



GELUNGENE KOMMUNIKATION
PÄDIATRISCHE PALLIATIVVERSORGUNG

Wirkungen (nicht-) gelungener Kommunikation

VERTIEFENDES WISSEN



„GEKO – Gelungene Kommunikation über Krankheit und Sterben in der pädiatrischen Palliativversorgung“ der PedScience Vestische Forschungs-gGmbH in Kooperation mit der Dr. Ausbüttel & Co. GmbH. Die Videos und Materialien wurden von erfahrenen Expert:innen des Kinderpalliativzentrums an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln - Universität Witten/Herdecke entwickelt. www.kinderpalliativzentrum.de/geko

Wirkungen (nicht-) gelungener Kommunikation

Mangelhafte Kommunikation kann zu Unter-, Über- und Fehlversorgung der Patient:innen und zu Vertrauensverlust seitens der Patient:innen/ Angehörigen führen (1). Gleichzeitig können Versorger:innen selbst unter negativen Konsequenzen wie Stress leiden. Findet hingegen Kommunikation auf Augenhöhe statt, indem Versorger:innen die individuellen Bedürfnisse und Emotionen ihrer Patient:innen und deren Angehörigen berücksichtigen, nehmen Vertrauen und Zufriedenheit bei den Betroffenen zu und unnötiges Leid kann bei den Patient:innen verhindert werden. Schließlich reduzieren sich auch für Versorger:innen die psychischen und emotionalen Belastungen.

Auswirkungen von Kommunikation auf Patient:innen und Angehörige

Nicht gelungene Kommunikation:

Besonders häufig kommt es bei Eltern, deren Kinder schwer erkrankt sind, durch misslungene Kommunikation zu hohem emotionalen Stress, der sich in Wut, Frustration, Angst oder Trauer äußert (2). Dadurch werden Informationen schlechter verstanden (3), das Vertrauen in das medizinische Fachpersonal und in die Behandlung sinkt, ebenso geht die Zufriedenheit mit dem Personal und der Versorgung zurück und Gefühle von Hoffnung und Zuversicht nehmen ab. Misslungene Kommunikation kann zudem bei Betroffenen einen ungünstigen Einfluss auf Entscheidungen über Behandlungsoptionen haben und den Umgang mit der Diagnose und der Krankheitsbewältigung erschweren (2).

So sind unklar formulierte oder unsichere Informationen für Eltern nur schwer nachvollziehbar und rufen hauptsächlich Zweifel an den Versorgungskompetenzen hervor. Zudem können Uneinigkeiten im Versorgungsteam großen Stress und Unsicherheit bei den Eltern auslösen (2, 3).

Die Kinder selbst können in vermeidbare Akut- und Notfallsituationen geraten, berücksichtigen Versorger:innen wichtige elterliche Hinweise zum Zustand des Kindes oder zu Nebenwirkungen nicht. Unzureichendes Schmerzmanagement bei den Kindern kann ebenfalls eine Folge sein (2).

Nicht selten finden Gespräche zudem viel zu spät statt, da Versorger:innen sensible Themen aus Unsicherheit vermeiden möchten, oder aber auch die Familien selber sich nicht bereit dazu fühlen (4). In der Folge sind die jungen Patient:innen auch in dieser Phase häufig unnötigem Leid ausgesetzt (5) und können gemeinsam mit ihren Familien die Chance, ihren letzten Lebensabschnitt zu planen, nur verzögert umsetzen.

Gelungene Kommunikation:

Nehmen sich Versorger:innen ausreichend Zeit für ein Gespräch, kommunizieren respektvoll und empathisch mit den Patient:innen und ihren Familien und teilen sie ehrliche Informationen in verständlicher Form mit, wirkt sich dies positiv auf das Gespräch aus.

Es reduziert sich nicht nur das Konfliktpotential zwischen Versorger:innen und betroffenen Familien, auch Vertrauen und Zufriedenheit mit dem Personal können sich erhöhen und die Compliance verstärken (3, 6-11). Eltern, die von Ärzt:innen auf die Diagnose vorbereitet werden, diese verständlich und orientiert am Informationsbedürfnis kommuniziert bekommen und auf deren Rückfragen eingegangen wird, sind auch später noch zufriedener und weniger ängstlich: Gehen Ärzt:innen während des Gesprächs auf aufkommende Emotionen der Betroffenen ein, profitieren diese langfristig davon, indem sie auch Monate später noch weniger Angstsymptome zeigen (6). Speziell für den Fall des Versterbens eines Kindes verkürzt sich nach dem Tod des Kindes die Zeit der Trauer, wenn in der Sterbephase häufige Gespräche mit Eltern und Geschwistern stattfinden (12).

