

Aufklärung als Prozess - für Ärzte und Patienten -

Was ist Aufklärung?

Aufklärung ist Informationsvermittlung. Ein Patient wird von einem Arzt über seine Erkrankung und die empfohlene Therapie aufgeklärt. Umfang und Tiefgang der Aufklärung richten sich - laut Bundesärztekammer - nach der Dringlichkeit des Eingriffs und sollen am Bildungs- und Wissensstand des Patienten orientiert sein (Deutsches Ärzteblatt, 17, 1985).

Im Anschluss an das Gespräch muss der Arzt - aus juristischen Gründen - schriftlich in der Patientenakte vermerken, wie der Aufklärungsstand des Patienten ist und ob er den Eindruck hat, dass der Patient alles verstanden hat.

Der Patient muss dann eine Einwilligungserklärung auf dem Aufklärungsbogen unterschreiben und dokumentiert damit, dass er umfassend aufgeklärt worden ist. Da steht dann beispielsweise: „Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Strahlentherapie ein“ (Dokumentierte Patientenaufklärung / Strahlenbehandlung im Bauchbereich, Compliance-Verlag 1997, PeriMed-Bögen).

Die Aufklärungssituation stellt oft eine deutliche Überforderung für Arzt und Patient dar.

Was geht einer Aufklärung voraus?

Der Patient ist mit der Verdachtsdiagnose „Krebs“ konfrontiert. Die Phase einer umfangreichen Diagnostik liegt hinter ihm - eine Zeit des Hoffens und des Bangens, die von „sich zusammenreißen“, Angst, Anflügen von Panik, Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühlen und durch die Hoffnung geprägt ist, alles möge sich als ein „entsetzlicher Irrtum“ erweisen. Mit der Aufklärung zur Therapie ist zwar Diagnosegewissheit da, gleichzeitig tut sich ein neues Feld der Unsicherheit auf.

Die Beziehung zwischen Patient und Arzt im Aufklärungsgespräch: verschiedene Wirklichkeiten und daraus resultierende Kommunikationsschwierigkeiten

Wie sehen die Welten der am Aufklärungsgespräch beteiligten Menschen aus? Der Arzt befindet sich „bei der Arbeit“; der Patient befindet sich in einer Extremsituation.

	Arzt	Patient
Lebenssicht	Arbeitssituation	Existentielles Lebensgefühl
Wissen	Expertenwissen	Laienwissen
Rolle	aktiv	eher passiv
Bewusstsein	wach	absorbiert oder „gefesselt“
Gefühle	kontrolliert	bestimmend
Spielraum	eng	weit
Weltsicht	mitten drin	„am Rande“ oder isoliert
Zeiterleben	Normalzeit	„Innere“ Zeit

(In Anlehnung an Klusmann 2000)

Beim Aufklärungsgespräch handelt es sich um ein strukturiertes Gespräch. Es umfasst in der Regel:

- Ziel der Behandlung (gegenwärtiger Befund, Wirkung der Behandlung)
- Ablauf der Behandlung (Therapieplanung, Zeitplan)

- Akute Nebenwirkungen
- Langfristige Spätfolgen
- Nachsorgeuntersuchungen
- Verhaltensregeln

Während der Arzt die obigen Gliederungspunkte (Klusmann 1998) „abarbeiten“ muss, beschäftigen den Patienten möglicherweise ganz andere Themen, beispielsweise:

- Wie konnte das geschehen?
- Muss ich nun sterben?
- Bin ich bisher falsch behandelt worden?
- Was wird aus meiner Frau und unseren Kindern?
- Werde ich meine Arbeit behalten, wenn ich länger ausfalle?
- Wie wird es weitergehen?

Was hat das für Folgen?

Kommunikationsprobleme scheinen vorprogrammiert, wenn man die verschiedenen Erlebniswelten der Ärzte und Patienten reflektiert. Das Ausmaß der Unterschiedlichkeit dieser persönlichen „Wirklichkeiten“ ist nicht allen aufklärenden Ärzten bewusst.

Ein 40-Jähriger Patient (Sarkom am Oberschenkel) kam zu einem zweiten Aufklärungsgespräch. Er hatte einen Zettel mit Fragen dabei. Er sagte zum Arzt: „Ich habe mich nun doch entschlossen, mich bestrahlen zu lassen. Die Zahlen über die Gefahr einer Wiedererkrankung haben mich beeindruckt“. Der Arzt hatte ihm eine Wahrscheinlichkeit einer Wiedererkrankung von 60 bis 70 % genannt, wenn er sich nicht bestrahlen lassen würde. Bei einem Rezidiv hätte eine Amputation des Beines gedroht. Der Patient war von Beruf Sportlehrer.

Der Patient sagte: „Ich habe noch einige Fragen. Ich sage immer: Traue nur der Statistik, die du selbst gefälscht hast“ und er äußerte Angst „vor den Strahlen“.

Der zuständige Arzt reagierte mit vielen physikalischen und technischen Erklärungen, reichte dem Patienten ein Buch über Computertomographie und erklärte ausführlich ein CT-Bild, um dessen Ängste zu entkräften.

