

Breaking bad news –

Was muss der Intensivmediziner wissen?

13. St.Galler IPS-Symposium 2009

Brigitta Wössmer

Abteilung für Psychosomatik

Übersicht



1. **Hintergrund**
2. Einstiegsfragen
3. Was Patienten und Angehörige wünschen
4. Überbringen schlechter Nachrichten
5. Kommunikationstechniken
6. Mehrpersonengespräche
7. Reaktionen

Hintergrund I: Onkologische Patienten auf der ICU



- Die Prognose von Patienten, die mit malignen Erkrankungen auf Intensivstationen behandelt werden müssen, ist schlecht
- Gespräche mit Angehörigen sind die Regel
- Überbringen von schlechten Nachrichten auch
- Die allermeisten Patienten und deren Angehörige haben die Diagnose „Krebs“ gehört
- Die Behandler wissen meist nicht, was die Patienten und die Angehörigen verstanden haben

Hintergrund II: Unterschiedliche Realitäten

U.Schlömer-Doll; D.Doll (2000)

	<i>Arzt</i>	<i>Patient/Angehörige</i>
<i>Lebenssicht:</i>	Arbeit	Existenziell bedrohlich
<i>Wissen:</i>	Expertenwissen	Laienwissen
<i>Rolle:</i>	Aktiv	Eher passiv
<i>Bewusstsein:</i>	wach	Absorbiert, „gefesselt“
<i>Gefühle:</i>	Kontrolliert	Chaotisch
<i>Zeiterleben:</i>	Normalzeit	„Innere Zeit“
<i>Weltsicht:</i>	mittendrin	„am Rande“, isoliert

Hintergrund III:

Die Situation Intensivstation (aus Patientensicht)



- Der sicherste Ort in der unsichersten Situation
- Das völlige Ausliefern des eigenen Lebens an Menschen und Maschinen
- Abwechslung von Reizüberflutung und Reizverarmung
- Verlust jeglicher Privatsphäre und Gefährdung der Identität
- Beziehungsverlust und -ersatz durch Fremde
- Ca. 20% geben an oft oder dauernd Angst zu haben

Hintergrund IV: Posttraumatic-stress-disorder (PTSD): Prävalenz auf der ICU



- Patienten: 9,8 - 24%
- Angehörige von auf der ICU Verstorbenen:
 - 50% berichten nach 90 Tagen von posttraumatischen Symptomen
 - 60% wenn eine End-of-Life Entscheidung getroffen werden musste
 - 82% wenn sie an der Entscheidung teilnehmen mussten

Hintergrund V: Kernsymptome der PTSD



- Vermeidungsverhalten incl. Dissoziationen
- Intrusionen (Flashbacks, Affektzustände, somatische Sensationen, Alpträume, interpersonelle Reinszenierungen)
- Hyperarousal
- Depression
- Emotionale Abflachung (numbing)
- Angst

Übersicht



1. Hintergrund
2. **Einstiegsfragen**
3. Was Patienten und Angehörige wünschen
4. Überbringen schlechter Nachrichten
5. Kommunikationstechniken
6. Mehrpersonengespräche
7. Reaktionen

1. Frage



Wie oft haben Sie im letzten Monat eine schlechte
Nachricht mitteilen müssen?

2. Frage



Was ist für Sie in der Kommunikation von schlechten Nachrichten wichtig?

3. Frage



Was glauben Sie ist für Ihre
Patienten/Angehörigen, denen Sie eine schlechte
Nachricht mitteilen müssen, wichtig?

Übersicht



1. Hintergrund
2. Einstiegsfragen
3. **Was Patienten und Angehörige wünschen**
4. Überbringen schlechter Nachrichten
5. Kommunikationstechniken
6. Mehrpersonengespräche
7. Reaktionen

Was Patienten und Angehörige wünschen



- Fachliche Kompetenz
- Informationen
- Support
- Verständnis
- Nähe
- Beruhigung
- Hoffnung und klare Prognose

Patients' perceptions of receiving bad news about cancer.

