen schockähnlichen Zustand. Meistens fühlen sie sich überwältigt durch Emotionen wie Bedrohung, Kontrollverlust und Ohnmacht, vielfach können sie es zuerst nicht glauben ("das muss ein Irrtum sein!"). Viele PatientInnen sprechen von einem lähmenden Taubheitsgefühl, einer Wahrnehmung der Welt wie aus einer Glasglocke und haben das Gefühl, nur noch zu funktionieren. Angesichts solcher Reaktionen sind Menschen nicht aufnahmefähig, was ein Vertagen der weiteren Besprechung sinnvoll macht.

Auf die erste Reaktion kann später Angst, Depressivität, manchmal vermischt mit Verleugung, oder auch Ärger/Wut folgen, etwa bezüglich einer späten Diagnose oder etwaiger ärztlicher Unterlassungen. In den Wochen nach der Diagnosenmitteilung folgt zudem häufig eine Suche nach Informationen, ein Auf und Ab der Gefühle zwischen Hoffnung und Verzweiflung und eine Auseinandersetzung mit existentiellen Themen. Es dauert eine Weile, bis Betroffene in der neuen Realität ankommen und sich darin orientieren können. Weisman und Worden (1976) sprechen von einer "existentiellen Notlage" (*existential plight*) während den ersten 100 Tagen.

Die Dauer und Intensität dieser Phase mag individuell variieren, doch ihr Auftreten entspricht einer konsistenten klinischen Erfahrung.

Zur Förderung der weiteren Verarbeitung ist es wesentlich, auf die Fragestellungen, Erwartungen und Emotionen, die im Rahmen dieser Auseinandersetzung auftreten, mit einer patientenzentrierten Haltung und unter Einsatz der entsprechenden kommunikativen Fertigkeiten einzugehen (s. unten).

Eine weitere sensible Frage, die sich im Verlauf einer tödlich verlaufenden Krankheit stellt, betrifft den Zeitpunkt, ab dem es sinnvoll ist, mit den Betroffenen über Palliation zu sprechen. Viele KlinikerInnen warten mit diesem Schritt zu lange, weil sie befürchten, dadurch ihrem Anspruch als Anwälte von Gesundheit und Leben nicht gerecht zu werden und die Hoffnungen ihrer PatientInnen zu "zerstören". Andererseits drängt sich dieser Schritt dann auf, wenn je nach Gesundheits- und Finanzierungssystem PatientInnen aus onkologischen Behandlungen austreten müssen, um palliativ versorgt werden zu können. In beiden Fällen ist die Zeitpunktbestimmung nicht patientengerecht, denn das Gespräch über Palliation sollte den PatientInnen Optionen und Vorbereitungsmöglichkeiten eröffnen, die durch ein zu spätes Eingehen auf dieses Thema kompromittiert werden. Zudem ist immer anzustreben, dass Kuration und Palliation ineinandergreifen und sich nicht ausschließen. Wenn man als Arzt oder Ärztin überrascht wäre, wenn der Patient in 6-12 Monaten noch lebt, dann ist der Zeitpunkt gegeben, die Frage nach der Palliation und nach den Vorbereitungen auf das Sterben bzw. auf den Tod anzugehen (Finlay & Pease, 2011). Medien und Werbung lassen uns immer noch von der ewigen Jugend und vom aktiven Seniorenalter träumen. Es ist zu bedenken, dass ein ärztliches Nichtansprechen des bevorstehenden Todes letztlich dem gesellschaftlichen Trend der Verdrängung der letzten Dinge Vorschub leistet. Zudem verleitet es dazu, als Fachperson etwas verkrampft Hoffnung machen zu wollen. Sich den Tatsachen zu stellen, ermöglicht umgekehrt, den Betroffenen und ihren Familien bei der Gestaltung ihrer Lebensqualität beizustehen. Hier begegnen sich Fachleute und Betroffene in der Auseinandersetzung mit Grenzen und Endlichkeit.

4.3 Was möchten PatientInnen wissen?

In diesem Abschnitt wird diskutiert, wie die Information inhaltlich auf die Bedürfnisse und Wünsche der PatientInnen zugeschnitten werden kann. Wie diese Informationsübermittlung in die Gesprächsstruktur einzubetten ist, wird im Abschnitt 6 *Konkrete Gesprächstechniken* besprochen.

Noch vor 50 Jahren sollte eine Krebsdiagnose nicht mitgeteilt werden. Die Betroffenen wurden vor einem Wissen abgeschirmt, das sie vermeintlich nicht verkraftet hätten, wodurch ihnen aber auch das Recht auf Selbstbestimmung entzogen wurde. Gleichzeitig wurden sie gewissermassen "ex-kommuniziert": man sprach nicht mit ihnen, sondern über sie, was vor allem für die Familiensysteme verhängnisvolle Folgen hatte. In den letzten 30 Jahren hat sich die Lehrmeinung in Richtung Aufklärung und damit vom paternalistischen zu einem partnerschaftlichen Modell verschoben. Es bleiben aber immer noch grosse kulturelle Unterschiede bestehen (Razavi et. al. 1997).

Grundsätzlich haben Betroffene Recht auf das Wissen um ihre Situation. Aus juristischer Sicht besteht eine ärztliche Aufklärungspflicht, die sich als notwendige Folge aus dem Selbstbestimmungsrecht ableitet. PatientInnen müssen einerseits über ihre Erkrankung und andererseits über die möglichen Behandlungsoptionen und deren Folgen informiert sein, damit sie sachgemäss abwägen und darüber entscheiden können.

PatientInnen haben aber auch das Recht, sich dem Wissen um ihre Situation zu verschliessen, wie die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften in ihren Richtlinien festhält (SAMW, 2006, S. 7).

In den westlichen Ländern ist die Mitteilung der **Diagnose** heutzutage eine Selbstverständlichkeit. Es gehört auch dazu, die PatientInnen auf die zu erwartenden Folgen der Krankheit vorzubereiten. Doch hinsichtlich der Mitteilung der Prognose ist etwas Vorsicht geboten, denn es wäre unpassend, wenn nicht gar unethisch, detaillierte Erklärungen abzugeben, welche die Betroffenen nicht hören möchten, und die sie belasten würden. Da gilt es einerseits herauszufinden, was die Betroffenen bereits wissen und vermuten, und andererseits, was sie über Bedeutung und Implikationen der Krankheit wissen möchten. Dazu gehört auch ganz wesentlich die Frage, wie genau sie es wissen möchten. Diese Informationen erlauben es den Fachleuten, am vorhandenen Wissen anzuknüpfen, die Information gemäss den Bedürfnissen der Betroffenen einzuteilen und beim Informieren in die gewünschte Tiefe zu gehen.

Die Informationsbedürfnisse von PatientInnen wurden in vielen Studien empirisch erforscht. Jenkins et al. (2001) berichten, dass 87% von 2331 PatientInnen soviel Information wie möglich haben wollten, sowohl gute wie auch schlechte Nachrichten, 5.4% wünschten zusätzliche Information nur wenn die Nachrichten gut waren und 7.7% zogen es vor, den ÄrztInnen die Informationsauswahl zu überlassen.

Insgesamt zeigte sich ein grosses Bedürfnis an Information, doch trotzdem wünschten 1.9% nicht zu erfahren, dass sie Krebs hatten.

In einem Review einer ganzen Reihe empirischer Studien fanden Fujimori und Uchitomi (2009), dass die überwältigende Mehrheit von PatientInnen (>95%) Diagnose, Heilungschancen sowie auch detaillierte Informationen über Therapieoptionen erfahren wollen. Diese Informationen sollen möglichst unmissverständlich, in einer einfachen Sprache sowie auch taktvoll mitgeteilt werden. Frauen wünschen öfters mehr Informationen als Männer und die (heute) älteren Menschen überlassen häufiger Informationsgehalt und Entscheidungen den Fachleuten.

Hinsichtlich des Wunsches nach Mitteilung der **Prognose** muss zwischen qualitativen Aussagen (z.B. dass die Krankheit nicht geheilt werden kann und dass der Lebenshorizont begrenzt ist) und quantitativen Aussagen (z.B. dass 20% der Betroffenen nach 5 Jahren noch leben) unterschieden werden. Während die meisten KlinikerInnen qualitative Aussagen machen, tun sie sich gemäss Umfragen mit quantitativen Aussagen schwer, denn sie befürchten, den PatientInnen die letzte Hoffnung zu nehmen und die Arzt/Ärztin-PatientIn-Beziehung zu gefährden. Zudem steht fest, dass statistische Prognosen für den Einzelfall kaum je zutreffen und dass eine Tendenz besteht, die Überlebensdauer zu überschätzen, insbesondere dann, wenn ÄrztInnen die Betroffenen gut kennen und stark engagiert sind (Fallowfield & Jenkins, 2004). In einer breit angelegten Studie von Kaplowitz et al. (2009) ergab sich folgendes Bild:

- a) 80% der befragten KrebspatientInnen wünschten eine qualitative Prognose, 50% wünschten eine quantitative Prognose
- b) über 90% derjenigen, die eine qualitative Prognose wünschten, haben sie auch erhalten, während dies nur zu 50% für die quantitativen Prognosen zutraf
- c) 15% der PatientInnen, die eine qualitative Prognose wünschten, hatten nicht danach gefragt und 36% der PatientInnen, die eine quantitative Prognose wünschten, hatten nicht danach gefragt.

Der Befund (c) könnte dadurch erklärt werden, dass nicht alle KlinikerInnen ihre PatientInnen gleichermaßen ermutigen, Fragen zu stellen, und dass PatientInnen ihrerseits interpretieren, dass nichtangesprochene Themen unpassend seien. Dies zeigt, dass der Rückschluss, dass kein Bedürfnis besteht, wo keine Frage gestellt wird, nicht zulässig ist. Dem ausgesprochenen Wunsch nach qualitativer Prognose wurde eher entsprochen (96%) als dem ausgesprochenen Wunsch nach quantitativer Prognose

(70%). Interessant ist auch, dass 60% der PatientInnen, die ihre Prognose *nicht* erfahren wollten, trotzdem darüber qualitativ informiert wurden, wobei die Hälfte von ihnen danach gefragt hatte. Die Autoren folgern aus ihren Daten, dass PatientInnen, die nach einer Prognose gefragt hatten, welche dann ungünstig ausfiel, sich im Nachhinein schlecht damit abfinden konnten, was in der rückblickenden Bewertung als Nichtwissenwollen zum Ausdruck kam. Erfreulicherweise erhielten nur 4% eine quantitative Prognose, die sie nicht wollten.

Gemäss den Daten von Butow et al. (2011) möchte eine kleine Minderheit von PatientInnen (2-10%) ihre Prognose nicht erfahren. Der Anteil von Betroffenen in einer palliativen Situation, die ihre wahrscheinliche Lebenserwartung nicht diskutieren möchten ist dabei als höher einzuschätzen (ebd.).

Einfach formuliert möchten die allermeisten PatientInnen soviel wie möglich über ihre Krankheit erfahren, die meisten möchten eine qualitative Prognose aber nur etwa die Hälfte von Ihnen eine quantitative Prognose; eine kleine Minderheit möchte keine Prognose erfahren (vgl. Abschnitt 4.4 *Nichtwissenwollen*).

Diese Ergebnisse belegen sehr eindrücklich, wie wichtig es ist, zu erfragen, was die PatientInnen hören möchten, und wie genau sie es wissen möchten, bevor Informationen gegeben werden.

