

Im Gespräch mit COPD-Patienten: patientenzentriert kommunizieren*

In Exchange with COPD Patients: Towards a Patient-Oriented Communication

Autoren

N. M. Stenzel¹, K. Kenn², G. Steinkamp³

Institute

- 1 Psychologische Hochschule Berlin
- 2 Schön-Klinik Berchtesgadener Land, Deutsches Zentrum für Lungenforschung, Philipps-Universität Marburg
- 3 Medizinisch-wissenschaftliches Publizieren, Schwerin

eingereicht 16.6.2017

akzeptiert 26.6.2017

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-114961> |

Online-Publikation: 5.10.2017 | Pneumologie 2017; 71: 837–842

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0934-8387

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Nikola M. Stenzel, Psychologische Hochschule Berlin, Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin
n.stenzel@psychologische-hochschule.de

ZUSAMMENFASSUNG

Die Lebensqualität von COPD-Patienten ist häufig deutlich beeinträchtigt. Neben den körperlichen Limitationen der Betroffenen treten häufig psychische Komorbiditäten auf. Damit gehen häufig auch dysfunktionale Annahmen der Betroffenen in Bezug auf ihre Erkrankung und deren Behand-

lung einher. Diese können nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen weiter beeinträchtigen, sondern auch Auswirkungen auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient sowie das Krankheitsverhalten haben. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Behandler sie im Dialog mit dem Patienten berücksichtigen.

Der folgende Beitrag thematisiert, welches Gewicht dysfunktionalen Krankheitsannahmen und psychischen Komorbiditäten bei COPD zukommt, und geht auf die Möglichkeiten ein, diese im Arzt-Patient-Kontakt positiv zu berücksichtigen.

ABSTRACT

The quality of life can be severely impaired in patients with COPD. In addition to physical restraints, they often suffer from psychological comorbidities (e.g. anxiety, depression). Psychological comorbidities are often associated with dysfunctional beliefs about the illness and its treatment. Such dysfunctional beliefs, in turn, are likely to negatively affect patients' quality of life as well as their communication with physicians and their illness behavior in general. It is therefore important for physicians to adapt their communication to account for patients' dysfunctional beliefs.

This paper will review the role of dysfunctional beliefs and psychological comorbidities in COPD. It will also elaborate on potential ways to adjust communication between physicians and patients accordingly.

Einleitung

Viele Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung haben eine beeinträchtigte Lebensqualität. Zum einen limitiert die pulmonale Situation die Möglichkeiten im Alltag. Atemnot, Husten und Sputum können quälend sein und die körperliche Belastbarkeit ist eingeschränkt. Zum anderen wird die Lebensqualität auch von extrapulmonalen Zusatzphänomenen beeinträchtigt. Ein Teil der COPD-Patienten leidet unter psychischen Komorbiditäten wie depressiven Verstimmungen bis hin zur Depression. Darüber hinaus treten häufig krankheitsspezifische Ängste auf: Die Betroffenen fürchten sich vor dem Fortschreiten der Erkrankung und leiden unter Ängsten, die sich auf die Endphase des Lebens beziehen (End of Life-Ängste) [1, 2].

Psychische Beschwerden können nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen, sondern sie haben auch weitreichende Auswirkungen auf das Krankheitsverhalten, den Krankheitsverlauf und die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Der Arzt sollte diese deshalb in den Dialog mit dem Patienten einbinden, nicht zuletzt um mögliche schädliche Auswirkungen auf die Therapie und das Krankheitsmanagement zu verhindern.

* Dieses Manuskript basiert auf einem Vortrag bei der Expertentagung „Luftschlösser“ zum Thema „Exazerbation der COPD“ am 17. Februar 2017 in Wiesbaden (Sponsor: Boehringer Ingelheim).

Kommunikation und Kommunikationsprobleme mit COPD-Patienten

Sobald ein Arzt einem Patienten die Diagnose COPD übermittelt, reagieren viele Betroffene verunsichert und schockiert. Es ist schlimm für sie, an einer solchen chronisch progredienten Erkrankung zu leiden. Viele Patienten empfinden zudem Scham, Stigmatisierung und Schuldgefühle wegen ihrer häufig selbst mitverursachten Erkrankung. Erschwerend hinzu kommt der von Außenstehenden nicht selten geäußerte Vorwurf, der Patient könnte noch gesund sein, wenn er nicht geraucht hätte.