Der Patient erzählte mir nach dem Aufklärungsgespräch: „Ich habe vor meiner Erkrankung sehr gesund gelebt und ich habe gegen alles gewettert und gekämpft, was mit Strahlung und Kernenergie zu tun hatte“.

Es war äußerst schwierig für ihn, dass das, was er früher verteufelt hatte nun sein Bein retten sollte. Er war zutiefst ambivalent gegenüber der Strahlentherapie.

Der Arzt war bei seinen Erklärungen auf der technisch rationalen Ebene geblieben. Der Patient kämpfte mit seiner Lebensanschauung.

Warum müssen Patienten aufgeklärt werden?

In den 60iger Jahren des letzten Jahrhunderts war es noch an der Tagesordnung, krebserkrankte Menschen nicht, verschleierte oder zumindest unvollständig über ihr Leiden zu informieren (Senn und Glaus 1998). Gründe waren die antizipierte Überreaktion der Patienten bis hin zum Suizid; weiter die Idee, dem Patienten noch eine schöne, weil ahnungslose Lebensphase zu ermöglichen, die Lebensqualität bieten sollte.

Eine 59-Jährige Patientin mit einem Non-Hodgkin-Lymphom erzählte, der Oberarzt habe sie mit zwei Sätzen aufgeklärt. Er sagte: „Der Befund ist leider nicht so ausgefallen, wie wir es uns gewünscht haben; wir können Sie aber mit Medikamenten behandeln!“ Erst als die Stati-

onsärztin von einer Chemotherapie gesprochen hatte, war ihr schlagartig klar geworden, dass sie an Krebs erkrankt war und damit auch, wie bedrohlich die Situation für sie war.

Eine 52-Jährige Patientin war an einem Zungengrundkarzinom und Lymphknotenmetastasen erkrankt. Ihre rechte Halsseite fühlte sich holzhart an. Sie fragte den Oberarzt: „Was ist das?“ Er antwortete: „Das muss wieder ganz weich werden. Darum bekommen Sie unsere Therapie!“

Das Wissen um eine Krebserkrankung und die notwendige Behandlung ist für den betroffenen Patienten schmerzhaft. Die Vermittlung von Wissen über „das, was ist und kommt“ hat einen wichtigen Stellenwert, weil es den Patienten erst in die Lage versetzt, sich der Situation zu stellen und seine Kräfte und Bewältigungsstrategien zu mobilisieren.

Wollen Patienten überhaupt aufgeklärt werden?

In der Literatur und auch in den Diskussionen mit Ärzten tauchen immer wieder Argumente gegen eine offene Aufklärung auf.

Jaspers versuchte bereits 1954 die Frage, ob ein Patient seine Krebsdiagnose wissen will, zu beantworten und kam zu dem Schluss: „Der Kranke will es nicht wissen. Falls er das Gegenteil sagt, begehrt er Beruhigung, nicht Wahrheit“.

Die Auffassung, dass der Kranke nur die gute Nachricht hören will und ansonsten verdrängt, wird auch 1975 von Hoff vertreten. Er glaubte, dass durch die Diagnosemitteilung die Hoffnung zerstört werde, die der Mensch zum Weiterleben brauche. Er unterstrich, dass der Arzt „nicht das Recht habe, die letzte Hoffnung eines Kranken zu zerstören“, weil sich dann sein Leiden rapide verschlechtern würde.

Nach unserer Erfahrung schließt das Wissen um eine Krebsdiagnose Hoffnung keineswegs aus. Hoffnung ist in allen Phasen einer Krebserkrankung zu beobachten. Hoffnung dient der Angstabwehr. Sie scheint eine emotionale menschliche Grundhaltung zu sein, die so viele Facetten haben kann wie das Leben selbst (Schlömer-Doll und Doll 1996).

Auch das Vorurteil, eine offene Aufklärung über eine Krebsdiagnose könne einen Menschen in den Suizid treiben, ist nicht haltbar. Entgegen dramatischer Einzelbeispiele in den Medien ist die Suizidrate von krebsbetroffenen Menschen nicht höher als die der Durchschnittsbevölkerung.

Wir haben in Herford im Dezember 1999 / Januar 2000 eine schriftliche Befragung von 124 Krebspatienten (118 Frauen, 6 Männer) in der Nachsorge zu dem Thema „Bedürfnisse, Rechte und Pflichten - aus Sicht von Krebspatienten“ durchgeführt (Schlömer-Doll und Doll 2000).

An die erste Stelle von zwölf einzuschätzenden Bedürfnissen setzten die Befragungsteilnehmer: „Ich möchte, daß mein Arzt mir immer die volle Wahrheit sagt“. Allerdings war es ihnen ebenfalls sehr wichtig, „dass negative Nachrichten schonend vermittelt“ werden würden (an siebter Stelle von 15 genannten Rechten).