„Wie lange habe ich noch zu leben?“ Mit der Antwort gehen die ÄrztInnen auch eine Verantwortung ein. Es empfiehlt sich auf jeden Fall, umsichtig zu sein, die Schwierigkeit der Einschätzung zu unterstreichen und zurückzufragen, was die PatientInnen selbst dazu meinen (vielfach haben ein erstaunlich realistisches Gefühl dafür), welche Ängste sie haben und was speziell sie in diesem Zusammenhang beschäftigt (es könnten Schmerzen sein, die Angst zu ersticken, oder Dinge, die noch zu erledigen sind) (vgl. Back et al., 2005). Mit diesem Nachfragen kann die grosse existentielle Frage im Gespräch in kleine beantwortbare Teile zerlegt werden. Wenn es dann um die Prognose geht, sollte die Antwort ehrlich sein, wo immer möglich Hoffnung spendend, jedoch ohne zuviel zu versprechen. In einem ersten Schritt kann die Prognose umschrieben werden: "Wohl eher Monate als Jahre" oder "Eher Tage als Wochen". Dann wäre zu fragen, ob diese Information genügt. Sollte eine quantitative Prognose gewünscht sein, ist es sehr wichtig, die Prognose-Informationen anschaulich zu präsentieren, deren Aussage-Grenzen zu nennen und das Verständnis der PatientInnen anschliessend zu überprüfen (eine detaillierte Diskussion findet sich in Butow, 2011). Zu den Aussage-Grenzen gehört, inwie-

fern die Aussage auf die individuelle Situation zutrifft. Weiter gehören dazu auch Erklärungen, was der genannte Median bedeutet (die Hälfte der Fälle sind darüber und die Hälfte darunter) aber auch, dass die statistische Aussage für grosse Zahlen, nicht aber im Einzelfall zutrifft.

4.4 Nichtwissenwollen

Um sich vor der erschreckenden Realität zu schützen, verleugnen oder verdrängen manche Betroffene ihre Situation und deren Implikationen. Das hat den Vorteil, eine schmerzhaft Auseinandersetzung mit einer düsteren Realität und negativ erlebte Veränderungen im Selbstkonzept und/oder im Verhältnis zur Mitwelt zu vermeiden, geht aber typischerweise mit einer erhöhten Ängstlichkeit und Depressivität einher (Heaven & Maguire, 1997; Temel et al., 2010). Das ist insofern verständlich, als es Kraft kostet, die Wunschrealität angesichts von gegenteiligen Hinweisen aufrechtzuerhalten, zudem verstärkt diese Haltung die Isolation. Doch es kann durchaus für manche Betroffene zu einer gegebenen Zeit die einzig vorstellbare Art sein, mit der Situation umzugehen. Bei Fachleuten besteht die Tendenz, eine realistische Auseinandersetzung fördern zu wollen, sei es um die wahrgenommene Angst und Isolation zu lindern oder um zukünftigen Problemen vorzubeugen. Dadurch kann jedoch ein Machtkampf entstehen, der die Beziehung belastet.

Wenn PatientInnen trotz wiederholter Erklärungen die empfohlene Behandlung, etwa Chemotherapie oder Bestrahlung mit dem Hinweis auf ihr gutes Befinden oder auf "positives Denken" ablehnen, kann bei den Behandelnden ein Gefühl der Ausweglosigkeit aufkommen. Ob man sich als Fachperson für Konfrontation oder Mitgehen entscheidet, es entsteht der Eindruck, dass man es nur falsch machen kann. Oft machen sich dann Gefühle von Schuld oder Versagen breit. Hinter der Verleugnung steht bei den Betroffenen meist Angst, Verzweiflung und Abwehr von Autonomie-Einschränkungen. In solchen Situationen ist es hilfreich, die Verzweiflung wahrzunehmen, die Reaktion der Betroffenen als eine subjektiv notwendige Schutzmassnahme zu akzeptieren und den zugrundeliegenden Autonomiewunsch zu respektieren. Hilfreich ist dann eine Klärung der eigentlichen Sorgen oder Befürchtungen. Das starre Festhalten an der einen Verhaltensoption kann versuchsweise durch ein mentales Probedenken und Durchexerzieren von verschiedenen Optionen und ihren jeweiligen Implikationen aufgelockert werden, ohne die Abwehr zu durchbrechen.

Oft zeigt sich, dass Patienten, die von Besserung und von unrealistischen Plänen sprechen, zwischendurch auch sehr einsichtige Bemerkungen zu

ihrer realen Situation machen, die darauf hinweisen, dass sie beide Wirklichkeiten gleichzeitig auffassen, was als *middle knowledge* bezeichnet wurde (Weisman, 1972; Rodin & Zimmermann, 2008). Zudem kann man auch sterben, ohne damit einverstanden zu sein und ohne dass dabei dramatische Umstände entstehen würden.

Schwierigkeiten entstehen dann, wenn die Betroffenen signalisieren, dass sie sich nicht mit ihrer Situation auseinandersetzen wollen, und wenn implikationsreiche Entscheidungen bevorstehen, in die sie im Sinne der gemeinsamen Entscheidungsfindung (*shared decision making*) einbezogen werden sollten. Hier gilt es, das Dilemma offen anzusprechen. Eine Lösung kann darin bestehen, dass die betroffene Person entweder ihre Wünsche in groben Linien bekundet und sie die Fachleute dann in ihrem Sinne zu entscheiden ermächtigt, oder/und dass sie eine Bezugsperson bestimmt, die mitentscheiden soll.

Auch für Angehörige kann es höchst problematisch sein, wenn die betroffene Person sich nicht mit dem bevorstehenden Tod und seinen Implikationen auseinandersetzen möchte, die Angehörigen aber den Abschied gestalten oder organisatorische Belange angehen möchten. Grundsätzlich sollte einerseits der Wille der sterbenden Person respektiert werden, andererseits aber auch den Bedürfnisse der Angehörigen entsprochen werden. Eine Möglichkeit, das Dilemma anzugehen, besteht darin, im Gespräch mit der betroffenen Person die Bedürfnisse der Angehörigen verständlich zu machen. Wenn trotzdem keine Kommunikation zustande kommt, bedarf dann die Person mit Kommunikationsbedarf einer spezifischen Unterstützung. Fragestellungen bezüglich der Versorgung von jungen Kindern oder anderen Personen, die durch eine Kommunikationsvermeidung potentiell zu Schaden kommen könnten, müssen angegangen werden.

4.5 Umgang mit überwältigenden Emotionen

Die Implikationen von Krankheit und Prognose führen unvermeidbar zu starken Emotionen. Doch meistens beschränkt sich deren Ausdruck auf den privaten Bereich: die Betroffenen machen es mit sich und ihren Angehörigen aus. Es mag fast erstaunen, wie wenig Fachleute von den heftigen emotionalen Ausbrüchen angesichts der existentiellen Bedrohung und den in Aussicht stehenden Verlusten mitbekommen.

Nach dem Vernehmen von schlechten Nachrichten zeigen sich Stimmungsschwankungen, Sorgen, Trauer, Ärger und Frustration aber auch existentielle Sorgen wie Angst vor Rückfall, Leben mit Unsicherheit, Sorgen bezüglich Körperbild, Sexualität,

veränderten Rollen sowie Arbeit und Finanzen. Die Prävalenz von Angst beträgt zwischen 25 und 48%, bei einem Drittel der PatientInnen besteht nach der Diagnose eine akute Belastungsreaktion und bei fortgeschrittener Erkrankung erleben zwischen 5 und 28% der Betroffenen depressive Zustände (Philip & Kissane, 2011).

Heftige Emotionen erschweren die Kommunikation. Der sogenannte "schwierige" Patient mag verzweifelt, anspruchsvoll, wütend oder unfähig sein, Entscheidungen zu treffen. Fachleute werden durch emotionale Ausbrüche von PatientInnen stark beansprucht, doch allein schon die Anerkennung des eigenen Unbehagens kann helfen, für die Bedürfnisse der PatientInnen präsent zu bleiben und nicht in die Vermeidung zu gehen.

Während der Emotionsausdruck individuell sehr unterschiedlich sein mag, gibt es Gemeinsamkeiten hinsichtlich dessen, was PatientInnen in emotional geladenen Situationen als hilfreich empfinden.

Hilfreiche Verhaltensweisen der Fachleute sind (ebd.):

- Sich darauf einstellen, als Mitmensch achtsam präsent zu sein
- Zuhören, offen Fragen stellen, Interesse und Fürsorglichkeit zeigen
- Sich Zeit lassen, um die Reaktion, ihre Hintergründe und ihren Kontext zu verstehen
- Die Reaktion nicht als inadäquat abweisen oder auf andere Themen fokussieren. Wenn sich Emotionen zeigen, wollen sie wahrgenommen werden.
- Empathie zeigen: die wahrgenommene Not würdigen und anerkennen, die Emotion validieren
- Unterstützen - aus den eigenen klinischen Möglichkeiten heraus oder mit Hilfe des Netzwerks der Betroffenen; dort hilfreiche Ressourcen identifizieren und mit Erlaubnis der Betroffenen aktivieren.
- Nachbetreuung organisieren

Im Fall von **ärgerlich-anklagenden PatientInnen** ist zu beachten, dass der Ausdruck von Empörung, Enttäuschung und Schuldzuweisung eine Möglichkeit darstellt, einer Energie Raum zu geben, die durch Angst oder subjektiv erlebte Autonomie-Einschränkung gestaut ist. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass sich der Ärger nicht selten gegen die Fachleute selbst (als VertreterInnen des Systems) richtet. Bei den Fachleuten können solche Patientenreaktionen eine Haltung von Verteidigung, Schuld, Ärger oder Loswerden-Wollen auslösen. Neben der Beachtung der oben angeführten Hinweise ist es hier besonders wichtig, den Ärger als verständliche Reaktion anzuerkennen, und die dahinterstehenden Affekte anzusprechen (vgl. dazu Söllner & Wentzlaff, 2004 sowie Wentzlaff et al., 2007). Bei persistierendem

Ärger ist es von Vorteil, erfahrene KollegInnen zu involvieren oder sich durch eine Drittperson beraten lassen. Bei heftigem fortbestehendem Ausdruck von Ärger wird abzuwägen sein, Grenzen zu setzen, um die Prozesse der Behandlung nicht zu gefährden. In solchen Fällen braucht das Team eine Unterstützung.

Verzweifelte PatientInnen, die auf heftige Art Hilflosigkeit bekunden, sich anklammern oder den Kontakt abbrechen, lösen bei Fachleuten oft Hilf- oder Sprachlosigkeit aus, den Wunsch zu beschützen oder sich abzuwenden, sie lösen auch Schuldgefühle, Betroffenheit und Trauer aus. Hinter diesen Patientenreaktionen steht meist Verlustangst, Trauer und Einsamkeit. In solchen Situationen ist es hilfreich, diese Affekte wahrzunehmen, zu akzeptieren, dass man womöglich momentan nichts *machen* kann und die eigene Trauer anzunehmen. Auch hier ist der Emotionsausdruck zuzulassen; erst dann kann geklärt werden, welche Unterstützung möglich ist (vgl. dazu Söllner & Wentzlaff, 2004). Trösten bedeutet hier, der Trauer Raum zu geben, sie auszuhalten, Mitgefühl zu zeigen und wenn möglich vertraute Personen beizuziehen.