Pneumologen sind im Umgang mit Palliations-Fragestellungen durchaus geübt. Bei Patienten mit Tumoren werden psychische Probleme angesprochen, und psychotherapeutische oder palliative Unterstützungen werden angeboten. Szenarien zum Lebensende werden erörtert und therapeutische Möglichkeiten zum Lindern der Beschwerden erläutert. Diese Aspekte werden jedoch bislang bei Patienten mit COPD wie auch bei Patienten mit interstitiellen Lungenerkrankungen nur wenig berücksichtigt. Laut einer amerikanischen Untersuchung hatte nur jeder dritte schwerkranke Patient mit Langzeitsauerstofftherapie mit seinem Arzt schon einmal über die bevorstehende letzte Phase des Lebens gesprochen [3].

Über mögliche Gründe für die mangelnde Kommunikation zwischen Arzt und Patient informiert eine Studie von Knauff und Mitarbeitern (2005). Betroffene und ihre behandelnden Ärzte wurden zu möglichen Hindernissen befragt, die Gespräche über die letzte Phase des Lebens im Wege stehen können. Barrieren auf Seiten der Patienten waren zum einen, dass sie sich „lieber auf das Leben konzentrieren“ wollten (75%). Auf der anderen Seite berichteten die Patienten jedoch auch, dass sie unsicher waren, welcher Arzt sie im Endstadium behandeln würde (64%) oder welche Behandlungsmöglichkeiten sie dann schließlich bevorzugen würden (37%). Bei den Ärzten war das dominierende Hindernis, zu wenig Zeit zu haben (64%). Immerhin 23% der Ärzte befürchteten aber auch, mit einem Gespräch zur Endphase ihren Patienten die Hoffnung zu nehmen [3].

Die Frage, was Inhalt solcher Gespräche sein sollte, wurde ebenfalls empirisch untersucht. In einer qualitativen Studie wurde evaluiert, welche Themen für die Betroffenen in Bezug auf die End-of-Life-Care besonders wichtig sind und zu welchen dieser Themen sie sich mehr Aufklärung wünschen würden [1]. Eine große Zahl der COPD-Patienten wünschte sich mehr Informationen zur Diagnose und zum Krankheitsverlauf. Gleichzeitig erhofften sich die Betroffenen aber auch Informationen bezüglich ihrer Überlebensprognose („Wie lange habe ich noch?“) sowie bezüglich des Sterbeprozesses selbst („Wie wird mein Sterben aussehen“). Aus diesem Grund sollten Ärzte darauf achten, zum einen explizit zu erläutern wie eine gute Behandlung zur Symptomlinderung, Verbesserung der Lebensqualität und Verlängerung des Lebens beitragen kann, gleichzeitig aber die Themen „Prognose“ und „End-of-Life-Care“ nicht auszuklamern.

Verschiedene Spezifika der COPD können solche Gespräche jedoch erschweren, was im folgenden Abschnitt thematisiert werden soll.

Aspekte, die die Kommunikation erschweren können

Die Kommunikation zwischen Behandler und COPD-Patient kann sich problematisch gestalten. Erschwerend einwirken können sowohl Aspekte der Erkrankung selbst als auch subjektive Krankheitstheorien der Betroffenen oder subklinische Ängste bis hin zu komorbiden psychischen Erkrankungen.

Atemnot

Dyspnoe ist nicht objektiv messbar, sondern beschreibt lediglich, was der Patient erlebt. Der deutsche Begriff Atemnot betont bereits die emotionale Komponente des Begriffs. Atemnot beschreibt ein unangenehmes, subjektives Gefühl beim Atmen. Angst und Verzweiflung kommen hinzu, wenn eine Person nicht genügend Luft bekommt.

Wie stark Patienten ihre Dyspnoe empfinden, wird von Ärzten und Pflegekräften häufig unterschätzt [4]. In einer Studie mit beatmeten Patienten, bei denen die Spontanatmung trainiert wurde, wurde die subjektive Wahrnehmung der Luftnot der Patienten mit der Einschätzung der Behandler verglichen. Auf einer Skala von 0 (minimal) bis 11 (maximal) gaben 62% der Patienten mittelgradige oder schwere Atemnot an (≥ 4 Punkte). Rund die Hälfte der Ärzte und Pflegekräfte schätzte die Atemnot geringer ein als die Patienten (mindestens 2 Punkte niedriger), und nur 4% der Pflegekräfte und 13% der Ärzte überschätzten das Ausmaß der Atemnot. Diese diskrepanten Einschätzungen fördern Missverständnisse und Kommunikationsprobleme zwischen Patient und Behandler.

