

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. H. Friess)

Kommunikation zwischen Chirurgen und onkologischen Patienten

Julia Wagner

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen
Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. Priv.-Doz. Dr. P. O. Berberat
2. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

Die Dissertation wurde am 30.11.2011 bei der Technischen Universität
München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 23.05.2012
angenommen.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Dr. Pascal Berberat für die Begleitung und Unterstützung dieser Arbeit.

Herrn Prof. Dr. Helmut Friess danke ich für die Möglichkeit, diese Studie in der Chirurgischen Klinik und Poliklinik des Klinikums rechts der Isar durchführen zu können.

Ich danke außerdem den Ärzten der Chirurgischen Klinik und Poliklinik des Klinikums rechts der Isar, ohne deren freundliche Teilnahme diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

Auch bedanke ich mich für die Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Herschbach der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar für seine Anregungen und Hilfestellung.

Allen Patienten, die sich bereit erklärten, an dieser Studie teilzunehmen, gilt ebenfalls mein besonderer Dank.

Weiter danke ich Herrn Stephan Nicklas für die Hilfe bei der statistischen Auswertung der erhobenen Daten.

Zuletzt möchte ich meinen Eltern für ihre Unterstützung während meines ganzen Studiums danken.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
1 Einleitung	1
1.1 Beziehung zwischen Arzt und Patient	1
1.2 Bedeutung der Kommunikation	2
1.2.1 Kommunikation in der Medizin im Allgemeinen	2
1.2.2 Kommunikation in der Chirurgie	11
1.3 Aufklärung und Verständnis bei onkologischen Patienten	14
1.4 Bedürfnisse onkologischer Patienten	17
2 Zielsetzung der Arbeit	22
3 Methoden	24
3.1 Art der Studie	24
3.2 Einschlusskriterien	24
3.3 Aufklärung und Ablauf der Studie	25
3.4 Patientenfragebögen	25
3.5 Ärzefragebogen	26
3.6 Patienteninformation und Einverständniserklärung	26
3.7 Allgemeine Datenerhebung	27
3.8 Auswertung und Statistik	27
4 Ergebnisse	28
4.1 Deskriptive Daten	28
4.1.1 Patienten	28
4.1.2 Ärzte	29
4.1.3 Krankheitsbezogene Daten der Patienten	29
4.2 Vorwissen der Patienten	31
4.3 Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient	34
4.4 Einschätzungen	41
4.5 Begründungen für unvollständige Aufklärung	46
4.6 Einflussfaktoren für die Übereinstimmung	49
4.6.1 Allgemein	49
4.6.2 Subgruppenanalyse kurativ/palliativ behandelte Patienten	51
4.7 Patientenzufriedenheit	53

5 Diskussion	58
5.1 Diskussion der Ergebnisse	58
5.1.1 Kommunikationsprobleme in der Chirurgie	58
5.1.2 Einflussfaktoren auf die Kommunikation zwischen Chirurg und onkologischem Patient	63
5.1.3 Die Einschätzungen durch die Chirurgen und Patienten	66
5.1.4 Der Zusammenhang zwischen der Güte der Kommunikation und der Patientenzufriedenheit	69
5.2 Diskussion der Methoden	70
5.2.1 Studienteilnahme	70
5.2.2 Die teilnehmenden Patienten	70
5.2.3 Die teilnehmenden Ärzte	71
5.2.4 Fragebögen und Patienteninterviews	71
5.3 Schlussfolgerung, Anwendung und Ausblick	75
6 Zusammenfassung	77
Tabellenverzeichnis	80
Abbildungsverzeichnis	81
Literaturverzeichnis	83
A Fragebögen	92
A.1 Präoperativer Fragebogen an den Patient	92
A.2 Postoperativer Fragebogen an den Stationsarzt oder Operateur	95
A.3 Postoperatives Interview mit dem Patient	99
A.4 Fragebogen zur Patientenzufriedenheit	103

Kapitel 1

Einleitung

1.1 Beziehung zwischen Arzt und Patient

Vor mittlerweile über fünfzig Jahren erschien zum ersten Mal die Arbeit von Ernstene, welche die korrekte und ausführliche Aufklärung des Patienten bezüglich der Natur seiner Erkrankung, der Behandlungsart und der allgemeinen Prognose als einen essentiellen Bestandteil der täglichen medizinischen Praxis darstellte (Ernstene, 1957). Somit ist die Arzt-Patient-Beziehung weit mehr, als eine rein formale Beziehung. Verschiedene Arbeiten haben gezeigt, dass eine gute Arzt-Patient-Beziehung sich positiv auf die Zufriedenheit des Patienten, die Compliance und das letztendliche Behandlungsergebnis auswirkt (Stewart et al., 1999; Betancourt et al., 1999; Tamblyn and Abrahamowicz, 2010). Dabei kommt es mehreren Studien von Ley et al. zufolge darauf an, dass der Arzt seinem Patienten eine Fülle an Informationen bietet, sodass möglichst alle Aspekte, die Diagnose, Behandlung und Prognose des Patienten betreffend, abgedeckt sind (Ley, 1982; Ley and Spelman, 1986; Ley et al., 1976).

Der Verwirklichung der befriedigenden Arzt-Patient-Beziehung stehen heute jedoch – ein halbes Jahrhundert nach der Veröffentlichung von Ernstenes Arbeit – eine Reihe von Schwierigkeiten und Hindernissen gegenüber, wie sie die moderne Medizin und der technische Fortschritt mit sich bringen (Kalliainen, 2010). Essentiell für ein befriedigendes Verhältnis zwischen Arzt und Patient sind Zeit, ausführliche Gespräche und in diesem Zusammenhang das Auffangen von Emotionen auf Patientenseite. Durch die Globalisierung müssen dabei heutzutage jedoch gleichzeitig auch verschiedenste kulturelle, soziale und technische Gegebenheiten berücksichtigt werden. Unterschiedliche ethnische Gruppen, soziale Schichten und persönliche Glaubensvorstellungen auf der einen, verschiedene wirtschaftliche und politische Konzepte auf der anderen Seite, sind für die heutige Arzt-Patient-Beziehung von allergrößter Bedeutung und machen diese zu einer Herausforderung

für beide Parteien.

Insbesondere der in den letzten fünfzig Jahren stattgefundenen Fortschritt ist es, der die moderne Beziehung zwischen Arzt und Patient vor große Herausforderungen stellt. Für die Patienten sind eine umfassende Aufklärung und die Einbeziehung in das ärztliche Handeln angesichts der immer komplexeren Therapiemöglichkeiten wichtiger als je zuvor. Auf der anderen Seite machen es der Druck, effizient zu arbeiten und der daraus resultierende enorme Zeitmangel im ärztlichen Alltag, sowie der politische und wirtschaftliche Hintergrund, dem Arzt heutzutage schwerer denn je, den Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden (Lopez, 1999). So zeigten mehrere Studien in den letzten Jahren, dass die Kommunikation der Ärzte mit ihren Patienten mangelhaft ist. Es werde „nicht genug geredet“ wie aus einem Bericht des deutschen Ärzteblatts aus dem Jahre 2005 hervorgeht (Merten, 2005). Die verbale und non-verbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient wurde jedoch in den letzten Jahrzehnten in zahlreichen Studien als entscheidend für eine gute Arzt-Patient-Beziehung herausgearbeitet. Besonders schwerkranke Patienten, wie beispielsweise diejenigen, die an einer Krebserkrankung leiden, sind in jeder Hinsicht auf eine gute Kommunikation mit ihren behandelnden Ärzten angewiesen (Arora, 2003). Gerade die chirurgische Fachrichtung spielt im Rahmen interdisziplinärer Behandlungskonzepte eine entscheidende Rolle bei der Behandlung dieser Patienten. Der Chirurg oder die Chirurgin steht in vielen Fällen von Beginn an als wichtiger Ansprechpartner und vor allem Informationsvermittler für den Patienten im Mittelpunkt des meist existenziellen Geschehens (Bradley and Brasel, 2008).

1.2 Bedeutung der Kommunikation

1.2.1 Kommunikation in der Medizin im Allgemeinen

Der Begriff Kommunikation ist grundsätzlich definiert als „Die Übermittlung von Informationen zwischen einem Sender und einem Empfänger auf unterschiedlichen Ebenen mit unterschiedlichen Mitteln.“

Zu den drei wichtigsten Arten der Kommunikation gehören:

1. Die verbale Kommunikation (Sprache)
2. Die paraverbale Kommunikation (Tonfall, Intonation)
3. Die non-verbale Kommunikation (z.B. visuelle und taktile Reize wie Gestik, Mimik und Berührungen)

(Schaefer et al., 2000).

Speziell die Kommunikation zwischen Arzt und Patient unterscheidet sich dabei jedoch von der Kommunikation in anderen zwischenmenschlichen Bereichen und ist von Anfang an als sehr komplex zu betrachten. Es handelt sich bei dieser Art von Beziehung um einen Austausch zwischen zwei menschlichen Individuen in nicht gleichgestellten Positionen, der letztendlich unfreiwillig stattfindet und mehr oder weniger lebenswichtige Themen betrifft, sodass er meist in emotional aufgeladenen Situationen stattfindet (Chaitchik et al., 1992).

Während für die Diagnose und die Therapie von Erkrankungen eine Vielzahl modernster Technologien existiert, derer sich ein Arzt bedienen kann, ist dies für die Kommunikation des Arztes mit seinen Patienten nicht der Fall (Street, 1991).

Besonders entscheidend ist die Interaktion zwischen Arzt und Patient im Falle lebensbedrohlicher Erkrankungen, wie beispielsweise Krebserkrankungen. Studien haben gezeigt, dass sich die Vorstellungen der Patienten, was Wesen und Herkunft von Krankheiten betrifft, von den fachspezifischen Vorstellungen der Ärzte über die Ätiologie und Pathogenese einer Erkrankung stark unterscheiden (Boyle, 1970). Daher kommt es im ärztlichen Alltag regelmäßig vor, dass sich Arzt und Patient aufgrund ihrer unterschiedlichen Wahrnehmungs- und Denkmuster sowie ihrer divergierenden Sprachverwendung in Bezug auf die Krankheit nicht ausreichend verständigen können (Schaefer et al., 2000).

Doch nicht nur das medizinische Verständnis, sondern auch das persönliche Interesse von Arzt und Patient während der Kommunikation im klinischen Alltag unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht. Die Angst vieler Ärzte vor Schadensersatzklagen beispielsweise verführt dazu, gerade schwerkranke Patienten mit einer größeren Fülle an Fakten über Nebenwirkungen und Spätfolgen der Behandlung zu konfrontieren, als diese vielleicht zu dem jeweiligen Zeitpunkt verkraften können. Bei einer juristischen Auseinandersetzung muss der Arzt beweisen, dass er den Patienten angemessen aufgeklärt und ihm alle aus medizinischer Sicht wesentlichen Inhalte dargelegt hat. Klarheit darüber, ob der Patient die ganz individuell für ihn wesentlichen Informationen erhalten hat, herrscht dabei oft nicht (Schlömer-Doll and Doll, 2000).

Zur Festlegung eines der Orientierung dienenden Standards in der Arzt-Patienten-Kommunikation kamen im Mai 1999 21 Experten auf der Bayer-Fetzer Konferenz (Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education) zusammen und erarbeiteten sieben essentielle Elemente der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Diese wurden im Kalamazoo Consensus Statement wie folgt formuliert (Makoul, 2001):

1. Bildung einer Beziehung zwischen Arzt und Patient. Als fundamentale Aufgabe der

Kommunikation beinhaltet dies, neben der Untersuchung der Erkrankung des Patienten und seinen Erfahrungen, auch das Bewusstsein, dass Vorstellungen, Gefühle und Werte beider Seiten diese Beziehung beeinflussen. Die Beziehung bildet die Basis für alle weiteren Aufgaben der Kommunikation.

2. Eröffnung einer Diskussion, welche es dem Patienten ermöglicht, seine Position und seine Anliegen darzustellen.
3. Sammlung von Informationen. Durch den gezielten Einsatz offener und geschlossener Fragen und Klärung, Strukturierung und Zusammenfassung von Informationen ebenso, wie durch aktives Zuhören unter Verwendung verbaler und non-verbaler Techniken.
4. Die Perspektive des Patienten verstehen. Zum einen bedeutet dies die Einbeziehung von Einflussfaktoren, wie beispielsweise Familie, kultureller Hintergrund, sozioökonomischer Status, sowie die Erkundigung nach Einstellungen, Bedenken und Erwartungen bezüglich Gesundheit und Krankheit. Zum anderen, die Gedanken, Gefühle und Werte des Patienten anzuerkennen und sich darauf einzustellen.
5. Austausch von Informationen. Voraussetzung ist die Verwendung einer Sprache, die vom Patienten verstanden wird. Ferner soll das Verständnis geprüft, Fragen angeregt und unterstützt werden.
6. Einvernehmliche Therapieplanung. Durch Ermutigung des Patienten, an Entscheidungen aktiv zu partizipieren, durch Prüfung, inwiefern der Patient gewillt und in der Lage ist, dem Therapieplan zu folgen, und Ermittlung von Hilfen und Beistand für den Patienten.
7. Abschließende Fragen nach Sorgen und Bedenken, sowie die Zusammenfassung und Bestätigung des erstellten Plans.

Auch Ong et al. haben sich in ihrer Arbeit mit der Arzt-Patienten-Kommunikation beschäftigt und die vier von der Wissenschaft in der bisherigen Literatur eingehend betrachteten Themenkomplexe diese Kommunikation betreffend herausgearbeitet (Ong et al., 1995):

1. Die verschiedenen Ziele/Absichten medizinischer Kommunikation
2. Die Analyse der Arzt-Patienten-Kommunikation
3. Die unterschiedlichen Arten des Kommunikationsverhaltens
4. Der Einfluss der Kommunikation auf das medizinische Outcome.

Was die Ziele medizinischer Kommunikation betrifft, so können laut Ong et al. drei unterschiedliche Ziele differenziert werden (Ong et al., 1995):

1. Das Herstellen einer guten zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient
2. Der adäquate Informationsaustausch zwischen den beiden Parteien
3. Das Treffen von Therapieentscheidungen.

Bezüglich der Herstellung einer guten Arzt-Patient-Beziehung beschreiben Roter und Hall das Gespräch zwischen Arzt und Patient als die wichtigste Komponente auch der heutigen Medizin und das Hauptinstrument, durch welches die Arzt-Patient-Beziehung geprägt wird und durch welches die therapeutischen Ziele erreicht werden (Roter and Hall, 2006). Eine gute Arzt-Patient-Beziehung ist demzufolge die Grundvoraussetzung einer optimalen medizinischen Versorgung. Die Wissenschaft ist allerdings unterschiedlicher Meinung, wie eine gute Arzt-Patient-Beziehung zu definieren ist. Ein bestimmter Anteil an Wissenschaftlern vertritt die Meinung, dass die optimale Arzt-Patient-Beziehung eine „soziale Beziehung“ darstellt, in der „gute Umgangsformen“ am wichtigsten sind. Die notwendigen Bestandteile während des Zusammentreffens zwischen Arzt und Patient, die seitens des Arztes zu berücksichtigen wären, sind demnach: Lachen, Witze machen, persönliche Bemerkungen einstreuen, Komplimente an den Patienten verteilen, Interesse zeigen, Freundlichkeit, Ehrlichkeit, Zuwendung, ein nichtwertendes Verhalten und die soziale Orientierung während des Patientengesprächs (Ong et al., 1995).

Andere Autoren aus dem überwiegend klinischen oder psychotherapeutischen Bereich vertreten hingegen die Meinung, dass eine gute Arzt-Patient-Kommunikation durch eine therapeutische Dimension bestimmt wird. Irwin et al. beispielsweise betrachten die klinische Medizin als eine Kommunikation zwischen zwei Individuen, deren Ziel darin

besteht, ein effektives und gut funktionierendes Arbeitsverhältnis herzustellen und aufrechtzuerhalten, in welchem gegenseitiges Vertrauen herrscht (Irwin et al., 1989). Viele der Konzepte dieser psychotherapeutisch orientierten Wissenschaftler basieren auf Carl Roger's „klientenzentrierter“ Theorie. Er erarbeitete dabei Grundvoraussetzungen, welche entscheidend für das Gelingen und die Effizienz der Therapie sind und zum größten Teil auf der kommunikativen Ebene vermittelt werden:

1. Empathie
2. Respekt
3. Echtheit
4. bedingungslose Akzeptanz
5. Wärme

(Lazarus, 1979; Garfield, 1980).

Insbesondere die Empathie nimmt hierbei eine zentrale Rolle ein. Auch wenn verschiedenen Autoren den Begriff „Empathie“ zum Teil etwas unterschiedlich definieren und interpretieren, so wird diese als Kernkompetenz des Arztes übereinstimmend als überaus wichtig betrachtet (Squier, 1990).

Die empathische Arzt-Patient-Beziehung beinhaltet in jedem Fall das Eruiieren, Umschreiben und Reflektieren von Gefühlen, sowie das Zuhören. Zusätzlich sollte der Arzt aber auch fähig sein wahrzunehmen, was der Patient verbal nicht in der Lage ist auszudrücken. Empathie umfasst des Weiteren das Aufmuntern des Patienten durch den Arzt sowie non-verbales Verhalten (Comstock et al., 1982; DiMatteo et al., 1980).

Ein anderer wichtiger Zweck der medizinischen Kommunikation ist die Sicherstellung des Austausches von Informationen zwischen Arzt und Patient (Roter et al., 1988; Inui and Carter, 1985). Dieser Informationsaustausch setzt sich zusammen aus der Informationsvermittlung und dem Informationsbedürfnis beider Parteien, Arzt und Patient. Der Arzt benötigt aus medizinischer Sicht ausreichend Informationen von seinem Patienten, um die richtige Diagnose zu stellen und den richtigen Therapieplan festzulegen. Die Patienten haben ihrerseits das Bedürfnis, über ihre gesundheitliche Situation Bescheid zu wissen und diese zu verstehen. Außerdem möchten sie sich von ihrem Arzt verstanden fühlen. Diese Bedürfnisse des Patienten führen wiederum zu weiterem Informationsbedarf, sobald bestimmte Themen vom Arzt auf Nachfrage des Patienten hin angesprochen

werden (Ong et al., 1995).

Ein weiteres entscheidendes Ziel medizinischer Kommunikation besteht darin, medizinische Entscheidungen zu treffen, also sowohl den Ärzten als auch den Patienten eine adäquate Entscheidung über die Behandlung zu ermöglichen. In früheren Zeiten war die klassische Arzt-Patient-Beziehung paternalistisch organisiert. Das bedeutet, der Arzt entscheidet allein und ohne Einbeziehung des Patienten über die passende Therapie. In den letzten drei Jahrzehnten wurde dieser Ansatz in vielen Bereichen durch das Ideal des sogenannten „shared-decision making“ ersetzt, der gemeinsamen Entscheidungsfindung über die richtige Therapie durch den Arzt gemeinsam mit dem Patienten (Chaitchik et al., 1992; Sutherland et al., 1989; Siminoff and Fetting, 1991). Um dies verwirklichen zu können, ist der Patient auf eine optimale Kommunikation mit seinem Arzt und eine ausreichende Informationsvermittlung angewiesen.

Zur Analyse der Arzt-Patient-Beziehung wurden in den letzten Jahrzehnten eine Reihe sogenannter „Interaction Analysis Systems“ (IAS) entwickelt (Ong et al., 1995). Diese dienen dazu, das medizinische Zusammentreffen und die Interaktion zwischen Arzt und Patient genauer zu untersuchen. Der Nutzen dieser Analysen besteht darin, dass gewisse Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion wichtige Komponenten des Gesundheits- und Krankheitsverlaufs modifizieren können.

Bezüglich des Verhaltens der Ärzte während der Arzt-Patient-Kommunikation sind verschiedene Aspekte des Verhaltens zu betrachten. Einige Studien konnten zeigen, dass die Patienten die Kompetenz ihres Arztes in erster Linie anhand seines technischen Könnens bewerten (Roter et al., 1987; Hall et al., 1987), während wiederum andere Studienergebnisse darauf hindeuten, dass die meisten Patienten die Bewertung ihres Arztes an seinen zwischenmenschlichen Fähigkeiten orientieren (Blanchard et al., 1983). Durch die Erforschung der unterschiedlichen Verhaltensweisen der Ärzte versuchen Wissenschaftler seit Jahren den Einfluss dieser Verhaltensweisen auf das Verhalten und Wohlbefinden der Patienten besser zu verstehen (Roter and Hall, 2006). Aus einem besseren Verständnis dieser Arzt-Patient-Kommunikation und insbesondere des ärztlichen Auftretens lassen sich letztendlich Empfehlungen ableiten, um die Arzt-Patient-Kommunikation weiter zu verbessern. Im Folgenden werden die wichtigsten ärztlichen Verhaltensweisen gegenübergestellt und erläutert.

1. Instrumentelles (funktionsorientiertes) versus affektives (sozioemotional orientiertes) Verhalten

Die „instrumentelle“ Seite des ärztlichen Daseins kann dabei beschrieben werden, als die technisch basierten Fertigkeiten eines Arztes, welche bei der Lösung medizinischer Probleme eingesetzt werden. Sie sind letztendlich die Grundlage des Expertentums, welches der Arzt darstellen und vertreten soll (Hall et al., 1987).

Das „affektive“ Verhalten hingegen ist von verschiedenen Autoren in der Literatur der letzten Jahrzehnte unterschiedlich definiert und beschrieben worden. Ben-Sira beispielsweise beschreibt es als ein Verhalten des Arztes, welches erkennen lässt, dass er seinen Patienten als Person und nicht als „Fall“ betrachtet (Ben-Sira, 1980). Buller und Buller sprechen ihrerseits von Verhaltensweisen, die dazu dienen, eine persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient aufzubauen und aufrechtzuerhalten (Buller and Buller, 1987). Betrachtet man die Literatur der vergangenen Jahrzehnte, so fällt auf, dass die Wissenschaft dem technisch-funktionell orientierten Austausch zwischen Arzt und Patient besonders viel Aufmerksamkeit geschenkt hat.

Eine Studie von Waitzkin brachte hervor, dass Ärzte eher wenig Zeit mit der reinen Informationsvermittlung an ihre Patienten verbringen – in etwa eine Minute im Rahmen einer durchschnittlich 20 Minuten dauernden Konsultation (Waitzkin, 1984). Viele Onkologen beispielsweise halten sogar ganz bewusst gewisse Informationen an ihre Patienten zurück, weil sie der Meinung sind, dass eine völlige Offenlegung aller Informationen starke negative Reaktionen bei ihren Patienten hervorrufen würde (Chaitchik et al., 1992; Seale, 1991). Dies wird unterstützt durch die in verschiedenen Studien belegte Tatsache, dass Themen, die den emotionalen Status des Patienten betreffen, am wenigsten häufig besprochen werden (Siminoff et al., 1989).

2. Verbales versus non-verbales Verhalten

Die Wissenschaft hat sich lange Zeit auf die verbale Komponente des Arzt-Patienten-Gesprächs konzentriert und dadurch die non-verbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient zunächst vernachlässigt. Das affektive Verhalten einer Person kann jedoch nicht immer verbal wahrgenommen werden. Nur ein kleiner Teil der emotionalen Kommunikation wird verbal oder durch die Tonlage der Stimme, meistens jedoch durch visuelle Signale wie beispielsweise Augenkontakt oder Körperhaltung ausgedrückt (Ong et al., 1995). Non-verbale Verhaltensweisen sind mittlerweile in diversen Studien auf verschiedene Arten operationalisiert worden. So zählen u.a. Stimmlage,

Blick, Haltung, Mimik, Berührung oder körperliche Distanz zu den Ausdrucksweisen non-verbaler interpersoneller Kommunikation (DiMatteo et al., 1980; Hall et al., 1981; Ong et al., 1995).

3. Das Verhalten bezüglich der Privatsphäre

Auch die Privatsphäre gehört zum Themenkomplex der Arzt-Patient-Kommunikation. Abgesehen von der sogenannten informationellen Privatsphäre, welche konkrete – beispielsweise in der Patientenakte niedergeschriebene – medizinische Informationen betrifft, können noch drei weitere Arten der Privatsphäre unterschieden werden: Die psychologische, die soziale und die physische Privatsphäre, welche ebenfalls vom Arzt zu berücksichtigen sind (Parrott et al., 1989).

4. Fachsprache versus Alltagssprache

Ärzte sprechen sozusagen zwei Sprachen, die Alltagssprache, wie sie prinzipiell von jeder – auch nichtmedizinisch tätiger – Person verstanden wird, sowie zusätzlich die professionalisierte Fachsprache ihres Berufsstandes. Diese wird von der Mehrheit der Patienten typischerweise nicht verstanden. Dennoch wird diese Fachsprache von den Ärzten häufig im Patientengespräch angewendet, was grundsätzlich ein Problem für den Patienten darstellt, v.a. da es den Ärzten nach langen Jahren im medizinischen Beruf oft schwer fällt, diese Fachsprache von der alltäglichen, jedermann zugänglichen Sprache zu unterscheiden (Bourhis et al., 1989).

Ebenfalls bedeutend bei der Auseinandersetzung mit der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist der Einfluss des ärztlichen Kommunikationsverhaltens auf das medizinische Outcome. Für das „Outcome“ eines Patienten wurden in den letzten Jahrzehnten eine ganze Reihe von Begriffen festgelegt, welche diesem zugeordnet werden, beispielsweise Zufriedenheit, Compliance, Wissen, Verständnis, Umgang mit der Krankheit, Lebensqualität oder auch psychiatrischer Gesundheitsstatus. Die wichtigsten dieser Begriffe werden im Folgenden genauer erläutert.

1. Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit ist bei weitem eine der anerkanntesten und am weitesten verbreiteten Kriterien für das Outcome der Patienten. Studien haben gezeigt, dass die Patienten zum Großteil unzufrieden sind, was die Informationsvermittlung und Kommunikation mit ihren Ärzten betrifft (Ley, 1988). Dies liegt zum Teil daran, dass das Informationsbedürfnis der Patienten regelmäßig von den Ärzten unterschätzt wird. In einer von Waitzkin durchgeführten Studie unterschätzten die Ärzte in 65% der Fälle den Informationswunsch ihrer Patienten, in 6% der Fälle überschätzten sie ihn und in 29% lagen die Ärzte bezüglich der Einschätzung richtig (Waitzkin, 1984). Mehrere Studien konnten zeigen, dass das oben beschriebene instrumentelle, aber auch das affektive Verhalten des Arztes eng mit der Patientenzufriedenheit assoziiert sind (Roter et al., 1987).

2. Compliance

Die Compliance der Patienten, also das Einhalten von therapie- und krankheitsbezogenen Vorgaben des Arztes, ist ebenfalls ein wichtiges Kriterium für das Patienten-Outcome. Im Gegensatz zur Patientenzufriedenheit gibt es für die Compliance jedoch noch keine gesicherten Assoziationen zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

3. Verständnis der übermittelten Information durch den Patienten

Andere Faktoren, die dazu dienen das Outcome der Patienten abhängig von der Arzt-Patienten-Kommunikation zu ermitteln, sind das Erinnerungsvermögen an und das Verständnis von durch die Ärzte an den Patienten vermittelte Informationen. Betrachtet man einige Studien der letzten Jahrzehnte, so wird deutlich, dass Patienten sich häufig nicht an die übermittelte medizinische Information erinnern und sie auch nicht verstehen (Ley, 1988). Roter et al. fanden heraus, dass Erinnerungsvermögen

und Verständnis der Patienten mit der angebotenen Menge an Informationen durch den Arzt zunehmen (Roter et al., 1987).

4. Die Patientengesundheit

Letztendlich ist es das oberste und ursprüngliche Ziel jeder Arzt-Patient-Beziehung, die Gesundheit des Patienten wiederherzustellen, zu verbessern oder aufrechtzuerhalten. Die Patientenzufriedenheit, die Compliance und das Krankheitsverständnis des Patienten hängen nicht zwangsläufig mit seinem Gesundheitszustand, bzw. der Verbesserung der Gesundheit zusammen. Insgesamt sind der Gesundheitszustand sowie die Lebensqualität in den letzten Jahren eher selten als Messinstrumente für das Outcome eines Arzt-Patienten-Verhältnisses verwendet worden.

1.2.2 Kommunikation in der Chirurgie

Im Vergleich zu anderen medizinischen Fachdisziplinen müssen sich Chirurgen mit einer Reihe von speziellen Problemen auseinandersetzen, wie sie nur in der Chirurgie vorkommen. Die stets invasive und für den Patienten potenziell lebensbedrohlich erscheinende Art der chirurgischen Therapie beeinflusst die Arzt-Patient-Beziehung fundamental. Entsprechend muss der Patient dem Arzt noch mehr Vertrauen entgegenbringen, der Chirurg seinerseits noch stärker ethische Grundsätze berücksichtigen.

So entwickelt sich beispielsweise in vielen Arzt-Patient-Beziehungen das Vertrauen zwischen beiden Parteien über längere Zeit oder eine lang dauernde Therapie hinweg, wobei der Patient – sofern er dazu geistig in der Lage ist – stets noch die Kontrolle und Entscheidungsgewalt über seine Behandlung behält. In der Chirurgie hingegen stellen sich die Patienten häufig in Notfallsituationen vor und befinden sich während der akuten Therapie regelmäßig in Vollnarkose. Somit bleibt dem behandelnden Chirurgen kaum Zeit, eine Bindung zum Patienten aufzubauen. Der Patient muss auf Kompetenz, Wissen und guten Willen seines Chirurgen vertrauen und das innerhalb kürzester Zeit (Axelrod and Goold, 2000).

In einer im Jahre 2008 erschienenen Studie wurden speziell für das Fachgebiet der Chirurgie die vier Themengebiete herausgearbeitet, in welchen die Kommunikationsfähigkeit des behandelnden Chirurgen im Klinikalltag am entscheidendsten ist (Bradley and Brasel, 2008):

1. Das präoperative Gespräch
2. Das Überbringen schlechter Nachrichten bezüglich Diagnose und Prognose
3. Das Diskutieren über ärztliche Fehler
4. Das Diskutieren über das Thema Tod.