Bei **ängstlichen und panischen PatientInnen** imponiert neben der Verzweiflung oft die Anspannung sowie manchmal auch ein Realitätsverlust, was bei den Fachleuten Hilflosigkeit, Überdruß, eine Tendenz, die Betroffenen nicht ernst zu nehmen und sie in die Realität zurück zu holen auslöst. Auswege sind hier, die scheinbar inadäquate Überflutung zu akzeptieren, die Regression als kindliches Verhaltensmuster unter existentieller Bedrohung zu verstehen und selber Ruhe zu bewahren. Dann stellt sich die Frage, was ganz praktisch in diesem Moment gut täte. Hinter der Panik steckt auch eine Kraft, die es zu würdigen und kanalisieren gilt (vgl. dazu Wentzlaff et al., 2007).

5 Elemente einer patientenzentrierten Kommunikation

"Man sollte dem Gegenüber die Wahrheit nicht wie einen nassen Lappen um die Ohren schmeissen, sondern sie ihm wie einen Mantel hinhalten, in den er schlüpfen kann" (sinngemäss nach Max Frisch, 2011, S. 53)

5.1 Einleitung

Patientenzentrierung stellt die Bedürfnisse von PatientInnen sowie ihrer Angehörigen ins Zentrum der Aufmerksamkeit und strebt eine partnerschaftliche und partizipatorische Entscheidungsfindung an (Zolnierek & Dimatteo, 2009). Patientenzentrierung ist eine Haltung und ein Verhalten.

Wir alle haben persönlich und beruflich geprägte Werthaltungen und Ansichten, welche unsere Wahrnehmung der Welt und damit auch unseres Gegenübers prägen. Offen zu sein für PatientInnen nicht als Krankheitsträger sondern als einzigartige Menschen, die wir als PartnerInnen im gemeinsamen Unterfangen der Behandlung anzunehmen bereit sind, bedeutet nicht vorurteilsfrei zu sein. Es bedeutet vielmehr, sich der eigenen Vorurteile und Wahrnehmungsfilter bewusst zu sein, und über Fertigkeiten zu verfügen, die Schleier der interpretativen und wertenden Wahrnehmung mindestens für eine Weile fallen zu lassen - und den Willen zu haben, dies immer wieder zu tun.

Wenn unser kommunikatives Verhalten mit dieser Haltung kongruent ist, erleichtert es den PatientInnen, ihre Besorgnisse (hinsichtlich Symptomen und Krankheit), Ansichten und Interpretationen sowie ihre Wünsche, Erwartungen und Hoffnungen offenzulegen. Zu den Fertigkeiten, die Fachleute brauchen, um dieser Aufgabe gerecht zu werden, gehören insbesondere:

- **Wahrnehmungsfertigkeiten:** Achtsame Präsenz, Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit sowie derjenigen des Gegenübers, Berücksichtigung von nichtverbalen Kommunikationsinhalten (Haltung, Mimik, Gestik, Tonfall und Sprachrhythmus)
- **Einschätzungsfertigkeiten:** offene und gezielte Fragen stellen, einordnen, überprüfen, zusammenfassen
- **Informationsfertigkeiten:** angemessene Information effektiv übertragen
- **Unterstützungsfertigkeiten:** würdigen, angemessen beruhigen, Empathie zeigen, begründete Vermutungen aussprechen

Fachleute sind einerseits aufgefordert, solche Fertigkeiten zu erlernen und anzuwenden, andererseits aber auch gut beraten, Verhaltensweisen zu vermeiden, welche PatientInnen daran hindern, ihre Ansichten zu äussern. Dazu gehören z.B. suggestive oder Mehrfach-Fragen ebenso wie voreilige Information und Beschwichtigung (Merckaert et al., 2011, S. 673).

5.2 Aktives Zuhören

"Don't just do something - be there" (in Anlehnung an Sylvia Boorstein, 1996, S. 3).

Die patientenzentrierte Haltung wird massgeblich durch Faktoren geprägt, die von Carl Rogers (1985/1942) formuliert wurden: Empathie, Kongruenz und Akzeptanz. PatientInnen sollen Raum für ihre Anliegen bekommen und sich verstanden fühlen. Folgende Verhaltensweisen von Fachpersonen sind dabei hilfreich:

- Verbal und nichtverbal signalisieren, dass man auf richtig bemüht ist, das Gegenüber zu verstehen
- Selektive Reflexion: Aussagen und nonverbale Zeichen aufgreifen, Fragen stellen und Stellung beziehen
- Spiegelung: sinngemässe oder wörtliche Wiederholung
- Klärung: Vertiefen von Zusammenhängen
- Zwischenzusammenfassung

Zum aktiven Zuhören gehört, sich durch Rückfragen zu vergewissern, dass man die Botschaft des Gegenübers richtig verstanden hat.

Suchman et al. (1997) haben in ihrer Analyse von Patientengesprächen zwei Schritte beschrieben, entlang derer sich das Bekunden von Empathie beobachten und bewerkstelligen lässt. Wenn von PatientInnen eine Emotion angedeutet oder ausgedrückt wird, so stellt dies eine empathische Anerkennungsgelegenheit dar, die Raum gibt ("Türöffner"), wenn sie ergriffen wird, und einengt oder gar blockiert ("Ablöcher"), wenn sie verpasst wird. Diese Gelegenheit kann zunächst mit einer öffnenden Einladung beantwortet werden. In einem zweiten Schritt kann eine empathische Antwort angeschlossen werden. Analog kann mit Möglichkeiten der Würdigung umgegangen werden. Die Autoren führen folgenden Gesprächsausschnitt als Beispiel an.

Arzt: Wie fühlen Sie sich in Bezug auf die Krebserkrankung - die Möglichkeit eines Rückfalls?

Patientin: Manchmal beschäftigt es mich, aber ich verweile nicht dabei. [Andeutung]

Arzt: Es beschäftigt Sie? [Einladung]

Patientin: Ich bin nicht mehr so unbefangen, wie nach der Erstdiagnose. Damals hatte ich das Gefühl, es würde alles gut. Aber jetzt graut mir vor einer weiteren Operation. [Gelegenheit]

Arzt: Sie scheinen etwas aufgebracht zu sein; es tut wohl weh, darüber zu sprechen? [empathische Antwort]

Ein Weiterfahren auf der Sachebene oder ein Themawechsel nach der ersten und mehr noch nach der zweiten Äusserung der Patientin hätte für sie das Tor zum Verstandenwerden zugesperrt. Im Abschnitt 6.6 *Umgang mit Emotionen* - NURSE wird auf den Umgang mit starken Emotionen vertieft eingegangen.

5.3 Erfragen und Einschätzen

Um die Anliegen und das Erleben der PatientInnen in Erfahrung zu bringen, müssen wir Fragen stellen. Das Ziel dieser Fragen kann sein: (a) Äusserungs-

einladung und Ausdruck von Interesse, (b) Versuch, das Problem zu verstehen, (c) dessen Ausprägung und Implikationen einzuordnen aber auch (d) nach abgegebener Information das Verständnis der PatientInnen zu überprüfen. Je nach Gesprächsabschnitt eignen sich verschiedene Fragetypen:

Offene Fragen geben Raum für eine umfassende Äusserung: "Wie ist es für Sie, ins Altersheim zu gehen?", "Was bedeutet das für Sie?", "Wie gehen Sie mit ihren Beschwerden um?". Mit diesem Fragetyp wird Patientenzentrierung zum Ausdruck gebracht. Offene Fragen gehören zur Explorationsphase des Gespräches, etwa in der Anamnese.

Geschlossene Fragen fordern eine definierte Antwort, wobei die Antwortbreite in der Frage schon angelegt ist. Oft lassen sie sich entweder mit ja, nein oder mit einer Mengenangabe beantworten: "Mussten Sie heute erbrechen?", "Können Sie sich gut konzentrieren?", "Wieviel Kilo haben Sie abgenommen?". Geschlossene Fragen drücken Arzt- bzw. Therapeutenzentrierung aus und dienen dem Abfragen von diagnostischen Katalogen.

Während Fachleute mit offenen Fragen dem Patienten das Rederecht anbieten, behalten sie es mit geschlossenen Fragen bei sich.

Zwischen den offenen und den geschlossenen Fragen liegen die fokussierenden und Trichterfragen, die eine Äusserung zu einem bestimmten Thema einladen. **Fokussierende Fragen** geben ein Thema vor: "Was beschäftigt Sie jetzt am meisten?". Die **Trichterfragen** sind auch fokussierende Fragen, stellen aber zusätzlich den Bezug vom Allgemeinen zum Besonderen her. Als Beispiel soll die Schilderung einer Patientin dienen, die von einem inneren Dialog mit ihrem verstorbenen Ehemann spricht, daran angeschlossen die Frage: "haben Sie für sich eine Vorstellung, wie es nach dem Tod weitergeht?". Dies ist an sich eine geschlossene Frage, die aber ein Thema, das nebenbei erwähnt ist, fokussierend aufnimmt und vertieft.

Ein weiterer wichtiger Fragetyp ist die **katalysierende Frage** (Bucka-Lassen, 2011), auch von Peter Maguire (1996, 2002) **educated guess** oder wohlüberlegte Vermutung genannt. Diese Frage setzt am Denkfluss der PatientInnen an und ergänzt den teilweise formulierten Gedanken im Sinne einer Hypothese. Als Beispiel, zu einer Patientin, die fortwährend von ihrer Sorge um den unselbständigen Ehemann spricht: "Ist es als ob Sie dem eigenen Fürsorge-Anspruch nicht gerecht werden würden?".

Ganz zu vermeiden sind die **Suggestivfragen**: "Es geht Ihnen heute doch schon besser?". Sie münden meist in einen Widerstand oder in ein Schweigen.

Schliesslich gehört zum Erfragen und Einschätzen auch die Zusammenfassung, bei der die Fachleute mit eigenen Worten zusammenfassen, was sie den Patientenaussagen entnehmen (vgl. Abschnitt 6.5). Damit kann den PatientInnen die Möglichkeit gegeben werden, allfällige Korrekturen anzubringen.

5.4 Informieren

Die Übermittlung von Informationen ist ein Prozess, der an dem anschliesst, was die PatientInnen wissen, was sie erfahren möchten und in welcher Tiefe. Informationsübermittlung beginnt also mit einem Fragen (*ask-tell-ask*; Back et al., 2005). Die verarbeitete Information sollte auf die Informationsbedürfnisse der PatientInnen zugeschnitten sein, in einer einfachen Sprache ausgedrückt werden und geordnet in kleinen Einheiten verabreicht werden. Dazwischen ist immer wieder einerseits der emotionale Zustand des Empfängers einzuschätzen und andererseits das Verständnis zu überprüfen (Brown, 2008; Razavi & Delvaux, 2008). Sollten verbale oder nichtverbale Zeichen einer emotionalen Not vorkommen, dann ist auf die Emotion einzugehen und Unterstützung anzubieten (vgl. Abschnitt 6.6 *Umgang mit Emotionen - NURSE*)

Die empathische Haltung begünstigt allerdings auch ein Eintauchen in die emotionale Dimension des Gespräches, was manchmal zu einem lähmenden Eingeschlossen-Werden führen kann. Deshalb ist es von Vorteil, über Strategien zu verfügen um zwischen Information, Empathie, Lösungssuche und Unterstützung abwechseln zu können.