Bedeutung individueller Krankheitskonzepte

Angesichts der Bedrohung durch eine chronische Erkrankung bildet der Patient eine kognitive Repräsentation der Erkrankung aus, d. h. er nimmt eine umfassende Bewertung seiner Situation vor. Diese Überzeugungen des Patienten in Bezug auf seine Erkrankung werden auch „Illness Perceptions“ genannt. Sie beziehen sich auf verschiedene Bereiche: die (Krankheits-) **Identität**, d. h. die mit der Erkrankung assoziierten Krankheitssymptome, und das „diagnostische Label“, nämlich den **Krankheitsverlauf**, die **Ursachen**, die **Konsequenzen** sowie die **Behandelbarkeit** und **Kontrollierbarkeit** der Erkrankung [5]. Man geht davon aus, dass Illness Perceptions eine große Bedeutung für das Krankheitsverhalten haben [6–8]. Beispielsweise könnte ein Patient, der die Wirksamkeit seiner Behandlung oder der Medikation anzweifelt, eine geringere Medikamentenadhärenz zeigen (z. B. „Ich bin nur dann krank, wenn ich Symptome habe, also brauche ich auch keine Dauermedikation“ oder „Ich habe große Angst vor Nebenwirkungen, daher nehme ich meistens nur jede zweite Tablette“). Diese und andere Überzeugungen wird der Patient dem Arzt gegenüber jedoch nicht spontan äußern. Beim Arzt kann er durch sein nicht nachvollziehbares Krankheitsverhalten für Irritationen sorgen.

Angst und Depressivität

In einer Übersichtsarbeit wurde die erhebliche psychische Komorbidität bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung dokumentiert [9]. Die in Studien berichteten Prävalenzraten für psychische Komorbiditäten bei COPD unterliegen großen Schwankungen und sind abhängig von der jeweiligen Erhebungsmethode und den zugrunde liegenden Stichproben. Die Prävalenz für einzelne Angstsymptome lag zwischen 10 und 75% und die für depressive Symptome zwischen 10 und 80% [10, 11]. Manifeste Depressionen, generalisierte Angststörungen oder Panikstörungen traten ebenfalls relativ häufig auf. Laut einer aktuellen Metaanalyse liegt die Prävalenz für Depressionen bei COPD-Patienten bei 27% (gegenüber 10% bei nicht-COPD-Patienten) [12]. Zudem erleben COPD-Patienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit einer zehnfach erhöhten Wahrscheinlichkeit eine oder mehrere Panikattacken oder entwickeln sogar eine Panikstörung [13]. Man kann davon ausgehen, dass etwa jeder dritte COPD-Patient eine psychische Komorbidität haben dürfte. Diese häufigen Komorbiditäten werden von den Behandlern jedoch immer noch oft unterschätzt.

Psychische Komorbiditäten wie Angststörungen und Depressionen können sich sowohl auf die Lebensqualität als auch auf den Verlauf der Erkrankung auswirken. Beispielsweise wurden als Teil des NETT-Projekts (National Emphysema Treatment Trial) auch Daten zu Angst und Depression ausgewertet [14]. Dabei zeigten sich bei 41% der 610 untersuchten Patienten leichte oder mittelgradige depressive Symptome (BDI-Score >10 Punkte). Diese Kohorte hatte eine signifikant geringere 6-Minuten-Gehstrecke, stärkere Dyspnoe und eine schlechtere krankheitsbezogene Lebensqualität. Depressive Symptome waren außerdem assoziiert mit einer erhöhten 3-Jahres-Mortalität.

Darüber hinaus kann sich Depressivität auch auf das Krankheitsverhalten bzw. die Therapieadhärenz auswirken: Aktuelle Studien zeigen, dass depressive COPD-Patienten häufig Arzttermine nur unzureichend wahrnehmen. Zudem führen ca. 50% der Betroffenen die Sauerstofftherapie nicht wie verordnet durch, nehmen Medikamente nicht wie verschrieben ein oder brechen Rehabilitationsmaßnahmen eher ab [15, 16]. Akute Depressivität erweist sich hier also als Hindernis in der Arzt-Patient-Kommunikation.