Auswirkungen auf Versorger:innen

Die Überbringung schlechter Nachrichten beeinflusst auch Versorger:innen sowohl psychisch und physisch, wie Studien (13-19) zeigen.

Nicht gelungene Kommunikation:

So kann die Überbringung schlechter Nachrichten bei Versorger:innen starke negative Emotionen wie Ängste hervorrufen, z.B. vor Kontrollverlust, den eigenen Emotionen oder denen der Betroffenen oder auch als Arzt versagt zu haben (20).

Diese können in der Folge zu Vermeidungsverhalten (21) und einem höheren Risiko für Burnout (22) führen. Auch objektiv messbare körperliche Stressreaktionen wie ein erhöhter Herzschlag während der Übermittlung schlechter Nachrichten wurden nachgewiesen (14, 16). Ärzt:innen bestätigen zudem, dass der Stresspegel, der in der Patient:innenbegegnung in herausfordernden Gesprächen am höchsten ist, sogar einige Stunden oder länger andauert (15, 16).

Die Mitteilung schlechter Nachrichten stellt medizinische Versorger:innen z.T. vor enorme Hürden, wie Marsac et al. (12) am Beispiel für Gespräche in der Sterbephase systematisch zusammenfassen (12). Die Mehrheit der Versorger:innen gab an, sich etwas oder sehr unwohl bei der Mitteilung einer Prognose zu fühlen, viele fühlten sich zu unerfahren und unsicher (12). Ängste, Unwohlsein und Unsicherheit bestätigen Versorger:innen auch in anderen Kontexten, zum Beispiel bei Gesprächen zur Planung einer vorausschauenden Versorgung, aus Angst davor, die Eltern zu überfordern, ihnen die Hoffnung und Zuversicht zu nehmen und das gegenseitige Vertrauensverhältnis zu zerstören (18). Zudem belastet es Versorger:innen sehr, Behandlungsentscheidungen in unklaren Situationen zu treffen aus Angst davor, einen Fehler zu begehen (3, 18).

Den größten Stress empfanden Onkolog:innen in einer Studie (17) dabei, Patient:innen ehrliche Informationen zu übermitteln, ohne gleichzeitig ihre Hoffnung zu zerstören; zudem bereitete ihnen die antizipierte Unplanbarkeit des Gesprächsverlaufs erhebliche Sorgen sowie die emotionalen Reaktionen der Betroffenen. Denn auf negative Nachrichten wie schwere Diagnosen oder ungeahnte Krankheitsverschlechterungen reagieren Patient:innen und Angehörige höchst unterschiedlich – die Spannweite negativer Reaktionen reicht von Schock, Horror, Traurigkeit, Unglaube und Ärger bis zur Depression (6, 23). Als Belastung werden aber auch die eigenen, im Gesprächsverlauf aufkommenden Emotionen bewertet (13).

Gelungene Kommunikation:

Fühlen sich Versorger:innen hingegen gut für das bevorstehende Gespräch ausgebildet und vorbereitet, empfinden sie weniger Ängste und Stresssymptome (24). Stattdessen erhöht sich ihr Kompetenzgefühl und sie erleben eine höhere Arbeitszufriedenheit (25). Auch fällt es ihnen leichter, mit den eigenen, im Gespräch aufkommenden Emotionen umzugehen (26).