Somit ist jeder Chirurg persönlich herausgefordert, sich den besonderen ethischen Herausforderungen zu stellen, die der chirurgische Beruf mit sich bringt (Torjuul et al., 2005). Ein weiteres Problem der Chirurgie besteht im großen Antriebe eines jeden Chirurgen heutzutage – auch was die wirtschaftliche Effizienz betrifft – möglichst viel Zeit im OP zu verbringen, sodass nur sehr wenig Zeit für längeren Patientenkontakt bleibt (Levinson and Chaumeton, 1999). Im Klinikalltag wirkt sich das gerade auf die sehr kranken Patienten aus, die zumeist komplizierte Therapien erhalten und einen hohen Gesprächs- und Informationsbedarf haben.

Einer Studie von Sise zufolge stuften die meisten Chirurgen ihre Kommunikationskompetenz – auch in schwierigen Situationen – als hoch ein; allerdings bewerten die jüngeren Chirurgen ihre Kommunikationskompetenz, was schwierige Themen wie beispielsweise das Thema Tod betrifft und auch die Wichtigkeit dieser Kompetenz, signifikant niedriger als ihre älteren Kollegen (Sise et al., 2006). Somit verstärkt sich das Problem der Informationsvermittlung im Klinikalltag, da es gerade die jüngsten Chirurgen mit der kürzesten Berufserfahrung sind, denen aufgrund ihrer Position und des Zeitmangels die schwierigsten Gespräche zufallen (Richards and McDonald, 1985).

Zusätzlich ergab eine Studie von Easson jedoch, dass sich in den gängigen chirurgischen Lehrbüchern nur sehr wenig Information bezüglich der Themen Überbringung schlechter Nachrichten, Symptommanagement und palliativer Therapie finden lässt, obwohl diese Informationen für junge Ärzte von großer Bedeutung sind (Easson et al., 2001).

Hinzu kommt, dass die jüngsten Ärzte im Team kaum Feedback von ihren Ausbildern erhalten, was ihre Kommunikationsfähigkeit betrifft und das trotz der Tatsache, dass die überwiegende Mehrheit der Chirurgen die Kommunikation zwischen Arzt und Patient sogar als überaus wichtig erachtet. Als wichtigster Grund lässt sich hierbei erneut der Zeitmangel aufführen, dem der Chirurg im ärztlichen Alltag ausgesetzt ist (Hutul et al., 2006). So ergibt es sich, dass der Anteil an jungen Chirurgen, die die Kommunikationsleitlinien während schwieriger Gespräche erfüllen können, niedrig ist. Ein intensiveres Kommunikationstraining für Chirurgen während ihrer Ausbildung scheint demzufolge auf jeden Fall von Nöten zu sein (Perkins et al., 1998).

Insbesondere haben die Chirurgen mit der ihnen auferlegten Rolle zu kämpfen, schlechte Nachrichten zu überbringen und adäquat auf die emotionalen Reaktionen der Patienten zu reagieren (Burton and Parker, 1997).

Auch herrschen vor allem aus psychologischer Sichtweise Defizite während der täglichen Kommunikation zwischen Chirurg und Patient. Während der täglichen Visite wird oft wenig Bezug auf psychologische Aspekte genommen. Einer Studie zufolge gehen gerade einmal 38% der visitierenden Chirurgen auf vom Patienten geäußerte Emotionen ein, viel häufiger hingegen werden diese gar nicht bemerkt (Levinson and Chaumeton, 1999; Levinson et al., 2000). Der behandelnde Chirurg ist jedoch die meistgewünschte Quelle emotionaler Unterstützung, besonders für schwerkranke Patienten, sodass hier von großen Defiziten ausgegangen werden kann (D'Angelica et al., 1998).

In einer von Girgis durchgeführten Studie wurde ermittelt, was einen zwischenmenschlich kompetenten Chirurgen auszeichnet (Girgis et al., 1997):

1. Das richtige Überbringen von (schlechten) Nachrichten
2. Das angemessene Vorbereiten des Patienten auf chirurgische Eingriffe
3. Die Aufklärung des Patienten über Diagnose und Behandlung und zwar so, dass er sich auch später noch an das Gesagte erinnert
4. Das Wahrnehmen von Angst und Depression beim Patienten.

Chirurgisches Kommunikationsverhalten, welches hingegen von den Patienten als besonders negativ wahrgenommen wird, ist laut einer Studie das Fehlen der abschließenden Gelegenheit, dem Arzt noch Fragen zu stellen und der übermäßige Gebrauch medizinischer Fachsprache (McLafferty et al., 2006).

Was die Auffassung der Chirurgen über ihre kommunikativen Fähigkeiten betrifft, so gaben in der Studie von Girgis ein Drittel der Befragten an, nicht oder überhaupt nicht in der Lage zu sein, die Fähigkeit des Patienten zu steigern, sich an das Erzählte auch zu erinnern. Weitere 13,3 % gaben mangelnde Kompetenz an, jemandem eine schlechte Diagnose oder eine schlechte Prognose mitzuteilen (Girgis et al., 1997).

Es bestehen zudem durchaus Differenzen zwischen dem, was der Chirurg glaubt, dem Patienten mitteilen zu müssen und was der Patient wirklich wissen und verstehen will. Die Sichtweise der Patienten auf erfolgreiche Informationsvermittlung bezüglich operativer Vorgehensweisen und Charakteristika stimmt regelmäßig nicht mit der der Chirurgen überein. In der Regel unterschätzen die Chirurgen den Wunsch ihrer Patienten nach umfassender Information vor dem Eingriff, egal wie komplex dieser ist (Keulers et al., 2008).

Die Patienten wissen beispielsweise meist mehr über ihre Erkrankung als über den chirurgischen Eingriff; Chirurgen unterschätzen im Allgemeinen das Wissen des Patienten über seine Diagnose und überschätzen das Verständnis des Patienten über seine Operation. Insgesamt schätzen die Chirurgen in 41% der Fälle das Wissen ihrer Patienten falsch ein, was eine korrekte Informationsvermittlung erschwert oder gar unmöglich werden lässt (Richards and McDonald, 1985).

So herrschte beispielsweise in einer Studie von Temple Übereinstimmung zwischen Chirurg und Patient, was die Behandlungsart betraf, nicht jedoch über den Grad des Verständnisses bezüglich Nachsorge und psychologischen Belangen auf Patientenseite (Temple et al., 1998).

1.3 Aufklärung und Verständnis bei onkologischen Patienten

Vor über sechzig Jahren konnten 90% der in einer Studie befragten onkologischen Patienten das Wort „Krebs“ definieren und keiner von ihnen das Wort „Metastase“ (Redlich, 1949). Mittlerweile – über 55 Jahre später – zeigte eine aktuellere Studie von Thompson und Pledger, dass 73% der Patienten den Begriff „benigne“, 56% den Begriff „maligne“ und 46% das Wort „Tumor“ verstehen und erklären können (Thompson and Pledger, 1993). Diese Ergebnisse sprechen für eine Verbesserung des Patientenverständnisses bestimmter medizinischer Schlüsselbegriffe während der letzten Jahrzehnte. Dennoch kann noch nicht von einer vollständig befriedigenden Situation ausgegangen werden, was das Verständnis der ärztlichen Terminologie durch die Patienten betrifft. Auch weiterhin besteht ein erhebliches Kommunikationsgefälle zwischen Arzt und Patient. So zeigten beispielsweise eine Studie über die Ansicht der Patienten bezüglich bestimmter Aspekte ihrer Diabeteserkrankung (Binyet et al., 1994), eine Studie über das Verständnis orthopädischer Terminologie (McCormack et al., 1997) und weitere verschiedene Studien über die Interpretation medizinischer Ausdrücke, dass Ärzte und Patienten die verschiedenen Begriffe, wie sie in Gesprächen über Diagnose, Ätiologie, Behandlung oder Prognose einer Erkrankung regelmäßig verwendet werden, durchaus unterschiedlich interpretieren (Boyle, 1970; McKinlay, 1975; Hadlow and Pitts, 1991). Allgemeine medizinische Ausdrücke, welche zu kennen jedem Arzt selbstverständlich erscheint, werden von vielen Patienten nicht oder nur bedingt verstanden (Hadlow and Pitts, 1991).

So untersuchte beispielsweise eine Studie von Chapman das Laienverständnis diverser Begriffe, wie sie von Ärzten während ihrer Gespräche mit Patienten häufig verwendet

werden. Dabei konnte gezeigt werden, dass ein beträchtlicher Anteil der Patienten häufig benutzte medizinische Ausdrücke nicht versteht. Hinzu kommt außerdem, dass auf keinen Fall von einem anatomischen Basiswissen bei jedem Patienten ausgegangen werden kann. Dennoch gaben die meisten Patienten mit hoher Sicherheit an, die Begriffe richtig verstanden zu haben, auch wenn ihre Antworten objektiv betrachtet teilweise oder völlig falsch waren. Daraus kann gefolgert werden, dass auch das Nachfragen beim Patienten, ob er alles verstanden habe, eher in einer Überschätzung des Patientenwissens durch den Arzt resultiert (Chapman et al., 2003).

In einer ähnlichen Studie von Boyle wurden sowohl Patienten als auch Ärzte aufgefordert, bestimmte Wörter aus der Medizin zu erklären und die anatomische Lage der wichtigsten Organe aufzuzeigen. Auch hier stellte sich heraus, dass Arzt und Patient jeweils völlig unterschiedliche Interpretationen von ein und demselben Begriff haben. Auch in dieser Studie war vielen Patienten die anatomische Lage der großen Organe nicht klar. Diese Studie lässt ebenfalls den Schluss zu, dass, auch wenn die Patienten meinen und davon überzeugt sind, gewisse Informationen verstanden zu haben, sie diese höchstwahrscheinlich trotzdem nicht oder nur eingeschränkt verstehen (Boyle, 1970).

Aufgrund dieser Verständnisproblematik ergibt sich eine Reihe von Problemen. Eine Studie von Butow konnte zeigen, dass die Kommunikation zwischen Arzt und Krebspatient teils große Wissenslücken oder gar erhebliche Missverständnisse bezüglich der Erkrankung aber auch der Therapie beim Patienten hinterlässt. So waren 13% der Patienten mit einem soliden Tumor der Meinung, Metastasen zu haben. 19% der Patienten mit Metastasen hingegen glaubten, ausschließlich an einem soliden Tumor zu leiden. Doch nicht nur die Krankheit an sich, auch ihre Behandlung wird oft missverstanden. So war sich immerhin ein Drittel der Patienten nicht sicher, welches Ziel ihre Behandlung überhaupt verfolgt. 17% der Patienten, die kurativ behandelt wurden, glaubten, ihr Tumor werde durch die Behandlung lediglich geschrumpft. 22% der Patienten, die eine palliative Therapie erhielten, glaubten an eine kurative Intention. Dabei war es den Ärzten in lediglich 10% der Fälle möglich, diejenigen Patienten, die etwas während ihres Krankenhausaufenthalts missverstanden hatten, zu identifizieren (Butow et al., 1995).

Eine weitere Studie, in welcher ein Teil der befragten Krebspatienten ihren Zustand ebenfalls falsch einschätzt, bekräftigt diese Ergebnisse (Sapir et al., 2000).

In einer Kommunikationsstudie mit Brustkrebspatientinnen konnte ermittelt werden, dass viele der befragten Frauen die alltägliche Sprache ihrer behandelnden Chirurgen

und Krebspezialisten nicht verstanden. Auch wichtige Kenntnisse bezüglich der Prognose fehlten den Frauen. So konnten 53% von ihnen die Risikominderung durch eine adjuvante Therapie in keiner Weise abschätzen. 73% verstanden den von den Ärzten ständig gebrauchten Begriff „Median“ nicht, wenn es darum ging, die durchschnittliche Dauer bis zum Rezidiv ihrer Erkrankung zu beschreiben (Lobb et al., 1999).

In einer anderen Studie waren sich 10% der befragten Patienten ihrer Krebsdiagnose noch nicht einmal bewusst, ein Viertel gab an, dass ihnen die Diagnose ihrem Empfinden nach unzureichend erläutert worden sei. Ein Drittel der Patienten verstanden ihre Prognose nicht richtig und alle Patienten überschätzten im Allgemeinen ihr Verständnis (Chan and Woodruff, 1997).

Eine Studie von Quirt hat ergeben, dass 99% der Patienten mit Bronchialkarzinom ihre Diagnose kannten. 64% stimmten mit ihrem behandelnden Arzt über das Ausmaß der Diagnose überein. Die übrigen Patienten unterschätzten meist das Ausmaß ihrer Erkrankung. 72% stimmten mit ihren Ärzten das Behandlungsziel betreffend überein. Bezüglich der Heilungswahrscheinlichkeit machten lediglich 36% der Patienten identische Angaben wie ihre Ärzte. Die meisten derjenigen, die nicht mit ihren behandelnden Ärzten übereinstimmten, überschätzten ihre Chancen, vollständig geheilt zu werden. In den allermeisten Fällen waren die behandelnden Ärzte nicht in der Lage, die falsche Auffassung ihrer Patienten über Behandlungsziel und Prognose wahrzunehmen und somit zu berichtigen (Quirt et al., 1997).

In einer vor drei Jahren erschienenen Studie über das Erinnerungsvermögen von Lungenkrebspatienten an ihnen mitgeteilte medizinische Information konnte gezeigt werden, dass sich zwar 90% der Patienten korrekt an Diagnosedetails erinnern konnten und immerhin 83% an die Behandlungsart, jedoch gerade einmal 49% korrekt das ihnen von den Ärzten mitgeteilte Ziel der Behandlung erfasst hatten. Dabei waren nur 39% mit der Kommunikation insgesamt zufrieden. Die zufriedenen Patienten konnten sich dabei auch signifikant besser an die ihnen mitgeteilte medizinische Information erinnern (Gabrijel et al., 2008).

Verschiedene Studien haben versucht, Erklärungsmuster für diese Verständnisunterschiede zwischen Arzt und Patient zu finden. Die Diskrepanz zwischen dem, wie gut Krebspatienten die ihnen mitgeteilten medizinischen Informationen verstehen und wieviel sie tatsächlich wissen und verstehen wollen, wird von der Krankheitsart, der Progression, Prognose, kulturellen und demographischen Faktoren sowie Alter und sozioökonomischem Status bestimmt (McIntosh, 1974; Fallowfield, 1998). Missverständnisse und mangelnde Aufgeklärtheit der Patienten können dabei keinesfalls allein mit Verleugnung und Ver-

drängung durch die Patienten erklärt werden. Auch wenn es unter gewissen Umständen ratsam sein kann, Patienten in bestimmten Stadien ihrer Krankheit gewisse Informationen vorzuenthalten, belegen Studien dennoch, dass die absolute Mehrheit der Patienten in vollem Umfang aufgeklärt und informiert werden möchte (Meredith et al., 1996; Jenkins et al., 2001).

So bestanden laut einer Studie von Meredith von 250 Krebspatienten 79% darauf, alle Arten von Informationen ihre Krankheit betreffend zu erhalten. 96% dieser Befragten wollten definitiv ihre Krebsdiagnose erfahren, 91%, ob Heilung möglich ist (Meredith et al., 1996).

Einige Ärzte verwirren die Patienten bei der Mitteilung ihrer Krebsdiagnose, indem sie beschönigende Ausdrücke für das Wort „Krebs“ gebrauchen, wie beispielsweise „entartete Zellen“ oder „Raumforderung“ (Fallowfield, 1997). Auch wenn das jedem bekannte Wort „Krebs“ dem Patienten anfangs möglicherweise bedrohlich erscheint, so verzerrt andererseits eine uneindeutige oder mehrdeutige Umschreibung des Begriffs die realistische Lage der Patienten und wirkt sich negativ auf den Langzeitverlauf aus (Dunn et al., 1993). Die Vermeidung des Wortes „Krebs“ durch viele Ärzte war auch Gegenstand einer Studie von Alden. Auch hier zeigte sich, dass je vager die Informationen oder die Wortwahl durch die Ärzte ausfielen, desto weniger akzeptierten die Patienten Krebs als Diagnose – und das, obwohl die Ärzte angaben, den Patienten umfassend aufgeklärt zu haben (Alden et al., 2000). Diese Ergebnisse stehen dem eindeutigen Wunsch der meisten Patienten gegenüber, mit schlechten Nachrichten direkt konfrontiert werden zu wollen (Sapir et al., 2000).

1.4 Bedürfnisse onkologischer Patienten

Die Krebsdiagnose zählt zu den bedeutsamsten Einschnitten im Leben eines Menschen (Siminoff, 1992; Spiro, 1992; Sardell and Trierweiler, 1993).

Sowohl die Krankheit selbst, aber auch ihre Therapie, sind von zahlreichen Ängsten begleitet. Aus diesem Grund ist es für onkologische Patienten besonders wichtig, ausreichend Information über ihre Erkrankung zu erhalten und ein hohes Maß an Betreuung und emotionaler Unterstützung zu erfahren (Jenkins et al., 2001). Fest steht, dass die große Mehrheit der onkologischen Patienten viele und spezifische Informationen über ihre Erkrankung und Therapie erhalten möchte. Das Vorenthalten solcher Informationen auf der Grundlage, dass eine signifikante Anzahl der Patienten es vorziehe, über bestimmte Themen nicht Bescheid zu wissen, ist Studien zufolge unhaltbar. 87% der in einer Studie von Jenkins befragten 2331 Krebspatienten bestanden darauf, alle existierenden Informationen zu erhalten, unabhängig davon, ob diese gut oder schlecht waren. 98% der hier

Befragten gaben an, ihre Krebsdiagnose in jedem Fall auch als eine solche mitgeteilt bekommen zu wollen (Jenkins et al., 2001).

Eine weitere Studie, in welcher 79% der befragten Patienten mit malignem Tumor so viele Informationen wie nur möglich erhalten wollten, bestätigt diese Ergebnisse. Auch hier gaben 96% an, ihre Krebsdiagnose wissen zu wollen, 91% forderten alle Informationen bezüglich ihrer Heilungschancen und 94% bezüglich der Nebenwirkungen ihrer Therapie (Meredith et al., 1996).

Der kanadische Forscher Degner hat über 200 Publikationen durchgearbeitet und eine Liste von neun Punkten über den Informationsbedarf onkologischer Patienten zusammengestellt und veröffentlicht. Bei diesen Punkten handelt es sich konkret um:

1. Ausmaß der Krankheit
2. Wahrscheinlichkeit der Heilung und Prognose
3. Auswirkung der Behandlung auf das soziale Leben
4. Effekt auf Familie und Freunde
5. Selbstständigkeit und Rückkehr ins normale Leben
6. Psychologische Effekte der Behandlung
7. Die verschiedenen Behandlungsarten und ihre Vorteile/Nachteile
8. Risiko, dass andere Familienmitglieder Krebs kriegen
9. Therapienebenwirkungen

(Bilodeau and Degner, 1996).

Diese Bedürfnisse ihrer Patienten zu berücksichtigen, sowie komplexe Informationen in emotional schwierigem Kontext und unter Zeitmangel wiederzugeben, sind tägliche Herausforderungen für jeden Arzt, der onkologische Patienten behandelt und betreut. Gerade im Gespräch mit onkologischen Patienten müssen mitunter sehr schwierige Themen zwischen Arzt und Patient besprochen werden. Zu diesen anspruchsvollen Themen zählen besonders das Überbringen schlechter Nachrichten die Diagnose betreffend, aber auch die Vorbereitung auf Nebenwirkungen der Therapie, Entscheidungen zur Studienteilnahme, die Diskussion der Prognose oder der Wechsel von einer kurativen auf eine palliative therapeutische Vorgehensweise (Brédart et al., 2005).

Studien zufolge erwarten Tumorpatienten dabei von ihren Ärzten ein hohes Maß an emotionaler Unterstützung. Der Arzt ist die tragende Säule in den für den Patient kritischsten Zeiten, sei es während der Diagnosestellung, eines Krankheitsrezidivs oder während des Übergangs in die endgültig palliative Behandlung (Baile and Aaron, 2005).

Während dieser verschiedenen Phasen einer Krebserkrankung sind die Bedürfnisse onkologischer Patienten jedoch situationsabhängig und keinesfalls als allgemein konstant während der gesamten Krankheitsdauer zu betrachten. So kann beispielsweise eine Änderung des Krankheitsstatus die Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten, was die Informationsvermittlung betrifft, verändern. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Patienten auch langfristig regelmäßig nach ihren aktuellen Bedürfnissen und Problemen zu fragen, da nur so Informationsangebot und emotionale Unterstützung an die aktuelle Bedürfnissituation des Patienten angepasst werden können (Butow et al., 1997).

Problematisch ist hierbei jedoch, dass Ärzte – egal welcher Fachrichtung – meist nicht ausreichend auf diese anspruchsvolle Aufgabe vorbereitet werden. Oft endet diese kaum zu bewältigende Belastung für den Arzt in der Unzufriedenheit des Patienten (Brédart et al., 2005).

Auch wenn, wie oben erwähnt, die Mehrheit der Patienten umfassende Information wünscht, so erhalten viele Krebspatienten längst nicht immer alle Informationen (Cox et al., 2006). Viele Ärzte versäumen es regelmäßig, bei diesen Patienten auf deren Gefühle empathisch zu reagieren, entweder, weil sie diese Gefühle übersehen oder einfach nicht wissen, wie sie mit ihnen umgehen sollen. Eine befriedigende Arzt-Patient-Beziehung kommt so nicht zustande, mit der Folge, dass die Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Behandlung und langfristig auch ihre Lebensqualität negativ beeinflusst werden (Baile and Aaron, 2005).

Nach einer Studie von Chan und Woodruff fand ein Viertel der befragten Patienten beispielsweise die Eröffnung ihrer Krebsdiagnose nicht mitfühlend genug. Fremdsprachige Patienten brauchen in dieser entscheidenden Situation einen Übersetzer, was im Klinikalltag häufig nicht umgesetzt wird (Chan and Woodruff, 1997).

Dabei wirkt sich eine adäquate Informationsvermittlung positiv auf das physische und psychische Wohlbefinden der Patienten aus (Siminoff, 1992). Das sozioemotionale Verhalten der Ärzte beeinflusst die Zufriedenheit der Patienten während ihres Krankenhausaufenthalts und im weiteren Verlauf in hohem Maße (Ong et al., 2000).

Eine große Feldstudie in München untersuchte den Effekt der Kommunikation bei Rektumkarzinompatienten auf deren Lebensqualität über vier Jahre hinweg. Emotionale und funktionelle Scores waren dabei bei den Patienten mit geringerer Kommunikationszu-

friedenheit signifikant niedriger. Zusätzlich gaben diese Patienten signifikant häufiger Schlafstörungen, ein schlechtes Körperbild, finanzielle Ängste und eine schlechte Zukunftsperspektive an. Daraus lässt sich schließen, dass eine unklare Kommunikation bei Rektumkarzinompatienten ohne Krankheitsprogression mit einer langfristig schlechteren Lebensqualität assoziiert ist (Kerr et al., 2003).

Dabei ist zu bedenken, dass Information sehr individuell auf den einzelnen Patienten abgestimmt werden muss. Die oben genannten Informationsbedürfnisse sollten dabei zwar als Leitlinie für den Arzt dienen, jedoch sollte dieser auch berücksichtigen, dass die Bedürfnisse eines Krebspatienten von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst werden. Des Weiteren existiert wohl keine definitive Methode der Informationsvermittlung, welche jedem Patienten gerecht wird. Trotz der Bemühungen heutzutage, die Informationsvermittlung zu verbessern, scheint dies dennoch ein Bereich zu bleiben, in dem die Patienten unzufrieden bleiben (Mills and Sullivan, 1999).

Informationen werden im Zweifelsfalle meist auf intuitiver Basis vermittelt, wobei nur selten versucht wird, systematisch herauszufinden, was der Patient wirklich an Informationen benötigt.

Ein Mangel an Information, Erläuterungen und Unterstützung konnte als einer der wichtigsten Faktoren für Ängste und emotionale Anspannung bei Krebspatienten herausgearbeitet werden (Evans, 1995). Wichtig ist zu bedenken, dass diese Ängste an einer lebensbedrohlichen Krankheit zu leiden, die Interpretation und das Verständnis komplexer Information noch weiter erschweren. Gerade der Umgang mit onkologischen Patienten erzeugt oft herausfordernde und emotional geladenen Situationen, in welchen viele Ärzte sich kühl und professionell verhalten, um ihr eigenes emotionales Überleben sicherzustellen, was sich wiederum negativ auf den Patienten auswirken kann. Zudem finden viele Unterredungen zwischen Arzt und Patient in einer Atmosphäre statt, welche für die professionelle Informationsvermittlung hinderlich ist. Oft fehlt es an ausreichend Zeit, aber auch an Privatsphäre, da die meisten Arzt-Patienten-Gespräche in Mehrbettzimmern oder in Anwesenheit anderer Krankenhausangestellter stattfinden. Hinzu kommen regelmäßige Unterbrechungen, wie sie der Krankenhausalltag mit sich bringt, sei es durch klingelnde Telefone oder das Klinikpersonal (Fallowfield and Jenkins, 1999).

Des Weiteren tendieren Ärzte im Gespräch mit onkologischen Patienten dazu, geschlossene und suggestive, anstatt offene Fragen zu stellen. Die Patienten stellen wenig Fragen und es wird ihnen nur selten die Möglichkeit gegeben, eine Diskussion zu beginnen. Dies kann unter Umständen leicht dazu beitragen, dass der Patient die ihm erteilte Information nicht versteht bzw. falsch interpretiert (Ford et al., 1996).

Hinzu kommt, dass Ärzte, welche ihren Patienten keine umfassenden Informationen bieten, auch nicht erwarten können, dass diese Patienten compliant sind und lernen, mit ihrer Diagnose umzugehen (Harris, 1997).

In der Kerr Studie gaben 39% der Patienten an, dass gewisse Aspekte ihrer Erkrankung langfristig unklar geblieben seien, da sie zu wenig oder gar nicht mit ihnen kommuniziert wurden. Über 60% hätten sich gewünscht, mehr mit ihrem Arzt sprechen zu können (Kerr et al., 2003). Dieser Wunsch richtet sich insbesondere auch an den behandelnden Chirurgen, da dieser besonders primär, aber auch in fortgeschrittenen und palliativen Krankheitsstadien, bei der Behandlung von Tumorkranken eine entscheidende Rolle spielt.

In einer von D'Angelica durchgeführten Studie waren die Patienten zwar sehr zufrieden mit der Kommunikation mit ihren Chirurgen, dennoch blieben langfristig so gut wie immer offene Fragen und der Chirurg wurde als sehr gefragte Quelle emotionaler Unterstützung genannt (D'Angelica et al., 1998).

Doch gerade im Fachgebiet der Chirurgie ergeben sich hier Probleme, da sich der Chirurg als Operateur oft wenig verantwortlich für die emotionalen Bedürfnisse seines Patienten fühlt und er seine knappe Zeit zwischen OP-Saal, Bürokratie und Patientenzimmer aufteilen muss. Dabei sind es vor allem die Chirurgen, die für den Patienten mit erstdiagnostiziertem malignen Tumor die wichtigste Quelle emotionaler Unterstützung darstellen (D'Angelica et al., 1998) und oft auch die einzige ärztliche Quelle medizinischer Information überhaupt. Da einer großen Menge der neu diagnostizierten Krebspatienten initial eine chirurgische Therapie angedacht wird, sind es in vielen Fällen Ärzte aus der Chirurgie, denen die Aufgabe der Informationsvermittlung und der Umgang mit den Problemen und Bedürfnissen onkologischer Patienten zufällt.

Diese Kommunikation der Chirurgen speziell mit ihren onkologischen Patienten und die beeinflussenden Faktoren sind indes kaum untersucht. Den Autoren der hier vorliegenden Studie ist zum jetzigen Zeitpunkt keine Arbeit bekannt, welche die Kommunikation speziell zwischen Chirurgen und onkologischen Patienten betrachtet. Dabei ist es aus den oben genannten Gründen gerade für die Patienten, die am Anfang ihrer Tumorthherapie stehen, von größter Bedeutung, regelmäßig ausreichend informiert zu werden und eine gute ärztliche Kommunikation zu erfahren.

Kapitel 2

Zielsetzung der Arbeit

Ziel dieser Arbeit war die Evaluierung der Kommunikation zwischen Chirurgen und onkologischen Patienten mit dem Schwerpunkt auf den postoperativen Zeitraum. Untersucht wurde, inwieweit die seitens der Ärzte vermittelten Informationen mit dem tatsächlichen Wissen der Patienten übereinstimmen. Diesbezüglich wurden vier Wissensbereiche betrachtet:

- a) OP-Resultat
- b) Histologie
- c) Weitere Therapie
- d) Prognose.

Des Weiteren wurde mithilfe eines Zufriedenheitsfragebogens untersucht, wie die Patienten verschiedene Punkte ihres stationären Aufenthalts beurteilen.

Folgende Hypothesen sollen mithilfe der erhobenen Daten geprüft werden:

1. Es existieren Kommunikationsprobleme zwischen Chirurg und onkologischem Patient, insbesondere in der postoperativen Phase.
2. Das potentielle Behandlungsziel (kurativ oder palliativ) beeinflusst das Wissen der Patienten in den verschiedenen Bereichen.
3. Die Gesamtzufriedenheit der Patienten während ihres stationären Aufenthalts hat einen Einfluss auf die Übereinstimmung zwischen Chirurgen und Patient bezüglich OP-Resultat, Histologie, weiterer Therapie und Prognose.

4. Folgende weitere Faktoren beeinflussen die Kommunikation bzw. bedingen Kommunikationsprobleme:

- a) Alter des Patienten
- b) Aufenthaltsdauer des Patienten
- c) Bildungsstatus des Patienten
- d) Geschlecht des Patienten
- e) Gesamtzufriedenheit des Patienten mit seinem Krankenhausaufenthalt
- f) Zufriedenheit des Patienten mit der Informationsvermittlung
- g) Stattgefundene neoadjuvante Therapie vor der Operation
- h) Besuch der chirurgischen Sprechstunde vor stationärer Aufnahme des Patienten
- i) Versicherungsstatus des Patienten.

Kapitel 3

Methoden

3.1 Art der Studie

Bei der hier beschriebenen Kommunikationsstudie handelt es sich um eine prospektive, monozentrische Studie. Diese wurde zum einen anhand speziell für diese Untersuchung entwickelter Fragekomplexe durchgeführt, zum anderen wurde der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (Anhang A.4) verwendet. Die Studie wurde Ende April 2009 begonnen und im März 2010 beendet. Damit erstreckt sie sich über einen Zeitraum von etwa einem Jahr. Vor Beginn der Durchführung wurde die Studie der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München vorgestellt und von dieser bewilligt.