Ptacek JT & Ptacek JJ. J Clin Oncol 2001; 19: 4160-4

Grössere Zufriedenheit der Patienten durch:

- ruhiger Raum
- keine Unterbrechungen (Piepser, Telefon)
- Arzt sitzt nahe beim Patienten
- Arzt zeigt Mitgefühl
- Arzt kündigt schlechte Nachrichten an
- Arzt gebraucht das Wort „Krebs“

Übersicht



1. Hintergrund
2. Einstiegsfragen
3. Was Patienten und Angehörige wünschen
4. Überbringen schlechter Nachrichten
5. Kommunikationstechniken
6. Mehrpersonengespräche
7. Reaktionen

Communicating sad, bad, and difficult news in medicine

Fallowfield L, Jenkins V: Lancet 2004; 363: 312-9



1. Information
2. Ruhiger Raum, Piepser abgeben
3. "Wie geht's?"
4. "Ich habe leider schlechte Nachrichten für Sie"
5. Nachricht in klaren und einfachen Worten
6. Warten

Communicating sad, bad, and difficult news in medicine

Fallowfield L, Jenkins V: Lancet 2004; 363: 312-9



7. Warten
8. Was ist beim Patienten los? (Emotion)
9. Ansprechen in Form einer Frage, richtige Intensität
(z.B.: *"Das muss ganz schlimm für Sie sein?"*)
10. Empathische Statements, wenn man es fühlt
(keine Standardfloskeln)
11. Warten

Communicating sad, bad, and difficult news in medicine

Fallowfield L, Jenkins V: Lancet 2004; 363: 312-9

12. Was sind die nächsten Schritte?
13. Wenn Fragen, wie erreichbar
14. Gute Nachrichten, falls es welche gibt
15. Überprüfen, was Patient verstanden hat
16. Abgabe von schriftlichem Material
17. Verabschieden
18. Durchatmen, wie geht's mir selber?

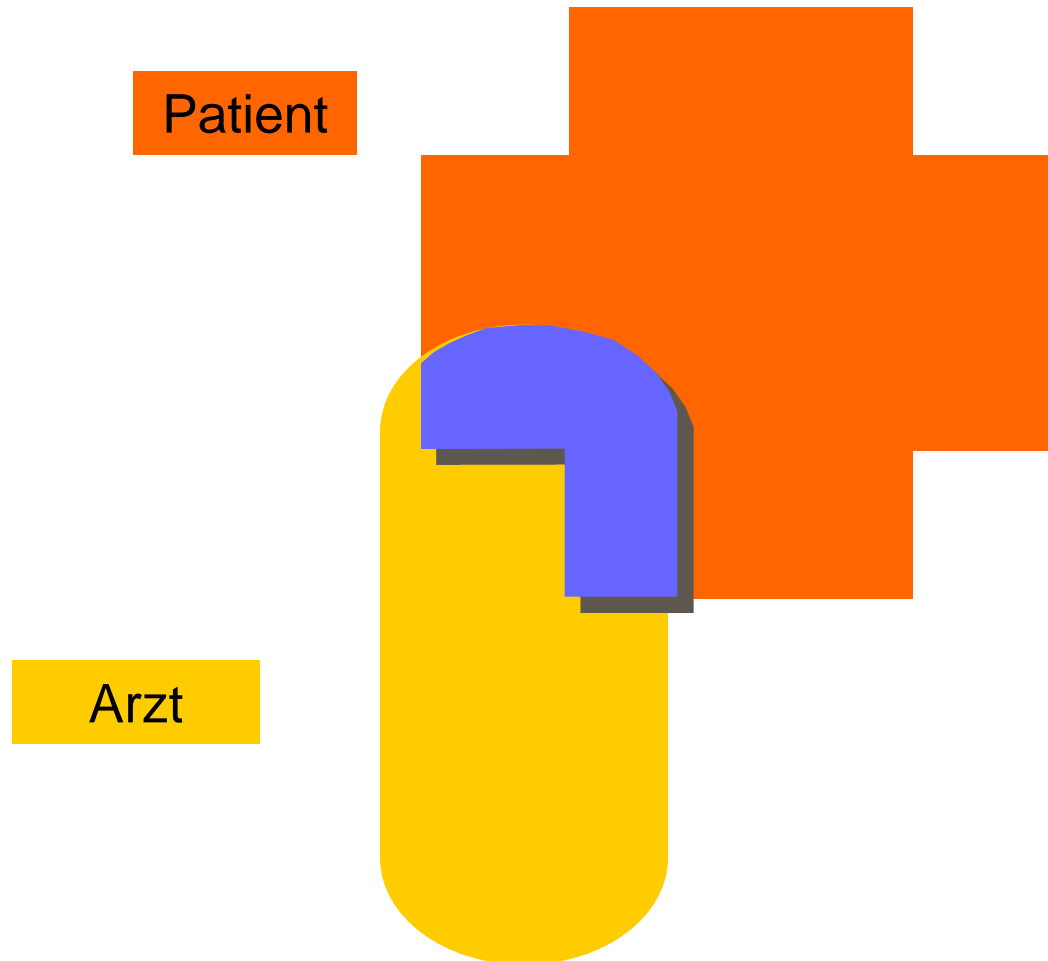
Aufnahmekapazität ca. 10%!