Krankheitsspezifische Ängste und Fear Avoidance

Neben **allgemeinen** Ängsten spielen auch **krankheitsspezifische Ängste** bei COPD eine große Rolle. Damit sind Ängste und Sorgen der Betroffenen gemeint, die sich auf die Erkrankung selbst bzw. deren Folgen beziehen (vgl. [17]). Dies umfasst beispielsweise Angst vor Atemnot, Angst vor körperlicher Aktivität, Progredienzangst (z. B. „Ich befürchte, aufgrund der Erkrankung pflegebedürftig zu werden“) oder Angst vor sozialer Ausgrenzung und Isolation (z. B. „Ich fühle mich mit meiner Krankheit allein gelassen“). Krankheitsspezifische Ängste können sich auf die Symptomwahrnehmung der Betroffenen aus-

wirken: Aktuelle Studien belegen, dass ängstliche COPD-Patienten Dyspnoe stärker wahrnehmen [18, 19]. Dabei kann es zu einem Teufelskreis kommen, in dem sich Angst und Dyspnoe tatsächlich gegenseitig weiter verstärken.

Darüber hinaus können krankheitsspezifische Ängste auch einen Einfluss auf das Krankheitsverhalten der Betroffenen haben und zu Missverständnissen in der Kommunikation zwischen Behandlern und Betroffenen führen. Speziell aufgrund von Angst vor Atemnot und Angst vor körperlicher Aktivität kann es zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten kommen („Ich befürchte, dass ich meinen Körper schädigen könnte, wenn ich zum Lungensport gehen würde“; „Ich vermeide Treppensteigen aus Angst, dass dies Atemnot auslösen könnte“). Dieses Vermeidungsverhalten kann sich wiederum zusätzlich negativ auf die Belastbarkeit der Betroffenen auswirken (vgl. Dyspnoe-Spirale [20]). Konsistent dazu zeigen Studien, dass ängstliche Patienten schlechtere Ergebnisse in körperlichen Leistungstests aufweisen – auch wenn für die Lungenfunktion statistisch kontrolliert wurde [21]. Ein Behandler könnte die mangelnde körperliche Aktivität des Betroffenen als motivationales Defizit missverstehen, während sie eigentlich auf andere Aspekte zurückzuführen ist.

Langzeitsauerstofftherapie und Schamgefühle

Viele Patienten mit COPD sind auf eine Langzeitsauerstofftherapie angewiesen. Studien zeigen jedoch, dass manche Patienten sich schwer damit tun, den Sauerstoff in der verordneten Dosis und Dauer anzuwenden. Eine niederländische Umfrage unter 528 Personen mit Langzeitsauerstofftherapie zeigte, dass 20% der Befragten den Sauerstoff weniger lange oder weniger intensiv nutzen als vom Arzt verordnet [22]. Die unzureichende Therapieadhärenz war u. a. assoziiert mit Schamgefühlen der Betroffenen bezüglich der Sauerstofftherapie.

In welchem Ausmaß COPD-Patienten im Zusammenhang mit der Sauerstofftherapie Scham erleben, wurde mit einer quantitativen Erhebung an 165 Teilnehmern untersucht [23]. Insgesamt 45% der Befragten sagten, es sei ihnen manchmal (23,6%) oder oft/immer (21,8%) unangenehm, wenn sie das Gefühl hatten, dass andere Menschen sie wegen des Sauerstoffgeräts anschauen. Ebenso viele Patienten befürchteten, andere hielten sie für sehr krank, wenn sie sie mit dem Sauerstoff sehen würden. Jeweils etwa 30% gaben an, manchmal oder oft zu befürchten, gemieden zu werden, weil der Anblick des Sauerstoffs andere Personen erschrecken könnte, oder dass sie sich schämen würden, den Sauerstoff in Gegenwart Fremder zu benutzen. Dementsprechend gaben 30% der Studienteilnehmer an, es zu vermeiden, den Sauerstoff in der Öffentlichkeit zu benutzen. Schamgefühle eines Patienten können also erhebliche Auswirkungen auf die Therapieadhärenz haben. Möglicherweise werden diese aber dem Behandler nicht offen mitgeteilt – eine weitere Quelle für Missverständnisse und Kommunikationsprobleme in der Arzt-Patient-Beziehung.

Konsequenzen für die ärztliche Gesprächsführung

Im klinischen Alltag ist es wichtig, Kommunikationsbarrieren zu erkennen und ihnen angemessen zu begegnen. Die im Folgenden aufgeführten Maßnahmen können dabei hilfreich sein.