3.2 Einschlusskriterien

In die Untersuchung wurden Patienten mit einem operativ behandelten Tumor des Gastrointestinaltrakts (Ösophagus, Magen, Pankreas, Leber, Colon und Rektum) aufgenommen, die in der Chirurgischen Klinik und Poliklinik des Klinikums rechts der Isar behandelt wurden. Dabei handelte es sich sowohl um Erstdiagnosen als auch um Rezidive. Zudem sollte zur Standardisierung der Studie die Dauer des stationären Aufenthalts einen Zeitraum von 21 Tagen nicht überschreiten. Weitere Einschlusskriterien für die Teilnahme waren die Beherrschung der deutschen Sprache und die körperliche und geistige Verfassung, die Fragebögen auszufüllen und am postoperativ durchgeführten Interview teilzunehmen. Außerdem musste nach ausreichender Information zur freiwilligen Teilnahme an der Studie die unterschriebene Einverständniserklärung des Patienten vorliegen.

3.3 Aufklärung und Ablauf der Studie

Die Aufklärung der teilnehmenden Patienten erfolgte bei deren stationärer Aufnahme und spätestens am Vorabend der Operation in schriftlicher und mündlicher Form. Nach der Unterzeichnung der Einverständniserklärung wurde den Patienten ein zweiseitiger Fragebogen ausgehändigt (Anhang A.1). Dieser erfragte demographische Daten sowie das Vorwissen der Patienten bezüglich Diagnose, Behandlung und Behandlungsziel. Dieser wurde umgehend von den Patienten selbst ohne Hilfe seitens der Ärzte, des Pflegepersonals oder der Doktorandin ausgefüllt.

Postoperativ wurde der Patient außerdem gebeten, sobald der Entlasstag des Patienten abzusehen war, einen Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (Anhang A.4) auszufüllen. Dieser wurde von der Doktorandin einige Tage später wieder eingesammelt. Auch diesen Fragebogen füllten die Patienten selbstständig ohne Hilfe der Ärzte, des Pflegepersonals oder der Doktorandin aus. Das Ausfüllen des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit geschah anonym und die Antworten wurden später nur durch die Doktorandin mithilfe von Codes EDV-gestützt archiviert und ausgewertet. Damit sollte den Patienten eine ehrliche Beantwortung der Fragen ermöglicht werden.

Frühestens am Vorabend des Entlasstages und spätestens am Entlasstag selbst, wurde mit dem Patienten ein standardisiertes Interview durchgeführt, um den postoperativen Kenntnisstand des Patienten zu ermitteln (Anhang A.3). Die Interviews wurden stets von derselben Doktorandin nach demselben Schema durchgeführt, um einem Bias durch verschiedene Interviewtechniken entgegenzuwirken. Die Doktorandin hatte zudem keinerlei Vorkenntnisse über die stattgefundenene Kommunikation zwischen Ärzten und Patient.

Gleichzeitig wurden die aufklärenden Ärzte gebeten, innerhalb eines Zeitraums von 48 Stunden nach Entlassung des Patienten ebenfalls einen Fragebogen auszufüllen (Anhang A.2). Dabei handelte es sich jeweils um den Operateur und den Stationsarzt, da beide eine Schlüsselrolle im Rahmen der postoperativen Aufklärung spielen.

3.4 Patientenfragebögen

Für diese Kommunikationsstudie wurden insgesamt drei Fragebögen verwendet. Für den ersten, präoperativ von den Patienten auszufüllenden Fragebogen, wurden insgesamt zehn Fragen erstellt (Anhang A.1). Die ersten drei bezogen sich auf Angaben zur Person, während die übrigen Fragen das Vorwissen der Patienten vor ihrer stationären Aufnahme ermitteln sollten. Auf einer Likert-Skala von 1 (gar nicht) bis 5 (völlig) hatte der Patient die Möglichkeit, zu den Bereichen Diagnose, Behandlungsart und Behandlungsziel sein

bereits vorhandenes Wissen einzuschätzen. Des Weiteren sollte der Patient angeben, wer ihn über den jeweiligen Bereich aufgeklärt hat und ob er vor seiner stationären Aufnahme die chirurgische Sprechstunde am Klinikum rechts der Isar besucht hat.

Nach stattgefundener Operation wurde mit dem Patienten am Abend vor der Entlassung oder am Entlasstag selbst ein Interview durchgeführt, für welches ein weiterer Fragebogen verwendet wurde (Anhang A.3). Dieser beinhaltete fünf Themenkomplexe. Die ersten drei Komplexe OP-Resultat, Histologie und weitere Therapie bestanden jeweils aus zwei Multiple-Choice-Fragen und einer offenen Frage, in welcher der Patient aufgefordert wurde, sein Wissen zum jeweiligen Thema wiederzugeben. Zwei weitere Themenkomplexe fragten nach Prognose und der persönlichen Einschätzung, die erhaltenen Informationen während des Krankenhausaufenthalts verstanden zu haben.

3.5 Ärztefragebogen

Der Ärztefragebogen für die Stationsärzte und Operateure war für beide Gruppen der gleiche und bestand im Wesentlichen aus denselben Themenkomplexen wie der postoperative Patientenfragebogen. Der Ärztefragebogen beinhaltete fünfzehn Fragen, eingeteilt in fünf Themenkomplexe (Anhang A.2). Bei diesen handelte es sich im Einzelnen um OP-Resultat, Histologie, weitere Therapie, Prognose und Einschätzung. Lediglich der Themenkomplex Einschätzung wurde in diesem Fragebogen um zwei Fragen ergänzt. Die Ärzte wurden zusätzlich aufgefordert, auf einer Likert-Skala anzugeben, inwieweit der Patient bei seiner Entlassung vollständig aufgeklärt war. Eine unvollständige Aufklärung sollte der Arzt im Folgenden versuchen, durch eine Freitextantwort zu begründen.

3.6 Patienteninformation und Einverständniserklärung

Vor dem Ausfüllen des ersten Fragebogens erhielt jeder Patient eine schriftliche Patienteninformation, in welcher die Hintergründe der Studie dargelegt waren. Außerdem wurde darin auf die freiwillige Teilnahme und den Datenschutz hingewiesen. Abschließend unterzeichnete jeder Teilnehmer eine Einverständniserklärung, in welcher die freiwillige Studienteilnahme bestätigt wurde.

3.7 Allgemeine Datenerhebung

Die allgemeinen Daten der Patienten – Art der Tumorerkrankung, Versicherungsstatus, neoadjuvante Therapien, Histologie, stationäre Aufenthaltsdauer, weitere Therapieplanung – wurden den Patientenakten entnommen. Anhand des vorliegenden postoperativen Tumor-Gradings wurden die Patienten in eine kurative und eine palliative Prognosegruppe unterteilt.

3.8 Auswertung und Statistik

Um das Wissen der Patienten bezüglich der drei Themenbereiche OP-Resultat, Histologie und weitere Therapie zu evaluieren, wurde der Grad der Übereinstimmung der Patientenaussagen im postoperativen Interview bezüglich der genannten Themen mit den Informationen, die laut den Ärzten an den Patienten weitergegeben worden waren, ermittelt. Die Antworten der Patienten im Interview wurden mit denen der Ärzte auf dem Fragebogen verglichen und es wurden drei Kategorien erstellt: kongruent, teilweise kongruent, inkongruent.

Die Antworten auf die offene Frage im Ärztefragebogen zum Themenkomplex Einschätzung wurden gruppiert und in die Diskussion aufgenommen.

Die gesamte statistische Auswertung erfolgte mithilfe des Statistikprogramms R 2.11.1 für Mac OS X. Für sämtliche Auswertungen, in denen sich zwei Merkmale gegenüberstanden, wurde aufgrund der Fallzahl der Fisher-Exakt-Test verwendet. Als Signifikanzniveau wurde ein Wert von 0,05 gewählt. Die Ergebnisse werden entsprechend in der Diskussion erörtert.

Die Grafiken und Tabellen wurden mithilfe der Software Excel für Mac 2008 sowie \LaTeX Version 2.33 erstellt.

Kapitel 4

Ergebnisse

4.1 Deskriptive Daten

4.1.1 Patienten

Insgesamt wurden 60 Patienten für eine Teilnahme an dieser Kommunikationsstudie gescreent. 54 von ihnen erklärten sich bereit, an der Studie teilzunehmen. 18 dieser Patienten mussten im weiteren Verlauf aus der Studie ausgeschlossen werden, da sie die anfangs festgelegten Einschlusskriterien aus verschiedenen Gründen nicht erfüllten. So wurde bei drei Patienten aus medizinischen Gründen die geplante Operation nicht durchgeführt. Neun Patienten fielen aus der Studie, da die in den Einschlusskriterien festgesetzte Höchstdauer des stationären Aufenthalts überschritten wurde, während bei einer Patientin aufgrund von Komplikationen im Verlauf eine weitere Operation durchgeführt werden musste. Fünf Patienten fielen aus logistischen Gründen aus der Studie. Die Daten von achtunddreißig die Einschlusskriterien der Studie erfüllenden Patienten ermöglichen eine statistische Auswertung. Dabei waren 63% der Studienteilnehmer männlich und 37% weiblich. Der Altersmedian der Patienten lag bei 67,5 Jahren mit einer Range von 43 Jahren. Des Weiteren wurden die Bildungsabschlüsse der Teilnehmer zu Beginn der Studie erfragt. Die Mehrheit der Patienten besaß einen Hauptschulabschluss mit oder ohne abgeschlossene Lehre (69%). 5% besaßen das Abitur ohne einen Studienabschluss, 26% hatten einen Hochschulabschluss. 68% der Patienten besaßen eine allgemeine Krankenversicherung, 32 % waren privat versichert (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1: Demographische Daten Patienten

Charakteristika	N	%
Gesamtzahl Patienten	38	
Alter		
Median	67,5	
Range	43-86	
Geschlecht		
männliches Geschlecht	24	63
weibliches Geschlecht	14	37
Ausbildung		
Volks-, Hauptschule ohne abgeschlossene Lehre	0	0
Volks-, Hauptschule mit abgeschlossener Lehre	17	45
Realschul-/ gleichwertiger Abschluss (z.B. Mittlere Reife)	9	24
Abitur, Hochschulreife, Fachhochschulreife	2	5
abgeschlossenes Studium (z.B. Universität, Fachhochschule)	10	26
(noch) ohne Schulabschluss	0	0
Versicherung		
allgemein versichert	26	68
privat versichert	12	32

4.1.2 Ärzte

Insgesamt nahmen eine weibliche Ärztin und 12 männliche Ärzte des Klinikums rechts der Isar an der vorliegenden Kommunikationsstudie teil. Alle von ihnen stammten aus dem chirurgischen Fachbereich. Der Altersmedian lag bei 41 Jahren mit einer Range von 35 Jahren. Die teilnehmende Ärztin hatte die kürzeste Berufserfahrung (6 Jahre), die längste Berufserfahrung aller teilnehmenden Ärzte betrug 18 Jahre. Daraus ergab sich eine Range von 12 Jahren. Der Median lag bei 13 Jahren (Tabelle 4.2).

4.1.3 Krankheitsbezogene Daten der Patienten

Alle der in die Studie eingeschlossenen Patienten litten an einem malignen Tumor im Bereich des Gastrointestinaltrakts. 32% der Patienten waren wegen eines Pankreaskarzinoms in Behandlung, bei den übrigen Patienten waren bösartige Tumoren des Ösophagus, des Magens, der Leber, des Colons oder Rektums diagnostiziert worden (Tabelle 4.3). Bei insgesamt 89% handelte es sich dabei um die Erstdiagnose, 11% waren Rezidive. 32% der Patienten waren neoadjuvant vorbehandelt. Die stationäre Aufenthaltsdauer war im Median 16 Tage lang, die Range betrug 13 Tage.

Tabelle 4.2: Soziodemographische Daten Ärzte

Charakteristik	Ärzte		Erfahrung (in Jahren)	
	N	%	Median	Range
Teilnehmende Ärzte	13			
Alter (in Jahren)				
Median		41		
Range		28-63		
Geschlecht				
weiblich	1	8	6	
männlich	12	92	13	7-18
Weiterbildungsgrad				
Assistenz-/Facharzt	5	38	7	6-15
Ober-/Chefarzt	8	62	13	11-18

Tabelle 4.3: Krankheitsbezogene Daten der Patienten

Charakteristika	N	%
Befallenes Organ		
Ösophagus	6	16
Magen	6	16
Leber	2	5
Pankreas	12	32
Colon	8	21
Rektum	4	10
Erstdiagnose	34	89
Rezidiv	4	11
Neoadjuvante Behandlung		
ja	12	32
nein	26	68
Stationärer Aufenthalt (Tage)		
Median	16	
Range	8-21	

4.2 Vorwissen der Patienten

Jeder Teilnehmer wurde am Aufnahmetag aufgefordert, sein Vorwissen in den Bereichen Diagnose, Therapie und Therapieziel einzuschätzen. Dies hatte den Zweck, einen Überblick darüber zu erhalten, inwieweit Teile des am Ende des stationären Aufenthalts bei den Patienten vorhandenen Wissens tatsächlich während des Aufenthalts erworben wurden, oder schon im Vorhinein durch andere Informationsquellen entstanden waren (Abbildungen 4.1, 4.2, 4.3).

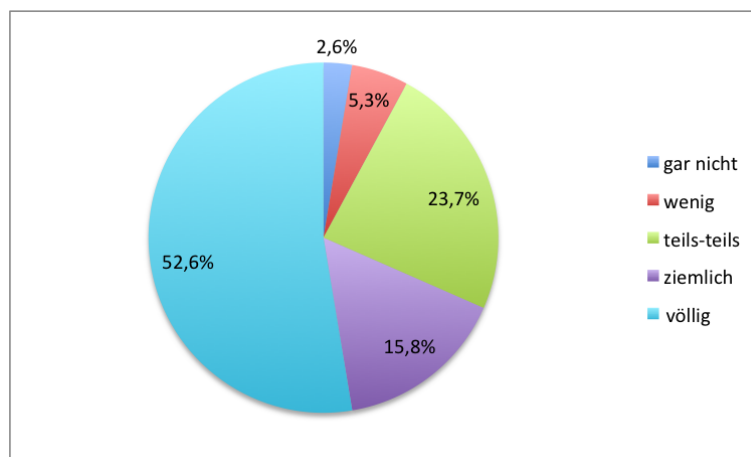


Abbildung 4.1: Externe Aufklärung Diagnose

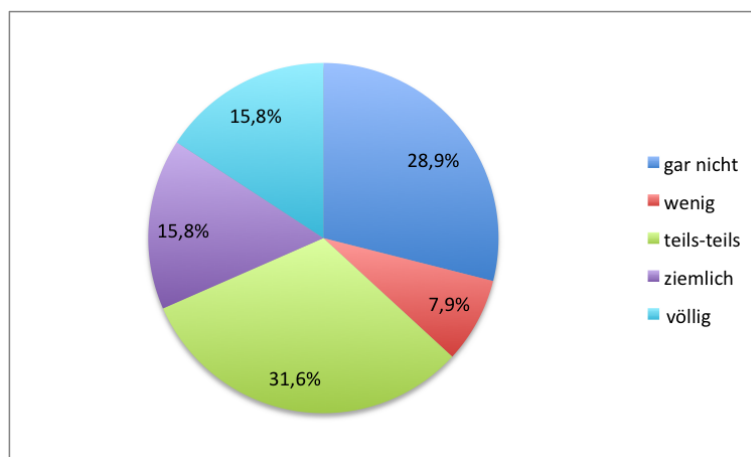


Abbildung 4.2: Externe Aufklärung Therapie

Über die Hälfte (53%) gaben an, völlig über ihre Diagnose aufgeklärt worden zu sein, nur ein Patient gab an, gar nicht über seine Diagnose Bescheid zu wissen. Das Therapieziel war 29% der Patienten völlig klar, über die Therapie an sich gaben hingegen nur 16% an,

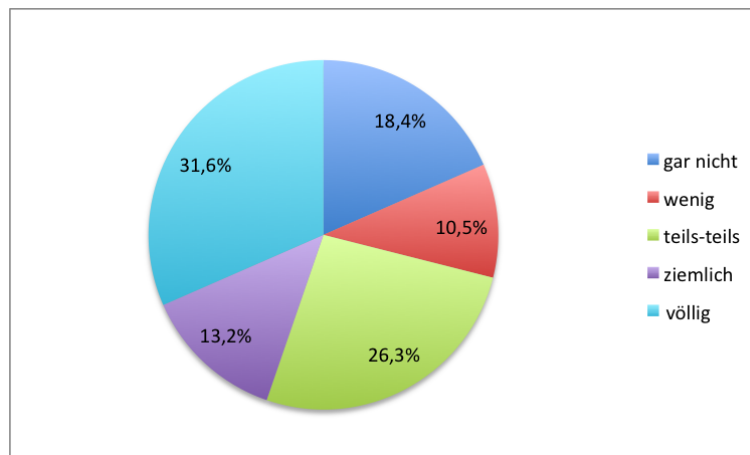


Abbildung 4.3: Externe Aufklärung Therapieziel

bereits in vollem Umfang informiert zu sein. Anschließend wurden die Patienten gebeten anzugeben, durch wen sie ihr Vorwissen erhalten hatten. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. In allen drei Bereichen war die Mehrheit durch einen Facharzt oder ihren Hausarzt informiert worden. Der übrige Teil bezog sein Vorwissen aus einem vorausgegangenen Aufenthalt in einer anderen Klinik, einer anderen Station des Klinikums rechts der Isar oder aus einer ganz anderen Informationsquelle (Abbildungen 4.4, 4.5 und 4.6).

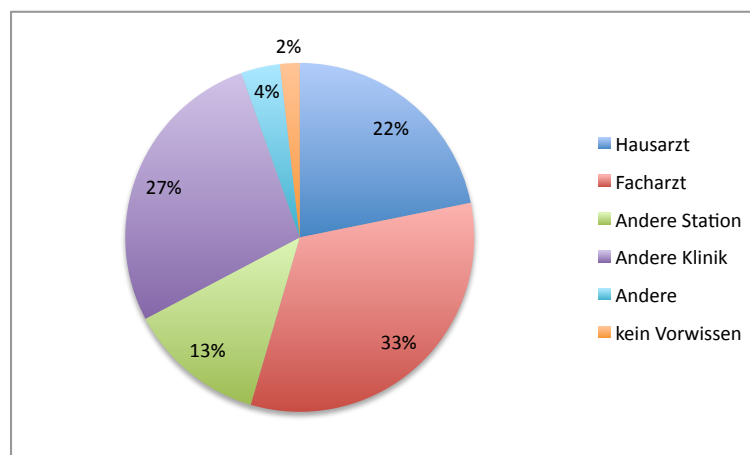


Abbildung 4.4: Quelle der Information über die Diagnose

Zuletzt wurde ermittelt, ob die Patienten vor ihrer stationären Aufnahme die chirurgische Sprechstunde der Klinik für Chirurgie des Klinikums rechts der Isar besucht hatten. 45% gaben an, die Sprechstunde besucht zu haben, 55% verneinten dies (Abbildung 4.7). Von denjenigen, die die Sprechstunde wahrgenommen hatten, wurden 82% über die anstehende Therapie informiert, 71% über das Therapieziel und 53% über die Diagnose (Abbildung 4.8). Zusätzlich sollten die Patienten angeben, mit wem sie in der

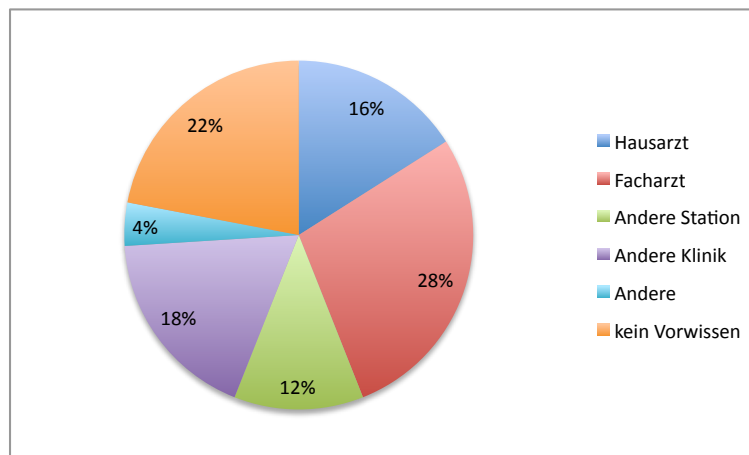


Abbildung 4.5: Quelle der Information über die Therapie

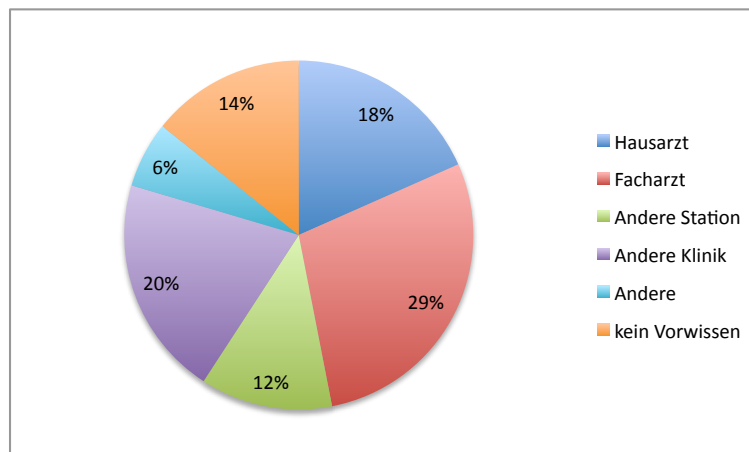


Abbildung 4.6: Quelle der Information über das Therapieziel

chirurgischen Sprechstunde gesprochen haben (Abbildung 4.9). Hier zeigte sich, dass die Mehrheit der Patienten (59%) mit einem chirurgischen Oberarzt gesprochen hatte, 35% mit dem Chefarzt. Die übrigen Patienten, die vor ihrem stationären Aufenthalt die Sprechstunde besuchten, sprachen dort zu jeweils 12% mit einem chirurgischen Facharzt oder Assistenzarzt (Abbildung 4.9). Bei beiden letztgenannten Fragestellungen waren Mehrfachantworten möglich.

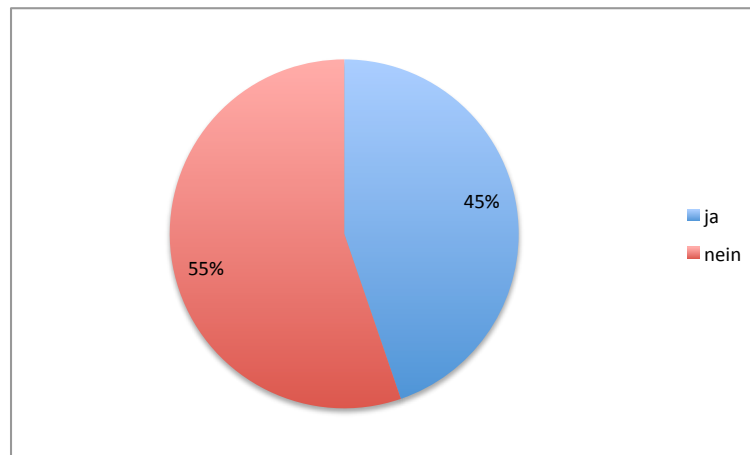


Abbildung 4.7: Besuch der chirurgischen Sprechstunde

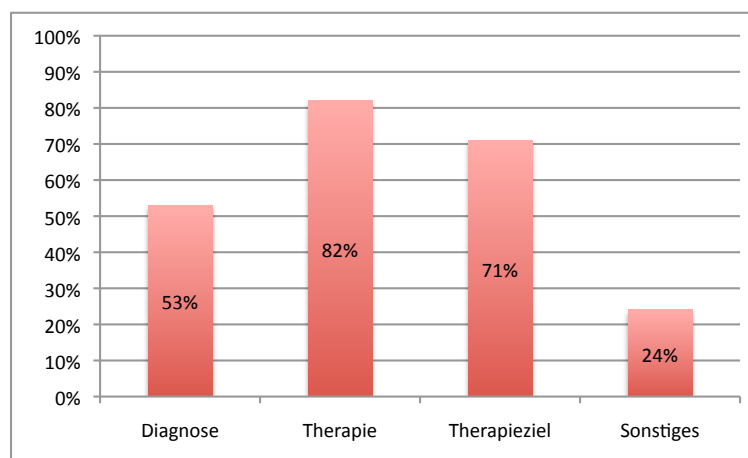


Abbildung 4.8: Worüber wurde in der Sprechstunde informiert

4.3 Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient

Das Wissen der Patienten, welches durch die postoperativen Patienteninterviews ermittelt worden war, wurde mit den Antworten in den von den Stationsärzten und Operateuren postoperativ ausgefüllten Fragebögen verglichen. Die Übereinstimmung des Wissens

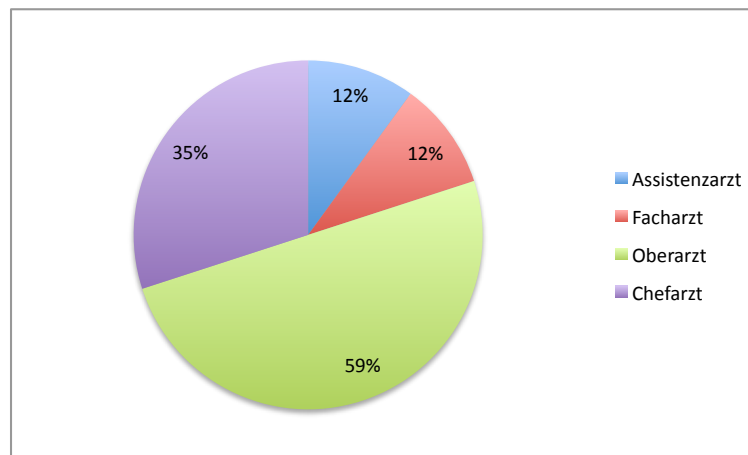


Abbildung 4.9: Mit wem wurde in der Sprechstunde gesprochen

der Patienten mit der laut den Operateuren und Stationsärzten mitgeteilten Information bezüglich OP, Histologie, weiterer Therapie und Prognose wurde anschließend einer der zuvor definierten Kategorien „kongruent“, „teilweise kongruent“ und „inkongruent“ zugeteilt.

Zunächst wurden die Aussagen der Patienten mit den Aussagen der Ärzte insgesamt – also des Stationsarztes und des Operators zusammengefasst – verglichen. Dies ist sinnvoll, da einige Informationen nur durch den Stationsarzt, andere wiederum nur durch den Operateur an den Patienten weitergegeben wurden (vgl. Tabelle 4.4). Betrachtet man hier die Übereinstimmung zwischen den Ärzten und dem Patienten im Allgemeinen, so waren 60,5% der Antworten bezüglich des OP-Resultats kongruent, 39,5% waren nur teilweise kongruent oder inkongruent. Wesentlich schlechter zeigte sich die Übereinstimmung bezüglich der Histologie. Nur 39,5% der befragten Arzt-Patient-Paare stimmten hier in ihren Antworten völlig überein, bei 42,1% waren die Antworten teilweise kongruent, bei 18,4% sogar inkongruent. Das Thema weitere Therapie betreffend gab es die höchste Anzahl kongruenter Antworten (76,3%). 21,1% der hier verglichenen Antworten waren teilweise kongruent und nur 2,6% waren inkongruent. Insgesamt unterschied sich demzufolge das Wissen der Patienten von den laut den Ärzten übermittelten Informationen am deutlichsten bezüglich des Themas Histologie.

Außerdem wurde die Übereinstimmung zwischen Chirurgen und Patient getrennt für die Gruppe der kurativ therapierten und die Gruppe der palliativ therapierten Patienten ausgewertet (siehe Tabellen 4.5 und 4.6). Zur Beantwortung der Frage nach dem Einfluss des Therapieziels auf die Qualität des Informationstransfers waren zu Beginn der Arbeit drei Nullhypothesen aufgestellt worden:

1. Es besteht kein Unterschied zwischen kurativ und palliativ behandelten Patienten

bezüglich des Wissens über das OP-Resultat.

2. Es besteht kein Unterschied zwischen kurativ und palliativ behandelten Patienten bezüglich des Wissens über die Histologie.
3. Es besteht kein Unterschied zwischen kurativ und palliativ behandelten Patienten bezüglich des Wissens über die weitere Therapie.

Diese können nach Durchführung des Fisher-Exakt-Tests nicht verworfen werden. Das bedeutet, es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen kurativen und palliativen Patienten bezüglich ihres Wissens über das OP-Resultat ($p=0,2442$), die Histologie ($p=0,7937$) und die weitere Therapie ($p=1$). Damit scheint das Therapieziel keinen Einfluss auf die Qualität des Informationstransfers in diesen Bereichen zu haben.

Besonders interessant waren die Ergebnisse bei der Übereinstimmung zwischen Ärzten und Patient, was das Behandlungsziel anging. Insgesamt stimmten 71,1% der Patienten mit ihren Ärzten die Prognose betreffend völlig überein. 18,4% stimmten mit ihren Ärzten nicht überein und 10,5% gaben an, dass das Thema Prognose nicht mit ihnen besprochen worden sei. Bezüglich des Themas Prognose zeigte sich zudem ein deutlicher Unterschied zwischen den kurativ und den palliativ behandelten Patienten. Von allen Patienten, die eine kurative Therapie erhielten, waren sich 88,5% bezüglich der kurativen Prognose mit ihren behandelnden Ärzten einig. Nur 3,8% gaben eine palliative Intention ihrer Therapie an, obwohl die Ärzte diese als kurativ bezeichneten. 7,7% gaben an, dass dieses Thema nicht mit ihnen besprochen worden sei und sie deshalb nicht wüssten, ob es sich um eine Therapie mit kurativem oder palliativem Behandlungsziel handele. Bei den palliativ behandelten Patienten ergab sich hingegen ein ganz anderes Bild. Lediglich 33,3% bezeichneten ihre Therapie als eine palliative, also nicht mehr heilende sondern nur noch lindernde und stimmten damit mit ihren behandelnden Ärzten überein. 50% der Patienten glaubten an eine kurative Intention, obgleich die Ärzte die Behandlung als palliativ einordneten. Auch der Anteil derjenigen Patienten die angaben, dass mit ihnen nicht über das Behandlungsziel gesprochen worden sei, war bei dieser Gruppe mit 16,7% höher, als bei den kurativ behandelten Patienten (hier waren es 7,7%).