Das oberste Ziel der Kommunikation



Schaffen einer gemeinsamen Wirklichkeit

Schaffen einer gemeinsamen (Partial-) Realität = Abgleich von Modellen



Übersicht



1. Hintergrund
2. Einstiegsfragen
3. Was Patienten und Angehörige wünschen
4. Überbringen schlechter Nachrichten
5. **Kommunikationstechniken**
6. Mehrpersonengespräche
7. Reaktionen

Grundregeln für eine hilfreiche Gesprächsführung



- Strukturieren, Klarheit schaffen
- Aktives Zuhören
- Affektive Resonanz
- Emotional Anteil nehmende Reaktionen
(Verbalisieren von Gefühlen)
- Echtheit

Strukturieren - Klarheit schaffen



Zeitliche, organisatorische und thematische Grenzen zu Beginn benennen, z.B.:

- *“Wir haben heute 30 Minuten Zeit; wenn das nicht reicht, können wir noch einen Termin abmachen”*
- *“Obwohl ich mitgeteilt habe, dass ich nicht gestört werden soll, kann es sein, dass ich bei einem Notfall gerufen werde und weg muss“*
- *“Ich würde heute gerne darüber reden, wie sich die Situation seit gestern verändert hat“*

Dem Patienten/Angehörigen Raum geben

- **Warten** (> 3 sec), Aufmerksamkeit fokussiert auf den Patienten. Nicht jedes Schweigen ist eine Einladung zum Sprechen!
- **Wiederholen** ('*Seit gestern?*')
- **Spiegeln** (Rückmeldungen auf Emotionen, das aktuelle Thema): '*Sie wirken auf mich sehr ruhig, wenn Sie von diesem Ereignis berichten?*'
- **Zusammenfassen** (Zusammenfassen in eigenen Worten): **Ankündigung**, kürzer als die Äußerungen des Patienten, eng angelehnt an seinen Worten
- Keine Frage stellen im Anschluss an WWSZ

Übersicht



1. Hintergrund
2. Einstiegsfragen
3. Was Patienten und Angehörige wünschen
4. Überbringen schlechter Nachrichten
5. Kommunikationstechniken
6. **Mehrpersonengespräche**
7. Reaktionen

Spezifisches zu Familiengesprächen



- Die Aussagen der Familie und des Patienten wertschätzen
- Ihre Gefühle anerkennen
- Zuhören
- Verstehen wollen, wer der Patient ist
- Schlüssel: listening more, talking less

The Healing Power of Listening in the ICU, n engl. J . Med. 356;5, 2007

Kommunikationstechniken für ein Mehrpersonengespräch I

Vorausgehende Überlegungen:

- Wer „gibt“ den Auftrag für das Gespräch?
- Welche Absicht/Ziel ist bei wem vorhanden?
- Welchen Auftrag übernehme ich als Pflegeperson, Arzt; welchen weise ich ab oder weiter? (Rolle)
- Wie ist meine „innere Position“ – gelingt mir Wertefreiheit und Akzeptanz aller Beteiligten?
- Wie mag die individuelle Biografie und die Geschichte der Beziehung aussehen? (Hypothesen)

Kommunikationstechniken für ein Mehrpersonengespräch II



Setting

- Ruhiger Raum
- Genügend Stühle
- Zeitlimiten offenlegen
- Wer ist alles mit dabei (Angehörige und Behandler)
- Wer ist der „Vertreter“ der Familie?