Mit „schonend“ ist „einfühlsam“ gemeint. Als die Ergebnisse im Patientenkreis diskutiert wurden, meinte eine Patientin: „Es kommt auf die Wortwahl an!“ Eine andere sagte: „Nicht alles auf einmal und nicht im Mehrbettzimmer!“ Auch in palliativer Situation kann die Wortwahl des Arztes große Unterschiede für den Patienten machen. Zwischen den Sätzen: „Da ist nichts mehr zu machen!“ und „Wir können *hier* nichts mehr für sie tun!“ liegen Welten. Der zweite Satz lässt dem Patienten die Hoffnung, an anderer Stelle noch geeignete Hilfe zu finden, wenn es vielleicht auch nur lindernde ist (Schlömer 1994).

Es kann also nicht mehr darum gehen, *ob* man einen Menschen über seine Krebsdiagnose aufklären sollte, sondern *wie* ein Arzt dies tun sollte.

Wie erlernen Ärzte, Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen aufzuklären?

Ärzte erfahren während ihrer Ausbildung kein Training für die Aufklärung von Patienten. In den Abteilungen gibt es - wenn überhaupt - nur wenig Auseinandersetzung oder Fortbildung zum Thema „Wie kläre ich einen Patienten auf?“.

Wenn die angehenden Ärzte während des Medizinstudiums im Psychologie-Unterricht mit diesem Thema konfrontiert werden, haben sie häufig noch keinen Patienten gesehen - geschweigedenn aufgeklärt, so dass das vermittelte Wissen verständlicherweise wieder versandet.

Viele Ärzte berichten später von „abschreckenden Aufklärungsbeispielen“ in ihrer klinischen Ausbildung. Ein Arzt berichtete: „Bei einer 45-Jährigen Patientin hatte die Biopsie bösartige Zellen in der Magenwand ergeben. Während einer Drei-Minuten-Visite eröffnete ihr der Chefarzt folgende Diagnose: „Sie haben da etwas Böses im Magen. Das gehört da nicht hin. Morgen werden wir den Magen entfernen.““

Die eigentliche Aufklärung muss in solchen Fällen häufig der Assistenzarzt nachholen. Derart überfahrene Patienten psychisch wieder aufzurichten dauert lange.

Vielleicht bewegt ein solches Beispiel die Ärzte dazu, nach günstigeren Aufklärungsstrategien zu suchen.

Wenn sie dann Hilfe in der Fachliteratur erwarten, finden sie häufig relativ globale Aussagen, beispielsweise: „Die heutzutage fast allgemeine Anerkennung der Informationspflicht des Arztes hat wesentlich dazu beigetragen, die Gefahr einer Unter- oder Falschinformation der Patienten zu reduzieren. Allerdings ist mancherorts die Gefahr der Überinformation an ihre Stelle getreten, deren psychologische Folgen ebenso schädlich sein können wie diejenigen der Unter- oder Falsch-Information“ (Meerwein 1985).

Persönlichkeitsbedingte Aufklärungsstile der Ärzte

Neben dem theoretischen Wissen ist der Aufklärungsstil eines Arztes abhängig von seiner Persönlichkeit und seinen eigenen Vorerfahrungen.

Ich habe während meiner Tätigkeit in der Strahlentherapie auf eigenen Wunsch hin an ärztlichen Aufklärungsgesprächen teilgenommen.

Ein Arzt hatte mir im Vertrauen erzählt, dass jedes Aufklärungsgespräch für ihn „ein Horror“ sei. Sein Ziel war, Facharzt für Röntgendiagnostik zu werden. Er empfand die Nähe zu den Krebspatienten, die er im Rahmen seiner Ausbildung im Aufklärungsgespräch hatte, als äußerst belastend. Er sehnte sich in die Diagnostikabteilung zurück, wo er wieder „Bilder befunden“ würde. Bilder, die zwar einen Namen und ein Geburtsdatum trugen, die aber keinen Einblick in das persönliche Schicksal der Krebspatienten und ihrer Familien gaben.

Dieser Arzt gab sich Mühe, aber sein Aufklärungsgespräch hatte den Stil eines Vortrages ohne anschließende Diskussion. Er ignorierte sämtliche Signale seiner Patienten, die den Vortrag zu einem Gespräch hätten werden lassen können.

Ein anderer Arzt vermied grundsätzlich das Wort „Krebs“. Er sprach angesichts der aufzuklärenden Patienten von „Raumforderung“ oder „Zellen, die dort nicht hingehören“. In einem vertraulichen Gespräch über meine Beobachtung, meinte er, dass das Wort „Krebs“ für ihn „etwas sei“, das er seinen Patienten nicht „zumuten“ wollte. Krebs war für ihn emotional gleichbedeutend mit „sterben müssen“, obgleich er fachlich wußte, dass dies nicht den Tatsachen entsprach.

Weitere Ärzte waren von dem Gefühl gefangen, als „Überbringer der Hiobsbotschaft“ selbst „Mitverursacher“ von Leid zu sein. Ein solches Erleben ist angesichts der manchmal sehr emotionalen Reaktionen von Patienten auf ihre Krebsdiagnose nachvollziehbar, allerdings für den betroffenen Arzt fatal, da es nicht nur seine Kompetenz schmälert, sondern auch das eigene Lebensgefühl unterminiert.