Screening bezgl. psychischer Komorbiditäten

Da psychische Komorbiditäten weitreichende Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und das Krankheitsverhalten haben und auch eine Quelle für Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patient sein können, wird von vielen Seiten ein regelhaftes Screening empfohlen. Im deutschen Sprachraum liegen hierfür einige Screeninginstrumente vor. Sie erlauben es, Risikopatienten leichter zu identifizieren und dabei zeitökonomisch vorzugehen.

Als konkretes Beispiel hierfür kann der Patient Health Questionnaire (PHQ) genannt werden [24]. Dabei handelt es sich um eine Fragebogenbatterie zur Erfassung der häufigsten psychischen Störungen, beispielsweise der aktuellen Depressivität. Der PHQ-D umfasst neun Fragen, die sich darauf beziehen, wie oft man sich in den letzten zwei Wochen durch bestimmte Beschwerden beeinträchtigt gefühlt hat (5-stufige Likert-Skala, „überhaupt nicht“ (0 Punkte) bis „beinahe jeden Tag“ (3 Punkte)). Zur Auswertung des PHQ kann ein Summenwert gebildet werden. Dabei gilt ein Wert < 10 als unauffällig, ab 10 liegt ein Hinweis auf eine leichtgradige Depression vor, ab 15 Punkten eine mittelgradige und ab 20 Punkten eine schwere Depression. Studien zeigen, dass mit dem PHQ-D 88% der Depressionen erkannt werden können [25]. Demgegenüber sind die Raten der korrekten Spontandiagnosen von Allgemeinmedizinern häufig deutlich geringer. Allerdings muss bei der Interpretation beachtet werden, dass es sich lediglich um ein Screening-Instrument handelt, das auf Selbstauskünften der Betroffenen beruht. Der Verdacht auf eine Angststörung oder Depression sollte durch eine zusätzliche Anamnese oder ein psychologisches Interview abgesichert werden. Als Goldstandard in der Diagnosestellung psychischer Erkrankungen gilt nach wie vor der SKID (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV) [26].

Sollen speziell krankheitsspezifische Ängste von COPD-Patienten erfasst werden, eignet sich der COPD-Angstfragebogen (CAF-R [17]) als ökonomisches Messinstrument [17]. Der CAF-R umfasst fünf Skalen: „Dyspnoe-bezogene Angst“, „Angst vor körperlicher Aktivität“, „Progredienzangst“, „Angst vor sozialer Ausgrenzung“, „Schlafbezogene Beschwerden“ sowie die Zusatzskalen „Angst bzgl. der Partnerschaft“ und „Angst bzgl. der Langzeitsauerstofftherapie (LTOT)“¹.

¹ Der COPD-Angstfragen (CAF) kann bei Interesse über die Erstautorin dieses Manuskriptes angefordert werden.

Naming: Emotionen des Patienten benennen
Understanding: Verständnis für die Emotionen des Patienten ausdrücken
Respecting: Respekt oder Anerkennung für den Patienten zum Ausdruck bringen
Supporting: Dem Patienten Unterstützung anbieten
Exploring: Weitere Aspekte zur Emotion herausfinden/Thema vertiefen

► **Abb. 1** Das NURSE-Modell (vgl. [27]).

Kommunikationsbarrieren berücksichtigen

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Kommunikationsbarrieren mit Patienten zu berücksichtigen und abzubauen. Ein wichtiger erster Schritt ist es, sich ein Bild davon zu machen, wie umfangreich das Wissen des Patienten über seine Krankheit und die Behandlung ist, und dieses gezielt zu fördern. Dabei geht es sowohl um die Krankheitskonzepte und -Überzeugungen des Patienten als auch um psychische Komorbiditäten wie Ängste und Depressionen. In diesem Kontext sollte der Arzt als Türöffner fungieren, da COPD-Patienten sich häufig scheuen, diese Bereiche anzusprechen. Strategien zur Bewältigung der individuellen Situation des Patienten kann man mit dem Patienten gemeinsam erarbeiten und damit auch die Therapieadhärenz unterstützen.

Umgang mit Emotionen

Wie oben bereits erwähnt, können COPD-Symptome (z. B. Atemnot) für die Betroffenen sehr belastend sein und auch Ängste auslösen. Daher ist es wichtig, dass der Behandler angemessen auf die Emotionen des Patienten reagiert. Ein Beispiel für einen funktionalen und hilfreichen Umgang mit starken Emotionen von Patienten ist das sogenannte NURSE-Modell (vgl. [27]). Hinter diesem Akronym verbergen sich fünf Techniken, die im Umgang mit emotionalen Äußerungen eines Patienten hilfreich sind: Naming, Understanding, Respecting, Supporting und Exploring (► **Abb. 1**).