Kommunikationstechniken für ein Mehrpersonengespräch III

Vorstellen der Behandler und der Angehörigen

Einbezug *aller Beteiligten*

- Offene Fragen zur Erfassung der unterschiedlichen Sichtweisen:
z.B. Wie ist die Situation aus Ihrer Sicht, bzw. was wissen Sie?
- Frage nach Erwartung, Auftrag:
z.B. Was würden Sie bezüglich ...xy... von mir wünschen/erwarten?
- Frage nach Ressourcen
z.B. Was wäre für Sie eine Hilfe? Was könnte Ihr/Ihre ... zur Verbesserung beitragen?

Kommunikationstechniken für ein Mehrpersonengespräch IV

Bei ausländischen Familien:

- Wie ist die Sprachkompetenz?
- Was weiss der Patient?
- Was darf er wissen?
- Wer sagt es ihm?
- Wer ist die Ansprechperson?
- Wie viel Besuch ist weshalb sinnvoll?

Gegenseitig ist vieles noch fremder!

Wie komme ich damit zurecht?

Übersicht



1. Hintergrund
2. Einstiegsfragen
3. Was Patienten und Angehörige wünschen
4. Überbringen schlechter Nachrichten
5. Kommunikationstechniken
6. Mehrpersonengespräche
7. **Reaktionen**

Reaktionen auf die schlechte Nachricht



- Angst
- Traurigkeit /Verzweiflung
- Wut/ Zorn
- Ohnmacht/ Hilflosigkeit
- Enttäuschung
- Schuldgefühle
- Schamgefühle

Umgang mit heftigen Gefühlen



Gefühle ignorieren



Kommunikation blockieren

Häufige Probleme

- Zeitproblem
- Angst vor heftigen Gefühlen/Affekten des Patienten; Angst, „mit leeren Händen dazustehen“
- Drang etwas anbieten zu müssen; Tendenz aktiv zu werden, auch wenn Aktivität nicht gefordert ist
- Sorge vom Patienten vereinnahmt zu werden
- Überhöhte eigene Ansprüche
- Schwierigkeit Grenzen zu ziehen

Typische Fehler

- **im Umgang mit heftigen Gefühlen**
 - Ignorieren
 - Bagatellisieren
 - Entwerten
 - Ausreden
- **Zur Vermeidung heftiger Gefühle**
 - Die Ursache verschleiern oder leugnen
 - Um den heißen Brei herum reden
 - Falschinformationen weitergeben
 - Informationen zurück halten

Umgang mit Gefühlen (**NURS**)

- **N**aming: Wahrnehmen und Benennen
- **U**nderstanding: Verständnis entwickeln und dem Patienten signalisieren
- **R**especting: Respekt äußern
- **S**upporting: Unterstützung anbieten

Naming I: Benennen von Emotionen

Zuerst müssen Emotionen beim Patienten wahrgenommen werden.

Wie?

- Verbale Äußerung
- Nonverbale Äußerung: Ärgerlicher Gesichtsausdruck, ungeduldige Gesten, feuchte Augen, angespannte Haltung
- Wahrnehmung eigener Emotionen als Spiegel der Emotionen des Patienten/Klienten (Behandler als „Resonanzkörper“, „Übertragung“)

Naming II: Benennen von Emotionen



Das Problem liegt darin, dass oft nicht klar ist, wie der Patient diese Emotion verbal benennen würde, daher:

- Emotionen immer als Vorschlag benennen
 - *„Ich erlebe Sie als ziemlich ärgerlich...?“*
 - *„was geht Ihnen jetzt gerade durch den Kopf?“*
- Die körperliche Veränderung als Beobachtung zurückmelden, ohne sie zu deuten
 - *„mir fällt auf, dass Sie sich auf einmal anders hingestellt haben...?“*