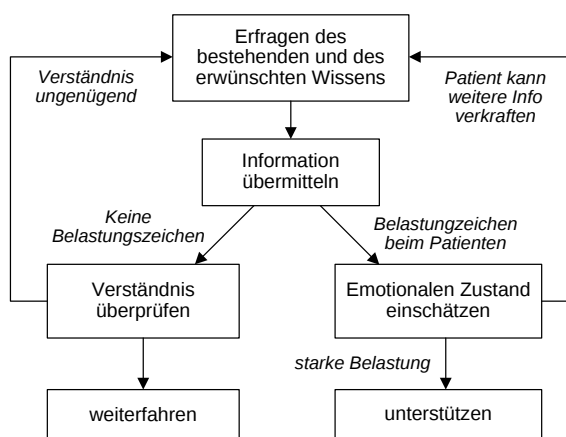


Abbildung 3: Informationsvermittlung, Schema nach Razavi & Delvaux (2008), S. 210

Hinsichtlich der Übermittlung von sensiblen Informationen, etwa der Diagnose oder des Nichtansprechens der Therapie, ist es besonders wichtig, sich Zeit zu nehmen und für einen ungestörten Rahmen in einer geschützten Atmosphäre zu sorgen. Auch die Sitzordnung/-höhe ist von Bedeutung

(vertraulich aber nicht zu nahe, Augenhöhe). Zur Vorbereitung gehört neben der Kenntnis der Akten auch die Frage, wer sonst noch dabei sein sollte (vgl. dazu Abschnitt 7 *Gespräche in Anwesenheit von Angehörigen*). Schlechte Nachrichten sollten angekündigt werden, etwa: "Ich habe leider schlechte Nachrichten für Sie" und deren Aussprechen nicht lange ausgeögert werden. Danach sollte genügend Raum für Fragen vorhanden sein (Fuji-mori & Uchitomi, 2009). Als Gedankenstütze für die Übermittlung schlechter Nachrichten wurde z.B. das SPIKES-Protokoll konzipiert (vgl. Abschnitt 6.7 *Schlechte Nachrichten übermitteln - SPIKES*).

5.5 Überprüfen des Verständnisses

Eines der häufigsten Versäumnisse betrifft das Überprüfen dessen, was bei der Informationsübermittlung verstanden wurde (Maguire, 2002). Dies ist besonders wichtig, gerade wenn die Information belastend ist, denn es ist davon auszugehen, dass Manches gar nicht angekommen ist, oder beträchtlich anders verstanden wurde, als es gemeint war (Langewitz et al., 2004). Beim Überprüfen des Verständnisses ist es wichtig, eine Formulierung zu finden, bei der die PatientInnen sich nicht bevormundet fühlen, z.B.:

"Es ist mir wichtig, von Ihnen zu erfahren, was Sie aus unserem Gespräch mitnehmen. Könnten Sie es mir bitte zusammenfassen?"

"Wenn Sie für einen Freund zusammenfassen würden, was wir heute besprochen haben, was würden Sie ihm sagen?"

5.6 Unterstützung anbieten

Unterstützungsinterventionen haben als Ziel, PatientInnen die Möglichkeit anzubieten, ihren Emotionen Luft zu verschaffen, in ihren persönlichen Anliegen erkannt zu werden und dadurch ihren Selbstwert wieder aufzubauen. Dafür müssen Fachleute eine sowohl verbale wie nonverbale Präsenz herstellen und den PatientInnen ihre volle Aufmerksamkeit widmen können. Das Konzept von Unterstützung umfasst die instrumentelle Hilfe, die Beratung sowie die emotionale Unterstützung. Die kommunikativen Unterstützungsmöglichkeiten sind Würdigung, Empathie und Erschliessen von inneren sowie äusseren Ressourcen (Razavi & Delvaux, 2008).

Konkrete Unterstützungsangebote fangen mit dem Wahrnehmen, Anerkennen und Benennen des jeweils aktuellen motivationalen bzw. emotionalen Zustandes an. Wenn das Angebot aufrichtig empfunden wird, entsteht die Möglichkeit einer Begegnung. Fachleute können dann die Not zu verstehen versuchen und sie würdigen. Anschliessend kann

Unterstützung in Form von Information, von weiteren Gesprächen oder durch Einbeziehen von anderen hilfreichen Personen bzw. Ressourcen angeboten werden.

In Studien konnte gezeigt werden, dass es hilfreich empfunden wurde, wenn sich Fachleute in die Situation der Betroffenen hineinversetzen konnten, wenn sie ruhig und sanft sprachen, wenn sie darauf hinwiesen, die Hoffnung nicht zu verlieren, jedoch ohne die Betroffenen (etwa am Arm) zu berühren (Fujimori & Uchitomi, 2009).

Ein konkretes Anbieten von Unterstützung wird weiter unten gemäss dem NURSE-Schema illustriert (vgl. Abschnitt 6.6).

6 Konkrete Gesprächstechniken

"Physicians should judge success in communication by the quality and depth of discussion and the adequacy of the plans jointly developed to guide medical care" (Back et al., 2003, p. 440).

6.1 Einleitung

Im folgenden werden konkrete Gesprächstechniken rezensiert. Es ist jedoch wichtig, Techniken nicht mechanisch anzuwenden, sondern immer in Resonanz mit dem Gegenüber. Zudem ist festzuhalten, dass neben all dem objektiv mess- und analysierbaren Patientengespräche immer auch etwas Atmosphärisches haben, das sich im gefühlten Körper zeigt und das zu erleben sowohl PatientInnen wie auch Fachleute ermutigt werden sollten. Denn man kann nur für PatientInnen präsent sein, wenn man als Fachperson während des Gespräches mit dem eigenen Körpergefühl verbunden ist. Oft braucht es Pausen von wenigen Sekunden, um der Wirkung des Gespräches nachzuspüren (Langewitz, 2007; Epstein, 1999). Gesprächsführung ist auch eine Kunst. Wie in einem Tanz spielen dabei die Faktoren Zeit- und Tempo-Gefühl, Führungsfertigkeiten, und Empathiefähigkeit eine ganz wesentliche Rolle.

6.2 Zielsetzung des Gespräches

Von der Zielsetzung des Gespräches ist auch dessen Aufbau bzw. seine Orchestrierung abhängig. Je nachdem, ob es sich um ein Anamnesegespräch, ein Verlaufsgespräch, eine Mitteilung von Befunden, ein Beratungs- oder ein *roundtable*-Gespräch handelt werden die Inhalte und deren Strukturierung unterschiedlich sein.

Das Gespräch beinhaltet immer sowohl die laufende Beziehungsarbeit wie auch die Gestaltung des inhaltlichen Ablaufes.

Es gehört zum Grundinstrumentarium der Gesprächsführung, sich die Zielsetzung des Gespräches

im voraus klar zu machen und die beinhalteten Themen für sich zu strukturieren. Unsere Haltung als Fachleute sollte aber auch flexibel genug sein, damit wir je nach den Patientenbedürfnissen, die wir antreffen, die Prioritäten neu zu ordnen in der Lage sind.

6.3 Beziehung herstellen

Das Fundament eines jeden Patientengespräches besteht darin, eine freundliche Beziehung herzustellen und aufrechtzuerhalten. Eine Fachperson-PatientIn-Beziehung, die sorgsam gepflegt wird, kann mit der Zeit tragfähig genug werden, um auch konstruktive Kritik und wenn nötig Konfrontation zu ertragen.

Die dazu gehörenden Elemente sind:

- Persönliches Engagement, vermitteln, dass man für die PatientInnen da ist
- Im eigenen Auftreten Fachwissen und Menschlichkeit verbinden
- Den PatientInnen erlauben, sich auszudrücken
- Nonverbal eine Haltung der Aufmerksamkeit und Empathie verkörpern
- eine angemessene Sprache verwenden
- nicht wertend sondern respektvoll und unterstützend sein
- Emotionen möglichst genau erkennen
- Auf Emotionen eingehen
- Das Gespräch strukturieren, Themen und Übergänge deutlich machen

6.4 Gespräch vorbereiten und strukturieren

Zur Vorbereitung des Gespräches gehören Fragen wie: Welches sind die Themen, wann, wo soll das Gespräch stattfinden (Patientenzimmer, Besprechungszimmer, Arztbüro) und wer soll dabei anwesend sein. Eine Kenntnis der relevanten Informationen aus den Akten (Anamnese, Laborbefunde, Bildgebung, Verlauf, Stand der Diskussion) ist dabei Voraussetzung. Die folgenden Punkte gelten gleichermaßen für ärztliche, pflegerische und therapeutische Gespräche.

Das Gespräch besteht aus folgenden Elementen:

- Begrüssung, Vorstellung
- Gesprächsrahmen festlegen: zeitliche, organisatorische und thematische Grenzen benennen.
"Wir haben 15 Minuten Zeit; wenn es nicht reicht, können wir noch einen anderen Termin abmachen".
- Gesprächsthemen definieren: eigene Themen benennen, Anliegen der Patientin erfragen, Einigung auf einen Themenkatalog. Falls zu wenig Zeit für alle Themen zur Verfügung steht, Prioritäten setzen.
- Übergänge gestalten: dazu gehören Zusammenfassungen zu den einzelnen Abschnitten mit Überprü-

fung des Verständnisses und die explizite Ankündigung eines Themen- oder Gesprächsstil-Wechsels. Bei solchen Wechseln ist es wichtig, das Einverständnis der Patienten einzuholen.

Beispiel eines Wechsels von einem patientenzentrierten zu einem arztzentrierten Gesprächsabschnitt: "Ich habe von Ihnen gehört, dass [Themen] Sie beschäftigen und dass Sie sich folgende Gedanken dazu gemacht haben [...]. Stimmt das so? [abwarten der Bestätigung, allenfalls klären]. Ich möchte Ihnen einige Fragen stellen, um das Problem besser einordnen zu können [Übergang zur Status-Erhebung]. Ist das in Ordnung? Ich möchte Sie nun bitten, die nächsten Fragen möglichst kurz und knapp zu beantworten [Übergang im Gesprächsstil]."

- Diagnostische Informationen geben
- Besprechung der möglichen Massnahmen und Einigung auf ein therapeutisches Vorgehen
- Motivation zur Einhaltung des Behandlungsplans
- Abschluss, weiteres Vorgehen

6.5 Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen - WWSZ

In patientenzentrierten Teilen des Gespräches (Anamnese, emotional belastende Themen) sollen PatientInnen eingeladen werden, das ihnen eingeräumte Rederecht zu nutzen, damit sie sich auf ihre Art aussprechen können. Dazu geeignet sind:

- Warten
- Wiederholen
- Spiegeln
- Zusammenfassen

Mit diesen Interventionen (vgl. dazu Langewitz, 2011) kann der Gedanken- und Sprachfluss der PatientInnen unterstützt und gehalten werden. Ziel ist dabei, mitzugehen, ohne selber Themen vorzugeben. Deshalb ist es auch wichtig, im Anschluss keine Fragen stellen. Im Folgenden werden die Techniken einzeln beschrieben und schliesslich mit einem Gesprächsausschnitt illustriert.

Warten kann erlauben, die Situation einen Moment lang "offen zu halten" und sollte als Einladung verstanden werden können, die Schilderung fortzusetzen. Dies kann mit dem Augenkontakt, mit einem Nicken oder mit einem neutralen Quittieren ("mmh, mmh") verdeutlicht werden. Eine angemessene Dauer kann 1-3 Sekunden sein. Dabei sollte aber auf die nonverbalen Signale des Gegenübers geachtet werden. So kann z.B. die Patientin mit dem Blick zum Therapeuten mitteilen, dass sie eine Reaktion erwartet (der Faden kann auch zu Ende sein). In diesem Fall wäre eine Antwort angebracht.

Mit einem **Wiederholen** mit eigenen Worten kann den PatientInnen zu verstehen gegeben werden,

dass ihre Ausführung aufgenommen wurde. Im Anschluss wird der Raum wieder offen gehalten, um eine Fortsetzung zu ermöglichen. Diese Technik muss jedoch flexibel verwendet werden, sonst irritiert sie.