Im ersten Schritt werden die Emotionen des Patienten benannt und gespiegelt (Naming). Im nächsten Schritt sollte der Behandler zunächst Verständnis für die Emotionen des Patienten ausdrücken und an dieser Stelle noch nicht vorschnell trösten (Understanding). Dies wirkt auf den Patienten validierend (d. h. er fühlt sich angenommen und verstanden) und schafft Raum für die Selbstöffnung des Patienten. Eine weitere wichtige Strategie im Umgang mit Emotionen ist das Äußern von Respekt und Anerkennung für den Patienten und seine Situation (Respecting). Hier ist es wichtig, auch kleine Fortschritte des Patienten anzuerkennen und ihn zu bestärken (z. B. „Ich kann mir vorstellen, dass es Ihnen nicht leicht gefallen ist, trotz der Atemnot am Lungensport teilzunehmen“, oder „Sie haben sich gut über die Behandlungsmöglichkeiten informiert“). Diese Va-

lidierungsstrategien können sozusagen als „Türöffner“ für eine weitere Selbstöffnung des Betroffenen und die Schilderung weiterer Emotionen wirken: Im weiteren Verlauf bietet der Behandler dem Patienten dann tatsächliche Unterstützung an (Supporting). Falls der Behandler den Eindruck hat, dass die emotionale Reaktion noch nicht wirklich vollständig benannt bzw. verstanden ist, sollte er versuchen, weitere Aspekte zur Gefühlslage herauszufinden (Exploring, z. B. „Mögen Sie mir mehr davon erzählen?“).

Die fünf Schritte des NURSE Modells müssen nicht in jedem Fall in genau dieser Reihenfolge durchlaufen werden, auch wenn sich diese Abfolge in vielen Fällen bewährt hat. Die oben beschriebenen Techniken bieten vielmehr ein Set von möglichen Reaktionen, die im Umgang mit starken Emotionen eines Patienten hilfreich sein können.

Vorgehen bei Ängsten und Schonverhalten

Wenn ein Patient körperliche Belastungen meidet und starkes Schonverhalten zeigt, sollte der Behandler versuchen zu eruieren, ob dabei auch Ängste eine Rolle spielen. Falls dies der Fall ist, kann er dem Patienten den „Teufelskreis der Angst“ im Zusammenhang mit Atemnot näher bringen und erläutern, auf welche Art Angst und Atemnot miteinander interagieren und sich gegenseitig aufschaukeln können. Dieser kann im weiteren Verlauf auch mit der Dyspnoe-Spirale und den Auswirkungen von Vermeidungsverhalten in Zusammenhang gebracht werden. Dabei sollte der Behandler sich eng am Beispiel des Patienten anlehnen und auch individuelle Ängste des Patienten sowie damit einhergehendes Vermeidungsverhalten aufgreifen. Wenn ein Patient beispielsweise berichtet, er habe Angst davor, dass der Fahrstuhl defekt ist und er deswegen zu einem wichtigen Termin die Treppe nehmen muss, kann diese geäußerte Sorge genutzt werden, um die Themen Vermeidung, Flucht und Bewältigung anzusprechen. Bei Depressivität sollte der dadurch bedingte Antriebsverlust thematisiert werden, der dazu führt, sich weniger körperlich aktiv zu betätigen.

Bei starken psychischen Problemen, die die Kriterien für eine psychische Diagnose erfüllen, sollte der Behandler dem Betroffenen entweder eine psychotherapeutische Behandlung oder eine entsprechende Medikation empfehlen. Darüber hinaus haben Studien gezeigt, dass sich auch eine multimodale pulmonale Rehabilitation günstig auf die psychische Situation auswirken kann: Zu Beginn einer stationären Rehabilitation litten 42% der COPD-Patienten im Stadium Gold III/IV unter depressiven Symptomen, eine klinisch relevante Depression trat bei 8% der Betroffenen auf [8]. Angststörungen wurden bei 23% der Betroffenen festgestellt und eine Belastung durch psychische Symptome bei 39%. Am Ende der Rehabilitation war das Ausmaß der Beschwerden auch ohne direkte psychotherapeutische Intervention deutlich geringer. Depressive Symptome bzw. Depressionen diagnostizierte man nur noch bei 24 bzw. 4% der Patienten. Das seelische Befinden hatte sich also im Laufe der Rehabilitation deutlich gebessert.