Understanding: Verstehen von Emotionen

- Verstehen kann man nur, was schon **benannt** wurde und nicht umgekehrt
 - „Ich erlebe Sie als ziemlich ärgerlich...?“
 - P.: „Ja, schauen Sie, ich war eigentlich darauf vorbereitet, dass....“
 - „Aha, ja, das kann nachvollziehen“ (Vorsicht mit: kann ich verstehen!)
- Verständnis **zeigen**: rückmelden (spiegeln), dass ich seine Gefühle wahrnehme und respektiere
- Verbale und nonverbale (Gestik, Mimik, Körperhaltung, Stimmlage) Rückmeldung stimmt nur überein, wenn das Verstehen **echt** ist

Respecting: Respekt äußern

- Der Behandler sollte nur dann Respekt äußern und Unterstützung anbieten, wenn er/sie dazu stehen kann (**Echtheit**)!
 - z. B. die Frau eines in der palliativen Phase krebserkrankten Mannes fährt mit ihrer Freundin zu einem Wellness-Wochenende
 - P: *“..... Ich möchte mich einfach einmal entspannen.“*
 - Ä: *“Das ist eine ganz schwierige Zeit für Ihren Mann. Ich finde es nicht gut, dass Sie da wegfahren!“*
- Oder:
- Ä: *“Das ist sicher eine schwierige Zeit für Sie. Ich finde es gut, dass Sie auch etwas für sich selbst tun!“*

Supporting: Unterstützung anbieten

- *P: “..... Ich schaffe es einfach nicht mehr..*
- *A: “Ja, das ist jetzt alles unglaublich viel, da ist ja auch noch der Umzug Ihrer Mutter ins Altersheim. Wenn Sie mögen, will ich gerne mit Ihnen und auch mit Ihrer Familie zusammen reden, damit wir die nächste Zeit ein bisschen planen können.“*

Der verleugnende Patient/Angehörige



Patient/Angehöriger:

- Will Bedrohung nicht wahrhaben
- Versucht, Behandler zu verführen, mitzuspielen
- Starres Festhalten

Behandler:

- Gefühl der Ausweglosigkeit
- „ganz gleich wie man reagiert, es ist falsch“
- Sowohl Mitspielen als auch Konfrontieren erzeugt Schuldgefühle

Auswege



- Wahrnehmen der Verzweiflung
 - Akzeptieren der Verleugnung als momentane Bewältigungsmöglichkeit
 - Versuch, starres Festhalten an Verleugnung aufzulockern, ohne Abwehr zu durchbrechen
- „vielleicht ist es sinnvoll, den guten, aber auch den schlechten Verlauf miteinander zu besprechen“

Der ärgerlich-anklagende Patient/Angehörige

Patient/Angehöriger:

Offener Affekt:

- Empörung
- Anklagende Haltung
- Schuldzuweisung
- Enttäuschung

Dahinter liegender Affekt:

- Wehrt Angst ab
- Will Bedrohung nicht wahrhaben

Behandler:

- Verteidigungshaltung
- Schuldgefühle
- Ärger
- Patient Los-werden-Wollen

Auswege



- Wahrnehmen des Ärgers
- und der dahinterstehenden Affekte (Verzweiflung, Angst...)
- Anerkennen des Ärgers als verständliche Reaktion
- Ansprechen der dahinter stehende Affekte

Der verzweifelte Patient/Angehörige

Patient/Angehöriger:

- Verzweiflung (äusserer Affektausdruck)
- Trauer (innerer Affektausdruck)
- verliert Kontakt oder klammert

Behandler:

- Betroffenheit
- Mitschwingen (eigene Trauer)
- Hilflosigkeit
- Sprachlosigkeit
- Wunsch zu beschützen oder zu fliehen
- Schuldgefühle

Auswege



- Wahrnehmen der Trauer und Einsamkeit hinter der Verzweiflung
- Akzeptieren, nichts **machen** zu können
- Annehmen der eigenen Trauer
- Dabei bleiben können
- Ausdruck der Trauer zulassen können
- Dann erst klären, welche Unterstützung möglich ist