Patientin: Nach dem Gespräch wollte ich nur allein sein.

Therapeut: allein?

Patientin: Ich fühlte mich aufgewühlt, war verletzt.

Beim **Spiegeln** greift die Fachperson etwas aus dem Gesprächsinhalt auf. Das kann eine Wahrnehmung sein oder etwas, das ihr aus der Schilderung wichtig erschien. Gespiegelt werden können Emotionen oder Inhalte. Beim Spiegeln auf Emotionen sollte eine Frageform gewählt werden ("Könnte es sein, dass Sie...?", "Ich habe den Eindruck, dass Sie...") bzw. eine Fragehaltung, damit die Spiegelung als Vorschlag und Äusserungseinladung verstanden wird.

Gespräch zwischen dem Psycho-Onkologen und der Lebenspartnerin eines Patienten (50) mit einem metastasierten Bronchuskarzinom (Lungen, Leber- und Wirbelsäulenmetastasen). Der Patient wünschte ursprünglich eine Schmerzeinstellung, damit er nach Hause zurückkehren konnte. Er hoffte, mit der Krankheit weiter leben zu können. Doch die Schmerztherapie gestaltet sich schwierig und der Patient hat heftige Schmerzanfälle. Dabei schreitet die Krankheit rasch voran. Der Patient führt eine kleine Vertriebsfirma, in welcher auch seine Lebenspartnerin arbeitet.

Angehörige: Ich kann nicht zusehen - diese Schmerzen...

Therapeut: (nickend) das ist kaum auszuhalten... [Spiegeln auf Emotionen]

Angehörige: Sobald seine Schmerzen etwas nachlassen, lächelt er mich an. Dann hat er auch einen grossen Tatendrang. Er führt das Geschäft weiter im Hintergrund. Alle vermissen ihn. Für uns ist er mehr als ein Chef...

Therapeut: Er ist ein Macher... und hat eine enorm freundliche Ausstrahlung. [Spiegeln auf Inhalt, Würdigung]

Angehörige: Im Betrieb verunsichert seine Abwesenheit die Angestellten. Deshalb springt manchmal sein Bruder ein, aber das darf ich ihm nicht sagen. Das hat er nicht gern. Er ist immer noch da (Pause). Er möchte leben.

Angehörige: (Senkt den Kopf, Schweigen)

Therapeut: [Warten]

Therapeut: Da fehlen die Worte... [Spiegeln auf (nonverbalen) Inhalt]

Angehörige: (Schweigen, eine Träne fließt)

Therapeut: Es zerreisst das Herz...? [Spiegeln auf Emotion, Benennen der Emotion]

Zusammenfassen

Die Fachperson fasst mit eigenen Worten zusammen, was sie gehört hat. Wichtig ist, dass die Zusammenfassung angekündigt wird. Ohne Ankündigung geschieht es oft, dass PatientInnen dazwischenreden. Das Zusammenfassen erlaubt den PatientInnen auch, etwas anzufügen oder Korrekturen anzubringen.

Der Ehemann einer überraschend schnell verstorbenen Krebspatientin erzählt, wie er sich Selbstwürfe für die gelegentliche Zwietracht in der Beziehung vor dem Tod seiner Frau mache, wobei es in ihrer Ehebeziehung auch glückliche Momente gegeben hätte. Er fragt sich, ob die Reibereien ihre Krankheit beeinflusst hätten, überlegt, wo er später wohnen solle und fragt sich, wie er ohne sie klar kommen werde. Dabei springt er zwischen vergangenheits- und zukunftsbezogenen Gedanken hin und her.

Therapeut: Ich würde gerne zusammenfassen, was Sie mir gesagt haben. Ist das in Ordnung? [der Ehemann nickt]. Sie blicken auf ihre Beziehung zurück und bilanzieren, wie sie ihre Ehe erlebt haben, die guten wie die schwierigen Momente. Sie fragen sich auch, inwiefern die gelegentlichen Konflikte sich allenfalls auf die Krankheit ihrer Frau ausgewirkt haben mögen. Gedanken an die Zukunft werfen Fragen auf, und sie fühlen sich gegenwärtig etwas haltlos.

6.6 Umgang mit Emotionen - NURSE

Wenn Emotionen im Gespräch auftauchen, sei es durch körperliche Zeichen oder durch Äusserungen, wollen sie Gehör finden und anerkannt werden. Darauf einzugehen fördert die Verständigung, stärkt die Beziehung und ermöglicht erst ein Weiterfahren auf der Sachebene. Deshalb ist auf Emotionen immer prioritär einzugehen; die Diskussion auf der Sachebene wird zu diesem Zweck vorübergehend unterbrochen.

Als Gedankenstütze für den Umgang mit Emotionen im Gespräch wurde das Akronym NURSE geprägt (Back et al., 2005).

- Naming: Emotion benennen
- Understanding: Verständnis bekunden
- Respecting: Anerkennung äussern
- Supporting: Unterstützung anbieten

- Exploring: Vertieft explorieren

Diese Sequenz stellt einen Leitfaden dar. Doch weder das Einhalten der Reihenfolge noch das Durchlaufen der ganzen Sequenz sind dabei erforderlich. Nur für das Verständnis einer Emotion ist es zwingend, sie zuerst zu benennen, damit sich Fachperson und PatientIn einig werden können, welche emotionale Qualität im Vordergrund steht.

Analog zur Emotion kann das Ausbleiben einer erwarteten Emotion thematisiert werden (wenn sich etwa ein Patient nach einer schlechten Nachricht unberührt zeigt oder das Thema wechselt). Im folgenden werden die einzelnen Schritte kurz beschrieben und weiter unten mit einem Gesprächsausschnitt illustriert.

Das Benennen der Emotion (**Naming**) sollte als Vorschlag, d.h. fragend erfolgen, um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, eine Präzisierung oder eine Korrektur anzubringen ("Es scheint Sie zu ärgern" oder "Ich erlebe Sie heute etwas traurig").

Das Bekunden von Verständnis (**Understanding**) kann schnell gekünstelt oder floskelhaft erscheinen. Deshalb muss es aus einer echten Resonanz kommen und sollte nur ausgesprochen werden, wenn die Fachleute dies auch im Herzen mitfühlen ("Ich kann mir vorstellen, dass es schmerzt, eine solche Nachricht zu erhalten"). Ist dies nicht der Fall, kann auf den Inhalt gespiegelt werden (s. oben). Paradoxerweise kann auch das Aussprechen des Nichtverstehenkönnens hilfreich sein (etwa: "das kann man sich als Aussenstehender kaum vorstellen").

Auch beim Zollen von Anerkennung/Respekt (**Respecting**) sollten nur Aussagen erfolgen, die empfunden werden ("Ich bin beeindruckt, wie Sie zu ihren Gefühlen stehen").

Beim Anbieten von Unterstützung (**Supporting**) fragt sich, was die Betroffenen in diesem Moment brauchen könnten ("Wie soll ich es jetzt meiner Tochter sagen?" - "Wäre es hilfreich, wenn wir das miteinander überlegen würden?").

Wenn eine vertiefte Exploration nützlich erscheint (**Exploring**), kann sie mit der Einladung eingeleitet werden, sich zu einem Thema vertieft zu äussern ("Ich möchte besser [...] verstehen; können Sie mir mehr dazu sagen?").

Bei einer 62-jährigen Patientin wurde vor 10 Jahren ein Melanom herausgeschnitten. Da alle späteren Untersuchungen ohne Befund gewesen waren, hatte sich die Patientin für geheilt gehalten. Vor einem Jahr verstarb dann der Ehemann der Patientin an einem Herzinfarkt. Einige Monate später zeigte sich bei ihr eine solitäre Lungenmetastase. Sie wurde durch Resektion des rechten Lungenflügels entfernt

und die Patientin fühlte sich bis auf verkraftbare Atembeschwerden in Folge der Operation gesund. Kurz vor dem Gespräch wurden weitere Lymphknotenmetastasen festgestellt. Die Patientin war seit ihrer Lungenoperation auf eine mögliche Metastasierung gefasst gewesen, sodass sie die Nachricht an sich hatte verkraften können. Es waren die nachfolgenden Untersuchungen, die ihr die Realität ihrer Erkrankung schmerzhaft vor Augen geführt hatten.

Patientin: Ich hatte im Hinterkopf behalten, dass Metastasen auftreten könnten. Darum wollte ich nicht zu euphorisch sein, auch wenn es in der Lunge ganz herausgenommen werden konnte und die Ärzte von Erfolg sprachen.

Therapeut: Um nicht zu sehr enttäuscht zu sein? [Naming/Understanding]

Patientin: Ja. Und dann war der Termin in der Sprechstunde verschoben worden, weil noch weitere Untersuchungsergebnisse erwartet wurden. Da hatte ich schon vermutet, dass etwas nicht ganz in Ordnung war. [Pause] Aber trotzdem beschäftigt es mich von der Gerechtigkeit her...

Therapeut: Ist es wie Trauer - oder Ärger? [Naming] [Überlegt]. Schon -, wie Ärger...

Therapeut: Der Tod ihres Ehemannes, dann die schwere Lungenoperation ... wie wenn Sie nicht genug geprüft worden wären. [Understanding / Respecting]

Patientin: [Pause, nonverbale Zustimmung] Diese Woche fängt die Chemo an. Ich habe bisher die Behandlungen gut vertragen, trotzdem macht es mir Sorgen, wie ich mich fühlen werde, ob ich dann müde bin oder die Übelkeit kommt.

Therapeut: Es ist soviel Unsicherheit da... [Naming]

Patientin: Ja.

Therapeut: [Pause]. Sie haben viel über sich ergehen lassen müssen in letzter Zeit: die Nachricht der Metastasen, die belastenden Untersuchungen, die Ihnen die Realität der Krankheit vor Augen geführt haben und jetzt die Unsicherheit. [Spiegeln auf Inhalt]. Es braucht Mut, sich aufzuraffen und den nächsten Schritt zu machen. [Respecting]

Therapeut: Wie ist es für Sie, jetzt weiterzugehen? [Exploring]

6.7 Schlechte Nachrichten übermitteln - SPIKES

Das Thema schlechte Nachrichten wurde bereits im Abschnitt 4.2 eingeführt. Eine sorgfältige und empathische Aufklärung wirkt dem traumatisierenden Effekt von schlechten Nachrichten entgegen und erlaubt eine bessere psychologische Anpassung im Verlauf (Baile & Parker, 2011). Das Überbringen

schlechter Nachrichten ist vielleicht der meist erforschte Schwerpunkt im Rahmen der Arzt-Patient-Kommunikation. Die bereits weiter oben erwähnten Arbeiten von Buckmann (1984), Baile et al. (2000), Fallowfield & Jenkins (2004), Fujimori et al. (2007, 2009), um nur einige einflussreiche Diskussionen zu nennen, befassen sich spezifisch mit dieser Thematik. Dem Überbringen schlechter Nachrichten wurde in Kommunikations-Skills Seminaren ein grosser Stellenwert eingeräumt (Übersicht in Kissane et al., 2011, S. 631-680). Grundsätzlich gelten bei Gesprächen mit schlechten Nachrichten als Inhalt alle bis dahin diskutierten Gesichtspunkte und Empfehlungen für personenzentrierte Gespräche.