Gespräche über das Lebensende

In einer amerikanischen Studie wurden 376 COPD-Patienten im Gold Stadium II–IV dazu befragt, inwiefern sie mit ihren behandelnden Ärzten bereits über die letzte Lebensphase gesprochen hätten [28]. In den Fragebögen gaben nur 15% an, dass solch ein Gespräch bereits stattgefunden hatte. Dagegen wünschten sich 68%, mit dem Arzt über die letzte Lebensphase sprechen zu können. Dies war unabhängig von Alter, Lungenfunktions-einschränkung oder Komorbidität. Zusätzlich wurden die Patienten dazu befragt, wie zufrieden sie mit ihrer aktuellen Behandlung waren. Entgegen der Befürchtung, dass sich das Ansprechen dieser schwierigen Themen ungünstig auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirken könnte, waren die Patienten sehr viel zufriedener mit der Betreuung durch den Arzt, wenn Gespräche zum Lebensende stattgefunden hatten. Die Einschätzung, die „bestmögliche Behandlung“ des Arztes bekommen zu haben, war dann doppelt so häufig wie bei den anderen Patienten. Gespräche zum Lebensende wirken sich demnach positiv auf die Behandlungszufriedenheit aus.

COPD-Patienten fürchten sich am Lebensende vor allem vor dem qualvollen Erstickungstod. Dies zeigte eine eigene prospektive Studie [2]. 102 COPD-Patienten im Stadium III/IV sowie 30 Patienten im Stadium II wurden mit einem Fragebogen und mit einem einstündigen strukturierten Interview befragt, welche Vorstellungen sie mit dem Ende ihres Lebens verbinden. Zum Thema Angst vor qualvollem Ersticken antworteten 95% der Befragten mit „trifft voll zu“. Auch Schmerzen befürchteten 79% der Patienten. Knapp 60% befürchteten einen Verlust ihrer Würde und 47% einen Kontrollverlust am Lebensende. Trotz dieser weitverbreiteten Ängste hatten 69% der Befragten noch nie mit einer anderen Person über diese Befürchtungen gesprochen.

Hier kann der Arzt im Gespräch zur Entängstigung seines Patienten beitragen. Er könnte beispielsweise erklären, dass er bei unerträglicher Atemnot die Beschwerden mit Morphin lindern wird. Wenn er mit dem Patienten weitere Möglichkeiten der Palliation am Lebensende bespricht, kann der Arzt dazu beitragen, dass der Patient wieder etwas „Licht am Ende des Tunnels“ sehen kann. Und auch Sorgen bezüglich Schmerzen in der Endphase einer COPD können auf diese Weise gelindert werden. Insgesamt sollte der Arzt in der Kommunikation mit den Patienten die Initiative ergreifen und damit als eine Art „Türöffner“ wirken, damit die Patienten sich trauen, tabuisierte Themen wie Scham sowie Sorgen und Ängste im Bezug auf die Erkrankung anzusprechen.

FAZIT

Im Gespräch mit COPD-Patienten können auf verschiedenen Ebenen Kommunikationsprobleme bestehen. Auf Seiten des Patienten resultieren diese bspw. aus Depressivität und Angst als Komorbiditäten, aber auch aus dysfunktionalen Krankheitskonzepten und Schamgefühlen. Auf solche Kommunikationsbarrieren sollte der Arzt achten, sie erkennen und sie berücksichtigen. Screening-Fragebögen können dazu beitragen, solche Risikopatienten einfach und ohne großen Zeitaufwand zu identifizieren. Ein aktiver Dialog mit dem Patienten unter Berücksichtigung seiner emotionalen Situation ist von großer Bedeutung für die gesamte Lebensqualität der Betroffenen. Auch Psychoedukation und Validierung sind hilfreich. Bereits in frühen Krankheitsphasen sollte der Arzt dem Patienten ein Gesprächsangebot über die Endphase des Lebens mit COPD machen und dabei ggfs. auch eine angemessene Palliation zusagen. Dies wirkt sich positiv auf die Behandlungszufriedenheit des Patienten aus.

Interessenkonflikt

Dieses Manuskript basiert auf einem Vortrag bei der Expertentagung „Luftschlösser“ zum Thema „Exazerbation der COPD“ am 17. Februar 2017 in Wiesbaden (Sponsor: Boehringer Ingelheim). Von Seiten des Sponsors erfolgte keine Einflussnahme auf den Inhalt dieses Manuskriptes.