Die anfangs aufgestellte Nullhypothese, es bestehe kein Unterschied in der Übereinstimmung mit den Chirurgen die Prognose betreffend zwischen den kurativen und den palliativen Patienten, kann damit verworfen werden ($p=0,003353$). Die Qualität des Informationstransfers bezüglich Therapieziel/Prognose ist direkt abhängig von dem Therapieziel/der Prognose selbst.

Tabelle 4.4: Kongruenz bzgl. OP-Resultat, Histologie, weiterer Therapie und Prognose zwischen Ärzten und Patient

		Übereinstimmung Ärzte - Patient					
Information	N _{total}	kongruent		teilweise kongruent		inkongruent	
		N	%	N	%	N	%
OP-Resultat	38	23	60,5	12	31,6	3	7,9
Histologie	38	15	39,5	16	42,1	7	18,4
Weitere Therapie	38	29	76,3	8	21,1	1	2,6

Behandlungsziel	N _{total}	kongruent		inkongruent		nicht besprochen	
		N	%	N	%	N	%
Alle Patienten	38	27	71,1	7	18,4	4	10,5
Kuration	26	23	88,5	1	3,8	2	7,7
Palliation	12	4	33,3	6	50	2	16,7

Tabelle 4.5: Kongruenz bzgl. OP-Resultat, Histologie und weiterer Therapie zwischen Ärzten und kurativen Patienten

		Übereinstimmung Ärzte - Kurativ behandelte Patienten					
Information	N _{total}	kongruent		teilweise kongruent		inkongruent	
		N	%	N	%	N	%
Op-Resultat	26	18	69	7	27	1	4
Histologie	26	10	38,5	12	46,1	4	15,4
Weitere Therapie	26	19	73	6	23	1	4

Tabelle 4.6: Kongruenz bzgl. OP-Resultat, Histologie und weiterer Therapie zwischen Ärzten und palliativen Patienten

		Übereinstimmung Ärzte - Palliativ behandelte Patienten					
Information	N _{total}	kongruent		teilweise kongruent		inkongruent	
		N	%	N	%	N	%
Op-Resultat	12	5	42	5	42	2	16
Histologie	12	5	42	4	33	3	25
Weitere Therapie	12	10	83	2	17	0	0

Zusätzlich wurde im Einzelnen die Übereinstimmung jeweils zwischen Stationsarzt und Patient, Operateur und Patient sowie auch Stationsarzt und Operateur verglichen. Die Übereinstimmung zwischen Stationsarzt und Patient unterschied sich dabei nicht wesentlich von der Übereinstimmung zwischen Patient und den mit ihm kommunizierenden Ärzten im Allgemeinen (siehe Tabelle 4.7). Da zwei der Stationsärzte aus organisatorischen Gründen postoperativ nicht mit dem Patienten kommunizierten, unterschied sich die Gesamtzahl der verglichenen Arzt-Patient-Paare bei diesem Vergleich mit 36 von der Gesamtzahl der Studienteilnehmer (38 Patienten). Bezüglich des OP-Resultats waren 61,1% der Antworten kongruent, 30,6% teilweise kongruent und 8,3% inkongruent. Das Thema Histologie betreffend waren 41,7% der Patienten kongruent in ihren Aussagen verglichen mit dem Stationsarzt, 15% waren teilweise kongruent und 16,6% inkongruent. Betrachtet man das Thema weitere Therapie, so waren sich 75% der Arzt-Patient-Paare völlig einig, 22,2% gaben teilweise kongruente Antworten und 2,8% der Antworten waren inkongruent.

Was den Vergleich zwischen Patient und Operateur betraf, so konnten hier lediglich 28 Paare verglichen werden, da in 26% der Fälle postoperativ keine Kommunikation zwischen dem Patienten und seinem Operateur mehr stattfand. Es zeigte sich, dass die Übereinstimmung bezüglich des OP-Resultats (Resektionsausmaß, Komplikationen etc.) mit 64,3% statt 60,5% kongruenten Antworten zwar etwas besser war, der Anteil an teilweise kongruenten oder inkongruenten Antworten bezüglich Histologie und weiterer Therapie jedoch mit 35,7% bzw. 68% noch niedriger ausfiel als im Vergleich zwischen Patient und Stationsarzt (vgl. Tabelle 4.8). 32,1% der Antworten von Patient und Operateur bezüglich des OP-Resultats waren teilweise kongruent und 3,6% inkongruent. Die Histologie betreffend waren zudem 46,4% der Antworten teilweise kongruent, 17,9% inkongruent. Was das Thema weitere Therapie betraf, zeigte sich eine teilweise Kongruenz bei 28% der Antworten, inkongruent waren 4%.

Auch die Kongruenz der Antworten des Stationsarztes mit denen des Operateurs bezüglich eines gemeinsamen Patienten wurde untersucht. Es zeigte sich, dass die Antworten bezüglich des OP-Resultats in 84,6% der Fälle kongruent waren, in 11,5% teilweise kongruent und in 3,9% der Fälle inkongruent. Ein ähnliches Resultat ergab sich für das Thema Histologie. Hier waren 88,5% der Antworten kongruent, 11,5% teilweise kongruent und keine der Antworten inkongruent. Die weitere Therapie betreffend stimmten 95,7% der Antworten von Stationsarzt und Operateur völlig überein, nur 4,3% wurden als teilweise kongruent eingestuft.

Tabelle 4.7: Kongruenz bzgl. OP-Resultat, Histologie und weiterer Therapie zwischen Stationsarzt und Patient

		Übereinstimmung Stationsarzt - Patient					
Information	N _{total} *	kongruent		teilweise kongruent		inkongruent	
		N	%	N	%	N	%
OP-Resultat	36	22	61,1	11	30,6	3	8,3
Histologie	36	15	41,7	15	41,7	6	16,6
Weitere Therapie	36	27	75	8	22,2	1	2,8

Behandlungsziel	N _{total}	kongruent		inkongruent		nicht besprochen	
		N	%	N	%	N	%
Alle Patienten	38	25	65,8	7	18,4	6	15,8
Kuration	26	21	80,8	1	3,8	4	15,4
Palliation	12	4	33,3	6	50	2	16,7

*wegen fehlender Daten weicht N_{total} von der Gesamtteilnehmerzahl ab

Tabelle 4.8: Kongruenz bzgl. OP-Resultat, Histologie und weiterer Therapie zwischen Operateur und Patient

		Übereinstimmung Operateur - Patient					
Information	N _{total} *	kongruent		teilweise kongruent		inkongruent	
		N	%	N	%	N	%
OP-Resultat	28	18	64,3	9	32,1	1	3,6
Histologie	28	10	35,7	13	46,4	5	17,9
Weitere Therapie	25	17	68	7	28	1	4

Behandlungsziel	N _{total}	kongruent		inkongruent		nicht besprochen	
		N	%	N	%	N	%
Alle Patienten	38	25	65,8	3	7,9	10	26,3
Kuration	26	20	76,9	1	3,8	4	15,3
Palliation	12	5	41,7	2	16,6	5	41,7

*wegen fehlender Daten weicht N_{total} von der Gesamtteilnehmerzahl ab

Tabelle 4.9: Kongruenz bzgl. OP-Resultat, Histologie, weiterer Therapie und Prognose zwischen Stationsarzt und Operateur

		Übereinstimmung Stationsarzt - Operateur					
Information	N_{total}^*	kongruent		teilweise kongruent		inkongruent	
		N	%	N	%	N	%
OP-Resultat	26	22	84,6	3	11,5	1	3,9
Histologie	26	23	88,5	3	11,5	0	0
Weitere Therapie	23	22	95,7	1	4,3	0	0

Behandlungsziel	N_{total}	kongruent		inkongruent		nicht besprochen	
		N	%	N	%	N	%
Kuration	26	22	84,6	0	0	4	15,4
Palliation	12	6	50	4	33,3	2	16,7

*wegen fehlender Daten weicht N_{total} von der Gesamtteilnehmerzahl ab

Als besonders interessant erwiesen sich die Ergebnisse des Vergleichs im Hinblick auf das Behandlungsziel. Bei den kurativ behandelten Patienten waren sich Stationsarzt und Operateur, das Behandlungsziel des einzelnen Patienten betreffend, in 84,6% der Fälle einig und in ihrer Antwort kongruent. In 15,4% der Fälle, also bei den übrigen kurativ behandelten Patienten, hatte der Stationsarzt oder der Operateur nach eigenen Angaben nicht mit dem Patienten über die Therapieintention gesprochen. Keine der Antworten war bezüglich der Gruppe der kurativ behandelten Patienten inkongruent. In der Gruppe der palliativ Behandelten gaben Stationsarzt und Operateur zum Teil gegenteilige Antworten. So stimmte die Hälfte (50%) der befragten Ärztpaare darin überein, dass es sich um eine palliative Therapie handelt. In 33,3% gab jedoch entweder der Stationsarzt oder der Operateur eine kurative Intention der Therapie an, obwohl der Patient objektiv palliativ behandelt wurde. Mit zwei Patienten (16,7%) war entweder seitens des Operateurs oder seitens des Stationsarztes nicht über sein Behandlungsziel gesprochen worden (Tabelle 4.9).

Zusätzlich wurde jeder Patient gefragt, wer ihn über seine Prognose bzw. sein Behandlungsziel aufgeklärt hat. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. 61% der Patienten nannten ihren Stationsarzt, 47% ihren Operateur als zusätzlichen oder einzigen Übermittler ihrer Prognose. 21% waren von einem anderen Arzt – sei es ein anderer Chirurg oder sogar ein anderer Facharzt, z.B. ein Onkologe – über die Prognose informiert worden. 26% erhielten aus einer anderen Quelle Informationen über ihre Prognose und 11% gaben an, überhaupt nicht über ihre Prognose bzw. das Behandlungsziel aufgeklärt worden zu sein (Abbildung 4.10).

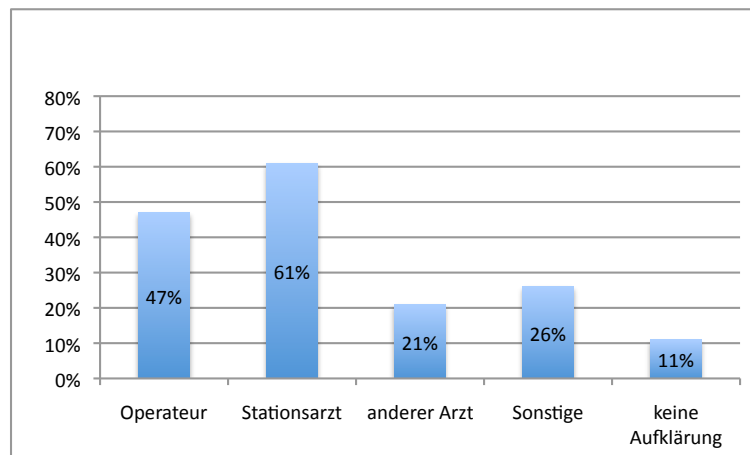


Abbildung 4.10: Durch wen wurde der Patient postoperativ über die Prognose aufgeklärt

4.4 Einschätzungen

Zum Abschluss des postoperativen Interviews wurde jeder Patient gebeten einzuschätzen, wie gut er alle ihm während seines stationären Aufenthalts übermittelten Informationen seinem Empfinden nach verstanden hat. Hierzu sollte sich der Patient auf eine Zahl von 1 bis 5 festlegen, wobei 1 „gar nicht verstanden“ und 5 „völlig verstanden“ bedeutete. Jeweils 45% der Befragten gaben an, die Informationen „völlig verstanden“ oder zumindest „ziemlich verstanden“ zu haben. 11% entschieden sich für die Antwort „teils-teils verstanden“ und keiner hatte die Informationen während des stationären Aufenthalts nur „wenig verstanden“ oder „gar nicht verstanden“ (vgl. Abbildung 4.11).

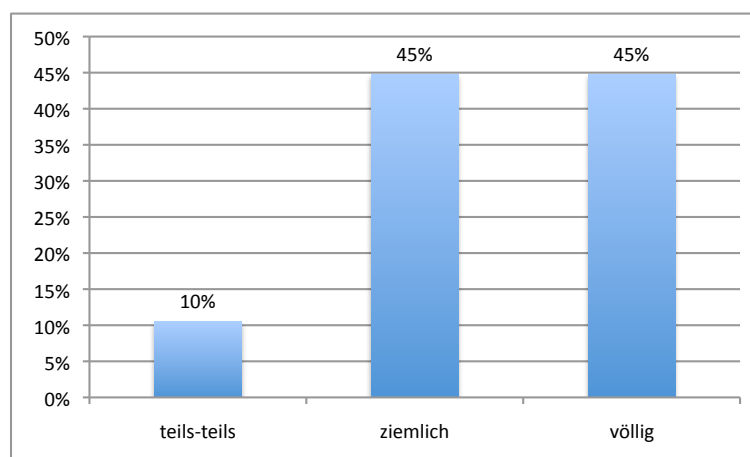


Abbildung 4.11: Der Patient hat die Informationen während des stationären Aufenthalts insgesamt verstanden (Einschätzung durch den Patienten)

Ebenso wurden sowohl Stationsarzt als auch Operateur im letzten Abschnitt des postoperativen Fragebogens um eine Einschätzung gebeten, inwieweit der Patient ihrer Meinung nach die ihm übermittelte Information verstanden hat. Die Stationsärzte waren in 39% der Fälle der Meinung, dass der Patient alles „völlig verstanden“ habe. Die Mehrheit, nämlich 42% habe die Informationen „ziemlich verstanden“. In den übrigen Fällen sei die Information „teils-teils“, „wenig“ oder „gar nicht“ verstanden worden (siehe Abbildung 4.12).

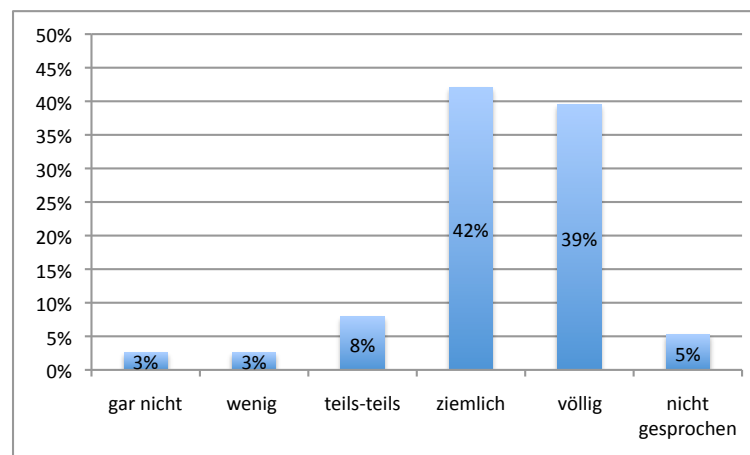


Abbildung 4.12: Der Patient hat die Informationen während des stationären Aufenthalts insgesamt verstanden (Einschätzung durch den Stationsarzt)

Unter den Operateuren bestand nur in 24% der Fälle die Meinung, dass der Patient die Informationen „völlig verstanden“ habe. 50% glaubten, der Patient habe alles „ziemlich verstanden“ und 8% entschieden sich für „teils-teils verstanden“ (Abbildung 4.13).

Weiterhin wurde jeder Arzt gebeten anzugeben, inwieweit der Patient bei seiner Entlassung aufgeklärt war. Auch hier gab es eine Skala mit den Werten 1 bis 5, wobei 1 „gar nicht aufgeklärt“ und 5 „völlig aufgeklärt“ bedeutete. Auffällig war, dass nur 42% der Stationsärzte und lediglich 34% der Operateure angaben, dass der Patient „völlig“ aufgeklärt wurde. Die Mehrheit der Stationsärzte (52%) und auch Operateure (47%) betrachteten ihre Patienten als „ziemlich“ oder „teils-teils“ aufgeklärt. Keiner der Ärzte stufte den Patienten als „wenig“ oder „gar nicht“ aufgeklärt ein (vgl. Abbildungen 4.14 und 4.15).

Im Falle einer nicht vollständigen Aufklärung wurden die Ärzte abschließend aufgefordert, dies in einer Freitextantwort zu begründen. Die Antworten sind gruppiert in Kapitel

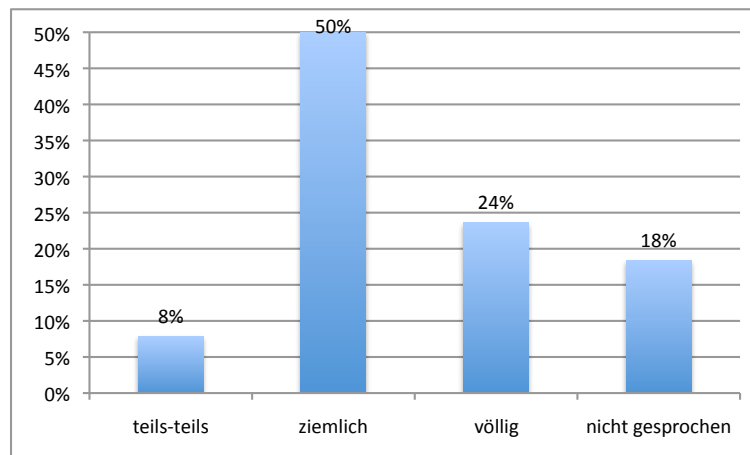


Abbildung 4.13: Der Patient hat die Informationen während des stationären Aufenthalts insgesamt verstanden (Einschätzung durch den Operateur)

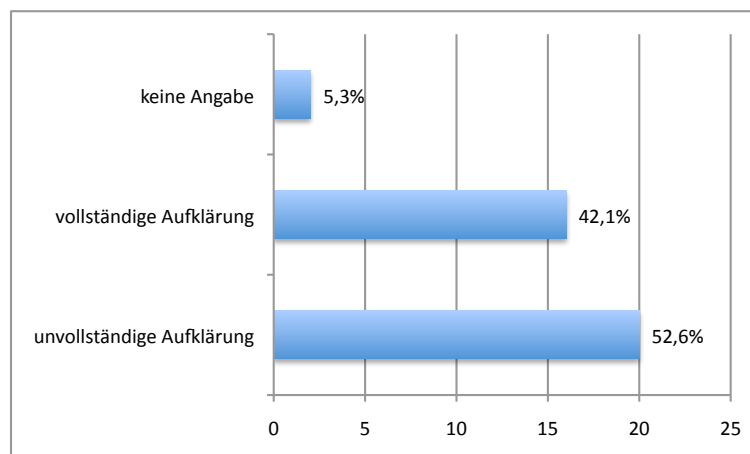


Abbildung 4.14: Der Patient ist bei Entlassung vollständig aufgeklärt (Einschätzung durch den Stationsarzt)

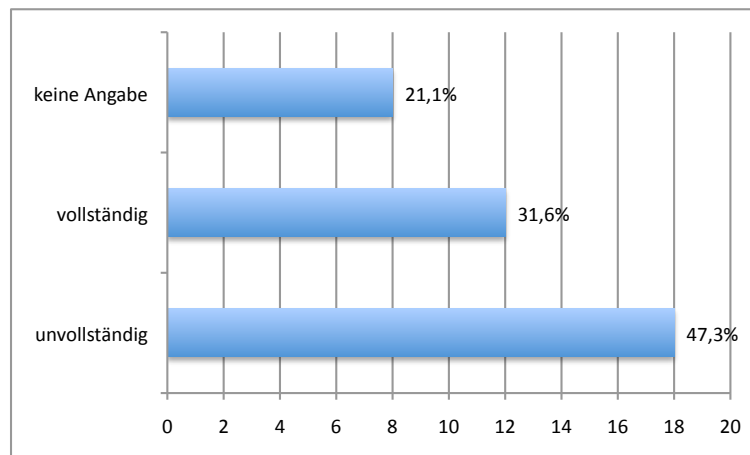


Abbildung 4.15: Der Patient ist bei Entlassung vollständig aufgeklärt (Einschätzung durch den Operateur)

4.5 zusammengestellt und werden teilweise in der Diskussion zitiert. Zusätzlich findet sich in Abbildung 4.16 eine Übersicht über das Verhältnis zwischen der Anzahl der angegebenen Fälle unvollständiger Aufklärung und den Begründungen dafür.

Dabei gab es bei den Stationsärzten insgesamt 20 Fälle unvollständiger Aufklärung. Dies wurde in der Mehrheit der Fälle auch begründet (12 begründete Fälle). Die Operateure klärten in insgesamt 18 Fällen nicht vollständig auf, wobei sie in lediglich 8 Fällen eine Begründung hierfür angaben.

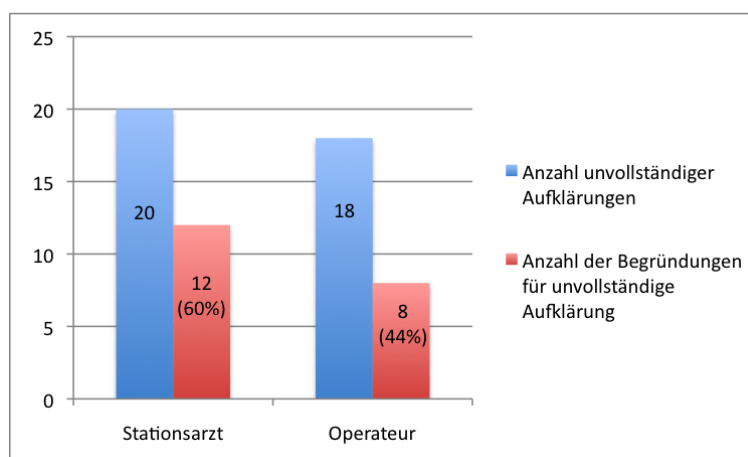


Abbildung 4.16: Verhältnis zwischen unvollständigen Aufklärungen und von den Ärzten angegebenen Begründungen für unvollständige Aufklärung

Dieses Verhältnis zwischen Fällen unvollständiger Aufklärung und Begründung hierfür wird in den Abbildungen 4.17, 4.18 und 4.19 (im direkten Vergleich) ebenfalls getrennt für die Gruppe der kurativ behandelten Patienten sowie der palliativ behandelten Patienten

betrachtet. In der Gruppe der kurativ behandelten Patienten gab es dabei zehn Fälle unvollständiger Aufklärung seitens des Stationsarztes, wovon lediglich drei begründet wurden. Die Operateure haben insgesamt 13 der kurativ therapierten Patienten nicht vollständig aufgeklärt und begründeten dies in sieben Fällen.

Bei den Patienten mit palliativer Zielsetzung gab der Stationsarzt bei zehn Patienten an, diese nicht vollständig aufgeklärt zu haben und begründete dies bei neun dieser Patienten. Der Operateur klärte fünf der palliativen Patienten unvollständig auf und begründete dies in einem Fall.

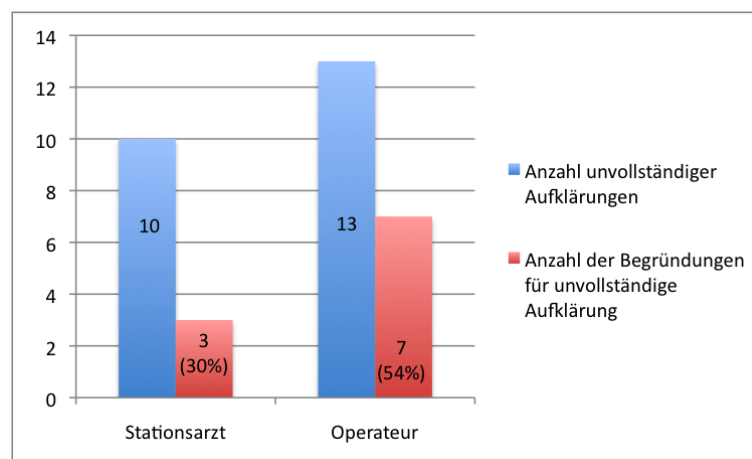


Abbildung 4.17: Verhältnis zwischen unvollständigen Aufklärungen und von den Ärzten angegebenen Begründungen für unvollständige Aufklärung im Falle der kurativ therapierten Patienten

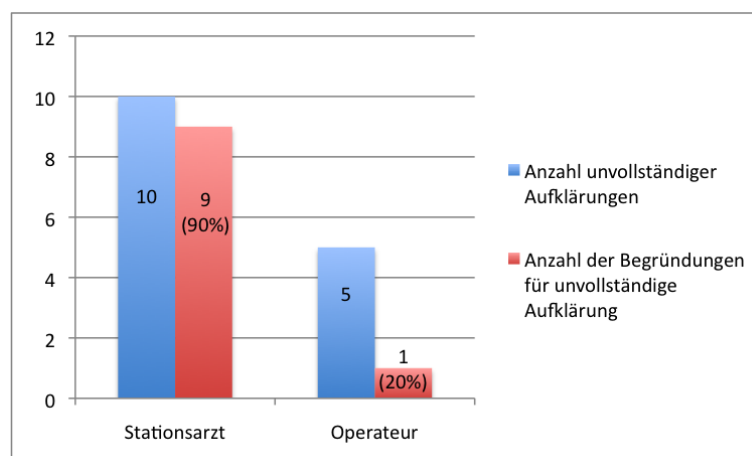
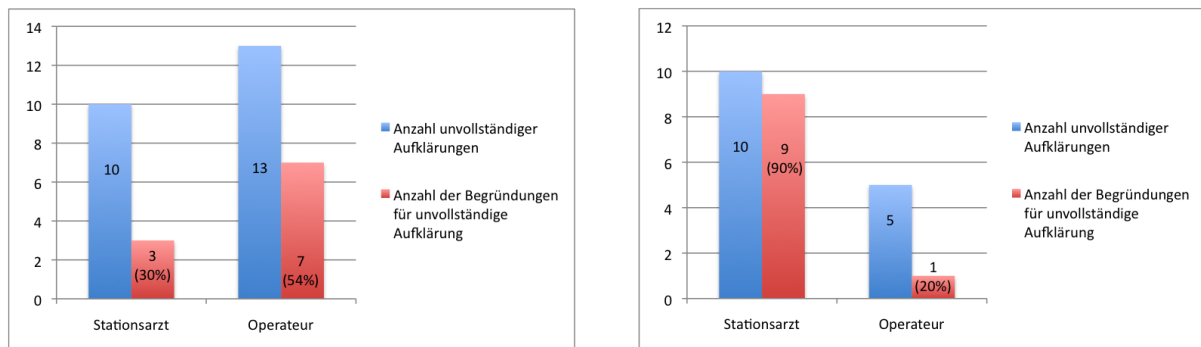


Abbildung 4.18: Verhältnis zwischen unvollständigen Aufklärungen und von den Ärzten angegebenen Begründungen für unvollständige Aufklärung im Falle der palliativ therapierten Patienten



(a) im Falle der kurativ therapierten Patienten

(b) im Falle der palliativ therapierten Patienten

Abbildung 4.19: Verhältnis zwischen unvollständigen Aufklärungen und von den Ärzten angegebenen Begründungen für unvollständige Aufklärung; Subgruppenanalyse kurativ/palliativ im direkten Vergleich

4.5 Begründungen für unvollständige Aufklärung

Im letzten Abschnitt des postoperativen Fragebogens wurden die Ärzte gebeten, im Falle einer fehlenden oder nur partiell erfolgten Aufklärung des Patienten, diese zu begründen. Folgende Antwortkategorien konnten identifiziert werden:

Gruppe 1: Den Patienten nicht belasten, ihm nicht die Hoffnung nehmen und ihn für die weitere Therapie motivieren.

1. Operateur: „Die Prognose bei Lymphknotenpositivität wurde nicht explizit dargestellt.“
2. Operateur: „Langzeitprognose und 5-Jahres-Überleben werden nicht vermittelt.“
3. Stationsarzt: „Gesamtkonzept eher palliativ mit geringer Chance auf kurativen Ansatz bei gutem Ansprechen der Lebermetastasen. Chance auf Kuration wurde beim Gespräch mit dem Patienten betont, um ihn für die weitere Therapie zu motivieren.“
4. Stationsarzt: „Über die definitiv palliative Situation wurde mit dem Patienten nicht gesprochen hinsichtlich Prognose etc., um ihm nicht die Perspektive zu nehmen. Es wurde zumindest die theoretische Möglichkeit einer Reevaluation zur OP belassen.“
5. Stationsarzt: „... die Hoffnung stirbt zuletzt.“
6. Stationsarzt (in diesem Fall gleichzeitig auch der Operateur): „Nachdem die Diagnose eher überraschend gestellt wurde – kurze Zeit von Diagnose bis OP – braucht der Patient noch Zeit, um alles verkraften zu können.“

7. Stationsarzt: „Der Patient ist bezüglich der Prognose der Erkrankung im vorliegenden Tumorstadium nicht aufgeklärt. Die geringe Chance auf Kuration, die es dennoch gibt, wurde beim Patientengespräch in den Vordergrund gestellt, um dem Patienten in der Zeit bis zum Auftreten eines messbaren Tumorprogresses nicht unnötig zu belasten. Bei Tumorprogress bleibt immer noch genug Zeit für ein diesbezügliches Gespräch.“
8. Stationsarzt: „Palliative Chemotherapie und die Möglichkeit einer eventuellen Operation sind medizinisch nicht sinnvoll, aber aufgrund der ungünstigen Vorgeschichte mit Verschleppung der Diagnosefindung des Patienten, erfolgt eine schrittweise Aufklärung über die infauste Prognose.“
9. Stationsarzt: „Die Erkrankung des Patienten ist sehr aggressiv, eine Heilung selten zu erreichen (trotz maximaler Chirurgie). Die Angehörigen wurden darüber informiert. Der weitere Erkrankungsverlauf wird zeigen, inwieweit eine Kuration erreicht wurde – diese kann aber nur ansatzweise eingeschätzt werden. Eine vollständige Aufklärung über die wahre Prognose würde den Patienten psychisch belasten, ohne eine andere Therapieoption aufzuwerfen. Der Patient ist 75 Jahre alt und hat im sozialen Umfeld keine „zwingenden“ Bindungen (Kinder die versorgt werden müssen, Geschäft, etc.), d.h. Dinge, die er vor seinem Tod erledigen muss. Daher wurde auf eine vollständige Aufklärung verzichtet.“
10. Stationsarzt: „Aufgrund der R1-Situation und fehlender Therapieoptionen erfolgte zum jetzigen Zeitpunkt keine detaillierte Aufklärung hinsichtlich der Prognose, um dem Patienten nicht die Hoffnung eines Behandlungserfolgs zu nehmen; zudem steht momentan noch immer ein langwieriger Wundinfekt im Vordergrund; eine detailliertere Aufklärung über Operation und Prognose erfolgt, wenn in der Nachsorge ein Rezidiv oder Metastasen manifest werden.“

Gruppe 2: Der Patient versteht es nicht.