Das sogenannte SPIKES-Protokoll (Baile et al., 2000) beschreibt die Strategien, die bei der Diskussion schlechter Nachrichten Anwendung finden sollten:

S Setting und aktives Zuhören

Angemessene Rahmenbedingungen (Ort, Zeit, TeilnehmerInnen), Konzentration auf verbale und nichtverbale Patienten-Äusserungen

P Patienten-Wahrnehmung

Erfragen des Vorwissens von PatientInnen sowie ihrer Gedanken und Erwartungen hinsichtlich der zu eröffnenden Information

I Informationswünsche

Klärung der Aufklärungserwartungen des Patienten hinsichtlich Diagnose, Therapie und Prognose. Ziel: geteilte Verantwortung

K Kenntnisse

Die schlechte Nachricht ankündigen und anschliessend in kleinen Stücken überbringen, verständlich darstellen, Verständnis überprüfen

E Exploration der emotionalen Reaktion

Empathisches Erfragen des Erlebens der PatientInnen, Validierung der Reaktion, Exploration der subjektiven Bedeutung der Nachricht

S Strategie

Zusammenfassung der wichtigsten Gesprächsinhalte, Herausstellen des nächsten Vorgehensschrittes und Vereinbarung eines weiteren Gespräches, Besprechung der Möglichkeit eines Kontaktes mit Angehörigen

6.8 Spirituelles Assessment - SPIR

In den letzten Jahren haben sich viele Studien dem Zusammenhang zwischen Sinnfindung, Spiritualität/Religiosität einerseits und Wohlbefinden, Gesundheit und Akzeptanz von Krankheit andererseits gewidmet. Sie belegen, dass Spiritualität/Religiosität eine wichtige Ressource für die Bewältigung einer schweren Krankheit sein kann (für eine Übersicht vgl. Mehnert, 2006). Trotzdem wird in der Begleitung palliativer PatientInnen Spiritualität/Religiosität oft nicht gezielt angesprochen. In diesem Abschnitt sollen Möglichkeiten der Kommu-

nikation über dieses Thema dargestellt werden. Zunächst ist es aber hilfreich, die Begriffe Spiritualität und Religiosität etwas näher zu umreißen.

Spiritualität und Religiosität werden oft synonym verwendet. Dennoch lässt sich im Rahmen der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung ein Trend zur Differenzierung dieser beiden Begriffe ausmachen. Während Religiosität die Übernahme von Glaubensüberzeugungen sowie die Teilnahme an ritualisierten Aktivitäten einer Religionsgemeinschaft meint, wird Spiritualität als ein der Religiosität übergeordnetes Konzept aufgefasst (Zwingmann, 2005). Dieses Verständnis von Spiritualität umfasst ein breites Feld von Überzeugungen, Haltungen und Erlebensweisen, welche die Verbindung des Menschen mit seiner Mit- und Umwelt sowie mit einem umfassenden Ganzen betreffen. Spiritualität ist mit Werten verbunden, welche die persönliche Identität sowie Würde und Sinnerleben stiften. Die Übernahme dieser Werte fördert die Fähigkeit der Menschen zu Beziehung, Altruismus, Liebe und Selbst-Transzendenz (vgl. dazu Hauser, 2004). In diesem Sinne umfasst Spiritualität religiöse und nichtregligiöse Perspektiven.

Interdisziplinäre Palliative Care sollte die spirituellen Bedürfnisse der PatientInnen ebenso wie deren körperliche, psychische und soziale Nöte angehen. Doch um die Werte und Glaubensansichten einer anderen Person erkennen zu können, bedarf es eines Bewusstseins für die eigenen Ansichten hinsichtlich Spiritualität sowie für deren Einfluss auf die Versorgungsleistungen, die man verabreicht. So ist zu empfehlen, dass Fachleute über Möglichkeiten verfügen, mit ihrem "umfassenderen Selbst" in Kontakt zu kommen, sowohl für die Wahrung ihres spirituellen Wohlbefindens, wie auch um die PatientInnen besser zu erreichen (Wasner et al., 2005).

Für die Erfassung der spirituellen Ansichten von PatientInnen wurden mehrere Leitfäden entwickelt, darunter SPIR (Frick et al., 2006) und HOPE (Anandarajah & Hight, 2001). Aufgrund der Ähnlichkeit der sich aus diesen Leitfäden ergebenden Fragen wird im folgenden nur auf SPIR eingegangen.

SPIR ist ein halbstrukturiertes klinisches Interview bestehend aus vier Fragen, welche ins Anamnese-gespräch eingestreut werden können und dem Sprachgebrauch der PatientInnen angepasst werden sollten:

S Spiritualität: Würden Sie sich - im weitesten Sinne - als spirituellen oder gläubigen Menschen beschreiben?

Alternativ: Woraus schöpfen Sie Kraft? Gibt es etwas, das Ihrem Leben Sinn verleiht? Welche Glaubensüberzeugungen sind für Sie wichtig?

P Platz: Welchen Platz nimmt Spiritualität in ihrem Leben ein? Wie wichtig ist sie im Kontext ihrer Krankheit?

Welchen Einfluss haben ihre Überzeugungen auf Ihren Umgang mit der Krankheit?

I Integration: Gehören Sie zu einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft?

Gibt es eine Person oder eine Gruppe, die für Sie wichtig ist? Bedeutet dies eine Unterstützung für Sie? Inwiefern?

R Rolle der Fachleute: Wie soll ich als Arzt/Ärztin, SeelsorgerIn, TherapeutIn, Pflegefachperson mit diesen Fragen umgehen?

Wer ist ihr wichtigster Gesprächspartner in Bezug auf spirituelle und Glaubensüberzeugungen? Welche Rolle sollen Ihre Überzeugungen in der Behandlung spielen? Gibt es ihrerseits andere Anliegen zu diesem Thema?

In der Praxis zeigt sich, dass allein schon die Frage: "was gibt Ihnen Kraft?" die Tür für ein Gespräch über Spiritualität/Religiosität öffnen kann. Diese Frage enthält bereits auch eine Würdigung (sie impliziert: "ich sehe, dass Sie die Kraft finden"). Für das Angebot eines Gespräches über Spiritualität ist auf einen geschützten Rahmen zu achten. In Zeiten operativer Hektik kann das Thema unpassend sein.

7 Gespräche in Anwesenheit von Angehörigen oder Bezugspersonen

"Heimat ist nicht der Ort, sondern die Gemeinschaft der Gefühle" (Bodeninschrift in der Galerie der Gegenwart in Hamburg).

7.1 Einleitung

Etwa 20% der onkologischen Konsultationen finden in Anwesenheit von Angehörigen statt. Die Angehörigen sind meistens dann anwesend, wenn schwierige Situationen vorliegen oder wenn die Betroffenen besonders verletztlich sind, etwa bei schlechter Verfassung oder/und wenn sie betagt sind. Die Anwesenheit von Angehörigen ist wahrscheinlicher am Behandlungsanfang, bei Rückfall, Progression und in der terminalen Phase. Sie unterstützen die Betroffenen und treten für sie ein. Im Vergleich zu Zwei-Personen-Gesprächen sind insbesondere ältere PatientInnen im Drei-Personen-Setting weniger präsent, sie sprechen weniger Themen an, treten weniger für sich ein und äussern sich weniger (Delvaux et al., 2005).

Im palliativen Kontext sollten die Angehörigen früh eingebunden werden und über den Tod der PatientInnen hinaus begleitet werden.

Grundsätzlich gelten alle oben diskutierten Kommunikationsaspekte auch für Gespräche mit Angehörigen. Trotzdem ergeben sich durch die beste-

hende oder geplante Anwesenheit von Angehörigen spezifische Gesichtspunkte. Folgende Situationen sind dabei zu unterscheiden:

1. Entscheidung im Vorfeld des Gespräches, inwiefern Angehörige beizuziehen sind, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Zusammensetzung
2. Gespräch mit Angehörigen ohne die betroffene Person: das Angehörigengespräch
3. Patientengespräch in Anwesenheit von Angehörigen

Im Folgenden sollen die jeweiligen Besonderheiten dieser verschiedenen Situationen dargelegt werden.

7.2 Der Einbezug von Angehörigen

Oft lassen sich PatientInnen von sich aus durch ihre Angehörigen oder Bezugspersonen begleiten bzw. bitten diese anwesend zu sein. Aber auch seitens der Behandelnden ergibt sich typischerweise im Verlauf der Behandlung das Bedürfnis, Angehörige einzubeziehen. Gründe dafür können sein,

- die Wahrnehmung der Patientenproblematik aus der Perspektive der Angehörigen zu erfahren (insbesondere Informationen über Veränderungen),
- die Angehörigen aus erster Hand zu informieren und ihnen zu ermöglichen, direkt Fragen zu stellen,
- die Möglichkeit der Mobilisierung von Ressourcen im Umfeld der PatientInnen zu besprechen,
- den Unterstützungsbedarf der Angehörigen zu thematisieren.

Diese Situation liegt bei *roundtable*-Gesprächen vor, insbesondere bei stationären Aufenthalten in der Phase der Austrittsplanung.

Der Einbezug von Angehörigen kann für die Betroffenen sehr hilfreich sein: jemand anders hört mit, stellt auch Fragen und die Inhalte können später diskutiert werden. Andererseits können sich dadurch aber auch Schwierigkeiten ergeben.

Es empfiehlt sich anzuregen, dass sich PatientInnen überlegen, ob und wer bei einem Gespräch anwesend sein sollte. Dabei sollten auch die Implikationen bedacht werden. Insofern PatientIn und Angehörige die gleiche Situation aus zwei sehr unterschiedlichen Perspektiven erleben, folgen daraus unterschiedliche Sorgen und Anliegen, die womöglich nicht ohne Scham und Überwindung in Anwesenheit der/des Angehörigen ausgesprochen werden können. Die Bezugspersonen sind oft diejenigen, die die Konsequenzen der Krankheit tragen und von denen die PatientInnen abhängig sind. Sollten sich die Betroffenen entscheiden, das Gespräch unter vier Augen zu führen, kann es eine Möglichkeit sein, die Bezugsperson später im Verlauf des Gespräches einzubeziehen oder, bei Einverständnis

der Betroffenen, mit der Bezugsperson ein separates Gespräch zu vereinbaren (Bucka-Lassen, 2011).

In ihrer Literaturübersicht berichten Fujimori und Uchitomi (2007) von einer breiten Variabilität (je nach Studie) hinsichtlich des Wunsches von Betroffenen, bei der Mitteilung von schlechten Nachrichten Bezugspersonen dabei zu haben: 10-81% wollten mit dem Arzt allein sein, während 40-78% wünschten, dass Angehörige anwesend sind. Sehr wenige wünschten die Anwesenheit einer anderen Fachperson (0-18%).

Sollten Betroffene grundsätzlich nicht wollen, dass ihre Nächsten über den Krankheitsverlauf informiert werden, ist dies aus Gründen der Schweigepflicht zu respektieren. Dann stellt sich allerdings die Frage, wie eine allfällig notwendige Betreuung ausserhalb der Institution ohne den Einbezug der Bezugspersonen zu bewerkstelligen ist.

7.3 Das Angehörigengespräch

Die Angehörigen von Schwerkranken leisten oft neben ihrer eigenen Arbeit und dem Einspringen für die erkrankten Betroffenen eine aufwendige und kraftzehrende Betreuungsarbeit. Sie haben meist mit Verlustängsten sowie mit materiellen Implikationen der Krankheit oder des Versterbens der Betroffenen umzugehen. Diese mehrfache Belastung führt dazu, dass sie meistens ebenso, wenn nicht gar stärker psychisch belastet sind, als die Betroffenen selber (Krähenbühl et al., 2007). Dazu kommt, dass sie im Unterschied zu den Betroffenen nicht *a priori* in einem supportiven Kontext eingebettet sind. So müssen sie oft allein mit ihren Ängsten, der Überlastung und mit ihrer Hilflosigkeit klarkommen. Einerseits wird im institutionellen Umfeld den Angehörigen immer noch nicht genügend Unterstützung angeboten, andererseits sehen sich Angehörige selbst oft nicht dazu berechtigt (aus persönlichen, familiären oder strukturellen Gründen), was ihnen erschwert, eine Unterstützung anzunehmen.