Zu einer guten Aufklärungskompetenz gehört deshalb auch die Reflexion: das Wahrnehmen und das Bearbeiten eigener Ängste und Befürchtungen. Erst dadurch kann die jeweilige Realität des Patienten wahrgenommen und von ärztlicher Seite adäquat darauf reagiert werden.

In diesem Zusammenhang spielt auch die Haltung des aufklärenden Arztes zum Thema „Sterben und Tod“ eine wichtige Rolle.

Eberbach (1984), ein Medizinerjurist, formulierte: „Hält der Arzt Krankheit und Tod für wesentliche Dimensionen des Menschlichen, wird er eher geneigt sein, die ihn fragenden Kranken umfassend aufzuklären, weil er ihnen damit einen wichtigen Teil ihres persönlichen Schicksals erschließt. ... Sieht er dagegen das Sterben in der definitiven Negation, als Anfang endgültiger Sinnlosigkeit; oder verdrängt er Gedanken an eigenen Tod und Siechtum; oder befällt ihn angesichts des sterbenden Patienten Hilflosigkeit, weiß er nicht, wie mit ihm reden; wird seine Neigung, den Patienten ausführlich aufzuklären, viel geringer sein“.

Die ärztlichen Haltungen zu den Themen des Lebens und des Sterbens werden durch Erziehung, Studium und andere persönliche Erfahrungen geprägt.

Niemand wird mit einer vollkommenen oder reifen Intuition geboren. Sie entwickelt sich durch die Erfahrungen mit Menschen, durch vermitteltes Wissen und erhält ihren Schliff durch die Reflexion von Situationen mit erfahrenen Kollegen und/oder Psychologen. Im klinischen Alltag finden Ärzte eine solche ausbildende und supervisorische Einführung jedoch nur sehr selten.

Die Persönlichkeit des Patienten

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient im Aufklärungsgespräch wird natürlich nicht nur durch das Persönlichkeitsmuster des aufklärenden Arztes bestimmt, sondern auch durch dasjenige des aufzuklärenden Patienten.

Patientenreaktionen auf die ärztliche Aufklärung

Die Reaktionen von Patienten im und im Anschluss an das Aufklärungsgespräch prägen das zukünftige Verhalten aufklärender Ärzte.

In diesem Zusammenhang sind vor allem Verleugnungs- und Verdrängungsphänomene sehr beeindruckend. Einige Beispiele:

Eine 45-Jährige Patientin (Mamma-Carcinom) verhielt sich, nach Aussage ihres Nachsorgearztes „euphorisch“. Sie sprach immer wieder von „Heilung“. Der Arzt steuerte gegen, indem er sagte: „Es ist lediglich kein Progress da“. Als wenig später nach der Befundung des Röntgenbildes der Verdacht einer Lungenmetastase aufkam, fixierte sich die Patientin auf die Möglichkeit, dass es sich bei dem Befund doch um eine „vernarbte Tuberkulose“ handeln könne.

Ein 50-Jähriger Patient (Rezidiv eines Hirntumors) rief mich nach abgeschlossener Behandlung an. Er wollte in erster Linie „eine Telefonnummer in der Psychiatrie“, da seine Frau unter Angstzuständen litt und sie dort gemeinsam Hilfe suchen wollten. Ich fragte ihn, wie es ihm denn gehe, und er erzählte mir von „panikartigen Angstzuständen, die so ins Herz einschließen“. Er wollte eine medikamentöse Hilfe, um sein „Gefühlschaos wieder in den Griff zu bekommen“.

Schließlich erzählte er mir, dass ihm ständig übel sei und er „zeitweilig mit einem Eimer durch das Haus laufe“. Er führte seine Übelkeit auf seine Angst zurück. Ich appellierte dringlich an ihn, die Übelkeit nicht auf die leichte Schulter zu nehmen, da sie auch direkt mit seiner Krebserkrankung in Verbindung stehen könne. Er blendete die Ernsthaftigkeit seiner Tumorerkrankung weiterhin aus und wollte, dass etwas „gegen die Angst getan“ würde.

Ich bat um seine Erlaubnis, den Nachsorgearzt informieren zu dürfen, bei dem er zwei Tage später einen Termin hatte und tat dies, um sicherzugehen, dass der Übelkeit des Patienten diagnostisch nachgegangen werden würde.

Einen extremen Fall von Verdrängung schilderte mir ein Arzt. Er hatte einen Patienten mit infauster Prognose, dem es sehr schlecht ging, „sehr offen aufgeklärt“, indem er die Nebenwirkungen „sehr deutlich“ hervorgehoben hatte, um zu verhindern, dass der Patient sich doch noch auf eine weitere Therapie einlassen würde, die in seinen Augen nichts genutzt hätte und seinen ohnehin schlechten Zustand noch verschlimmert hätte. Dieser Patient hatte sich dann aber doch zu einer Strahlentherapie entschlossen und nicht nur seine schlechte Prognose, sondern auch ihn, den aufklärenden Arzt, verdrängt. Bei Begegnungen in der Abteilung für Strahlentherapie verhielt sich der Patient gegenüber dem Arzt, als würde er ihn nicht kennen und als hätte er nie mit ihm gesprochen (Schlömer 1994).