Literatur:

1. Sisk BA, Schulz GL, Blazin LJ, Baker JN, Mack JW, DuBois JM. Parental views on communication between children and clinicians. *Support Care Cancer*. 2021b;29(9):4957-68.
2. Sisk BA, Zavadil JA, Blazin LJ, Baker J, Mack JW, DuBois JM. Assume It Will Break: Parental Perspectives on Negative Communication Experiences in Pediatric Oncology. *JCO Oncology Practice*. 2021a;17(6):e859-71.
3. Carnevale FA, Farrell C, Cremer R, Séguret S, Canoui PL, F, Lacroix J, et al. Communication in pediatric critical care: A proposal for an evidence-informed framework. *Journal of Child Health Care*. 2016;20(1):27-36.
4. Davies B, Sehring SA, Patridge JC, Cooper BA, Hughes A, Philip JC, et al. Barriers to Palliative Care for Children: Perceptions of Pediatric Health Care Providers. *Pediatrics*. 2008;121(2):282-8.
5. Wolfe J, Klar N, Grier HE, Duncan J, Salem-Schatz S, Emanuel EJ, et al. Understanding of Prognosis Among Parents of Children Who Died of Cancer: Impact on Treatment Goals and Integration of Palliative Care. *JAMA Network Open*. 2000;284(19):2469-75.
6. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MHN, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*. 2003;14(48-56):48-56.
7. Hsiao J, Evan EE, Zeltzer LK. Parent and child perspectives on physician communication in pediatric palliative care. *Palliative and Supportive Care* 2007;5:355-65.
8. October TW, Hinds PS, Wang J, Dizon ZB, Cheng YI, Roter DL. Parent Satisfaction With Communication Is Associated with Physician's Patient-Centered Communication Patterns During Family Conferences. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2016;17(6):490-7.
9. Hrdlickova L, Polakova K, Loucka M. Important Aspects Influencing Delivery of Serious News in Pediatric Oncology: A Scoping Review. *Children*. 2021;166(8):1-16.
10. Zwingmann J, Baile WF, Schmier JW, Bernhard J, Keller M. Effects of Patient-Centered Communication on Anxiety, Negative Affect, and Trust in the Physician in Delivering a Cancer Diagnosis: A Randomized, Experimental Study. *Cancer*. 2017;123:316-75.
11. Stein A, Dalton L, Rapa E, Bluebond-Langner M, Hanington L, Stein KF, et al. Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. *Lancet*. 2019;393:1150-63.
12. Marsac ML, Kindler C, Weiss D, Ragsdale L. Let's Talk About It: Supporting Family Communication during End-of-Life Care of Pediatric Patients *Journal of palliative medicine*. 2018;21(6):1-17.
13. Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. 2001.
14. Hulsman RL, Pranger S, Koot S, Fabriek M, Karemaker JM, Smets EM. How stressful is doctor-patient communication? Physiological and psychological stress of medical students in simulated history taking and bad-news consultations. *International Journal of Psychophysiology*. 2010;77(1):26-34.
15. Ptacek JT, Ptacek JJ, Ellison NM. "I'm Sorry To Tell You..." Physicians' Reports of Breaking Bad News. *Journal of Behavioural Medicine*. 2001;24:205-17.

16. Shaw J, Brown R, Dunn S. The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns*. 2015;98(10):1255-9.
17. Baile WF, Buckmann R, Lenzi R, Globler G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*. 2000;5:302-11.
18. Lotz JD, Jox RJ, Borasio GD, Führer M. Pediatric advance care planning from the perspective of health care professionals: A qualitative interview study. *Palliative Medicine*. 2015;29(3):212-22.
19. Studer R, Danusser B, Gomez P. Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: A critical literature review. *International Journal of Psychophysiology*. 2017(120):14-22.
20. Friedrichsen M, Milberg A. Concerns about Losing Control When Breaking Bad News to Terminally Ill Patients with Cancer: Physicians' Perspective. *Journal of Palliative Medicine*. 2006;9(3):673-82.
21. Ptacek JJ, Eberhardt TM. Breaking Bad News: A Review of the Literature. *JAMA*. 1996;276:496-502.
22. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effect of stress and satisfaction at work. *The Lancet*. 1996;347(724-728).
23. Ablon J. Parents' responses to their child's diagnosis of neurofibromatosis 1. 2003.
24. Meunier J, Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, Etienne A, Liénard A, et al. The effect of communication skills training on residents' physiological arousal in a breaking bad news simulated task. *Patient Education and Counseling*. 2013.
25. Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, et al. Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med*. 2016;31(7):755-61.
26. Artioli G, Bedini G, Bertocchi E, Ghirotto L, Cavuto S, Costantini M, et al. Palliative care training addressed to hospital healthcare professionals by palliative care specialists: a mixed-method evaluation. *BMC Palliative Care*. 2019;18(1):1-10.