Manchmal kommen scheinbar behandlungsassoziierte Irritationen in der Kommunikation zwischen Fachleuten und den Angehörigen vor, wobei sich oft herausstellt, dass diese Irritationen von den vielfältigen Belastungen im Hintergrund herrühren. Deshalb ist es wichtig, die Bemühungen der Angehörigen zu würdigen, allfällige daraus resultierende Konflikte anzusprechen und lösen zu helfen, Möglichkeiten der Entlastung zu erarbeiten sowie wo immer möglich die Verbundenheit unter den Angehörigen zu fördern. Die Bedürfnisse und Reaktionen der Angehörigen (Ärger, Verzweiflung, aber auch Schuldgefühle, weil sie etwa subjektiv zu wenig unterstützen oder sich ein Ende dieser Situation wünschen) sollten im Angehörigengespräch normalisiert

werden (z.B.: "Ich verstehe sehr gut, dass Sie das nicht mehr aushalten, es geht den meisten Menschen in ihrer Situation so"). Neben dem Angebot einer direkter Unterstützung durch die Fachperson ist es auch wichtig, die Angehörigen mit externen Stellen zu vernetzen, etwa hinsichtlich struktureller (Arbeit, Finanzen, Wohnen), rechtlicher oder spezialisierter therapeutischer Unterstützung. Natürlich sollten, wo immer möglich, die Ressourcen im privaten Umfeld erschlossen werden.

In der Dynamik der Interaktion zwischen Fachleuten, PatientInnen und Angehörigen zeigen sich oft auch Schwierigkeiten, wenn die Angehörigen zu viel Raum einnehmen oder wenn sie bei Interessen, die von denjenigen der Betroffenen abweichen, die Fachleute in eine Koalition einzubeziehen versuchen. Eine Bildung von Fronten ist jedoch für die Behandlung nicht zuträglich, zudem ist davon auszugehen, dass sich die Koalitionen im Verlauf ändern und dass letztlich die Loyalität unter den Angehörigen stärker ist. Deshalb sollten Differenzen, wenn sie auftreten, ausgesprochen werden. Wenn eine Überbrückung nicht fruchtet, sollte eine Unterstützung in getrennten Settings angeboten werden (Albrecht et al., 2011).

7.4 Das Patientengespräch in Anwesenheit von Angehörigen/Bezugspersonen

Die Kernelemente eines Drei-Personen-Gesprächs sind (Delvaux et al., 2005):

- Einführung
- Anwesenheit der Angehörigen würdigen
- Anliegen von PatientIn und Angehörigen erfragen:
 - Anliegen der PatientInnen für sich und hinsichtlich der Angehörigen
 - Anliegen der Angehörigen für sich und hinsichtlich der PatientInnen
- Anliegen beiderseits würdigen
- Die Anliegen zusammenfassen
- Anliegen beantworten (Information, Unterstützung)
- Wirkung auf PatientIn und Angehörige erfragen
- Abschluss

Aus dieser Agenda ist auch ersichtlich, dass der Einbezug von mehreren Angehörigen das Gespräch beträchtlich komplizierter macht.

Bei Gesprächen in Anwesenheit von Angehörigen stehen oft Standort- (Krankheit, Therapie) und prognostische Informationen stärker im Vordergrund. Denn diese Informationen erlauben es den Angehörigen oder mitbetreuenden Bezugspersonen, sich auf die Situation einzustellen und sich für die Zukunft zu organisieren. Umgekehrt erhalten Fachleute anlässlich solcher Gespräche Informationen darüber, wie die Angehörigen die Belastung der

PatientInnen wahrnehmen, wobei diese oft negativer als die Patientenwahrnehmung ausfällt. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Angehörigenwahrnehmung durch deren eigene Belastungssituation geprägt sein kann. Im Gespräch in Anwesenheit von Angehörigen wird tendenziell mehr Information als im Patientengespräch gegeben, wobei weniger Unterstützungsinterventionen stattfinden. Letzteres kann durch die Delegation an die Angehörigen erklärt werden. Schliesslich werden divergierende, persönliche und intime Anliegen (etwa zur Sexualität) weniger ausgesprochen. Wie bereits erwähnt zeigen sich zudem oft Tendenzen, Koalitionen zu etablieren (Razavi & Delvaux, 2008).

Bei Gesprächen in Anwesenheit von Angehörigen ist es wichtig, auf eine ausgewogene Sprechzeit zu achten, Koalitionsversuche anzusprechen aber nicht darauf einzugehen, sowie dafür zu sorgen, dass die nicht ausgesprochenen Anliegen beiderseits einen Ort finden, an dem sie adäquat behandelt werden können.

Zusammenfassung

Eine gelebte Interdisziplinarität in der Palliative Care ist in hohem Masse kommunikativ. Der Austausch der Palliative Care Team-Mitglieder untereinander, ihre Auseinandersetzung mit Werten der Wahrhaftigkeit und Würde, ihre Bereitschaft, sich persönlich zu exponieren und dazu zu lernen, sowie ihre Offenheit gegenüber den Bedürfnissen und Werthaltungen der PatientInnen sind Grundpfeiler einer qualitativ hochwertigen palliativen Versorgung. Die genannten Faktoren bilden die Basis für eine personenzentrierte Kommunikation, in welcher die Bedürfnisse und Anliegen der PatientInnen erfragt, gewürdigt und sowohl auf der emotionalen wie auch auf der Sachebene beantwortet werden.

Die Kommunikationsfertigkeiten der Fachleute sind nicht nur für die Zufriedenheit der Betroffenen und ihrer Angehörigen entscheidend, sondern auch für das Wohlbefinden und das professionelle Selbstverständnis der Fachleute. Gute Kommunikationsfertigkeiten führen zudem zu einer adäquateren Versorgung in medizinischer und ökonomischer Hinsicht.

Gespräche in der Palliative Care haben oft Inhalte, welche mit einer Bedrohung der Existenz der PatientInnen und ihrer Angehörigen im körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Sinne einhergehen. Diese Gespräche werden meist dann geführt, wenn die mobilisierbaren Ressourcen der betroffenen Personen und Familien stark beansprucht sind und einschneidende Symptome vorliegen. Dies sowie der Umstand, dass die Gespräche typischerweise in Institutionen von (selber nicht betroffenen)

Fachleuten geführt werden, trägt tendenziell zur Steigerung eines Gefühls von Verletztheit und Ausgeliefertsein der PatientInnen und ihrer Angehörigen bei. Diese Grundgegebenheiten sind in der Gesprächsführung zu berücksichtigen.

Die Ausbildung der Fachleute hat sich über lange Zeit vorwiegend auf Inhalte und fachliches Handeln konzentriert. Dieses Know-How ist mit Skills hinsichtlich der Kommunikation und Gesprächsführung zu ergänzen, damit die Vorbereitung, Strukturierung, Führung und Nachbearbeitung des Gespräches von einer personzentrierten Haltung geprägt ist.

Patientenzentriert zu kommunizieren umfasst empathisch und wertschätzend zu sein, das Vorwissen und die Anliegen der PatientInnen zu erfragen, daran beim Informieren anzuknüpfen, auf Emotionen einzugehen, Verständnis zu überprüfen und Unterstützung anzubieten. Die meisten dieser Gesprächselemente sind bekannt. Trotzdem werden sie allzuoft zu wenig angewendet. Insbesondere fehlt es allermeistens an der Überprüfung dessen, was die PatientInnen dem Gespräch entnehmen.

In der Gesprächsführung ist es zudem ganz wesentlich, Übergänge in Thematik und Gesprächsstil für das Gegenüber verständlich und nachvollziehbar zu gestalten.

Die existentiellen Themen, meist begleitet von vielen Unsicherheiten, bringen es mit sich, dass die Gespräche starke Emotionen wie Trauer, Hoffungslosigkeit aber auch Ärger und Wut hervorrufen können, was zu Verständnisschwierigkeiten, Auseinandersetzungen mit den Fachleuten, Rückzug und Verleugnung führen und damit die Konsensfindung und Behandlung erschweren kann. Insbesondere bei der Übermittlung schlechter Nachrichten und bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung hinsichtlich der Vorgehensweise sind emotionale Momente und die dadurch erschwerte Interaktion integrierende Bestandteile des Gespräches. Dementsprechend gehört es auch zu den erforderlichen Gesprächsfertigkeiten, mit solchen Situationen umgehen zu können. Das beinhaltet auch, dass die Fachpersonen mit sich selbst klar kommen müssen (Rolle, Werte, Ansprüche und Emotionen).

Ein weiterer Schwerpunkt ist der adäquate Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen. Die Angehörigen sind oft ebenso, wenn nicht stärker belastet als die Betroffenen selber. In ihrer Rolle als Begleiter und Fürsorge-Spender haben sie einerseits Anliegen, die sich mit denjenigen der Betroffenen decken, aber auch solche, die sich von ihnen stark unterscheiden mögen. In der Kommunikation mit Patientensystemen sind die unterschiedlichen Standpunkte der einzelnen Personen und der breit gefä-

cherte Unterstützungsbedarf ebenso zu berücksichtigen, wie die Dynamik (insbesondere hinsichtlich Koalitionen), die sich in solchen Gesprächssituationen konstellieren kann.

Konkrete Gesprächstechniken und -Protokolle wie WWSZ (Warten, Wiederholen, Spiegeln und Zusammenfassen), NURSE (Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploring) sind hilfreich, sollten aber nicht mechanisch angewendet werden, sondern in Resonanz mit dem Gegenüber und integriert in den persönlichen Fertigkeiten der Fachleute. Schliesslich wurde auch die Leitlinie SPIR (Spiritualität, Platz, Integration, Rolle) zur Erfassung der spirituellen Bedürfnisse der PatientInnen dargestellt, sowie ein kurzer Abriss des SPIKES-Protokolls für die Übermittlung schlechter Nachrichten gegeben (Setting, Patientenwahrnehmung, Informationswünsche, Kenntnisse, Exploration, Strategie).

Danksagung

Für die Durchsicht des Manuskriptes und die wertvollen Kommentare möchte mich ganz herzlich bei Fr. Dr. phil. Verena Schönbucher, Fr. Dr. med. Natalie Drabe sowie Fr. Dr. med. Katja Fischer bedanken.

8 Literatur

Albrecht, T.L., Eggly, S.S. & Ruckdeschel, J.C. (2011). Communicating with relatives/companions about cancer care. In: D. Kissane, B.D. Bulz, P.N. Butow & I.G. Finlay (Hrsg). Handbook of communication in oncology and palliative care (S. 158-164). Oxford: Oxford University Press.

Anandarajah, G. & Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice. Using the HOPE Questions as a practical tool for spiritual assessment. Am Fam Physician, 63: 81-88, 89.

Back, A.L., Arnold, R.M. & Quill, T.E. (2003). Hope for the best, prepare for the worst. Annals of internal medicine, 138(5): 439-444.

Back, A.L., Arnold, R.M., Baile, W.F., Tulsky, J.A. & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. CA Cancer J Clin, 55: 164-177).

Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., Kudelka, A. (2000). SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news. Application to the patient with cancer. The Oncologist, 5: 302-311.

Baile, W.F., Lenzi, R., Parker, P.A., Buckman, R. & Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. J Clin Oncol, 20 (8): 2189-2196.