Was charakterisiert eine gute Aufklärung?

Aufklärung bedeutet - wie bereits erwähnt - Informationsvermittlung. Dennoch ist die Information nicht das Entscheidende bei der Aufklärung [Köhle (1984)]. Entscheidend ist die gleichzeitig vermittelte emotionale Unterstützung bei der Verarbeitung der Information. Die Aufklärungssituation erfordert vom aufklärenden Arzt ein großes Maß an Einfühlungsvermögen und Flexibilität. Der Arzt ist gefordert, den Patienten und seine subjektiven Theorien über Krebserkrankungen und die damit verbundenen Ängste und Abwehrmechanismen kennen zu lernen, um so ein vertrauensschaffendes Aufklärungsgespräch führen zu können.

Der Stellenwert von Laintheorien im Aufklärungsgespräch

Die Laintheorien von Krebspatienten und ihre Vorerfahrungen mit anderen Krebskranken spielen eine wichtige Rolle in ihrer Diagnoseverarbeitung.

Jonasch führte 1985 eine Studie zum Thema Aufklärung durch. 80 % der von ihm befragten Patienten [65 Ambulanzpatienten sowie 41 stationäre Krebspatienten] gaben an, eine Krebserkrankung im Bekannten- oder Familienkreis miterlebt zu haben. Dabei hatten lediglich 11,9 % eine Heilung miterlebt. Die geschilderten negativen Erfahrungen überwogen also bei weitem. Da heutzutage jeder dritte Krebspatient langfristig überlebt (vgl. Senn und Glaus 1998), muss davon ausgegangen werden, dass negative Krankheitsverläufe besser erinnert werden als positive Entwicklungen.

Der Einfluss der Medien auf die Laintheorien von Patienten

In diesem Zusammenhang spielt die Berichterstattung in den Medien eine wichtige Rolle. Krebs wird immer noch als eine „Geißel der Menschheit“ tituliert.

Auffällig ist die Personifizierung der Krebserkrankungen. Ein Titel zum Tod eines deutschen Schauspielers in der Bildzeitung (vom 12.1.2000) lautete: „Er hat sich wieder einen geholt“. Begriffe wie „heimtückisch, hinterhältig und gemein“ charakterisieren die Krebserkrankung als persönlichen Feind, der sich im eigenen Körper eingenistet hat. Auch das Vokabular rund um die Krebstherapie ist recht „kriegerisch“ („Kampf dem Krebs!“ oder „Die Waffen strecken müssen“). Solche Assoziationen können die Angst der Patienten deutlich schüren.

Für den Arzt kann es in seiner Beziehung zum Patienten sehr fruchtbar sein, die Theorien und inneren Bilder seines Patienten zum Zeitpunkt des Aufklärungs-gesprächs zu kennen; allerdings wird im Aufklärungsgespräch so gut wie nie danach gefragt.

Schrittweise Aufklärung

Im Zusammenhang mit der Aufklärung eines Patienten stellt sich die Frage:

„Muss immer alles gleich sofort gesagt werden?“ Ich würde antworten: „Sicher nicht!“ Die Aufklärung sollte grundsätzlich als ein Prozess verstanden werden.

Es geht um eine schrittweise Information. Hierunter versteht man allerdings keine kurzsichtigen oder hilflosen Zweckklügen, die sich mit dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient außerordentlich schlecht vertragen (Senn und Glaus 1998).

Wenn im Aufklärungsgespräch deutlich wird, dass der Patient gar nicht weiter aufnahmefähig ist, dann sollte das Gespräch beendet und zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen werden. Wichtig ist dann, den Patienten da abzuholen, wo er sich in seiner Diagnosebewältigung befindet, beispielsweise mit dem Satz: „Mögen Sie einmal für mich zusammenfassen, was sie von unserem letzten Gespräch behalten haben?“

In diesem zweiten Aufklärungsgespräch sollte auf jeden Fall auch nach Vorerfahrungen mit Krebserkrankungen und damit verbundenen eigenen Befürchtungen gefragt werden. Auch wenn dieses zweite Gespräch kurz ist, kann es einen nachhaltig vertrauensschaffenden und entspannenden Effekt haben.

Eine Patientin war mit einer langen Liste von Fragen in das zweite Aufklärungsgespräch in die Strahlentherapie gegangen. Sie sagte im Anschluß: „Das Gespräch lief ganz anders. Viele Fragen waren gar nicht mehr wichtig, wichtiger war, dass ich mich aufgehoben gefühlt habe und unterstützt in meiner Art, wie ich mit meiner Erkrankung fertig werde“ (Schlömer 1994).

Ein Grundgesetz der Aufklärung sollte lauten: Aufklärung ist niemals eine einmalige Mitteilung, sondern immer ein Prozess, der auf dem Boden menschlicher Beziehungen stattfindet.