1. Stationsarzt: „Der Patient hat die Aufklärung nur marginal verstanden; stellte trotz adäquater Aufklärung immer wieder die selben Fragen.“
2. Operateur: „Der Patient hat sicherlich Teile des Gesprächs nicht vollständig verstanden bzw. nicht hinterfragt.“
3. Operateur: „Die Ergebnisse sind allgemein schlecht. In diesem individuellen Fall nicht vollständige Aufklärung besser, da für den Patienten schwer erklärbar bzw. verstehbar.“

Gruppe 3: Die Prognose ist nicht klar.

1. Stationsarzt: „Weiterer Krankheitsverlauf niemals sicher abschätzbar – aktuell bei pT3pN0-Karzinom, R0-Resektion aber präoperativer Tumorperforation generell kurativer Ansatz mit sehr guter Heilungschance – dennoch mögliche Tumorverschleppung durch Perforation. Patient wurde über alles mehrfach informiert – letztendlich bleibt der weitere Verlauf jedoch unsicher. Damit kann eine vollständige Aufklärung nicht erfolgen.“
2. Stationsarzt: „Anmerkung zur Prognose: (geringe) Chance auf Kuration, wahrscheinlich doch eher palliativer Ansatz.“
3. Operateur: „Kurative Intention der weiteren Therapie bei insgesamt palliativer Ausgangssituation.“

Gruppe 4: Sonstige Gründe

1. Stationsarzt: „Der Patient kann die Diagnose (Rezidiv) nicht akzeptieren.“
2. Operateur: „Wunsch der Familie!“
3. Operateur: „Zum Zeitpunkt der Entlassung des Patienten lagen die Ergebnisse der histologischen Untersuchung noch nicht vor.“

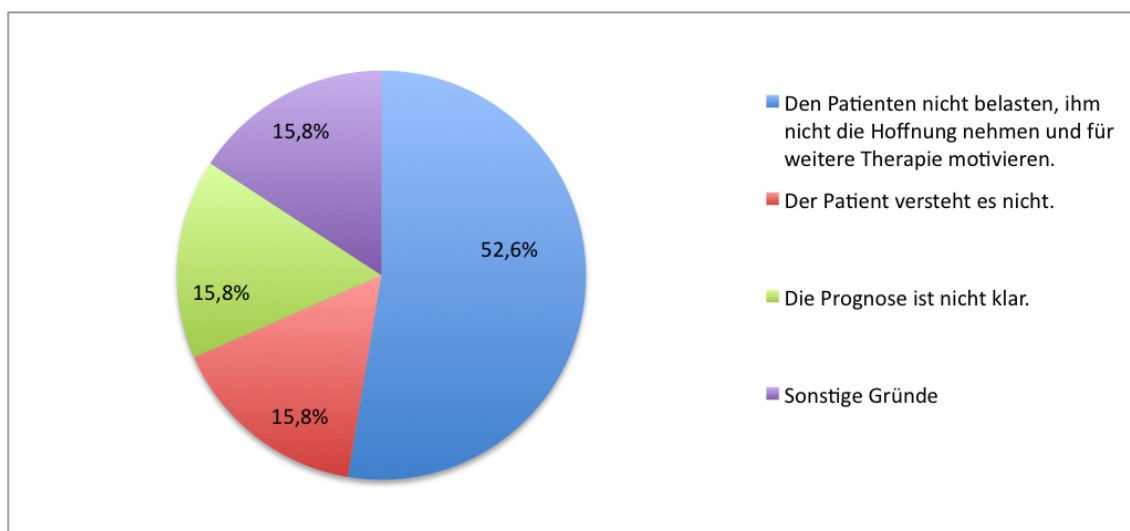


Abbildung 4.20: Begründungen für unvollständige Aufklärung

4.6 Einflussfaktoren für die Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient

4.6.1 Allgemein

Im Rahmen der statistischen Analyse wurde nach Einflussfaktoren auf die Güte der Übereinstimmung zwischen Ärzten (Stationsarzt und Operateur zusammengefasst) und dem Patienten gesucht. Dies geschah mithilfe des Fisher-Exakt-Tests. Das Irrtumsniveau α wurde bei 5% festgelegt. Bei den untersuchten Einflussfaktoren handelte es sich im Einzelnen um:

1. Versicherungsstatus (allgemein oder privat versichert)
2. Geschlecht
3. Neoadjuvante Therapie
4. Besuch der ambulanten Sprechstunde
5. Alter
6. Bildungsstatus
7. Stationäre Aufenthaltsdauer
8. Gesamtzufriedenheit.

In Tabelle 4.10 findet sich eine Übersicht der Ergebnisse. Für den Themenblock OP-Resultat ist keiner der berechneten p-Werte signifikant. Das bedeutet, es konnte kein Faktor identifiziert werden, der die Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient bezüglich des OP-Resultats statistisch signifikant beeinflusst. Die Faktoren Bildung und Aufenthaltsdauer zeigen Tendenzen, eine Rolle für die Übereinstimmung bezüglich des OP-Resultats zu spielen, keiner der mithilfe des Fisher-Exakt-Tests ermittelten p-Werte ist jedoch $< 0,05$. Damit kann für keinen der in dieser Studie überprüften möglichen Einflussfaktoren die Nullhypothese der Unabhängigkeit verworfen werden.

Bei der Kongruenz bezüglich des Themas Histologie wurden mithilfe des Fisher-Exakt-Tests drei statistisch signifikante Einflussfaktoren gefunden. Diese sind:

1. Versicherungsstatus
2. Bildungsstatus

3. Chirurgische Sprechstunde besucht.

Konkret bedeutet das, dass privat versicherte Patienten eine höhere Übereinstimmung mit ihren Ärzten das Thema Histologie betreffend aufweisen als die allgemein versicherten Patienten. Auch die Bildung des Patienten konnte als signifikanter Einflussfaktor für die Güte der Übereinstimmung mit den behandelnden Chirurgen identifiziert werden. Dabei zeigten Patienten mit einem Realschulabschluss oder allen höheren Bildungsabschlüssen signifikant bessere Übereinstimmung als die Patienten mit einem Hauptschulabschluss mit oder ohne Lehre. Der dritte signifikante Einflussfaktor auf die Übereinstimmung die Histologie betreffend, war der Besuch der chirurgischen Sprechstunde vor der stationären Aufnahme. Patienten, die zuvor die chirurgische Sprechstunde besucht hatten, wussten signifikant besser über ihre feingewebliche Untersuchung Bescheid als diejenigen, die die Sprechstunde nicht besucht hatten.

Betrachtet man das Thema weitere Therapie, so ergaben sich drei statistisch signifikante Einflussfaktoren für die Kongruenz zwischen Arzt und Patient:

1. Versicherungsstatus
2. Bildungsstatus
3. eine bereits vor der Operation durchgeführte neoadjuvante Therapie (Strahlen- und/oder Chemotherapie).

Das bedeutet, dass diejenigen Patienten, die bereits vor ihrem aktuellen stationären Aufenthalt in der Chirurgie eine neoadjuvante Therapie erhalten hatten, signifikant besser über ihre weiteren Therapiepläne Bescheid wussten. Zum anderen erwiesen sich auch hier Bildung und Versicherungsstatus als signifikante Einflussfaktoren. Weitere signifikante Einflussfaktoren für das Thema weitere Therapie konnten nicht ermittelt werden.

Für die Übereinstimmung bezüglich des Wissens über die Prognose erwies sich der Einflussfaktor „Alter des Patienten“ als statistisch signifikant. Jüngere Patienten zeigten sich demnach signifikant weniger häufig korrekt über ihre Prognose informiert als die älteren Patienten.

Bei der Kongruenz bezüglich der Histologie zeigten sich im Rahmen der statistischen Analyse drei signifikante Einflussfaktoren. Diese waren Versicherungsstatus, Besuch der Sprechstunde und Bildungsstatus. Führt man nun einen Vierfeldertest durch, kann man die Nullhypothese, dass Bildungsstatus und Versicherungsstatus unabhängig sind, verwerfen (p-Wert: 0.0002193). Das bedeutet, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass

Tabelle 4.10: Einflussfaktoren auf die Kongruenz zwischen Arzt und Patient

Einflussfaktoren		p (OP)	p (Histo)	p (w. Therapie)	p (Prognose)
Versicherungsstatus	(priv., gesetzl.)	0.4297	0.04467	0.02918	1
Geschlecht	(m, w)	0.5304	1	1	1
Neoadjuvante Therapie	(ja, nein)	0.4961	1	0.04834	0.6664
Sprechstunde	(ja, nein)	0.605	0.01024	0.07292	1
Alter	(≤ 67 , > 67)	0.6061	0.1837	0.447	0.04251
Bildung	(≤ 2 , > 2)	0.0926	0.04467	0.02918	1
Aufenthaltsdauer	(≤ 16 , > 16)	0.06044	0.2726	0.4262	0.4097
Gesamtzufriedenheit	($\leq 4,25$, $> 4,25$)	1	0.4818	1	0.429

die Faktoren Versicherungsstatus und Bildungsstatus sich gegenseitig bedingen. Das gleiche gilt für die beiden signifikanten Einflussfaktoren Bildung und Versicherungsstatus bezüglich des Themas weitere Therapie.

4.6.2 Subgruppenanalyse kurativ/palliativ behandelte Patienten

Zusätzlich wurden die beiden Subgruppen „kurative Therapie“ und „palliative Therapie“ getrennt voneinander auf dieselben statistisch signifikanten Einflussfaktoren untersucht. Die Ergebnisse für die Gruppe der Patienten mit dem Behandlungsziel „Kuration“ sind in Tabelle 4.11 dargestellt. In dieser Gruppe ließen sich weder für den Themenblock OP-Resultat, noch für den Themenblock Prognose statistisch signifikante p-Werte ($< 0,05$) ermitteln. Das Thema Histologie betreffend waren wiederum die beiden Faktoren Versicherungsstatus und Bildungsstatus signifikante Einflussfaktoren für eine hohe Übereinstimmung zwischen Arzt und kurativ behandeltem Patient. Das bedeutet, dass auch in der Gruppe der kurativ behandelten Patienten die privat versicherten Patienten und diejenigen mit einem gleichwertigen oder höheren Bildungsabschluss als einem Realschulabschluss, signifikant besser über das Resultat ihrer feingeweblichen Untersuchung informiert waren. Der Besuch der chirurgischen Sprechstunde konnte in dieser Gruppe nicht als statistisch signifikanter Einflussfaktor für das Wissen über die Histologie identifiziert werden. Das Thema weitere Therapie betreffend, fand sich der Versicherungsstatus der Patienten als statistisch signifikanter Einflussfaktor für die Übereinstimmung des Wissens über die weitere Therapie. Die privat versicherten Patienten waren hier besser informiert als die gesetzlich versicherten Patienten.

Tabelle 4.11: Einflussfaktoren auf die Kongruenz zwischen Arzt und kurativ behandeltem Patient

Einflussfaktoren		p (OP)	p (Histo)	p (w. Therapie)	p (Prognose)
Versicherungsstatus	(priv., gesetzl.)	0.3813	0.008773	0.03278	0.1630
Geschlecht	(m, w)	0.5134	1	1	0.1630
Neoadjuvante Therapie	(ja, nein)	0.5583	0.8479	0.1317	0.5072
Sprechstunde	(ja, nein)	0.3913	0.05552	0.1696	1
Alter	(≤ 67 , > 67)	0.5134	0.212	0.8043	1
Bildung	(≤ 2 , > 2)	0.1828	0.03931	0.05321	0.5109
Aufenthaltsdauer	(≤ 16 , > 16)	0.1783	0.2422	0.8043	1
Gesamtzufriedenheit	($\leq 4,25$, $> 4,25$)	0.8018	0.8708	1	1

Tabelle 4.12: Einflussfaktoren auf die Kongruenz zwischen Arzt und palliativ behandeltem Patient

Einflussfaktoren		p (OP)	p (Histo)	p (w. Therapie)	p (Prognose)
Versicherungsstatus	(priv., gesetzl.)	1	0.25	1	1
Geschlecht	(m, w)	0.1364	0.7273	1	1
Neoadjuvante Therapie	(ja, nein)	1	0.7576	0.5152	1
Sprechstunde	(ja, nein)	0.7475	0.3561	0.4697	0.5714
Alter	(≤ 67 , > 67)	1	0.7576	1	0.03333
Bildung	(≤ 2 , > 2)	0.6212	0.697	1	0.4667
Aufenthaltsdauer	(≤ 16 , > 16)	0.7475	0.7727	0.4697	0.2
Gesamtzufriedenheit	($\leq 4,25$, $> 4,25$)	0.7475	0.3561	1	1

Für die Gruppe der palliativ therapierten Patienten konnten weder für das Thema OP-Resultat, noch für die Bereiche Histologie oder weitere Therapie statistisch signifikante Einflussfaktoren für die Übereinstimmung zwischen Ärzten und Patient gefunden werden. Einige der ermittelten und in Tabelle 4.12 dargestellten p-Werte wurden als Tendenzen gewertet und in die Diskussion integriert.

Durch die Aufteilung in die genannten Untergruppen sind die Fallzahlen in den einzelnen Gruppen relativ gering, somit ist es schwieriger, statistisch signifikante Einflussfaktoren auch in den Untergruppen zu erkennen.

Als statistisch signifikanter Einflussfaktor hinsichtlich der Prognose zeigte sich bei den palliativen Patienten das Alter der Patienten. Die jüngeren palliativ therapierten Patienten zeigten eine signifikant schlechtere Übereinstimmung mit den behandelnden Chirurgen bezüglich ihrer Prognose als die älteren Patienten.

4.7 Die Patientenzufriedenheit und ihr Einfluss auf die Übereinstimmung

Nach stattgefundener Operation wurde jeder Patient gebeten, im Verlauf des postoperativen Zeitraums einen Zufriedenheitsfragebogen auszufüllen (Anhang A.4). Auch hier sollten die Patienten ihre Zufriedenheit auf einer Likert-Skala von 1 „unzufrieden“ bis 5 „sehr zufrieden“ einstufen. Zusätzlich sollte ebenfalls auf einer Skala von 1 „nicht wichtig“ bis 5 „extrem wichtig“ angegeben werden, wie wichtig dem Patienten der entsprechende Aspekt seines stationären Aufenthalts ist. Die Ergebnisse sind in den Abbildungen 4.21 und 4.22 dargestellt.

Der Fragebogen enthält drei Fragen (Frage 3-5), die unmittelbar mit dem Inhalt dieser Studie in Zusammenhang stehen. Die übrigen Fragen beziehen sich eher auf andere Aspekte des stationären Aufenthalts des Patienten und werden aus diesem Grund nicht näher erläutert. Besonders hervorzuheben sind zum einen die Ergebnisse, was das „Können der Ärzte“ betrifft. Hier gaben 92% der Befragten an, dass ihnen dieser Punkt „extrem wichtig“ sei, 5% fanden diesen Punkt „sehr wichtig“ und 3% „ziemlich wichtig“. 92% waren mit dem Können der Ärzte „sehr zufrieden“. Die übrigen 8% waren „ziemlich zufrieden“, eine schlechtere Einstufung bezüglich des Könnens der Ärzte wurde von keinem der Patienten vorgenommen.

Der für diese Studie ebenfalls in besonderem Maße relevante Aspekt „Umgang der Ärzte mit den Patienten“ lieferte folgende Ergebnisse: Für 71% der Patienten ist dieser Aspekt „extrem wichtig“, 26% finden ihn „sehr wichtig“ und keiner stufte dieses Thema als „nicht wichtig“ ein. Letztendlich gaben 89% an, mit dem Umgang der Ärzte mit ihnen „sehr zufrieden“ zu sein. Jeweils 5% waren „ziemlich zufrieden“ oder „eher zufrieden“. Das Thema „Informationsvermittlung“ stuften 71% als „extrem wichtig“, 18% als „sehr wichtig“ und 11% als „ziemlich wichtig“ ein. Die Mehrheit der befragten Patienten (61%) war mit der Informationsvermittlung während ihres stationären Aufenthalts „sehr zufrieden“. 29% gaben an, „ziemlich zufrieden“ gewesen zu sein, 8% „eher zufrieden“ und 3% waren „eher unzufrieden“.

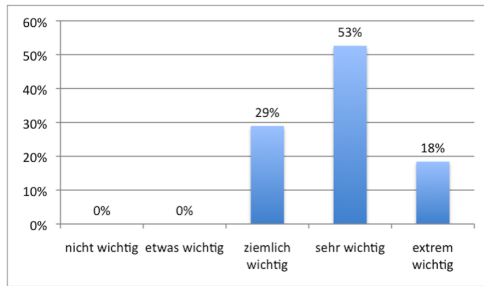
Der letzte Themenblock erfragte die Zufriedenheit mit dem Gesamtergebnis des Krankenhausaufenthalts und die Wichtigkeit dieses Aspekts für den Patienten. 79% fanden das Gesamtergebnis „extrem wichtig“, 21% „sehr wichtig“. Eine niedrigere Einstufung nahm kein Patient vor. 47% waren mit dem Ergebnis letztendlich „sehr zufrieden“, die Mehrheit (53%) entschied sich mit „ziemlich zufrieden“ für die zweithöchste Einstufung.

Zusätzlich sollte jeder Patient seine Zufriedenheit und die Wichtigkeit bezüglich folgender Themen angeben:

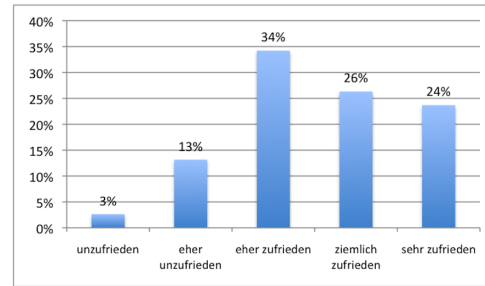
1. Krankenzimmer
2. Verpflegung/Tagesablauf
3. Betreuung durch das Pflegepersonal
4. Krankenhausorganisation
5. Angebote für Patienten
6. Erreichbarkeit des Krankenhauses.

Die Ergebnisse hierzu finden sich ebenfalls in den Abbildungen 4.21 und 4.22. Die durchschnittliche Gesamtzufriedenheit gemittelt aus allen zehn Themenblöcken betrug 4,26.

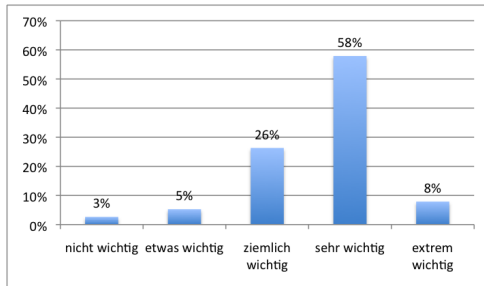
Weiterhin wurde untersucht, inwieweit die einzelnen Aspekte der Patientenzufriedenheit einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Übereinstimmung des erfragten Wissens der Patienten und der laut den Ärzten übermittelten Information haben. Die Ergebnisse sind im Einzelnen in der Tabelle 4.13 dargestellt. Als besonders relevant wurden dabei die Themen „Umgang der Ärzte mit den Patienten“ und „Informationsvermittlung durch die Ärzte“ betrachtet. Es ergaben sich jedoch keine statistisch signifikanten Einflüsse einzelner Aspekte der Patientenzufriedenheit auf die Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient. Zusätzlich wurde überprüft, ob die Gesamtzufriedenheit des jeweiligen Patienten einen Einfluss auf seine Übereinstimmung mit den Ärzten bezüglich OP-Resultat, Histologie, weitere Therapie oder Prognose hat. Die Ergebnisse hierzu finden sich in den Tabellen 4.10, 4.11 und 4.12 in Kapitel 4.6.1. Dabei hatte die Gesamtzufriedenheit der Patienten für keinen der Themenkomplexe einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient. Die zu Beginn aufgestellte Nullhypothese, die Patientenzufriedenheit habe keinen Einfluss auf die Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient, kann in dieser Studie nicht verworfen werden. Das bedeutet, dass ein Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Informiertheit der Patienten am Ende ihres stationären Aufenthalts mit den vorliegenden Daten nicht nachgewiesen werden konnte.



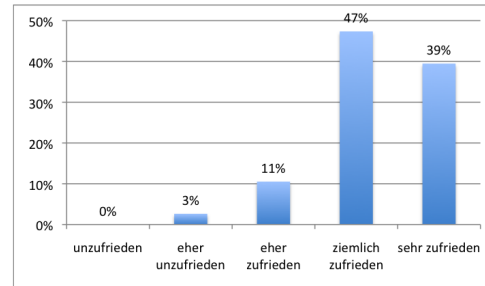
(a) Wie wichtig sind für Sie die Krankenzimmer?



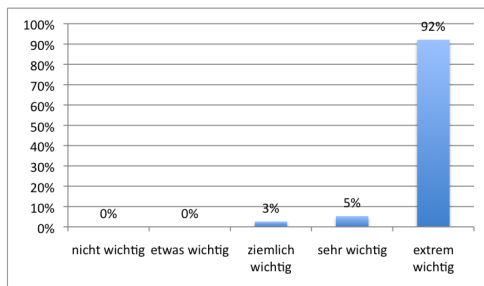
(b) Wie zufrieden sind Sie mit dem Krankenzimmer?



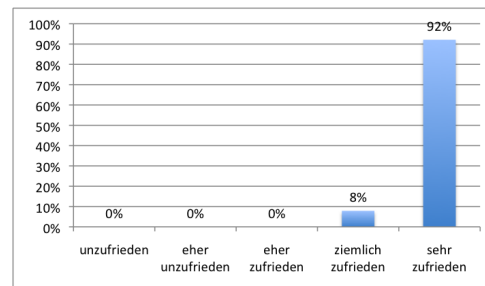
(c) Wie wichtig sind für Sie Verpflegung und Tagesablauf?



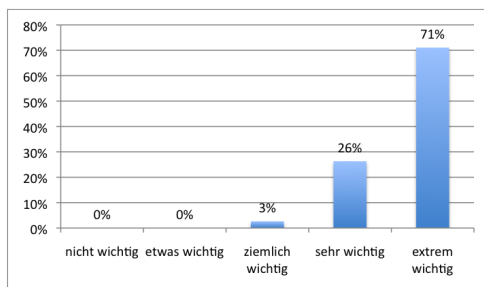
(d) Wie zufrieden sind Sie mit Verpflegung und Tagesablauf?



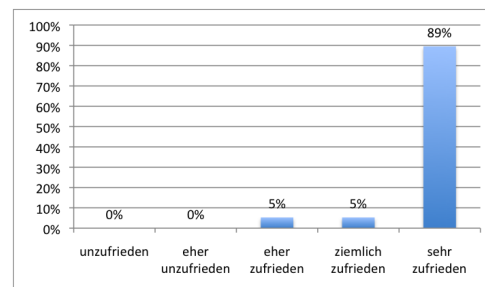
(e) Wie wichtig ist Ihnen das fachliche Können der Ärzte?



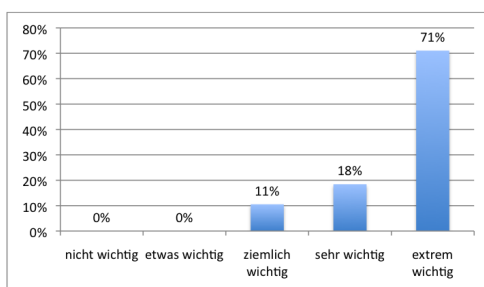
(f) Wie zufrieden sind Sie mit dem fachlichen Können der Ärzte?



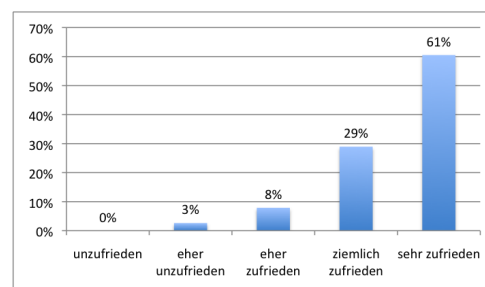
(g) Wie wichtig ist für Sie der Umgang der Ärzte mit den Patienten?



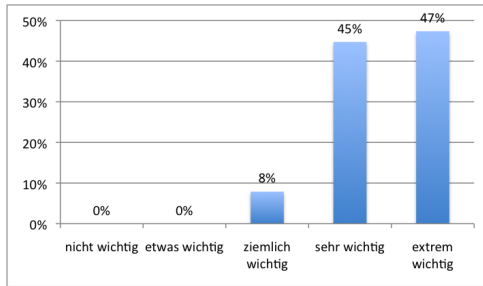
(h) Wie zufrieden sind Sie mit dem Umgang der Ärzte mit den Patienten?



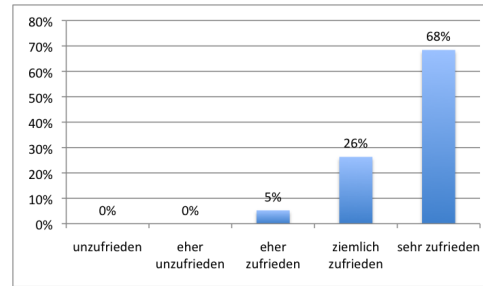
(i) Wie wichtig sind für Sie Informationen (z.B. über Untersuchungsergebnisse)?



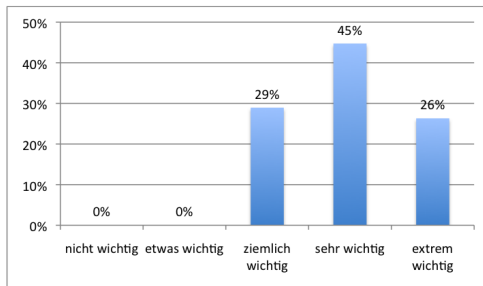
(j) Wie zufrieden sind Sie mit den Informationen (z.B. über Untersuchungsergebnisse)?



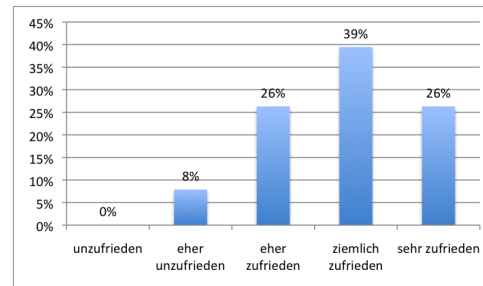
(a) Wie wichtig ist für Sie die Betreuung durch das Pflegepersonal?



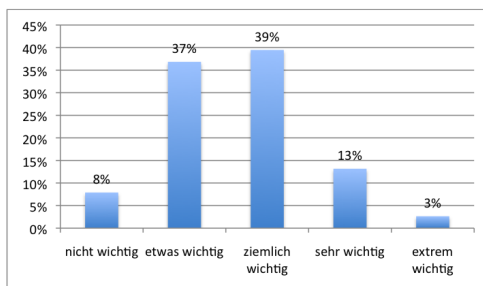
(b) Wie zufrieden sind Sie mit der Betreuung durch das Pflegepersonal?



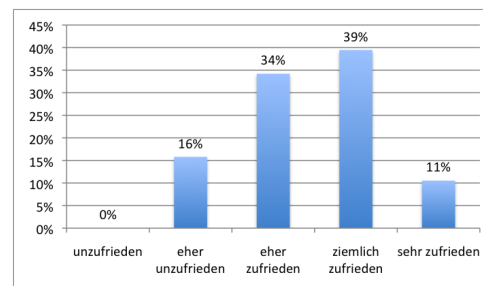
(c) Wie wichtig ist für Sie die Krankenhausorganisation?



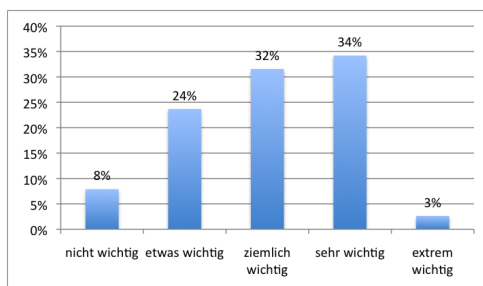
(d) Wie zufrieden sind Sie mit der Krankenhausorganisation?



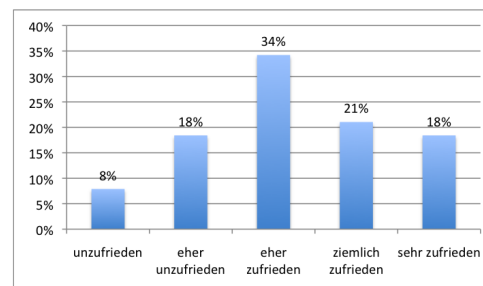
(e) Wie wichtig sind für Sie Angebote für Patienten (z.B. Aufenthaltsraum, Telefon)?



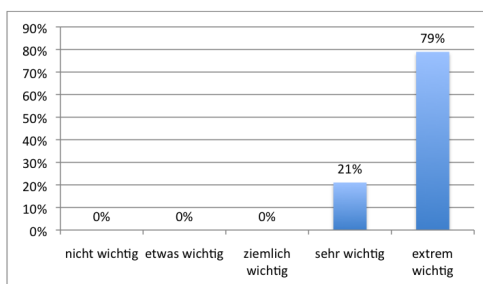
(f) Wie zufrieden sind Sie mit den Angeboten für Patienten (z.B. Aufenthaltsraum, Telefon)?



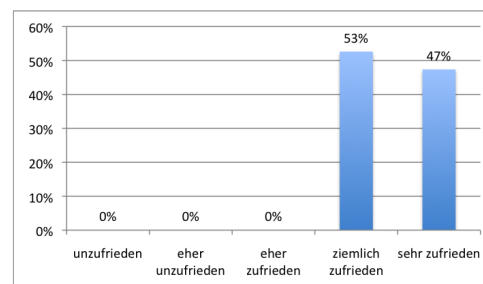
(g) Wie wichtig ist für Sie die Erreichbarkeit des Krankenhauses?



(h) Wie zufrieden sind Sie mit der Erreichbarkeit des Krankenhauses?



(i) Wie wichtig ist für Sie das Ergebnis des Krankenhausaufenthalts?