Trauer und Verzweiflung



Trösten heißt,

- der Trauer Raum geben
- die Trauer aushalten/ ihr Stand halten
- Mitgefühl zeigen
- wenn möglich: vertraute Personen hinzuziehen

Der panische Patient/Angehörige



Patient/Angehöriger:

- Verzweiflung
- Verliert Bezug zur Realität
- Hilflos, fordernd-anklammernd

Behandler:

- Hilflosigkeit
- Überdross, Ärger („Mach nicht so ein Theater“)
- Tendenz, Patient nicht ernst zu nehmen, zu infantilisieren
- Impuls, Patienten in die Realität zurück zu holen

Auswege



- Akzeptieren der scheinbar inadäquaten Angstüberflutung
- Verstehen als Regression in ein kindliches Verhaltensmuster unter existentieller Bedrohung
- Nicht überreagieren – wieder zu Gelassenheit finden
- Was ist **im Moment** wichtig? Nächste Schritte
- Wahrnehmen der Kraft hinter der Panik

„Entgiften“ eigener negativ erlebter Affekte

- Wahrnehmen eigener Affekte und Gefühle
- Akzeptieren: Verstehen als normale menschliche Reaktion
- Verstehen einerseits als Gegenübertragung und andererseits als Anklingen eigener Erfahrungen
- Zeit nehmen und Raum geben: Reflexives Auseinandersetzen mit eigenen Affekten und Gefühlen
- Kommunizieren (berufliches und privates Umfeld, Balintgruppe, Supervision)

Beenden des Gesprächs

- Lassen Sie kein Gespräch „im Sande verlaufen“, sondern streben Sie einen **eindeutigen Gesprächsabschluss** an.
- Bitten Sie den Patienten/Angehörigen kurz zu **wiederholen**, wie er wichtige Informationen oder Ratschläge verstanden hat.
- Geben Sie dem Patienten die Möglichkeit, abschließend zu überlegen, ob er noch **Fragen** hat.
- Besprechen Sie mit dem Patienten, wie das **weitere Vorgehen** aussehen soll

Für sich selber

- Das Übermitteln unangenehmer Nachrichten ist nicht leicht und auch **für die Übermittler der Nachricht belastend.**
- Vielen Behandlern fällt es besonders schwer **jungen Patienten** eine ungünstige Diagnose mitzuteilen (eigene Gedanken, Erinnerungen und Einstellungen zu Themen wie Schmerz, Behinderung und Sterben berührt).
- Persönliche Auseinandersetzung mit diesen Themen im Kreis vertrauter Menschen bzw. Kollegen oder im Rahmen einer **Balintgruppe oder Supervision** wertvoll.

Zusammenfassend

- Das Überbringen einer schlechten Nachricht bleibt **belastend**
- Wichtigstes Kommunikationsmittel: **Warten**
- Zeitliche und eigene **Grenzen** gelten auch hier
- Wenn immer möglich nach einem belastenden Gespräch eine kurze **Pause** bzw. bewusstes Durchatmen

Feedback



Was nehmen Sie mit nach Hause?

Was ist für Sie persönlich das Wichtigste?

-
-
-
-

Literatur für Interessierte



- Bensing J, Langewitz W: Die ärztliche Konsultation. In: Adler, Herrmann, Köhle, Langewitz, Schonecke, v. Uexküll, Wesiack (Hrsg.): Psychosomatische Medizin, pp 415-424, Urban & Fischer, München, 6. Auflage 2003
- Langewitz W: Arzt-Patient Kommunikation, Mitteilen schlechter Nachrichten. In: Brähler E, Strauss B (Hrsg.): Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin, pp54-76, Hogrefe Göttingen, Bern, 2002
- Langewitz W, Laederach K, Buddeberg C: Ärztliche Gesprächsführung. In: Buddeberg C (Hrsg.): Psycho-soziale Medizin, pp 373-407, Springer Verlag Heidelberg 2003

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Woessmerb@uhbs.ch