Eine Empfehlung unter vielen, die sich in der Literatur finden, ist die, dass der Arzt sich in die Lage des Patienten einfühlen sollte, dass er ihm Zeit lassen und durch Nachfragen klären sollte, was der Patient verstanden hat und was nicht. Hier kollidiert der Anspruch häufig mit der klinischen Wirklichkeit. Im Alltag erlebt sich der Arzt oft als Dienstleistender und Mediator einer „Fünf-Minuten-Medizin“, selbst wenn die Zeit für Aufklärungsgespräche in Einzelfällen auf 30 Minuten ausgedehnt werden kann. Das Gespräch mit dem Patienten wird nicht genug honoriert, wohl aber technisch-diagnostische Untersuchungen.

Die Ängste der Ärzte vor juristischen Schadensersatzklagen verführt dazu, den Krebspatienten mit mehr Fakten über Nebenwirkungen und Spätfolgen der Behandlung zu konfrontieren, als dieser vielleicht zu dem jeweiligen Zeitpunkt verkraften kann. Im juristischen Streitfall muss der Arzt beweisen, dass er den Patienten angemessen aufgeklärt hat. Aus diesem Grund kann bei einigen Aufklärungsverläufen der Eindruck entstehen, dass die Unterschrift des Patienten auf dem Aufklärungsbogen wichtiger ist, als zu verstehen, was beim Patienten von der Informationsflut angekommen ist (Schlömer-Doll und Doll 1996).

Das in der Literatur immer wieder empfohlene zweite Aufklärungsgespräch, das meines Erachtens grundsätzlich geführt werden sollte, findet im klinischen Alltag selten statt. Es ist nicht ungewöhnlich, dass ein Abteilungsdirektor mit Unverständnis darauf reagiert, wenn es einem Arzt nicht im ersten Gespräch gelungen ist, dem Patienten deutlich zu machen, dass die vorgeschlagene Therapie die optimale Lösung für seine Situation ist. Letztlich ist der aufklärende Arzt Sprecher einer Gruppe von Fachleuten, im Falle einer Strahlentherapie von Physi-

kern, Biophysikern, Ingenieuren und Strahlentherapeuten - , die bereits im Vorfeld eine aus ihrer Sicht zeitintensive optimale Therapieplanung für den Patienten entwickelt hat.

Der Stellenwert nonverbaler Information in einem Aufklärungsgespräch

Eine weitere wichtige Erkenntnis hinsichtlich der Aufklärung von Krebspatienten ist: Die Vermittlung von Information läuft niemals ausschließlich über die Sprache.

Krebspatienten berichten immer wieder, dass sie sich der Krebsdiagnose schon vor der eigentlichen ärztlichen Aufklärung sicher waren. Sie hatten die Diagnose „Krebs“ beispielsweise von dem Gesicht des zuständigen Arztes - während der Visite oder bei einer zufälligen Begegnung auf dem Krankenhausflur - abgelesen.

Die nonverbale Kommunikation ist wesentlicher Bestandteil des ärztlichen Aufklärungsgesprächs. Menschen, die mit einer möglicherweise lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, scheinen eine große Sensibilität für die Authentizität (Echtheit, Glaubwürdigkeit, Zuverlässigkeit) ihrer Mitmenschen - und auch ihrer Ärzte - zu entwickeln. Dies wird häufig unterschätzt.

Die Folgen unvollkommener Aufklärung für die Krebspatienten und deren Familien

Wenn sich die aufklärenden Ärzte - aufgrund ihrer verständlichen Unsicherheit - dazu entscheiden, eher weniger als mehr zu sagen, kann dies für die betroffenen Patienten schwerwiegende Folgen haben.

Eine ungenügende Aufklärung kann für den Patienten schlimmstenfalls ein „Diebstahl an ihrem Leben“ sein. Nämlich dann, wenn eine geschönte Prognose ihn daran hindert, Dinge in die Wege zu leiten, die er getan hätte, wenn er um den Ernst seiner Lage gewußt hätte.

Eine nicht vollständige Aufklärung ist - und bleibt - eine Entmündigung des Patienten. Nicht selten ahnen die Patienten, „dass nicht alles gesagt worden ist“. Bei einer Bestätigung ihrer Vermutung führt dies häufig zu einem kompletten Vertrauensverlust zum Arzt und - auf dem Fuße folgend - immer wieder zu einem Beziehungsabbruch mit dem behandelnden Arzt. Dies ist für Patienten - trotz des damit verbundenen konsequenten Handelns - ein sehr belastendes Erlebnis.

Das Vertrauen in ihre behandelnden Ärzte steht bei Krebspatienten in ihrer Diagnose- und Krankheitsbewältigung an erster Stelle (siehe auch Jonasch 1985). Das Vertrauen in den behandelnden Arzt ist auch der Dreh- und Angelpunkt der Kooperation zwischen Arzt und Patienten. Es ist für die Bewältigung der Krebstherapie und die Angstbewältigung der Patienten absolut unentbehrlich.

Wenn Familienangehörige mehr Informationen erhalten, als die Patienten selbst, stellt dies eine große Zumutung für die betroffenen Angehörigen dar. Das ungleiche Informationsgefälle kann vielfältige persönliche und familiäre Konsequenzen haben.