(j) Wie zufrieden sind Sie mit dem (bisherigen) Ergebnis des Krankenhausaufenthalts?

Tabelle 4.13: Aspekte der Patientenzufriedenheit und ihr Einfluss auf die Kongruenz zwischen Ärzten und Patient

	p (OP-Resultat)	p (Histologie)	p (weitere Therapie)
Krankenzimmer	0.6668	0.1860	0.5236
Verpflegung/Tagesablauf	0.9278	0.9660	0.4654
Können der Ärzte	0.4302	0.3883	0.5669
Umgang der Ärzte mit den Patienten	1	0.2091	0.2822
Informationsvermittlung	0.0364	0.7330	1
Betreuung durch das Pflegepersonal	0.1408	0.3994	0.3557
Krankenhausorganisation	0.7235	0.6134	0.2347
Angebote für die Patienten	0.6163	0.4468	0.1744
Erreichbarkeit des Krankenhauses	0.04840	0.8214	0.6189
Gesamtergebnis des Aufenthalts	0.2482	0.4401	0.3250

Kapitel 5

Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

5.1.1 Kommunikationsprobleme in der Chirurgie

Die hier vorliegende Kommunikationsstudie lässt die Schlussfolgerung zu, dass Kommunikationsprobleme und -defizite zwischen Chirurgen und ihren onkologischen Patienten bestehen, insbesondere in der Gruppe der palliativ operierten Patienten hinsichtlich ihrer Prognose. Die Hälfte der befragten palliativen Patienten ging in dieser Befragung von einem kurativen Behandlungsziel aus, nur etwa ein Drittel der Patienten von einem palliativen. Die übrigen knapp 17% waren eigenen Angaben zufolge nicht einmal über ihr Behandlungsziel informiert worden. Vergleichsweise stimmten 88,5% der kurativ operierten Patienten mit ihren Chirurgen bezüglich des Behandlungsziels überein.

Die anfangs aufgestellte Hypothese, es existiere kein Unterschied bezüglich des Wissens über die Prognose zwischen kurativen und palliativen Patienten in der Chirurgie, kann angesichts der vorliegenden Ergebnisse verworfen werden ($p=0,003353$).

Allerdings existiert kein statistisch relevanter Unterschied zwischen kurativen und palliativen Patienten bezüglich der Güte der Übereinstimmung die Themen OP-Resultat ($p=0,2442$), Histologie ($p=0,7937$) und weitere Therapie ($p=1$) betreffend. Dadurch wird eine zufällig geringere geistige Kapazität der palliativ therapierten Patienten, als Erklärung für die signifikant schlechtere Übereinstimmung die Prognose betreffend, unwahrscheinlich.

Diese Resultate werden durch die Studie von Quirt unterstützt, in welcher palliativ behandelte Lungenkarzinompatienten ebenfalls eine wesentlich niedrigere Übereinstimmung mit ihren Ärzten bezüglich ihrer Prognose zeigten, als die kurativ behandelte Gruppe (Quirt et al., 1997). In einer Studie von Gattellari wurde das Verständnis- bzw. Verdrängungs-

level der Patienten untersucht, indem ihre Aussagen in Fragebögen mit den durch die Ärzte übermittelten Fakten verglichen wurden. Hier erwiesen sich die palliativ therapierten Patienten mit einer Übereinstimmung von 18% ebenfalls als besonders schlecht über ihre Prognose informiert, gegenüber den kurativ therapierten Patienten (Gattellari et al., 1998).

Insgesamt stimmten in dieser Studie 71,1% der Patienten über ihre Prognose mit den Ärzten überein. Dies ist ein wesentlich höherer Anteil als in den Arbeiten von Quirt und Gabrijel (36% und 49%). Eine Erklärung hierfür könnte der Zeitpunkt des Patienteninterviews sein. Dieses fand in den beiden genannten Studien vergleichsweise früh statt, nämlich unmittelbar nach Therapiebeginn (Quirt et al., 1997) bzw. ein bis drei Tage nach Diagnosemitteilung (Gabrijel et al., 2008). In unserer Studie fand das Patienteninterview am Ende des stationären Aufenthalts statt. Die Patienten hatten zu dieser Zeit bereits mehr Gelegenheiten, durch ihren Arzt aufgeklärt zu werden und entsprechende Fragen zu stellen. Die Diagnosemitteilung lag länger zurück als in den beiden zuvor genannten Studien und die Patienten hatten länger die Gelegenheit, ihre Diagnose und die damit verbundene Prognose einschätzen zu lernen.

In einer weiteren Studie evaluierten Sapir et al. das Wissen ihrer Krebspatienten über ihre Diagnose und das Krankheitsstadium in einem strukturierten Interview. Übereinstimmend mit der vorliegenden Studie zeigte sich auch hier die Tendenz der Patienten, das Ausmaß ihrer Erkrankung zu unterschätzen. So behaupteten 36% der Patienten mit progressiver Tumorerkrankung, dass ihre Erkrankung stabil oder in Remission sei (Sapir et al., 2000). Insgesamt zeigen sich in der genannten Literatur – bestätigt durch die vorliegende Studie – die Neigung der Patienten, ihre Erkrankung zu unterschätzen und eine schlechtere Informiertheit bezüglich der Prognose bei palliativen Patienten als bei kurativen.

Diese Ergebnisse lassen sich nicht zwangsweise mit der schlechten Aufklärung durch die Ärzte erklären. Auch psychologische Verdrängungsmechanismen und Verleugnung bieten eine mögliche Erklärung für die scheinbar schlechte Informiertheit der Patienten über ihre Prognose. Gattellaris Studie, in welcher die Verleugnung von ärztlichen Informationen durch die Patienten zu falschen Annahmen bezüglich der Heilungschancen führte, bestätigt diese Annahme (Gattellari et al., 1998). Mehrere Studien der vergangenen Jahrzehnte haben gezeigt, dass die meisten Patienten nach einer besonders erschütternden Nachricht – beispielsweise einer Krebsdiagnose – zu überwältigt sind, um weitere Informationen vollständig aufzunehmen (Hogbin and Fallowfield, 1989; Cuisinier et al., 1986; Ong et al., 1995). Als Konsequenz daraus haben viele Krebspatienten das Gefühl, nicht

alle Informationen über ihre Krankheit zu besitzen, was wiederum zu Depression, Angst und Unsicherheit bei den Patienten führt (Fallowfield et al., 1990; Molleman et al., 1984). In Fallowfields Studie beispielsweise traten bei Brustkrebspatientinnen, die das Gefühl hatten zu wenig Informationen über ihre Krankheit erhalten zu haben, 12 Monate nach ihrer Operation mit doppelter Wahrscheinlichkeit psychiatrische Erkrankungen wie Depression oder Angststörungen auf, verglichen mit denjenigen, die sich nach der initialen Operation ausreichend informiert gefühlt hatten (Fallowfield et al., 1990).

Besonders wenig Übereinstimmung zwischen Patientenwissen und laut den Ärzten übermittelter Information zeigte sich bezüglich der Histologie. Weit mehr als die Hälfte der Antworten war inkongruent oder nur teilweise kongruent (60,5%) und nur 39,5% der befragten Arzt-Patient-Paare stimmten in ihren Antworten völlig überein. Ein Grund hierfür ist möglicherweise die Tatsache, dass sich die feingewebliche Untersuchung für den Arzt im Vergleich zu den anderen Themen am schwersten in eine für den Patienten verständliche, nicht-medizinische Sprache übersetzen lässt. Eine ähnliche Studie zum Vergleich des Kenntnisstandes des Patienten mit dem der behandelnden Chirurgen über die Histologie des während der Operation entnommenen Tumorgewebes existierte zum Zeitpunkt dieser Studie noch nicht.

Am ehesten vergleichbar mit dem Wissen über die feingewebliche Untersuchung nach stattgefundener Operation ist das Wissen über das Ausmaß der Krebserkrankung. In der Studie von Quirt stimmten 64% der befragten Bronchialkarzinompatienten mit ihrem Arzt überein, was das Ausmaß der Erkrankung betraf (Quirt et al., 1997). In Gattellaris Arbeit stimmte mit 71 % ebenfalls ein Großteil der Krebspatienten mit ihren Ärzten das Ausmaß der Erkrankung betreffend überein (Gattellari et al., 1998).

Die 1995 erschienene Arbeit von Butow konnte Missverständnisse und Wissenslücken bei Tumorpatienten über das Ausmaß ihrer Erkrankung aufzeigen. 13% der Patienten mit einem soliden Tumor glaubten hier, Metastasen zu haben. 19% der Patienten mit metastasierten Tumoren glaubten daran, allein an einem soliden Tumor zu leiden (Butow et al., 1995). Dennoch war der Anteil an Patienten, die bezüglich des Ausmaßes mit ihren Ärzten übereinstimmten, auch in dieser Studie höher als in der hier vorliegenden Untersuchung.

Der höhere Anteil an Übereinstimmung in den drei genannten Arbeiten von Quirt, Gattellari und Butow könnte dadurch erklärt werden, dass die Patienten sich jeweils darüber im Klaren sein mussten, ob sie einen lokalisierten Tumor oder bereits Metastasen haben. In der hier vorliegenden Arbeit wurde die Übereinstimmung des Wissens bezüglich der feingeweblichen Untersuchung des während der Operation entnommenen Gewebes vergli-

chen. Diese enthält ebenfalls Information über das Ausmaß der Erkrankung, allerdings beinhaltet sie zusätzlich Begriffe und Details, die von den Patienten nicht oder nur bedingt verstanden werden können und welche für den Arzt teilweise schwieriger in eine für den Patienten verständliche Sprache zu übersetzen sind. Dazu zählen beispielsweise der Resektionsstatus, das T-Stadium der TNM-Klassifikation oder der Differenzierungsgrad des Tumors. Hinzu kommen bestimmte histologische oder molekulargenetische Eigenschaften des Tumors, welche für das Ausmaß bzw. das Stadium der Erkrankung ausschlaggebend sind, sich jedoch nur schwer aus der Fachsprache in eine dem Laienverständnis angepasste Sprache übersetzen lassen.

Die höchste Übereinstimmung fand sich bezüglich der weiteren Therapie. Hier waren 76,3% der Patientenantworten kongruent mit denen ihrer Ärzte. Dieser hohe Anteil könnte dadurch erklärt werden, dass es sich hier um eine eher organisatorische Frage handelt, welche sich relativ präzise und ohne die Notwendigkeit medizinischen Verständnisses beantworten lässt. Als besonders interessant in dieser Studie erwies sich die Tatsache, dass Patienten, die vor ihrer Operation bereits eine neoadjuvante Behandlung (Strahlentherapie und/oder Chemotherapie) erhielten, signifikant besser über die weitere Therapie Bescheid wussten, als die übrigen Patienten. Dieses Ergebnis wird im Folgenden unter Punkt 5.1.2 weiter diskutiert.

Die oben genannten Ergebnisse der Übereinstimmung zwischen Chirurgen und Patient beziehen sich auf den Vergleich der Aussagen zwischen Patient auf der einen Seite und seinem Stationsarzt sowie seinem Operateur auf der anderen Seite. Warum es sinnvoll ist, die Aussagen des Patienten mit den Aussagen dieser beiden Ärzte zu vergleichen, ist unter Punkt 5.2.3 ausführlich erläutert. Zusätzlich wurden die Patientenaussagen jeweils getrennt mit den Aussagen des Stationsarztes und des Operateurs verglichen. Der Vergleich zwischen Patient und Stationsarzt unterschied sich in keinem der vier Themenbereiche wesentlich vom Vergleich zwischen Patient und beiden Ärzten zusammen. Der Vergleich zwischen Patient und seinem Operateur allein unterschied sich lediglich in zwei der untersuchten Bereiche vom Vergleich der Aussagen desselben Patienten mit den Aussagen beider Ärzte zusammengefasst. Bezüglich des OP-Resultats zeigte sich eine etwas bessere Übereinstimmung zwischen Patient und Operateur als zwischen Patient und den beiden Ärzten gemeinsam (64,3% versus 60,5%). Dies könnte damit zusammenhängen, dass der Operateur diejenige Person ist, welche die Operation durchgeführt hat, also eine maximale Kenntnis der Operation besitzt. Der Stationsarzt hingegen war unter Umständen bei der Operation des von ihm betreuten Patienten nicht anwesend

und kann die Operation somit nur aus Berichten nachvollziehen, wodurch Kommunikationslücken entstehen können.

Ein weiterer Unterschied ergab sich das Thema Prognose betreffend. Hierbei zeigte sich, dass der Operateur häufiger nicht mit seinem Patienten über die Prognose sprach als der Stationsarzt.

26,3% der Operateure sprachen nicht mit dem Patienten über das Ziel der Behandlung (kurativ versus palliativ), bei den Stationsärzten waren es dagegen 15,8%. Dabei unterschied sich der Anteil der kurativ behandelten Patienten, mit denen nicht über die Prognose gesprochen wurde, kaum zwischen den Stationsärzten und Operateuren (15,4% versus 15,3%). Bei den palliativen Patienten hingegen sprachen die Operateure in 41,7% der Fälle nicht mit dem Patienten, bei den Stationsärzten waren es nur 16,7%. Es scheint, dass es den Operateuren deutlich schwerer fällt, dem Patienten die ausbleibende Wirksamkeit der chirurgischen Therapie zu vermitteln. Gleichzeitig zeigte sich eine höhere Übereinstimmung bezüglich der Prognose zwischen palliativem Patient und Operateur gegenüber palliativem Patient und Stationsarzt (41,7% versus 33,3%). Dies kann dadurch erklärt werden, dass einige Operateure einen objektiv palliativen Patienten im postoperativen Fragebogen als kurativ bezeichneten. Sofern einer dieser palliativen Patienten seine Prognose ebenfalls als kurativ bezeichnete, ergab sich fälschlicherweise eine Übereinstimmung zwischen Operateur und Patient. Diese Tatsache liefert einen wichtigen Hinweis auf die Ursache für Wissenslücken und Missverständnisse bei den Patienten. Auch unterstreicht dies wieder die Problematik der Operateure, mit dem Versagen der chirurgischen kurativen Option umzugehen.

Der Vergleich der Aussagen von Stationsarzt und Operateur, auf einen gemeinsamen Patienten bezogen, bestätigt dieses Problem. Nur in 50% der Fälle waren die Aussagen bezüglich der Prognose eines palliativen Patienten zwischen den beiden Ärzten kongruent. Dies ist ohne Zweifel ein sehr hoher Anteil an Inkongruenz zwischen Stationsarzt und Operateur bezüglich der Prognose. Der Operateur gab dabei wesentlich häufiger eine objektiv falsche Prognose an. Auch hier muss an die Möglichkeit gedacht werden, dass der Operateur beim Ausfüllen des Fragebogens möglicherweise nicht die gleiche Information angab, welche er dem Patienten zuvor übermittelt hatte. Es zeigten sich jedoch auch bezüglich der anderen Themenbereiche teilweise widersprüchliche Aussagen. Somit stellt sich die Frage, inwieweit die Patienten, angesichts bestehender Kommunikationsdefizite zwischen ihren behandelnden Ärzten, adäquat aufgeklärt werden können.

5.1.2 Einflussfaktoren auf die Kommunikation zwischen Chirurg und onkologischem Patient

Im Gegensatz zu den Kommunikationsstudien von Gabrijel oder Quirt, wurden in dieser Studie eine Reihe von Einflussfaktoren auf den Grad der Übereinstimmung zwischen Chirurgen und ihren onkologischen Patienten überprüft. In der Kategorie OP-Resultat ergaben sich Tendenzen für die Faktoren Bildungsstatus und Aufenthaltsdauer. Für die Überprüfung, ob ein statistisch signifikanter Einfluss dieser Faktoren vorliegt, wäre die Durchführung weiterer Studien mit höherer Fallzahl sinnvoll.

Für die Übereinstimmung bezüglich der Histologie waren die Faktoren Versicherungsstatus, Bildungsstatus und Besuch der Sprechstunde statistisch signifikant.

Die chirurgische Sprechstunde als signifikanter Einflussfaktor ist hierbei ein wichtiges Ergebnis dieser Studie, da die ärztlichen Sprechstunden in einer Klinik einen hohen Mehraufwand an Organisation und Personal erfordern. Immer wieder gerät das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen dieser ambulanten Sprechstunden auch politisch in die Diskussion. Die vorliegende Untersuchung konnte zeigen, dass das Aufsuchen der chirurgischen Sprechstunde vor der stationären Aufnahme dem Patienten hilft, die Informationen über die feingewebliche Untersuchung besser zu verstehen. Vorabinformationen über mögliche Resultate und Verläufe nach der Operation führten in dieser Studie zu einem höheren Wissen der Patienten über das Resultat der Gewebeuntersuchung.

Auch für die weitere Therapie zeigte sich die Tendenz, dass der Besuch der Sprechstunde das Verständnis der Patienten verbessert. Eine Abschaffung der ambulanten chirurgischen Sprechstunde wäre den Ergebnissen dieser Studie zufolge ein Nachteil für das Krankheitsverständnis und die Informiertheit onkologischer Patienten.

Versicherungsstatus und der Bildungsstatus des Patienten waren sowohl für das Thema Histologie als auch für das Thema weitere Therapie signifikante Einflussfaktoren. Ein höherer Schulabschluss oder eine private Krankenversicherung führten zu besserer Aufklärung der Patienten, die beiden genannten Themen betreffend. Es ist anzunehmen, dass ein höherer Schulabschluss mit einer allgemein höheren Intelligenz des Patienten einhergeht. Der Patient ist leichter in der Lage, medizinische Information zu hinterfragen, selbst nachzulesen, zu verstehen und in Erinnerung zu behalten.

Die bessere Aufklärung der privat versicherten Patienten könnte durch unser Gesundheitssystem erklärt werden. Privat versicherte Patienten bringen den Kliniken in Deutschland wesentlich mehr Geld ein als gesetzlich versicherte Patienten. Privatpatienten haben meist Anspruch auf Chefarztbehandlung und freiere Auswahl zwischen den verschiedenen

Kliniken. Dies führt zu einer eindeutigen Tendenz, privat versicherte Patienten in gewissem Maße intensiver zu betreuen - auch bezogen auf die regelmäßige Kommunikation zwischen Chirurg und Patient.

Es muss jedoch betont werden, dass die Faktoren Versicherungsstatus und Bildung in dieser Studie nicht unabhängig voneinander sind. Das bedeutet, es besteht durchaus die Möglichkeit, dass diese Faktoren sich gegenseitig bedingen. Ein Patient mit höherem Bildungsabschluss wird eher einen Beruf mit hohem Einkommen ausüben als ein Patient mit niedrigem Bildungsabschluss. Mit höherem Einkommen steigt auch die Wahrscheinlichkeit, privat krankenversichert zu sein. Umgekehrt besitzt ein privat versicherter Patient häufiger einen höheren Schulabschluss, als ein gesetzlich versicherter Patient und ist somit mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit intelligenter. Um den Einfluss der beiden Faktoren besser differenzieren zu können, müssen weitere Studien mit höherer Fallzahl angeschlossen werden. Dennoch liegt hier mit der Signifikanz dieser beiden Faktoren ein wichtiges Ergebnis vor, da gezeigt wird, dass bestimmte gesellschaftliche Attribute mit einer besseren Aufklärung der Patienten einhergehen.

Ein signifikanter Einflussfaktor für die Übereinstimmung bezüglich der weiteren Therapie war eine im Vorfeld der Operation durchgeführte neoadjuvante Therapie. Dieses Ergebnis lässt sich dadurch erklären, dass sich die Gruppe neoadjuvant therapierter Patienten meist schon länger in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befindet. Diesen Patienten wurde häufiger schon das gesamte geplante Therapiekonzept erläutert und sie hatten somit mehr Gelegenheit, Informationen auch über die weitere Therapie zu erhalten oder einzufordern. Zudem kennen sich Patienten, die bereits eine Chemo - und/oder Strahlentherapie erhalten haben, meist besser aus, wenn es um eine solche der Operation folgende Therapie geht, als Patienten, deren erste Therapie im Rahmen ihrer onkologischen Erkrankung der operative Eingriff war.

Hinsichtlich der Prognose war das Alter der Patienten ein Einflussfaktor für die Übereinstimmung. Jüngere Patienten stimmten weniger häufig mit den Ärzten hinsichtlich der Prognose überein als die älteren Patienten. Besonders interessant war dabei die getrennte Betrachtung der kurativen und palliativen Patienten. In der Gruppe der kurativ behandelten Patienten spielte das Alter als Einflussfaktor keine Rolle mehr. Bei den palliativen Patienten waren die jüngeren Patienten jedoch schlechter über ihre Prognose informiert als die älteren. Hier bietet sich ein Vergleich mit Jansens Studie an. Interessanterweise nahm hier die Übereinstimmung zwischen Patienten und Arzt bezüglich verschiedener Aspekte der Erkrankung mit zunehmendem Alter des Patienten signifikant ab (Jansen

et al., 2008). In der hier vorliegenden Studie konnte dies nicht bestätigt werden. Stattdessen war die Übereinstimmung bei den palliativen Patienten in höherem Alter sogar besser.

In der Arbeit von Jenkins waren es aber gerade die älteren Patienten über siebzig, die nach eigenen Angaben weniger Wert auf eine detaillierte Aufklärung legten, als die jüngeren Patienten (Jenkins et al., 2001).

Dies wirft die Frage nach den Gründen für die schlechtere Aufklärung der jüngeren Patienten über ihre Prognose in dieser Studie auf. Ein Grund könnte die größere Hemmung des Chirurgen sein, einem jüngeren Patienten eine schlechte Prognose mitzuteilen, als einem älteren.

Eine Begründung für die Unterschiede zwischen den Ergebnissen dieser Arbeit und anderen Kommunikationsstudien bezüglich der Einflussfaktoren, aber auch bezüglich anderer zuvor genannter Outcome-Parameter liefert nicht zuletzt die Tatsache, dass es sich bei den teilnehmenden Ärzten um Ärzte aus dem Fachgebiet der Chirurgie handelte. Schon Coser konnte Ende der fünfziger Jahre in ihrer Studie die relevanten Unterschiede zwischen einer chirurgischen und einer internistischen Abteilung herausarbeiten, was Entscheidungsfindung und Kommunikationsprozesse betraf. Eine Entscheidungsfindung geschieht laut Coser in der internistischen Abteilung durch einen Konsens mehrerer Ärzte, während in der Chirurgie häufiger der hierarchisch am höchsten stehende Arzt die endgültige Entscheidung alleine trifft. Das Vorgehen bei der Kommunikation mit Patienten hingegen war bei den Chirurgen sehr flexibel, während bei den Internisten genauere Vorgaben und Vorgehensweisen bei der Kommunikation mit einem Patienten herrschten (Coser, 1958). Zwar hat die Arbeit im Team heute einen etwas höheren Stellenwert, Cosers Ergebnisse sind aber noch immer von hoher Relevanz.

Aus diesem Grund ist es für die Untersuchung der Kommunikation mit Krebspatienten sehr entscheidend, ob diese in der Chirurgie oder in einem anderen Fachgebiet stattfindet. Da die Chirurgie für einen onkologischen Patienten aber sehr häufig der erste Ort seiner Behandlung ist, hat dieses Fachgebiet und die Arzt-Patient-Kommunikation während dieser Zeit einen entscheidenden Einfluss auf den weiteren Umgang des Patienten mit seiner Erkrankung. Eine Fortführung und Vertiefung der Erforschung der Kommunikation zwischen Chirurgen und onkologischen Patienten ist deshalb sinnvoll.

5.1.3 Die Einschätzungen durch die Chirurgen und Patienten

Die vorliegende Arbeit ergab Kommunikationsdefizite zwischen den befragten Patienten und ihren Chirurgen. Dennoch schätzten die Patienten ihr Verständnis der ihnen während des stationären Aufenthalts übermittelten Informationen durchweg als relativ hoch ein. 90% gaben an, die Informationen der Ärzte „völlig“ oder „ziemlich“ verstanden zu haben. Nur 10% entschieden sich für „teils-teils“ verstanden und keiner von ihnen für „wenig“ oder „gar nicht“ verstanden.

Passend zu diesem Thema des Patientenverständnisses untersuchte eine Studie von Chapman das Laienverständnis von Begriffen, welche in Arzt-Patient-Gesprächen über Krebs täglich verwendet werden. Beispielsweise verstanden in Chapmans Untersuchung gerade einmal 52% der Befragten, dass es sich bei der Information „der Tumor ist progredient“ um eine schlechte Nachricht handelt. Die Teilnehmer waren aber meist der Ansicht, die abgefragten Begriffe gut verstanden zu haben. Auch die Anatomiekenntnisse der Patienten wurden in Chapmans Studie überprüft. 94% der Patienten identifizierten korrekt die Lunge, aber nur 46% die Leber. Somit kann auch nicht automatisch von einem anatomischen Basiswissen bei den Patienten ausgegangen werden (Chapman et al., 2003). Ein Grundverständnis bestimmter Begriffe und gewisse Anatomiekenntnisse sind jedoch für Aufklärungs- und postoperative Gespräche in der Chirurgie von Bedeutung. Die Patienten in Chapmans Studie zeigten zudem ein relativ zu hohes Selbstvertrauen bezüglich der Richtigkeit ihrer Antworten. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass auch trotz adäquater Nachfrage beim Patienten, ob dieser alles verstanden habe, nicht von einem ausreichenden Verständnis ausgegangen werden kann (Chapman et al., 2003). Die hohen Einschätzungsraten der Patienten der hier vorliegenden Studie unterstützen diese Annahme.

Auch eine Untersuchung von Hadlow und Pitts zeigte, dass allgemeine medizinische Ausdrücke, welche zu kennen jedem Arzt verständlich erscheint, von den Patienten nicht oder nur bedingt verstanden werden (Hadlow and Pitts, 1991). Weitere Studien, sowohl von Boyle als auch von McKinlay, konnten ebenfalls zeigen, dass Ärzte und Patienten teilweise unterschiedliche Interpretationen desselben medizinischen Begriffes haben (Boyle, 1970; McKinlay, 1975). In einer Untersuchung von Thompson und Pledger konnte gezeigt werden, dass ein noch immer relevanter Anteil der Krebspatienten Begriffe wie „Tumor“, „benigne“, oder „maligne“ nicht erklären kann (Thompson and Pledger, 1993).

Diese Studien, zusammen mit der hohen Selbsteinschätzung ihres Verständnisses der Patienten dieser Untersuchung, liefern eine mögliche Begründung für die Inkongruenz des Wissens von Arzt und Patient trotz gegebenenfalls adäquater Aufklärung des Patienten.

Zusätzlich wurden sowohl der Stationsarzt als auch der Operateur gebeten einzuschätzen, wie vollständig der jeweilige Patient bei seiner Entlassung aufgeklärt war. Die Ergebnisse zeigen, dass in beiden Ärztegruppen nicht einmal die Hälfte der Patienten bei Entlassung als vollständig aufgeklärt betrachtet wird (42,1% und 31,6%). Demgegenüber existieren mehrere Studien, die belegen, dass der größte Teil aller onkologischen Patienten in vollem Umfang aufgeklärt werden möchte. So sprachen sich in einer von Jenkins durchgeführten Studie 87% der Krebspatienten für die Übermittlung aller denkbaren Informationen aus, egal ob es sich dabei um gute oder schlechte Nachrichten handelt (Jenkins et al., 2001). Vergleichbare Ergebnisse erbrachte eine Studie von Meredith, in welcher 91% der Krebspatienten alles über ihre Heilungschancen erfahren wollten (Meredith et al., 1996). Diese Zahlen lassen die Schlussfolgerung zu, dass es nicht haltbar ist, einen Patienten nicht vollständig aufzuklären, weil eine signifikante Anzahl onkologischer Patienten dies nicht wolle. Dennoch sprechen die Ergebnisse dieser Studie dafür, dass dies eine – in diesem Fall in der Chirurgie – noch immer gängige Vorgehensweise der Ärzte darstellt. Es stellt sich die Frage nach den Gründen für dieses Vorgehen trotz der Studienlage zu diesem Thema. Jeder Chirurg, der eine nicht vollständige Aufklärung des Patienten angab, wurde daher gebeten, dies in einer Freitextantwort zu begründen. Eine häufige Begründung für eine unvollständige Aufklärung zielte darauf ab, den Patienten nicht zu sehr belasten zu wollen, ihm nicht die Hoffnung zu nehmen und die weitere Therapiemotivation nicht zu gefährden. Folgende Beispiele repräsentieren Begründungen aus dieser Kategorie:

„Nachdem die Diagnose eher überraschend gestellt wurde – kurze Zeit von Diagnose bis OP – braucht der Patient noch Zeit, um alles verkraften zu können.“

„...die Hoffnung stirbt zuletzt.“

„Gesamtkonzept eher palliativ mit geringer Chance auf kurativen Ansatz bei gutem Ansprechen der Lebermetastasen. Chance auf Kuration wurde beim Gespräch mit dem Patienten betont, um ihn für die weitere Therapie zu motivieren.“

Dem gegenüber steht das Ergebnis der Studie von Sapir, in welcher 92% der onkologischen Patienten schlechte Nachrichten unter allen Umständen von ihren Ärzten erfahren möchten (Sapir et al., 2000). Gleichzeitig existieren jedoch auch Studien, welche das Vorgehen der Ärzte in dieser Untersuchung unterstützen. Eine Studie von Davey et al. konnte zeigen, dass die Mehrheit der onkologischen Patienten es vorzog, Informationen bezüglich

ihrer Prognose auf eine Art zu erhalten, welche ihnen die Hoffnung lässt und die Prognose so positiv wie möglich darstellt (Davey et al., 2003).

Eine der Begründungen für unvollständige Aufklärung hinsichtlich der Prognose des Patienten lautete

„Wunsch der Familie!“

Gegen diese Begründung spricht eine von Benson und Britten durchgeführte Studie. Hier gaben über 93% der befragten Patienten an, eine Beeinflussung des Arztes durch die eigene Familie, welche Informationen bezüglich der Erkrankung überbracht werden dürfen und welche nicht, strikt abzulehnen (Benson and Britten, 1996).