Literatur

- [1] Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD et al. Patients' perspectives on physician skill in end-of-life care. Differences between patients with COPD, cancer, and AIDS. *Chest* 2002; 122: 356–362
- [2] Stenzel N, Rief W, Kuhl K et al. Fear of progression and end-of-life fear in COPD patients. *Pneumologie* 2012; 66: 111–118
- [3] Knauft E, Nielsen EL, Engelberg RA et al. Barriers and facilitators to end-of-life care communication for patients with COPD. *Chest* 2005; 127: 2188–2196
- [4] Haugdahl HS, Storli SL, Meland B et al. Underestimation of Patient Breathlessness by Nurses and Physicians during a Spontaneous Breathing Trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2015; 192: 1440–1448
- [5] Glattacker M, Bengel J, Jäckel WH. Die deutschsprachige Version des Illness Perception Questionnaire-revised. Psychometrische Evaluation an Patienten mit chronisch somatischen Erkrankungen. *Zeitschr Gesundheitspsychol* 2009; 17: 158–169
- [6] Leventhal H, Cameron L. Behavioural theories and the problem of compliance. *Patient Educ Couns* 1987; 10: 117–138
- [7] Scharloo M, Kaptein AA, Weinman JA et al. Physical and psychological correlates of functioning in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Asthma* 2000; 37: 17–29
- [8] Zoecler N, Kenn K, Kuehl K et al. Illness perceptions predict exercise capacity and psychological well-being after pulmonary rehabilitation in COPD patients. *J Psychosom Res* 2014; 76: 146–151
- [9] Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C et al. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry* 2004; 58: 65–70
- [10] Kunik ME, Roundy K, Veazey C et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest* 2005; 127: 1205–1211
- [11] Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in elderly outpatients with chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, and validation of the BASDEC screening questionnaire. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 1090–1096
- [12] Matte DL, Pizzichini MMM, Hoepers ATC et al. Prevalence of depression in COPD. A systematic review and meta-analysis of controlled studies. *Respir Med* 2016; 117: 154–161
- [13] Livermore N, Sharpe L, McKenzie D. Panic attacks and panic disorder in chronic obstructive pulmonary disease. A cognitive behavioral perspective. *Respir Med* 2010; 104: 1246–1253
- [14] Fan VS, Ramsey SD, Giardino ND et al. Sex, depression, and risk of hospitalization and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2007; 167: 2345–2353
- [15] Alexopoulos GS, Raue PJ, Sirey JA et al. Developing an intervention for depressed, chronically medically ill elders. A model from COPD. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 447–453
- [16] Fan VS, Giardino ND, Blough DK et al. Costs of pulmonary rehabilitation and predictors of adherence in the National Emphysema Treatment Trial. *COPD* 2008; 5: 105–116
- [17] Keil DC, Stenzel NM, Kuhl K et al. The impact of chronic obstructive pulmonary disease-related fears on disease-specific disability. *Chron Respir Dis* 2014; 11: 31–40
- [18] Simon NM, Weiss AM, Kradin R et al. The relationship of anxiety disorders, anxiety sensitivity and pulmonary dysfunction with dyspnea-related distress and avoidance. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 951–957
- [19] Leupoldt A von, Taube K, Lehmann K et al. The impact of anxiety and depression on outcomes of pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest* 2011; 140: 730–736
- [20] Reardon JZ, Lareau SC, ZuWallack R. Functional status and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Med* 2006; 119: 32–37
- [21] Giardino ND, Curtis JL, Andrei A-C et al. Anxiety is associated with diminished exercise performance and quality of life in severe emphysema. A cross-sectional study. *Respir Res* 2010; 11: 29
- [22] Kampelmacher MJ, van Kestern RG, Alsbach GP et al. Characteristics and complaints of patients prescribed long-term oxygen therapy in The Netherlands. *Respir Med* 1998; 92: 70–75
- [23] Kühl K, Kenn K, Rief W et al. Ist das peinlich!? Die Rolle von Scham bei COPD. *AT* 2012; 38: 333–341
- [24] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA* 1999; 282: 1737–1744
- [25] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606–613
- [26] Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T. SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; Achse I und II. Göttingen: Hogrefe; 1997
- [27] Back AL, Arnold RM, Baile WF et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med* 2007; 167: 453–460
- [28] Leung JM, Udris EM, Uman J et al. The effect of end-of-life discussions on perceived quality of care and health status among patients with COPD. *Chest* 2012; 142: 128–133