Eine 60-Jährige Witwe wurde stationär wegen Erschöpfungs- und Schmerzzuständen im Klinikum aufgenommen. Ihr Mann war zwei Monate zuvor an einer Lungenkrebskrankung im Klinikum verstorben. Frau G. suchte mich auf Anraten des Stationsarztes in der Psychoonkologie auf. Sie berichtete von den anstrengenden Monaten, als die Krebserkrankung ihres Mannes unaufhaltsam fortschritt.

Ich erzählte ihr, dass ich ihren Mann kennengelernt hatte. Er hatte um ein Gespräch gebeten, als der Arzt ihn darüber informiert hatte, dass er nicht mehr geheilt werden könne und sterben müsse. Seine einzige Sorge galt damals seiner Frau und seinen beiden Söhnen und der Tatsache, dass und wie er ihnen diese Nachricht beibringen sollte.

Frau G. schaute mich mit großen Augen an, die sich langsam mit Tränen füllten und sagte: „Dann hat er es gewußt!“ Ich war irritiert. Frau G. erzählte mir schließlich, dass der Arzt den ältesten Sohn über den Zustand des Vaters aufgeklärt hatte. Die Familie war davon ausgegangen, dass der Vater nicht über die infauste Prognose seiner Lungenkreberkrankung aufgeklärt sei. Ein einziges Mal - zu Beginn seiner Erkrankung - hatte der Patient am Telefon zu seiner Frau gesagt: „Ich habe Krebs. Damit muss ich fertig werden!“ Danach war in der Familie nicht wieder darüber gesprochen worden. Ein lähmendes und belastendes Ausschweigen hatte sich wie ein „stickiger Mantel“ über die Familie gelegt.

Rückwirkend bedauerte sie zutiefst, dass sie sich nicht durchgerungen hatte, mit ihrem Mann über die Kreberkrankung und die Folgen zu sprechen. Die Ehepartner hatten sich voneinander entfremdet und keinen Abschied genommen. Frau G. hatte während dieser Zeit vielfältige psychosomatische Symptome entwickelt und war zwischenzeitlich zu einem Neurologen überwiesen worden. Sie litt unter Schluckproblemen, unter einem permanenten „Kloß im Hals“, einem „Kribbeln“ ihrer Kopfhaut und „Beklemmungsgefühlen“. Neurologische Ursachen konnten nicht diagnostiziert werden. Nach unserem ersten Gespräch, in dem sie auch viel geweint hatte, meinte Frau G. zum Abschied: „Der Kloß in meinem Hals ist dünner geworden“. Es folgten zwei weitere Entlastungsgespräche, in deren Verlauf auch die von ihr beschriebenen Beklemmungsgefühle weniger wurden.

Mögliche Problem- und Konfliktfelder der Aufklärung sind:

Schwierigkeiten bei der Einschätzung der intellektuellen Aufnahmefähigkeit und der psychischen Belastbarkeit des aufzuklärenden Patienten

- Notwendige Kanalisierung der Informationsflut im Aufklärungsgespräch
- Unsicherheiten über den Behandlungserfolg und das Auftreten belastender Nebenwirkungen
- Aussagen über die Prognose
- Umgang mit Verdachtsdiagnose oder unklaren Tumorstadien

(Schlömer 1994)

Aufklärung als Konfliktfeld in der interdisziplinären Zusammenarbeit

Als Folge der Informationsflut im Aufklärungsgespräch und der Verdrängungsmechanismen der Patienten haben Patienten auch Tage und Wochen nach dem Aufklärungsgespräch noch Fragen.

Ein Arzt erzählte: „Manchmal höre ich vom Gerätearzt oder von den MTRAs, dass Patienten Fragen stellen, als ob sie überhaupt nicht aufgeklärt worden seien. Das haut mich dann doch aus den Socken. Ich frage mich immer wieder, wie Patienten das Aufklärungsgespräch wohl aufnehmen oder empfinden“ (Schlömer 1994).

Er bat mich um Rückmeldung, wenn mir etwas „zu Ohren kommen würde“, dass Patienten nicht oder unzulänglich aufgeklärt worden seien.

Manche Aussagen von Mitarbeitern einer Abteilung implizieren auch die Unterstellung, der aufklärende Arzt habe nicht vollständig, nicht patientengerecht genug oder gar mangelhaft aufgeklärt.

Das Thema „Güte der Aufklärung“ spaltete diese Abteilung in zwei Lager, in der einerseits die Mehrheit der Ärzte die Patienten für gut aufgeklärt hielten. Das Pflegepersonal, die MTRAs und auch einzelne Ärzte andererseits hielten die Patienten für nicht gut aufgeklärt.

Während die Ärzte sich in Aufklärungsgesprächen bemühten, die Patienten angemessen und umfassend aufzuklären, erlebten sie auch offene Vorwürfe von Mitarbeitern der Abteilung, sie hätten wohl „nicht richtig aufgeklärt“.

Dies kann damit zusammenhängen, dass viele MTRAs, Schwestern und Pfleger sich nicht der vielfältigen Verdrängungsmechanismen der Patienten angesichts der Aufklärung über die Diagnose Krebs bewußt waren.