Es bleibt jedoch zu bedenken, dass der Arzt sich heutzutage mit Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft und damit auch unterschiedlichen Werten und Einstellungen hinsichtlich einer Krebserkrankung auseinandersetzen muss. Der Patient, seine Familie und der Arzt teilen nicht in jedem Fall die gleiche Meinung über die Eröffnung einer Diagnose und über das Aussprechen der Wahrheit bezüglich einer Erkrankung im Allgemeinen (Lapine et al., 2001). Besonders die Krebserkrankung geht häufig mit der Problematik der Geheimhaltung einher. Dies hängt zum einen mit den berechtigten Ängsten und Unsicherheiten zusammen, die diese Erkrankung mit sich bringt, zum anderen aber auch mit den speziellen Überzeugungen und existierenden Glaubensvorstellungen der Menschen bestimmter Kulturkreise (Freedman, 1993).

Denkt man an die kulturellen Hintergründe eines Patienten, so ist in einigen Kulturen das Wohlergehen des Patienten wichtiger als seine Autonomie, was zu Konflikten führen kann (Koenig and Gates-Williams, 1995).

Eine terminale Diagnose einem Patienten gegenüber nicht zu offenbaren, ist beispielsweise in der chinesischen Kultur das Standardvorgehen. Chinesische Familien sehen sich in der Pflicht, ihren kranken Angehörigen vor unnötigem Stress und unnötiger Sorge zu bewahren. So gilt die Mitteilung einer infausten Krebsdiagnose in der asiatischen Gesellschaft als Störung der verdienten Ruhe eines alten Menschen und als Entzug aller Hoffnung (Lapine et al., 2001).

In Japan gaben in einer Studie von Tanida nur 13% der Ärzte an, ihre Patienten immer über deren Krebsdiagnose zu informieren (Tanida, 1994). Auch die Familien in Deutschland häufig behandelter Patienten aus Russland und Georgien bewerten das Wohlergehen des Kranken höher als seine Autonomie (Lapine et al., 2001).

Unterstützt werden diese Ergebnisse durch die von Sapir durchgeführte Untersuchung. Hier gaben 92% der befragten Krebspatienten an, schlechte Nachrichten wissen zu wollen. 6% von ihnen erklärten jedoch, diese Informationen nur durch ihre Familie erhalten

zu wollen und nicht direkt durch den Arzt (Sapir et al., 2000). Bei der Kommunikation zwischen Chirurgen und onkologischen Patienten sollte somit auch die kulturelle Abstammung des Patienten eine wichtige Rolle spielen und kann durchaus die Art und Weise der Patientenaufklärung beeinflussen.

Zusätzlich fiel bei den Einschätzungen der Aufklärung des Patienten in der Gruppe der Stationsärzte auf, dass ein wesentlich höherer Anteil an Begründungen für unvollständig aufgeklärte palliative als für kurative Patienten vorlag (90% versus 30%). Bei den Operateuren war dies nicht der Fall (20% versus 54%). Insgesamt begründeten die Operateure eine unvollständige Aufklärung seltener als die Stationsärzte. Damit zeigt sich auch hier, dass die Operateure selbst mehr Mühe haben, sich dem Problem der unvollständigen Aufklärung aktiv zu stellen und sich damit auseinander zu setzen.

5.1.4 Der Zusammenhang zwischen der Güte der Kommunikation und der Patientenzufriedenheit

In dieser Studie konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Höhe der Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient und der Patientenzufriedenheit gezeigt werden. Die Gesamtzufriedenheit der Patienten während ihres stationären Aufenthalts – ermittelt durch den validierten Fragebogen zur Patientenzufriedenheit – stellte für keinen der vier Themenkomplexe OP-Resultat, Histologie, weitere Therapie oder Prognose einen signifikanten Einflussfaktor dar. Die Mehrheit der Patienten (89%) war sehr zufrieden mit dem ärztlichen Umgang. Mit der Informationsvermittlung durch ihre Ärzte waren 61% sehr zufrieden und 29% ziemlich zufrieden. Trotz dieser hohen Zufriedenheitsraten hatte jedoch ein beträchtlicher Anteil der Patienten in dieser Studie ein falsches Verständnis des Behandlungsziels bzw. der Prognose und Informationsdefizite das OP-Resultat, die Histologie und zu einem geringeren Anteil auch die weitere Therapie betreffend.

Dieses scheinbar widersprüchliche Ergebnis zeigte sich auch in anderen Kommunikationsstudien. In der Arbeit von Sapir hatte ein ebenfalls hoher Anteil der befragten Patienten ein falsches Verständnis seines Krankheitsstatus. Dennoch waren 85% von ihnen mit der Klarheit der Informationen, die sie bezüglich ihrer Krankheit erhielten, sehr zufrieden (Sapir et al., 2000).

In der Arbeit von Gabrijel et al. zeigten sich ebenfalls hohe Zufriedenheitsraten mit der Kommunikation über Diagnose und Behandlung. In Gabrijels Studie zeigte sich zusätzlich ein Zusammenhang zwischen Übereinstimmung zwischen Ärzten und Patient bezüglich

der Behandlung und der Zufriedenheit der Patienten mit der Kommunikation über die Behandlung (Gabrijel et al., 2008). Gabrijel et al. fragten in ihrer Studie getrennt nach der jeweiligen Zufriedenheit der Patienten mit der Kommunikation über Diagnose, Behandlung und Behandlungsziel. Im Gegensatz zu Gabrijels Studie wurde in der vorliegenden Arbeit, genau wie bei Sapir, die Gesamtzufriedenheit der Patienten ermittelt. Dennoch bleibt unklar, warum Übereinstimmung und Gesamtzufriedenheit des Patienten für keinen der vier untersuchten Themenkomplexe einen Zusammenhang zeigen. Weitere Forschung ist somit nötig, um herauszufinden, welche anderen Faktoren hier eine Rolle spielen könnten.

Es muss geklärt werden, warum eine zum Teil schlechte Informiertheit der Patienten sich in den genannten Studien, inklusive der vorliegenden, nicht signifikant auf die Zufriedenheit der Patienten im Allgemeinen auswirkt. Die nahe liegende Erklärung hierfür könnte das mangelnde Bewusstsein der Patienten für die Existenz der Kommunikationsprobleme sein.

5.2 Diskussion der Methoden

5.2.1 Studienteilnahme

Bei der Auswahl der an dieser Studie teilnehmenden Patienten muss das Problem des Selektionsbias berücksichtigt werden. Mögliche Gründe, einen Patienten von vornherein nicht um eine Studienteilnahme zu bitten, waren beispielsweise schlechte oder gar keine Deutschkenntnisse, sowie die subjektive Einschätzung, dem Patienten eine solche Studie aus physischen oder psychischen Gründen nicht zumuten zu können. Somit bleibt die Frage unbeantwortet, inwieweit diese Patienten die Ergebnisse der Studie beeinflusst oder verändert hätten. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, dass diejenigen Teilnehmer, welche einer Studienteilnahme zustimmten, besonders geduldig, hilfsbereit und interessiert waren, was ebenfalls einen Einfluss auf die Resultate haben könnte.

5.2.2 Die teilnehmenden Patienten

Sowohl in die Studie von Quirt als auch in die Studie von Gabrijel wurden nur Patienten mit einem Bronchialkarzinom eingeschlossen (Quirt et al., 1997; Gabrijel et al., 2008). In der hier vorliegenden Studie wurden Patienten mit Tumoren jeweils unterschiedlicher Organe des Gastrointestinaltrakts eingeschlossen, womit keine Festlegung auf einen einzelnen Tumor stattfand. Dies hat den Vorteil, dass eine eventuelle Verzerrung der Ergebnisse durch mögliche spezielle Eigenschaften von Patienten mit bestimmten Krebsarten, oder

durch Besonderheiten der einzelnen Tumorarten, vermieden wurde.

5.2.3 Die teilnehmenden Ärzte

Eine weitere wichtige Stärke dieser Studie findet sich bei der Auswahl der teilnehmenden Ärzte. Zum einen ist die Anzahl der Ärzte mit 13 für 38 Patienten aus statistischer Sicht wesentlich günstiger als beispielsweise in der von Quirt durchgeführten Studie, in welche neun Ärzte und 100 Patienten eingeschlossen wurden. Der Einfluss besonders gut oder besonders schlecht aufklärender Ärzte auf die Ergebnisse der hier vorliegenden Studie wird dadurch geringer.

Des Weiteren wurde jeden Patienten betreffend nicht nur ein Arzt nach der an diesen Patienten übermittelten Information befragt, sondern zwei – sowohl der betreuende Stationsarzt als auch der Operateur des Patienten. Natürlich liegt in der Chirurgie die besondere Situation vor, dass der operierende Chirurg nicht oder nicht allein der Stationsarzt des Patienten ist und es allein aus diesem Grund schon sinnvoll ist, den Operateur zu den an den Patienten übermittelten Informationen zu befragen und diese ebenfalls mit dem Kenntnisstand des Patienten zu vergleichen. Doch auch in nicht-chirurgischen Fächern ist es äußerst wahrscheinlich, wenn nicht gar die Regel, dass die Patienten von mehr als einem Arzt über die verschiedenen Aspekte ihrer Erkrankung aufgeklärt werden. Somit kann der Vergleich zwischen dem Wissen des Patienten über seine Erkrankung und der von den Ärzten übermittelten Information verfälscht werden, indem man den Kenntnisstand des Patienten nur mit einem Arzt vergleicht. Deshalb wurden in der hier vorliegenden Studie pro Patient gleich zwei Ärzte gebeten, den postoperativen Fragebogen auszufüllen und die vom Patienten im postoperativen Interview erfassten Aussagen mit den Informationen beider Ärzte – Stationsarzt und Operateur – verglichen. Zusätzlich können auf diese Weise auch Widersprüche zwischen den Aussagen der betreuenden Ärzte eines Patienten aufgedeckt und bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. In den Studien von Gabrijel und Quirt hingegen werden die Aussagen eines Patienten jeweils nur mit dem ausgefüllten Fragebogen eines einzigen Arztes verglichen (Quirt et al., 1997; Gabrijel et al., 2008). Dadurch können wichtige weitere Informationen verloren gehen und die Ergebnisse des Vergleichs verzerrt werden.

5.2.4 Fragebögen und Patienteninterviews

Sowohl die Verwendung von Fragebögen als auch die Durchführung von Patienteninterviews kann von unerwünschten Effekten begleitet sein, welche die Reliabilität und Validität der Antworten beeinflussen können.

Schon beim Ausfüllen des präoperativen Fragebogens durch die Patienten muss der sogenannte „Sponsorship-Effekt“ beachtet werden: Sobald der Befragte merkt, welcher Auftraggeber wahrscheinlich hinter der Befragung steckt, wird er anders antworten (Brosius et al., 2008). Dies gilt auch für das postoperative Interview sowie den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit. Im Falle dieser Studie bedeutet das, dass die Teilnehmer die Klinik, in der sie behandelt werden bzw. sogar ihre behandelnden Ärzte selbst als Auftraggeber der Studie vermuten und durch das bestehende Abhängigkeitsverhältnis der Patienten von ihren Ärzten das Antwortverhalten positiv verzerrt wird. Die Befragten möchten dem Interviewer einen Gefallen tun, indem sie sich möglichst „passend“ äußern (Brosius et al., 2008) und somit ihr Verhältnis zu den behandelnden Ärzten nicht gefährden. Dies ist bei der Interpretation der positiven Ergebnisse hinsichtlich der Patientenzufriedenheit zu berücksichtigen.

Um eine solche mögliche Beeinflussung zu vermeiden, wurden die Patienten im Rahmen der Aufklärung über die Studie darauf hingewiesen, dass ihre Antworten in keiner Weise Einfluss auf die Behandlung haben werden und durch keinen ihrer behandelnden Ärzte eingesehen werden. Die Patienten wurden zudem darüber informiert, dass ihre Antworten mithilfe von Codes verschlüsselt und lediglich durch die Doktorandin EDV-gestützt archiviert werden.

Eine weitere wichtige Rolle spielt der Interviewer-Bias. Damit ist eine bewusste oder unbewusste Beeinflussung durch den Interviewer oder die Interviewsituation gemeint, was zu systematischen Verzerrungen der Ergebnisse führen kann (Brosius et al., 2008). So können beispielsweise Unruhe in der Umgebung während des Interviews und Nervosität des Patienten vor der ihm bevorstehenden Behandlung dazu führen, dass sich der Befragte abweichend zu seiner Norm verhält.

Ebenfalls entscheidend ist der Zeitpunkt des postoperativen Patienteninterviews. Eine unter den teilnehmenden Patienten variierende Zeitspanne zwischen durchgeführter Operation und Durchführung des Interviews kann das Erinnerungsvermögen beeinflussen und dadurch die Ergebnisse verzerren (Informations-Bias). Um dem entgegenzuwirken wurde eine stationäre Aufenthaltsdauer der Patienten von über 21 Tagen als Ausschlusskriterium festgelegt, genauso wie eine Reoperation aufgrund von Komplikationen nach dem geplanten Eingriff. Zudem wurde der präoperative Fragebogen den Patienten stets zum gleichen Termin, nämlich am Tag ihrer stationären Aufnahme, ausgehändigt und von diesen ausgefüllt. Das postoperative Interview wurde stets am Vorabend des Entlasstags oder am Entlasstag selbst durchgeführt, um eine Verzerrung der Ergebnisse durch unterschiedliche Zeitspannen zwischen Eingriff und Interview zu vermeiden.

Eine mögliche Beeinflussung der Patienten, mit der Folge eines Interviewer-Bias oder Informations-Bias, wurde außerdem dadurch so weit wie möglich reduziert, dass allen die gleichen Informationen in der gleichen Form präsentiert wurden. Zudem wurden die präoperativen Fragebögen von allen Teilnehmern selbstständig und ohne Beeinflussung der Doktorandin, Angehöriger oder anderer medizinischer Angestellter ausgefüllt. Die postoperativen Interviews wurden stets von der gleichen Person (der Doktorandin) durchgeführt, um einer Verzerrung durch unterschiedliche Interviewer entgegenzuwirken.

Der Response-Bias kann die Ergebnisse einer Studie ebenfalls verzerren. Er entsteht, wenn der Befragte so antwortet, wie er glaubt, dass es der Interviewer hören möchte, anstatt gemäß seiner ehrlichen Meinung. Die Gefahr hierfür ist besonders dann gegeben, wenn die Frage auf bestimmte Antworten hin abzuzielen scheint oder der Effekt der sozialen Erwünschtheit hinzukommt. Das bedeutet, der Befragte äußert sich so, wie es ihm „moralisch angemessen“ erscheint. Weitere Antworttendenzen, welche zu den Response-Bias zählen, sind die „Ja-Sage-Tendenz“ und die „Tendenz zur Mitte“, was besonders die Ergebnisse der von den Patienten ausgefüllten Fragebögen und Fragen mit einer Rating-Skala von eins bis fünf verzerren kann (Robinson et al., 1991).

Ebenfalls erwähnt werden muss der Hawthorne-Effekt, da auch durch diesen die Ergebnisse der Studie verzerrt werden können. Bei der Befragung der Patienten sind nicht mehr die Variationen der unabhängigen Variablen entscheidend, sondern das Wissen, Gegenstand einer Untersuchung zu sein und damit die Veränderung der Situation als solche (Faller and Lang, 2006). Das Verhalten der Teilnehmer der Studie unterscheidet sich dann möglicherweise von ihrem Verhalten bzw. in diesem Fall ihren Antworten, außerhalb der Studiensituation.

Einige weitere Einschränkungen dieser Studie sollen hier ebenfalls genannt werden. So setzt sich ein Großteil der Studie aus retrospektiven Erzählungen der Patienten und Ärzte zusammen. Die Arzt-Patient-Kommunikation, welche hier analysiert wird, ist – ebenso wie in Gabrijels Studie – zu keinem Zeitpunkt direkt aufgezeichnet worden, beispielsweise durch eine Videokamera oder ein Aufnahmegerät, wie es in einigen anderen Studien der Fall war (Gattellari et al., 2002; Butow et al., 2002). Ohne eine solche direkte Aufzeichnung ist es nicht möglich, im Detail nachzuvollziehen, welche Informationen dem Patienten exakt dargeboten wurden und was dazu geführt haben könnte, dass die Patienten die von den Ärzten erhaltenen Fakten mehr oder weniger gut im postoperativen Interview wiedergeben konnten. Beispielsweise kann so nicht nachvollzogen werden, ob bei den stattgefundenen Gesprächen zwischen Patient und Arzt die meiste Zeit ein Angehöriger des Patienten dabei war oder nicht. Dies und andere Umstände können die Übereinstim-

mung zwischen Arzt und Patient jedoch beeinflussen. Ohne direkte Dokumentation des Zusammentreffens zwischen Arzt und Patient kann auch nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass die Ärzte den Patienten auch tatsächlich die Information zukommen ließen, wie sie es in den postoperativ ausgefüllten Fragebögen vorgaben. Dennoch wurde in dieser Studie, analog zur Studie von Gabrijel, auf eine Videoaufzeichnung verzichtet, um die anspruchsvolle Situation einer Diagnose- oder Prognosemitteilung nicht durch ein derart aufdringliches Vorgehen noch weiter zu erschweren (Gabrijel et al., 2008).

Es handelt sich bei dieser Studie um eine im Rahmen einer Dissertationsarbeit durchgeführte Untersuchung der Kommunikation zwischen Chirurgen und onkologischen, operierten Patienten im Klinikalltag. Die Fallzahl ist aus wissenschaftlicher Sicht relativ gering und die Studie wurde in nur einer einzigen Klinik durchgeführt, was nicht zuletzt durch logistische Gegebenheiten bedingt ist. Neben den statistisch signifikanten Ergebnissen sollten die nicht signifikanten Ergebnisse dieser Arbeit demnach in größer angelegten Studien auf ihre statistische Signifikanz hin geprüft werden.

Daneben zeichnet sich diese Studie durch mehrere Stärken aus. So wurden die postoperativen Interviews stets durch die gleiche Person durchgeführt, sodass eine Verfälschung der Ergebnisse durch unterschiedliche Interviewtechniken weitestgehend ausgeschlossen ist. Zudem wurde das Interview immer zum gleichen Zeitpunkt durchgeführt und zwar am Vorabend des Entlasstags oder am Entlasstag selbst und damit nicht zu zeitnah zum Erhalt der in den postoperativen Interviews abgefragten Informationen, wohingegen in der Studie von Gabrijel et al. die Patienten bereits einen bis drei Tage nach Eröffnung der Krebsdiagnose interviewt wurden (Gabrijel et al., 2008). Zu diesem Zeitpunkt ist es wahrscheinlich, dass die Patienten beispielsweise aus organisatorischen Gründen, gar nicht vollständig über Therapie und Therapieziel aufgeklärt sein können. Das gleiche Problem findet sich bei der Untersuchung von Quirt, wo die Patienten unmittelbar nach Beginn der Therapie interviewt worden sind (Quirt et al., 1997). Durch eine längere Zeitspanne zwischen Beginn des stationären Aufenthalts der Patienten und Durchführung des Patienteninterviews, wird die Wahrscheinlichkeit wesentlich erhöht, dass die Patienten die meisten der im Interview abgefragten Informationen bereits erhalten haben können. Damit jedoch der Abstand zu den erhaltenen Informationen über OP-Resultat, Histologie, weitere Therapie und Prognose nicht zu groß werden konnte und damit eine Verzerrung der Resultate wahrscheinlicher, wurde gleichzeitig bei dieser Studie die maximale stationäre Aufenthaltsdauer auf 21 Tage festgelegt.

Im Gegensatz zu anderen Studien dieser Art (Quirt et al., 1997; Gabrijel et al., 2008) sind in dieser Studie auch bestimmte Faktoren untersucht worden, welche einen Einfluss auf die Übereinstimmung des Patientenwissens mit den Informationen ihrer Ärzte, sowie auf die Patientenzufriedenheit haben könnten.

Diese Studie leistet einen wichtigen wissenschaftlichen Beitrag zum Verständnis der Arzt-Patienten-Kommunikation. Unserer Kenntnis nach existierte eine solche Untersuchung, welche die Übereinstimmung zwischen Patient und Chirurg bezüglich verschiedener Themen des stationären Aufenthalts betrachtet, bisher nicht. Somit bietet diese Studie eine erste wichtige Analyse der Kommunikationssituation zwischen Chirurgen und onkologischen Patienten.

5.3 Schlussfolgerung, Anwendung und Ausblick

Es stellt sich die Frage, ob Outcome-Parameter, wie Patientenzufriedenheit, oder die Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient, überhaupt adäquate Messparameter sind, um die Effektivität der Arzt-Patient-Beziehung zu beurteilen. Wenn das ultimative Ziel einer medizinischen Behandlung Gesundheit ist, dann sollte die effektive Arzt-Patient-Beziehung zur Optimierung des Gesundheitszustandes führen. Gesundheitsstatus und Lebensqualität eines Patienten werden in Kommunikationsstudien eher selten als Outcome-Parameter verwendet. Die Kommunikationsstudien jedoch, welche die Gesundheit des Patienten als Outcome-Variable festlegten, konnten zum größten Teil bestätigen, dass ein Zusammenhang zwischen effektiver Arzt-Patient-Beziehung und verbesserter Gesundheit des Patienten besteht (Stewart, 1995). Aus diesem Grund ist es wichtig, die Tragweite einer guten Kommunikation zwischen Chirurg und Patient durch Studien weiter darzustellen und das Wissen über diese Tragweite im Rahmen der chirurgischen Ausbildung zu etablieren. Diese Studie hat klar gezeigt, dass Defizite in der Kommunikation zwischen Chirurgen und onkologischen Patienten bestehen, speziell, was die Aufklärung über die Prognose eines Krebspatienten betrifft, aber auch bezüglich der anderen Themen. Bedenkt man anhand Stewarts Ergebnisse (Stewart, 1995), wie entscheidend die gute Beziehung zwischen Arzt und Patient für den Verlauf einer Erkrankung und den Gesundheitszustand des Patienten sein kann, sollte eine gute Ausbildung auch auf kommunikativer Ebene für jeden Chirurgen eingeführt bzw. weiter gefördert werden.

Da in der gesamten Literatur sehr wenige Studien über die Kommunikation zwischen Arzt und Patient in der Chirurgie existieren, die vorliegende Studie aber Defizite bei dieser Kommunikation aufzeigen konnte, wäre es sinnvoll, die Gründe für diese Problematik weiter zu erforschen. Tendenzen bestimmter Faktoren, einen Einfluss auf die Übereinstimmung zwischen Chirurg und Patient zu haben, müssen in größer angelegten Studien weiter erforscht werden. Beispielsweise sollte der Einfluss der Faktoren Versicherungsstatus und Bildungsstatus durch Studien mit höherer Fallzahl weiter differenziert werden.

Besonders junge, palliative Patienten waren in dieser Studie von ihren Chirurgen schlecht über ihre Prognose informiert worden. Dafür kommt eine Reihe von Gründen in Frage, welche in Folgestudien herausgefunden werden müssen.

Die Studie zeigte auch, dass eine relativ hohe Patientenzufriedenheit relevante Kommunikationsdefizite nicht ausschließt. Die in dieser Studie gezeigte und von anderen Studien ebenfalls bestätigte Unabhängigkeit von Zufriedenheit und Informiertheit wäre ebenfalls ein wichtiger Gegenstand weiterer Studien.

Diese Arbeit ergab eine besonders schlechte Informiertheit operierter Patienten über das Resultat ihrer feingeweblichen Untersuchung. Auch wenn die Histologie ein oft komplexes Thema darstellt, so ist sie trotzdem für den Patienten essentiell, um das Krankheitsstadium zu verstehen und damit die Prognose. Aus diesem Grund sollten weitere Untersuchungen zur Aufklärung eines Patienten über seine Histologie erfolgen und damit Verbesserungsmöglichkeiten dieser Aufklärung herausgearbeitet werden.

Ebenfalls als problematisch ist die teilweise Inkongruenz zwischen Stationsarzt und Operateur zu betrachten, was die Aussagen über die verschiedenen Themen der Erkrankung eines gemeinsamen Patienten betrifft. Gründe für diese Inkongruenz müssen weiter untersucht und Kommunikationsdefizite ausgebessert werden. Für den onkologischen Patienten ist es wichtig, dass seine behandelnden Ärzte ihm gegenüber die gleichen Aussagen machen und die gleiche Meinung vertreten. Ansonsten resultieren unter Umständen Unsicherheit und zusätzliche Ängste.

Es müssen bessere Kommunikationsleitlinien für die Chirurgie geschaffen werden, besonders in der Hinsicht der Betreuung onkologischer Patienten. Diese haben eine hohe Erwartung an ihre behandelnden Chirurgen, welche es zu erfüllen gilt. Die Chirurgie ist für viele Krebspatienten die erste Station im Verlauf ihrer Therapie und die Patienten sind in dieser Phase ihrer Erkrankung besonders vulnerabel. Diese Tatsache sollte auch stärker im Curriculum der chirurgischen Facharztausbildung berücksichtigt werden.

Kapitel 6

Zusammenfassung

Für eine gute Beziehung zwischen einem Arzt und seinem Patienten sind, abgesehen vom medizinischen Aspekt, genügend Zeit, persönliche Gespräche und das Auffangen von Emotionen auf Patientenseite essentiell. Die Arzt-Patient-Beziehung steht dabei heutzutage vor besonderen Herausforderungen, welche die moderne Medizin, aber auch die moderne Gesellschaft mit sich bringen. Die Arzt-Patient-Kommunikation als zentrale Komponente dieser Beziehung ist in den letzten Jahren in vielen Studien untersucht worden. Dabei konnte die Wichtigkeit der guten Arzt-Patient-Kommunikation für das Outcome des Patienten in physischer und psychologischer Sicht herausgearbeitet werden. Besonders onkologische Patienten haben demnach ein hohes Bedürfnis nach einer guten Kommunikation mit ihren Ärzten und erwarten ein ausreichendes Maß an emotionaler Unterstützung.

Für das Fachgebiet der Chirurgie existieren jedoch bis heute kaum Daten, was die Kommunikation von Chirurgen mit ihren onkologischen Patienten betrifft. Dabei ist die chirurgische Klinik für viele onkologische Patienten die erste Station ihrer Behandlung. Zusätzlich müssen sich viele Krebspatienten im Laufe ihrer Erkrankung mindestens einem operativem Eingriff unterziehen.

Ziel dieser Arbeit war es daher, die Kommunikation zwischen Chirurgen und ihren onkologischen Patienten während des unmittelbar postoperativen Zeitraumes zu evaluieren. Es wurde die Übereinstimmung zwischen den Chirurgen (Stationsarzt und Operateur) und dem Patienten bezüglich der Themen OP-Resultat, Histologie, weitere Therapie und Prognose ermittelt. Dabei wurde auch untersucht, ob Unterschiede zwischen den kurativ und den palliativ behandelten Patienten bestehen. Außerdem wurde die Gesamtzufriedenheit der Patienten während des stationären Aufenthalts ermittelt, sowie der Einfluss verschiedener Faktoren auf die Kommunikation getestet.

38 Patienten mit einem gastrointestinalen Tumor und 13 behandelnde Ärzte wurden in Form eines standardisierten Patienteninterviews und durch Fragebögen befragt.

Die Ergebnisse dieser Studie konnten zeigen, dass Kommunikationsdefizite zwischen Chirurgen und ihren onkologischen Patienten bestehen, insbesondere bei den palliativ operierten Patienten hinsichtlich ihrer Prognose. Nur 50% dieser Patienten gaben eine palliative Prognose an, ein Drittel von ihnen eine kurative und die übrigen knapp 17% waren eigenen Angaben nach zu keinem Zeitpunkt über ihre Prognose informiert worden. Zum Vergleich stimmten 88,5% der kurativen Patienten mit ihren Chirurgen über ihr kuratives Behandlungsziel überein.

Besonders interessant war der Einfluss des Patientenalters auf das Wissen über die Prognose. Die jüngeren palliativen Patienten gaben signifikant häufiger eine kurative Prognose an als die älteren. Nach Gründen hierfür muss in Folgestudien weiter geforscht werden. Weiterhin zeigte sich besonders wenig Übereinstimmung bei allen Patienten hinsichtlich ihrer feingeweblichen Untersuchung. Nur 39,5% der Patienten stimmten hier völlig mit den Ärzten überein, 60,5% der Antworten waren nur teilweise kongruent oder inkongruent. Die Histologie ist jedoch auch für den Patienten essentiell, um das Krankheitsstadium zu verstehen und damit die Prognose. Weitere Untersuchungen zur Aufklärung eines Patienten über seine Histologie sollten erfolgen und damit Verbesserungsmöglichkeiten dieser Aufklärung herausgearbeitet werden.

Der Besuch der ambulanten chirurgischen Sprechstunde vor stationärer Aufnahme verbesserte in dieser Studie signifikant die Übereinstimmung eines Patienten mit den Chirurgen bezüglich der Histologie. Die politisch häufig diskutierte Abschaffung dieser Sprechstunden würde demnach einen Nachteil für onkologische Patienten darstellen.

Bildungsstatus und Versicherungsstatus waren in dieser Arbeit sowohl für das Thema Histologie als auch für das Thema weitere Therapie Einflussfaktoren für die Übereinstimmung zwischen Chirurgen und Patienten. Patienten mit höherem Schulabschluss oder privater Krankenversicherung zeigten eine höhere Übereinstimmung.

Die höchste Übereinstimmung zwischen Chirurgen und Patient zeigte sich mit 76,3% kongruenter Antworten hinsichtlich der weiteren Therapie. Besonders Patienten, die vor der Operation bereits neoadjuvant therapiert worden waren, zeigten eine hohe Kongruenz mit den Chirurgen.

Die ermittelte Patientenzufriedenheit hatte für keinen der untersuchten Themenkomplexe einen signifikanten Einfluss auf die Güte der Kommunikation.

Zudem zeigte sich zum Teil auch Inkongruenz beim Vergleich der Antworten von Stationsarzt und Operateur bezüglich eines gemeinsamen Patienten. Insbesondere beim Thema Prognose der palliativen Patienten machten nur 50% identische Angaben. Bei den kurativ therapierten Patienten waren es 84,6%. Angesichts solcher Ergebnisse stellt sich die Frage, inwieweit onkologische Patienten anhand der Kommunikationsdefizite zwischen ihren be-

handelnden Chirurgen adäquat aufgeklärt werden können. Diese Ergebnisse müssen durch Folgestudien weiter erforscht und validiert werden.

Trotz der in dieser Studie ermittelten Kommunikationsdefizite schätzen die Patienten ihr Verständnis als relativ hoch ein.

Zudem gaben sowohl die Stationsärzte als auch die Operateure in nicht einmal der Hälfte der Fälle eine bei Entlassung vollständige Aufklärung ihres Patienten an (42,1% und 31,6%).