Baile, W.F. & Parker, P.A. (2011). Breaking bad news. In: D. Kissane, B.D. Bulz, P.N. Butow & I.G. Finlay

- (Hrsg). Handbook of communication in oncology and palliative care (S. 101-112). Oxford: Oxford University Press.
- Boorstein, Sylvia (1996). Don't just do something, sit there. San Francisco: HarperCollins
- Breitbart, W. & Hellen, K.S. (2003). Reframing hope. Meaning-centered care for patients near the end of life. *Journal of palliative medicine*, 6(6): 979-988.
- Brown, R.F. & Bylund, C.L. (2008). Communication Skills Training. Describing a new conceptual model. *Academic Medicine*, 83(1): 37-44.
- Bucka-Lassen, E. (2011). Das schwere Gespräch. Patientengerechte Vermittlung einschneidender Diagnosen. Zweite Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news. Why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288: 1597-9.
- Butow, P.N., Tattersall, M.H.N. & Stockler, M. (2011). Discussing prognosis and communicating risks. In: D. Kissane, B.D. Bulz, P.N. Butow & I.G. Finlay (Hrsg). Handbook of communication in oncology and palliative care (S. 113-125). Oxford: Oxford University Press.
- Calman K.C. (1984). Quality of life in cancer patients. A hypothesis. *Journal of medical ethics*, 10: 124-127.
- Chochinov, H., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L.J., McClement, S. & Harlos, M. (2005). Dignity Therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23: 5520-5525.
- Delvaux, N, Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conradt, S. Noiver, J., Etienne, A.-M., Fontaine, O., Janne, P., Klatersky, J., Mélot, C., Reynaert, C., Scalliet, P., Schlachmuylder, J.-L. & Razavi, D. (2005). Physicians's communication with a cancer patient and a relative. A randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. *Cancer*, 103(11): 2397-2411.
- Dunn, S.M. (2011). The art of teaching communication skills. In: D. Kissane, B.D. Bulz, P.N. Butow & I.G. Finlay (Hrsg). Handbook of communication in oncology and palliative care (S. 13-25). Oxford: Oxford University Press.
- Epstein, R.M. (1999). Mindful practice. *JAMA*, 282, 833-839.
- Epstein, R.M. & Street, R.L. Jr (2007). Patient-centered communication in cancer care. Promoting healing and reducing suffering. National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225. Bethesda, MD.
- Merckaert, I., Libert, Y. & Razavi, D. (2011). Communication skill training and research: the Brussels experience. In: D. Kissane, B.D. Bulz, P.N. Butow & I.G. Finlay (Hrsg). Handbook of communication in oncology and palliative care (S. 671-680). Oxford: Oxford University Press.
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363: 312-319.
- Fegg, M.J. (2006). Strategic therapy in palliative care. *European Psychotherapy*, 6(1): 203-240.
- Finlay, I.G. & Pease, N. (2011). In: D. Kissane, B.D. Bulz, P.N. Butow & I.G. Finlay (Hrsg). Handbook of communication in oncology and palliative care (S. 491-502). Oxford: Oxford University Press.
- Frick E., Riedner C., Fegg M., Hauf S. & Borasio, G.D. (2006). A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *European Journal of Cancer Care*, 15: 238-243.
- Frisch, M. (2011). Tagebuch 1946-1949. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Fujimori, M., Akechi, T., Morita, T., Inagaki, M., Aki-zuki, N., Sakano, Y., & Uchitomi Y. (2007). Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology*, 16(6): 573-81.
- Fujimori, M. & Uchitomi, Y. (2009). Preferences of cancer patients regarding communication of bad news. A systematic literature review. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39 (4): 201-216.
- Heaven, C.M. & Maguire, P. (1997). Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses. *Palliat Med.*, 11:283-290.
- Jenkins, V., Fallowfield, L. & Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centers. *British Journal of Cancer*, 84; 48-51.
- Juul, J. (2006). Was Familien trägt. Werte in Erziehung und Partnerschaft. München: Kösel.
- Hauser, E.N. (2004). Vom Sinn des Leidens. Die Bedeutung systemtheoretischer, existenzphilosophischer und religiös-spirituelle Anschauungsweisen für die therapeutische Praxis. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Keller, M. & Zwingmann, J. (2011). Kommunikation in der Onkologie. In: A. Margulies, Th. Kroner, A. Gaisser & I. Bachmann-Mettler (Hrsg.). *Onkologische Krankenpflege*. (5.Aufl.) Berlin: Springer. 641-655.
- Kissane, D., Bulz, B.D., Butow, P.N. & Finlay, I.G. (Hrsg). Handbook of communication in oncology and palliative care. Oxford: Oxford University Press.
- Kissane, D. W. (2011). Communication training to achieve shared treatment decisions In: D. Kissane, B.D. Bulz, P.N. Butow & I.G. Finlay (Hrsg). Handbook of communication in oncology and palliative care (S. 127-133). Oxford: Oxford University Press.
- Kubler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York: MacMillan.

- Krähenbühl, A., Zwahlen, D., Knuth, A., Schnyder, U., Jenewein, J. & Kuhn, C. & Büchi, S. (2007). Prävalenz von Angst und Depression bei ambulanten KrebspatientInnen und deren Angehörigen. *Praxis*, 96: 973-979.
- Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Rüttimann, S. & Wössmer, B. (2002a). Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*, 325: 682-683.
- Langewitz, W., Conen, D., Nübing, M. & Weber, H. (2002b). Kommunikation ist wesentlich. Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patientinnen und Patienten. *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie*, 52:348-354.
- Langewitz, W., Buddeberg-Fischer, B. & Laederach, K. (2004). Das ärztliche Gespräch - die ärztliche Untersuchung. In Buddeberg, C. (Hrsg). *Psychosoziale Medizin*. Berlin: Springer, 376-407.
- Langewitz, W. (2006). Hospital patients' preferences for involvement in decision-making. *Swiss Medical Weekly*, 136: 59-64.
- Langewitz, W. (2007). Beyond content analysis and non-verbal behaviour - What about atmosphere? A phenomenological approach. *Patient Education and Counseling*, 67: 319-323.
- Langewitz, W. (2011). Patientenzentrierte Kommunikation. In: R.H. Adler, W. Herzog, P. Joraschky, K. Köhle, W. Langewitz, W. Söllner, W. Wiesack (Hrsg). *Psychosomatische Medizin*. (7. Aufl.) München: Urban & Fischer.
- Lehmann, C., Koch, U. & Mehnert, A. (2008). Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. Ein Literaturüberblick über den gegenwärtigen Forschungsstand unter besonderer Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen. *PsychotherPsych Med*, 59: e3-e27.
- Lehner, E. (2011). Psychotherapie mit Schwerkranken und Sterbenden im Rahmen von Palliative Care. *Psychotherapiewissenschaft*, 1(3): 1-8.
- Maguire, P., Faulkner, A., Booth, K., Elliott, C. & Hillier, V. (1996). Helping cancer patients disclose their concerns. *European Journal of Cancer*, 32A(1): 78-81.
- Maguire, P. & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 325, 697-700.
- Mehnert, A. (2006). Sinnfindung und Spiritualität bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt*, 49: 780-787.
- Regamey, C., Suter, P.M. (2006). Richtlinien "Palliative Care": die Sicht des Patienten ist entscheidend. *Schweizerische Ärztezeitung*, 87(24).
- Philip, J. & Kissane, D.W. (2011). Responding to difficult emotions. In: D. Kissane, B.D. Bulz, P.N. Butow & I.G. Finlay (Hrsg). *Handbook of communication in oncology and palliative care* (S. 135-145). Oxford: Oxford University Press.
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*, 276(6): 496-502.
- Razavi, D., Delvaux, N. & Hopwood, P. (1997). Improving Communication with Cancer Patients. A challenge for physicians. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 809: 350-360.
- Razavi, D., Delvaux, N. (Hrsg). (2008). *Précis de psycho-oncologie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Rogers, C.R. (1985). Die nicht-direktive Beratung. *Counseling and Psychotherapy*. Frankfurt a.M.: Fischer. Original erschienen 1942.
- Rodin, G. & Zimmermann, C. (2008). Psychoanalytic reflections on mortality. A reconsideration. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1): 181-196.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2006). *Palliative Care: Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen*. http://www.samw.ch/dms/de/Ethik/RL/AG/Palliative-Care_D_06.pdf
- Sheahan, L. & Wein, S. (2011). Denial and communication. In: D. Kissane, B.D. Bulz, P.N. Butow & I.G. Finlay (Hrsg). *Handbook of communication in oncology and palliative care* (S. 147-155). Oxford: Oxford University Press.
- Saunders, C. & Sykes, N. (Hrsg). (1993). *The management of terminal malignant disease*. Third edition. London: Edward Arnold.
- Siminoff, L.A. (2011). The ethics of communication in cancer and palliative care. In: D. Kissane, B.D. Bulz, P.N. Butow & I.G. Finlay (Hrsg). *Handbook of communication in oncology and palliative care* (S. 51-61). Oxford: Oxford University Press.
- Söllner, W. & Wentzlaff, E. (2004). Der schwierige Patient. *Der Hausarzt*, 17: 63-66.
- Söllner, W., Gutberlet, S., Wentzlaff E. et al. (2007) Förderung der kommunikativen Kompetenz von Ärzten - Trainingsseminare für Ärzte im Rahmen psychosomatischer Konsiliar-Liaison-Arbeit. In: Deter, H.-C. (Hrsg). *Allgemeine Klinische Medizin – Ärztliches Handeln im Dialog als Grundlage einer modernen Heilkunde*. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen
- Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W. & McWhinney, I.R. (2003). *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Suchman, A.L., Markakis, K., Beckman, H.B., Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*, 277(8): 679-682.

- Temel, J.S., Greer, J.A., Muzikansky, A., Gallagher, E.R., Admane, S. Jackson, V.A., Dahlin, C.M., Blinderman, G.D., Jacobsen, J.J., Pirl, W.F., Billings, J.A. & Lynch, T.J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 363: 733-742.
- Thun, F. Schulz von (1981). *Miteinander reden. Störungen und Klärungen*. München: Rohwolt.
- Wasner, M., Longaker, C., Fegg, M.J. & Borasio, G.D. (2005). Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliative Medicine*, 19:99-104.
- Weier, E. (2008). *Das Geheimnis des Lebens berühren- Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weisman, A.D. (1972). *On dying and denying*. New York: Behavioral Publications.
- Weisman, A.D. & Worden, J.W. (1976). The existential plight in cancer. Significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7(1): 1-15.
- Wentzlaff, E., Gutberlet, S. & Söllner, W. (2007). Kurzpsychotherapie bei körperlich Kranken - Vom kreativen therapeutischen Umgang mit Leitaaffekten. *Leitaffekt Angst - Die Arbeit mit Bildern, Träumen und Mythen. Psychosom Konsiliarpsychiatr*, 1: 282-286.
- Wentzlaff, E., Gutberlet, S. & Söllner, W. (2008). Kurzpsychotherapie bei körperlich Kranken - Vom kreativen therapeutischen Umgang mit Leitaaffekten. *Leitaffekt Wut - Die Arbeit mit Bildern, Symbolen und der "Sisyphos-Liste" am Beispiel der malignen Hypertonie. Psychosom Konsiliarpsychiatr*, 2: 33-38.
- Zolnier, K.B. & Dimatteo, M.R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment. A meta-analysis. *Med Care*, 47(8): 826-834.
- Zwingmann, C. (2005). Spiritualität/Religiosität als Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität? *Wege zum Menschen*, 57: 68-80.