Während einer Fortbildungsveranstaltung in der Abteilung wurde dieses Konfliktfeld von den Psychoonkologen thematisiert und die Aufklärung als Prozess dargestellt.

Ich habe großen Respekt vor ärztlichen Kollegen, die sich tagtäglich ihrer Aufklärungsarbeit widmen. Und manchmal - vor allem bei der Aufklärung über fortschreitende Krebserkrankungen und infauste Prognosen - bin ich regelrecht froh, dass ich die Krebspatienten nicht damit konfrontieren muss. Wir Nicht-Ärzte stehen den Patienten bei, nachdem die Ärzte ihnen eine schmerzvolle Aufklärung vermitteln mussten.

Ich habe Verständnis dafür, wenn ein Arzt die Aufklärung einer Diagnose zeitlich etwas verschiebt, weil er sich zu dem Zeitpunkt des Erhalts der Fakten nicht in der Lage fühlt, auf den Patienten zuzugehen.

Ich bemühe mich, in meiner psychoonkologischen Arbeit auch für Ärzte dazusein. Damit dies möglich ist, muss ich mich immer wieder selbst [in fachlichen Gesprächen und in Supervisionen] von Vorwürfen frei machen, die die Patienten - aus ihrer Sicht nachvollziehbar - bei mir abladen.

Psychoonkologische Arbeit ist eine zutiefst interdisziplinäre Arbeit. Es gilt, Mittler zu sein zwischen den Welten der Patienten und den Welten der Ärzte. Wenn dies gelingt, ist es - bei aller Anstrengung - eine sehr befriedigende Aufgabe.

Abschließend einige **Tipps für die psychoonkologische Praxis**

Zielgruppe: Klinisches Personal

- **Kurze Fortbildungen im Rahmen der ärztlichen Frühbesprechung:** Kurze Fallgeschichten, die die Problembereiche aufzeigen - ohne „den Zeigefinger zu erheben“
- **Entwicklung von abteilungsinternen Leitfäden für die Aufklärung**
- **Angebot einer Balint-Gruppe**
- **Förderung des Gesprächs zwischen Ärzten und Pflegepersonal; Austausch von Informationen und Eindrücken von Patienten**

Zielgruppe: Patienten und Angehörige

- **„Zwei Paar Ohren hören besser als ein Paar Ohren“** - Angebot einer Begleitung durch Angehörige oder eines Psychoonkologen während des Aufklärungsgesprächs
- **Überprüfung des Aufklärungsstandes im Gespräch.** Bei Divergenzen zwischen der Einschätzung des Arztes und denen des Patienten sollte der Patient aufgefordert werden, ein erneutes Gespräch mit dem Arzt zu suchen. Wenn „Gefahr im Verzuge“ ist, sollte der Arzt durch den Psychoonkologen informiert werden.

Literatur

Deutsches Ärzteblatt (1985) Empfehlungen für Richtlinien zur Aufklärung der Krankenhauspatienten über vorgesehene ärztliche Maßnahmen (durch die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft), Heft 17

Eberbach WH (1984) Die Aufklärung des Patienten vor dem Hintergrund der Einstellung zum Tod. In: Medizinrecht, Heft 6, 201 - 240

Hoff F (1975) Der Krebskranke, der Arzt und die Wahrheit. In: Therapiewoche 26, 6033 - 6039

Jaspers K (1954) Die Idee des Arztes und ihre Erneuerung. In: Umstrittene Probleme in der Medizin. Medica, Stuttgart, Zürich 151 - 163

Jonasch K (1985) Zum Prozess der Aufklärung bei Karzinompatienten. Medizinische Dissertation, Heidelberg

Klusmann D (1998) Das ärztliche Aufklärungsgespräch. In: Verres R, Klusmann D (Hrsg) Strahlentherapie im Erleben der Patienten. Johann Ambrosius Barth Verlag, Heidelberg - Leipzig

Klusmann D (2000) Doctor-Patient-Communication in Radiotherapie (unver-öffentliches Manuskript)

Köhle K (1984) Aufklärung von Patienten im fortgeschrittenen Krebsstadium. Münch. Med. Wschr. 126, 214 - 219

Meerwein F (1985) Einführung in die Psycho-Onkologie. Huber-Verlag, Bern - Stuttgart - Toronto

Schlömer U (1994) Psychologische Unterstützung in der Strahlentherapie. Springer Verlag - Wien - New York

Schlömer-Doll U, Doll D (1996) Zeit der Hoffnung - Zeit der Angst. Psychologische Begleitung von Krebspatienten. Springer Verlag - Wien - New York

Schlömer-Doll U, Doll D (2000) Bedürfnisse, Rechte und Pflichten - aus der Sicht von Krebspatienten. Kongress-Dokumentation: „Kongress für Krebsbetroffene“, März 2000 in Herford

Senn HJ, Glaus A (1998) Wahrhaftigkeit am Krankenbett - auch bei Tumorkranken? In: Meerwein F, Bräutigam W (Hrsg) Einführung in die Psycho-Onkologie, Verlag Hans Huber, Bern - Göttingen - Toronto - Seattle