Die Gründe für die ermittelten Kommunikationsdefizite zwischen Chirurgen und onkologischen Patienten gilt es weiter zu erforschen und die Einflussfaktoren auf diese Kommunikation genauer zu differenzieren. Durch weitere Studien zu diesem Thema können Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet und dadurch langfristig eine befriedigende Kommunikation zwischen Chirurgen und onkologischen Patienten erreicht werden.

Tabellenverzeichnis

4.1	Demographische Daten Patienten	29
4.2	Soziodemographische Daten Ärzte	30
4.3	Krankheitsbezogene Daten der Patienten	30
4.4	Kongruenz bzgl. OP-Resultat, Histologie, weiterer Therapie und Prognose zwischen Ärzten und Patient	37
4.5	Kongruenz bzgl. OP-Resultat, Histologie und weiterer Therapie zwischen Ärzten und kurativen Patienten	37
4.6	Kongruenz bzgl. OP-Resultat, Histologie und weiterer Therapie zwischen Ärzten und palliativen Patienten	37
4.7	Kongruenz bzgl. OP-Resultat, Histologie und weiterer Therapie zwischen Stationsarzt und Patient	39
4.8	Kongruenz bzgl. OP-Resultat, Histologie und weiterer Therapie zwischen Operateur und Patient	39
4.9	Kongruenz bzgl. OP-Resultat, Histologie, weiterer Therapie und Prognose zwischen Stationsarzt und Operateur	40
4.10	Einflussfaktoren auf die Kongruenz zwischen Arzt und Patient	51
4.11	Einflussfaktoren auf die Kongruenz zwischen Arzt und kurativ behandeltem Patient	52
4.12	Einflussfaktoren auf die Kongruenz zwischen Arzt und palliativ behandel- tem Patient	52
4.13	Aspekte der Patientenzufriedenheit und ihr Einfluss auf die Kongruenz zwischen Ärzten und Patient	57

Abbildungsverzeichnis

4.1	Externe Aufklärung Diagnose	31
4.2	Externe Aufklärung Therapie	31
4.3	Externe Aufklärung Therapieziel	32
4.4	Quelle der Information über die Diagnose	32
4.5	Quelle der Information über die Therapie	33
4.6	Quelle der Information über das Therapieziel	33
4.7	Besuch der chirurgischen Sprechstunde	34
4.8	Worüber wurde in der Sprechstunde informiert	34
4.9	Mit wem wurde in der Sprechstunde gesprochen	35
4.10	Durch wen wurde der Patient postoperativ über die Prognose aufgeklärt .	41
4.11	Der Patient hat die Informationen während des stationären Aufenthalts insgesamt verstanden (Einschätzung durch den Patienten)	41
4.12	Der Patient hat die Informationen während des stationären Aufenthalts insgesamt verstanden (Einschätzung durch den Stationsarzt)	42
4.13	Der Patient hat die Informationen während des stationären Aufenthalts insgesamt verstanden (Einschätzung durch den Operateur)	43
4.14	Der Patient ist bei Entlassung vollständig aufgeklärt (Einschätzung durch den Stationsarzt)	43
4.15	Der Patient ist bei Entlassung vollständig aufgeklärt (Einschätzung durch den Operateur)	44
4.16	Verhältnis zwischen unvollständigen Aufklärungen und von den Ärzten an- gegebenen Begründungen für unvollständige Aufklärung	44
4.17	Verhältnis zwischen unvollständigen Aufklärungen und von den Ärzten an- gegebenen Begründungen für unvollständige Aufklärung im Falle der ku- rativ therapierten Patienten	45
4.18	Verhältnis zwischen unvollständigen Aufklärungen und von den Ärzten an- gegebenen Begründungen für unvollständige Aufklärung im Falle der pal- liativ therapierten Patienten	45

4.19 Verhältnis zwischen unvollständigen Aufklärungen und von den Ärzten angegebenen Begründungen für unvollständige Aufklärung; Subgruppenanalyse kurativ/palliativ im direkten Vergleich	46
4.20 Begründungen für unvollständige Aufklärung	48
4.21 Ergebnisse des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit, Teil I	55
4.22 Ergebnisse des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit, Teil II	56

Literaturverzeichnis

- Alden, P., Gilbert, P., and Webb, T. (2000). Patient perceptions in doctor-patient consultation: Do patients understand their diagnosis from the words doctors use? *Psychooncology*, 9:355–364.
- Arora, N. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science and Medicine*, 57:791–806.
- Axelrod, D. and Goold, S. (2000). Maintaining trust in the surgeon-patient relationship. *Arch Surg*, 135:55–61.
- Baile, W. and Aaron, J. (2005). Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol*, 17(4):331–35.
- Ben-Sira, Z. (1980). Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: an additional dimension of interaction theory. *J Health Soc Behav*, 2(21):170–80.
- Benson, J. and Britten, N. (1996). Respecting the autonomy of cancer patients when talking with their families: qualitative analysis of semistructured interviews with patients. *BMJ*, 7059(313):729–31.
- Betancourt, J., Carillo, J., and Green, A. (1999). Hypertension in multicultural and minority populations: linking communication to compliance. *Curr Hypertens Rep*, 1:482.
- Bilodeau, B. and Degner, L. (1996). Informational needs, sources of information and decisional roles in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 10(23):691–696.
- Binyet, S., Aufseesser, M., Lacroix, A., and Assal, J. (1994). Diabetic foot-interpretation by patients of some terms about their feet. *Diabetes Metab*, 20:275–281.

- Blanchard, C., Ruckdeschel, J., Blanchard, E., Arena, J., Saunders, N., and Malloy, E. (1983). Interactions between oncologists and patients during rounds. *Ann Intern Med*, 99(5):694–699.
- Bourhis, R., Roth, S., and MacQueen, G. (1989). Communication in the hospital setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors. *Soc Sci Med*, 4(28):339–46.
- Boyle, C. (1970). Difference between patients' and doctors' interpretation of some common medical terms. *Br Med J.*, 2(5704):286–289.
- Bradley, C. and Brasel, K. (2008). Core competencies in palliative care for surgeons: interpersonal and communication skills. *Am J Hosp Palliat Care*, 24(6):499–507.
- Brosius, H., Haas, A., and Koschel, F. (2008). *Das Interview - Interviewer und Befragte. In: Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung.* VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 124-136.
- Brédart, A., Bouleuc, C., and Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol*, 17(4):351–54.
- Buller, M. and Buller, D. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *J Health Soc Behav*, 4(28):375–88.
- Burton, M. and Parker, R. (1997). Psychological aspects of cancer surgery: surgeons' attitudes and opinions. *Psychooncology*, 6(1):47–64.
- Butow, P., Dunn, S., and Tattersall, M. (1995). Communication with cancer patients: does it matter? *J Palliat Care*, 11(4):34–8.
- Butow, P., Maclean, M., Dunn, S., Tattersall, M., and Boyer, M. (1997). The dynamics of change: Cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Annals of Oncology*, 8:857–863.
- Butow, P., RF, B., Cogar, S., Tattersall, M., and Dunn, S. (2002). Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psycho-Oncology*, 11(1):47–58.
- Chaitchik, S., Kreitler, S., Shaked, S., Schwartz, I., and Rosin, R. (1992). Doctor-patient communication in a cancer ward. *J Cancer Educ.*, 1(7):41–54.
- Chan, A. and Woodruff, R. (1997). Communicating with patients with advanced cancer. *J Palliat Care*, 13(3):29–33.

- Chapman, K., Abraham, C., Jenkins, V., and Fallowfield, L. (2003). Lay understanding of terms used in cancer consultations. *Psychooncology*, 12:557–566.
- Comstock, L., Hooper, E., Goodwin, J., and Goodwin, J. (1982). Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *Journal of Medical Education*, 57(2):105–112.
- Coser, R. L. (1958). Authority and decision making in a hospital: a comparative analysis. *American Sociological Review*, 23(1):56–63.
- Cox, A., Jenkins, V., Catt, S., Langridge, C., and Fallowfield, L. (2006). Information needs and experiences: an audit of uk cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*, 10(4):263–72.
- Cuisinier, M., van Eijk, J. T. M., Jonkers, R., and Dokter, H. (1986). Psychological care and education of the cancer patient: Strengthening the physician's role. *Patient Education and Counseling*, 8(1):5–16.
- D'Angelica, M., Hirsch, K., Ross, H., Passik, S., and Brennan, M. (1998). Surgeon-patient communication in the treatment of pancreatic cancer. *Arch Surg.*, 133(9):962–6.
- Davey, H., Butow, P., and Armstrong, B. (2003). Cancer patients' preferences for written prognostic information provided outside the clinical context. *Br J Cancer*, 8(89):1450–6.
- DiMatteo, M., Taranta, A., Friedman, H., and Prince, L. (1980). Predicting patient satisfaction from physicians' non- verbal communication skills. *Med. Care*, 18(4):376–387.
- Dunn, S., Patterson, P., Butow, P., Smartt, H., McCarthy, W., and Tattersall, M. (1993). Cancer by another name: a randomized trial of the effects of euphemism and uncertainty in communicating with cancer patients. *JCO*, 11:989–996.
- Easson, A., Crosby, J., and Librach, S. (2001). Discussion of death and dying in surgical textbooks. *Am J Surg*, 182(1):34–9.
- Ernstene, A. (1957). Explaining to the patient; a therapeutic tool and a professional obligation. *J Am Med. Assoc.*, 165(9):1110–3.
- Evans, B. (1995). The experiences and needs of patients attending a cancer support group. *International Journal of Palliative Nursing*, 1(4):189–194.
- Faller, H. and Lang, H. (2006). *Methodische Grundlagen. In: Medizinische Psychologie und Soziologie.* Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2. Auflage, 61-62.

- Fallowfield, L. (1997). Truth sometimes hurts but deceit hurts more. *Ann N Y Acad Sci.*, 809:525–36.
- Fallowfield, L. (1998). Communication skills of oncologists. *European Journal of Cancer*, 34(5):62–62.
- Fallowfield, L., Hall, A., Maguire, G., and Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ*, 301(6752):575–580.
- Fallowfield, L. and Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, 35(11):1592–1597.
- Ford, S., Fallowfield, L., and Lewis, S. (1996). Doctor-patient interactions in oncology. *Soc. Sci. Med.*, 42(2):1511–1519.
- Freedman, B. (1993). Offering truth. one ethical approach to the uninformed cancer patient. *Arch Intern Med*, 5(153):572–576.
- Gabrijel, S., Grize, L., Helfenstein, E., Brutsche, M., Grossman, P., Tamm, M., and Kiss, A. (2008). Receiving the diagnosis of lung cancer: patient recall of information and satisfaction with physician communication. *Journal of Clinical Oncology*, 26(2):297–302.
- Garfield, S. (1980). *Psychotherapy. An eclectic approach*. John Wiley and Sons, New York, first edition.
- Gattellari, M., Butow, P., Tattersall, M., Dunn, S., and MacLeod, C. (1998). Misunderstanding in cancer patients: why shoot the messenger? *Annals of Oncology*, 10(1):39–46.
- Gattellari, M., Voigt, K., Butow, P., and Tattersall, M. (2002). When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? *JCO*, 20(2):503–513.
- Girgis, A., Sanson-Fisher, R., and McCarthy, W. (1997). Communication with patients: surgeons' perceptions of their skills and need for training. *Aust N Z J Surg.*, 67(11):775–80.
- Hadlow, J. and Pitts, M. (1991). The understanding of common health terms by doctors, nurses and patients. *Soc Sci Med*, 32(2):193–196.

- Hall, J., Roter, D., and Katz, N. (1987). Task versus socio-emotional behaviors in physicians. *Med Care*, 25(5):399–412.
- Hall, J., Roter, D., and Rand, C. (1981). Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav*, 1(22):18–30.
- Harris, R. (1997). Consistency of patient information ... is this happening? *Cancer Nurs.*, 20(4):274–6.
- Hogbin, B. and Fallowfield, L. (1989). Getting it taped: the 'bad news' consultation with cancer patients. *Br J Hosp Med*, 41(4):330–3.
- Hutul, O., Carpenter, R., Tarpley, J., and Lomis, K. (2006). Missed opportunities: a descriptive assessment of teaching and attitudes regarding communication skills in a surgical residency. *Curr Surg.*, 63(6):401–9.
- Inui, T. and Carter, W. (1985). Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Medical Care*, 23(5):521–538.
- Irwin, W., McClelland, R., and Love, A. (1989). Communication skills training for medical students: an integrated approach. *Medical Education*, 23(4):387–394.
- Jansen, J., Butow, P., van Weert, J., van Dulmen, S., Devine, R., Heeren, T., Bensing, J., and Tattersall, M. (2008). Does age really matter? recall of information presented to newly referred patients with cancer. *JCO*, 26(33):5450–5457.
- Jenkins, V., Fallowfield, L., and Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in uk cancer centres. *Br J Cancer*, 84(1):48–51.
- Kalliainen, L. (2010). Current issues in the physician-patient relationship. *J Hand Surg Am.*, 35(12):2126–2129.
- Kerr, J., Engel, J., Schlesinger-Raab, A., and Hölzel, D. (2003). Doctor-patient communication: results of a four-year prospective study in rectal cancer patients. *Dis Colon Rectum*, 46(8):1038–1046.
- Keulers, B., Scheltinga, M., Houterman, S., Van Der Wilt, G., and Spauwen, P. (2008). Surgeons underestimate their patients' desire for preoperative information. *World J Surgery*, 32:964–970.
- Koenig, B. and Gates-Williams, J. (1995). Understanding cultural difference in caring for dying patients. *West J Med*, 3(163):244–249.

- Lapine, A., Wang-Cheng, R., Goldstein, M., Nooney, A., Lamb, G., and Derse, A. (2001). When cultures clash: physician, patient, and family wishes in truth disclosure for dying patients. *Journal of Palliative Medicine*, 4(4):475–480.
- Lazarus, R. (1979). *Personality*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, third edition.
- Levinson, W. and Chaumeton, N. (1999). Communication between surgeons and patients on routine office visits. *Surgery*, 125(2):127–134.
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., and Lamb, J. (2000). A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA*, 284(8):1021–7.
- Ley, P. (1982). Satisfaction, compliance and communication. *Br J Clin Psychol*, 21:241–254.
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance*. Chapman and Hall, London.
- Ley, P., Bradshaw, P., Kinsey, J., and Atheron, S. (1976). Increasing patients' satisfaction with communication. *Br J Soc Clin Psychol*, 15:403–413.
- Ley, P. and Spelman, M. (1986). Communications in an outpatient setting. *Br J Soc Clin Psychol*, 4:114–116.
- Lobb, E., Butow, P., Kenny, D., and Tattersall, M. (1999). Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used? *MJA*, 171:290–294.
- Lopez, G. (1999). The physician-patient relationship in post-modernism. *Acta Gastroenterol Latinoam*, 29(3):125–33.
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The kalamazoo consensus statement. *Acad. Med.*, 76:390–393.
- McCormack, D., Evoy, D., Mulcahy, D., and Walsh, M. (1997). An evaluation of patients comprehension of orthopaedic terminology: implications for informed consent. *J R Coll Surg Edinb.*, 42(1):33–5.
- McIntosh, J. (1974). Processes of communication, information seeking and control associated with cancer: A selective review of the literature. *Soc Sci Med*, 8(4):167–187.
- McKinlay, J. (1975). Who is really ignorant - physician or patient? *J Health Soc Behav.*, 16(1):3–11.

- McLafferty, R., Williams, R., Lambert, A., and Dunnington, G. (2006). Surgeon communication behaviors that lead patients to not recommend the surgeon to family members or friends: Analysis and impact. *Surgery*, 140(4):616–22.
- Meredith, C., Symonds, P., Webster, L., Lamont, D., Pyper, E., Gillis, C., and Fallowfield, L. (1996). Information needs of cancer patients in west scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ*, 313(7059):724–6.
- Merten, M. (2005). Nicht genug geredet. *Deutsches Ärzteblatt*, 49:3389.
- Mills, M. and Sullivan, K. (1999). The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8(6):631–642.
- Molleman, E., Krabbendam, P., Annyas, A., Koops, H., Sleijfer, D., and Vermey, A. (1984). The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. *Soc Sci Med*, 18(6):475–80.
- Ong, L., DeHaes, J., Hoos, A., and Lammes, F. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, 40(7):903–918.
- Ong, L., Visser, M., Lammes, F., and de Haes, J. (2000). Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Educ Couns*, 41(2):145–56.
- Parrott, R., Burgoon, J., Burgoon, M., and LePoire, B. (1989). Privacy between physicians and patients: more than a matter of confidentiality. *Soc Sci Med*, 12(29):1381–5.
- Perkins, J., Sanson-Fisher, R., Anseline, P., Gillespie, W., and Lowe, A. (1998). A preliminary exploration of the interactional skills of trainee surgeons. *Aust N Z J Surg.*, 68(9):670–4.
- Quirt, C., Mackillop, W., Ginsburg, A., Sheldon, L., Brundage, M., Dixon, P., and Ginsburg, L. (1997). Do doctors know when their patients don't?: A survey of doctor-patient communication in lung cancer. *Lung Cancer*, 18(1):1–20.
- Redlich, F. (1949). The patient's language. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 17(3):427–453.
- Richards, J. and McDonald, P. (1985). Doctor-patient communication in surgery. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 78:922–924.

- Robinson, J., Wrightsman, L., and Shaver, P. (1991). *Measurement and control of response bias*. In: *Measures of personality and social psychological attitudes*. Academic Press, San Diego, CA, 17-59.
- Roter, D. and Hall, J. (2006). *Doctors talking with patients/ patients talking with doctors*. Auburn House, Westport, second edition, 3-22.
- Roter, D., Hall, J., and Katz, N. (1987). Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med Care*, 25(5):437-451.
- Roter, D., Hall, J., and Katz, N. (1988). Patient-physician communication: a descriptive summary of the literature. *Patient Educ. Counseling*, 12(2):99-119.
- Sapir, R., Catane, R., Kaufman, B., Isacson, R., Segal, A., Wein, S., and Cherny, N. (2000). Cancer patient expectations of and communication with oncologists and oncology nurses: the experience of an integrated oncology and palliative care service. *Support Care Cancer*, 8(6):458-63.
- Sardell, A. and Trierweiler, S. (1993). Disclosing the cancer diagnosis. procedures that influence patient hopefulness. *Cancer*, 72(11):3355-65.
- Schaefer, R., Goos, M., and Goeppert, S. (2000). *Online-Lehrbuch Medizinische Psychologie*. <http://www.medpsych.uni-freiburg.de/OL/arzt-patient.html>.
- Schlömer-Doll, U. and Doll, D. (2000). Patienten mit krebs: Information und emotionale unterstützung. *Deutsches Ärzteblatt*, 97(46):A-3076 / B-2612 / C-2420.
- Seale, C. (1991). Communication and awareness about death: a study of a random sample of dying people. *Soc Sci Med*, 8(32):943-52.
- Siminoff, L. (1992). Improving communication with cancer patients. *Oncology (Williston Park)*, 6(10):83-7.
- Siminoff, L. and Fetting, J. (1991). Factors affecting treatment decisions for a life-threatening illness: the case of medical treatment of breast cancer. *Soc Sci Med*, 32(7):813-818.
- Siminoff, L., Fetting, J., and Abeloff, M. (1989). Doctor-patient communication about breast cancer adjuvant therapy. *J Clin Oncol*, 9(7):1192-200.
- Sise, M., Sise, C., Sack, D., and Goehring, M. (2006). Surgeons' attitudes about communicating with patients and their families. *Curr Surg.*, 63(3):213-8.

- Spiro, H. (1992). What is empathy and can it be taught? *Ann Intern Med*, 116(10):843–46.
- Squier, R. (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med*, 30(3):325–339.
- Stewart, M., Brown, J., and Boon, H. (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control*, 3:25.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*, 152(9):1423–1433.
- Street, R. J. (1991). Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc Sci Med.*, 5(32):541–8.
- Sutherland, H., Llewellyn-Thomas, H., Lockwood, G., Tritchler, D., and Till, J. (1989). Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decisions. *J R Soc Med*, 5(82):260–263.
- Tamblyn, R. and Abrahamowicz, M. (2010). Influence of physicians' management and communication ability on patients' persistence with antihypertensive medication. *Arch. Intern. Med*, 170(12):1064–72.
- Tanida, N. (1994). Japanese attitudes towards truth disclosure in cancer. *Scand J Public Health*, 22(1):50–57.
- Temple, W., Toews, J., Fidler, H., Lockyer, J., Taenzer, P., and Parboosingh, E. (1998). Concordance in communication between surgeon and patient. *Can J Surg*, 41(6):439–45.
- Thompson, C. and Pledger, L. (1993). Doctor-patient communication: Is patient knowledge of medical terminology improving? *Health Commun*, 5(2):89–97.
- Torjuul, K., Nordam, A., and Sorlie, V. (2005). Ethical challenges in surgery as narrated by practicing surgeons. *BMC Med Ethics*, 6:E2.
- Waitzkin, H. (1984). Doctor-patient communication; clinical implications of social scientific research. *J Am Med Assoc*, 17(252):2441–6.

Anhang A

Fragebögen

A.1 Präoperativer Fragebogen an den Patient

Fragebogen I – Patienten-Vorwissen (präoperativ)**Angaben zur Person****Alter** Jahre**Geschlecht**₁ männlich ₂ weiblich**Welche Ausbildung haben Sie?**

- ₁ Volks-, Hauptschule ohne abgeschlossene Lehre
- ₂ Volks-, Hauptschule mit abgeschlossener Lehre
- ₃ Realschul-/ gleichwertiger Abschluss (z.B. Mittlere Reife)
- ₄ Abitur, Hochschulreife, Fachhochschulreife
- ₅ abgeschlossenes Studium (z.B. Universität, Fachhochschule)
- ₆ (noch) ohne Schulabschluss

Angaben zum Vorwissen

Die Diagnose meiner Erkrankung war mir vor Kontakt mit der Chirurgie bereits bekannt.

- ₁ trifft gar nicht zu
- ₂ trifft wenig zu
- ₃ teils-teils
- ₄ trifft ziemlich zu
- ₅ trifft völlig zu

Die Behandlungsart war mir vor der Aufklärung durch den Chirurgen bereits bekannt.

- ₁ trifft gar nicht zu
- ₂ trifft wenig zu
- ₃ teils-teils
- ₄ trifft ziemlich zu
- ₅ trifft völlig zu

Das Behandlungsziel war mir vor der Aufklärung durch den Chirurgen bereits bekannt.

- ₁ trifft gar nicht zu
- ₂ trifft wenig zu
- ₃ teils-teils
- ₄ trifft ziemlich zu
- ₅ trifft völlig zu

Wer hat Sie vor dem Krankenhausaufenthalt über was informiert?

	Diagnose	Therapie	Therapieziel
Hausarzt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Facharzt	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Andere Station	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
Andere Klinik	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
Andere	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅

Haben sie vor Ihrer stationären Aufnahme eine unserer chirurgischen Sprechstunden besucht?

- ₁ ja ₂ nein

Worüber wurden Sie dort informiert?

- ₁ Diagnose
- ₂ Behandlungsart
- ₃ Behandlungsziel
- ₄ Sonstiges

Mit wem haben Sie dort gesprochen?

- ₁ Assistenzarzt
- ₂ Facharzt
- ₃ Oberarzt
- ₄ Chefarzt
- ₅ weiß ich nicht
- ₆ andere

A.2 Postoperativer Fragebogen an den Stationsarzt oder Operateur

Fragebogen II – Arzt – Inhalt postoperative Aufklärung (Stationsarzt & Operateur; Entlasstag)
--

Sie sind

- ₁ Operateur
₂ Stationsarzt

OP-Resultat

**Wurde mit dem Patienten postoperativ über die Operation gesprochen?
(Radikalität, Komplikationen, etc.)**

- ₁ ja ₂ nein

**Wenn ja, worüber wurde der Patient bezüglich der Operation informiert?
(Stichworte)**

Wer hat mit dem Patienten darüber gesprochen?

- ₁ Operateur
₂ Stationsarzt
₃ anderer Arzt
₄ Sonstige

Histologie

**Wurde mit dem Patienten über das Resultat der histologischen Untersuchung
gesprochen?**

- ₁ ja ₂ nein

**Wenn ja, was wurde dem Patienten über das Resultat der Histologie erzählt?
(Stichworte)**

Wer hat mit dem Patienten darüber gesprochen?

- ₁ Operateur
₂ Stationsarzt
₃ anderer Arzt
₄ Sonstige

Weitere Therapie

Ist bei dem Patienten eine weitere medizinische Behandlung geplant?

- ₁ ja ₂ nein

Wenn ja, wurde mit dem Patienten über eine weitere medizinische Behandlung gesprochen?

- ₁ ja ₂ nein

**Wenn ja, worüber wurde der Patient bezüglich der weiteren Therapie informiert?
(Stichworte)**

Wer hat mit dem Patienten darüber gesprochen?

- ₁ Operateur
₂ Stationsarzt
₃ anderer Arzt
₄ Sonstige

Prognose/ Behandlungsziel

Wurde mit dem Patienten darüber gesprochen, welches Ziel mit der OP und einer eventuellen weiteren medizinischen Behandlung verfolgt wird?

₁ ja ₂ nein

Wenn ja, wie lautet das Behandlungsziel?

₁ Kuration
₂ Palliation

Einschätzung

Der Patient ist bei Entlassung vollständig aufgeklärt.

₁ trifft gar nicht zu
₂ trifft wenig zu
₃ teils-teils
₄ trifft ziemlich zu
₅ trifft völlig zu

Falls der Patient Ihrer Meinung nach nicht vollständig aufgeklärt wurde, versuchen Sie, die Entscheidung für eine begrenzte Aufklärung zu begründen. (Stichworte)

Der Patient hat die postoperativen Informationen insgesamt verstanden.

₁ trifft gar nicht zu
₂ trifft wenig zu
₃ teils-teils
₄ trifft ziemlich zu
₅ trifft völlig zu

A.3 Postoperatives Interview mit dem Patient

Fragebogen III – Patient – Inhalt postoperative Aufklärung (Entlasstag)
--

OP-Resultat

**Wurde mit Ihnen nach der Operation über die Operation gesprochen?
(Radikalität, Komplikationen, etc.)**

₁ ja ₂ nein

Wenn ja, worüber wurden Sie bezüglich der Operation informiert? (Interview)

Wer hat Sie über die Operation informiert?

- ₁ Operateur
₂ Stationsarzt
₃ anderer Arzt
₄ Sonstige

Histologie

Wurde mit Ihnen über das Resultat der Gewebeuntersuchung gesprochen?

₁ ja ₂ nein

Wenn ja, was wurde Ihnen über dieses Resultat erzählt?

Wer hat Sie über das Resultat der Gewebeuntersuchung aufgeklärt?

- ₁ Operateur
₂ Stationsarzt
₃ anderer Arzt
₄ Sonstige
-

Weitere Therapie**Wurde mit Ihnen über eine weitere medizinische Behandlung gesprochen?**

- ₁ ja ₂ nein

Wenn ja, worüber wurden Sie bezüglich der weiteren Therapie informiert?**Wer hat Sie über die weitere Therapie informiert?**

- ₁ Operateur
₂ Stationsarzt
₃ anderer Arzt
₄ Sonstige
-

Prognose/ Behandlungsziel**Wurde mit Ihnen darüber gesprochen, welches Ziel mit der OP und einer eventuellen weiteren medizinischen Behandlung verfolgt wird?**

- ₁ ja ₂ nein

Wenn ja, wie lautet das Behandlungsziel?

- ₁ vollständige Heilung (Kuration)
₂ Linderung/ Verlangsamung des Krankheitsverlaufs (Palliation)

Wer hat Sie über das Behandlungsziel aufgeklärt?

- ₁ Operateur
₂ Stationsarzt
₃ anderer Arzt
₄ Sonstige

Einschätzung

Sie haben die vom Arzt erhaltenen Informationen nach der Operation insgesamt verstanden.

- ₁ trifft gar nicht zu
₂ trifft wenig zu
₃ teils-teils
₄ trifft ziemlich zu
₅ trifft völlig zu

A.4 Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

FPZ Fragen zur Patientenzufriedenheit

Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie **wichtig** einzelne Aspekte des Krankenhausaufenthalts für Sie sind und wie **zufrieden** Sie bisher mit Ihrem Aufenthalt auf dieser Station sind.

Bitte lassen Sie sich nicht davon beeinflussen, ob Sie sich im Augenblick gut oder schlecht fühlen, sondern versuchen Sie, bei Ihrer Beurteilung **den gesamten bisherigen Aufenthalt** auf dieser Station zu berücksichtigen.

Bitte kreuzen Sie zunächst an, **wie wichtig** jeder einzelne Aspekt für Ihre Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt ist. Bevor Sie beginnen, schauen Sie bitte erst alle Bereiche an.

Wie wichtig ist (sind) für Sie ...	nicht wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	extrem wichtig
1. Krankenzimmer (z.B. Ausstattung, Bettenzahl, sanitäre Einrichtungen) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Verpflegung und Tagesablauf _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fachliches Können der Ärzte _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Umgang der Ärzte mit den Patienten _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Informationen (z.B. über Untersuchungsergebnisse und Behandlung) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Betreuung durch die Krankenschwestern und -pfleger ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Krankenhausorganisation (z. B. Untersuchungen in anderen Abteilungen) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Angebote für Patienten (z.B. Aufenthaltsraum, Telefon, Fernseher) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erreichbarkeit des Krankenhauses und Parkplätze _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ergebnis des Krankenhausaufenthalts _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie nun an, **wie zufrieden** Sie (bisher) mit den einzelnen Aspekten sind.

Wie zufrieden sind Sie mit der / dem / den ...	un-zufrieden	eher un-zufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
1. Krankenzimmer (z.B. Ausstattung, Bettenzahl, sanitäre Einrichtungen) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Verpflegung und Tagesablauf _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fachlichen Können der Ärzte _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Umgang der Ärzte mit den Patienten _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Informationen (z.B. über Untersuchungsergebnisse und Behandlung) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Betreuung durch die Krankenschwestern und -pfleger ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Krankenhausorganisation (z. B. Untersuchungen in anderen Abteilungen) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Angeboten für Patienten (z.B. Aufenthaltsraum, Telefon, Fernseher) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erreichbarkeit des Krankenhauses und Parkplätze _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. (Bisherigen) Ergebnis des Krankenhausaufenthalts _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>