

*Prim.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Margot Peters PLL.M.*

*Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Sonnenpark Bad Hall*

# **Aufklärung: Essay einer Psychiaterin**

Immer wieder wird die Frage gestellt, wie eine gelungene Aufklärung aussehen soll. Wie umfangreich, ausführlich, einfach ... diese gestaltet werden muss. Einleitend möchte ich zwei Beispiele anführen – beide aus meinem eigenen Umfeld.

Während meiner Ausbildung als Turnusärztin hat sich der Primar der gynäkologischen Abteilung sehr viel Zeit genommen, um sozusagen der Auszubildenden genau zu demonstrieren, wie man eine präoperative Aufklärung richtig macht. Aufzuklären war eine ca. 45-jährige Frau, die vierfache Mutter war. Die Patientin wurde in das Zimmer des Primars gebeten und gefragt, ob die Turnusärztin anwesend sein darf. Sie hat dem zugestimmt. Ich denke, es war ihr sogar sehr angenehm, dass noch eine Frau bei diesem Gespräch dabei war. Grund des Aufklärungsgesprächs war, dass bei Voruntersuchungen (aufgrund einer entsprechenden Symptomatik) eine gutartige Wucherung in der Gebärmutter festgestellt wurde und daher eine Operation von Nöten war. Da die Geschwulst relativ groß war, konnte nicht von vornherein festgelegt werden, ob die Entfernung der Gebärmutter durch die Scheide möglich sein wird oder ob ein Bauchschnitt erforderlich ist. Der Primar hat ganz genau die einzelnen Schritte der geplanten Operation besprochen, mit einer Skizze unterstützt, Vor- und Nachteile aufgezählt und auch die Weiterbehandlung erklärt. Dabei hat er nicht einmal von „vaginal“ gesprochen oder Wörter wie „Uterus“ verwendet. Er hat die Patientin auch immer wieder ermuntert, Fragen zu stellen. Ich kann mich deshalb so gut daran erinnern, weil mir seine Geduld aufgefallen ist und ich auch wusste, dass die Kollegen auf die Chefvisite warten mussten – fast eine Stunde lang. Am Ende fragte er noch, ob irgendetwas unklar sei oder ob es noch Fragen gäbe. Die Patientin schüttelte den Kopf und unterschrieb. Etwas später fragte sie mich dann am Gang, ob sie nach der Operation noch Kinder bekommen könne! Ich – und offensichtlich auch der Primar – wäre nie auf die Idee gekommen, dass eine vierfache Mutter keine Ahnung von der Funktion der Gebärmutter hat!

Das nächste Beispiel ist noch nicht lange her: Vor einigen Wochen wurden bei einer Sportveranstaltung mein Cousin und seine Familie durch einen Unfall verletzt. Ein Auto war in die Zuschauer gerast. Seine Frau wurde mit dem Hubschrauber ins UKH Linz geflogen, die Tochter kam ins AKH Linz, sein Sohn in ein Krankenhaus nach Niederösterreich und er selbst nach der Reanimation mit dem Notarzt-hubschrauber ins AKH Wels. Dort wurde er auf der Intensivstation wach. Als er den Arzt kommen sah, fragte er, woran denn der Arzt gestorben sei? Er wusste noch von dem Unfall, sah das helle Licht und fühlte keine Schmerzen – also war er gestorben – und logischerweise musste ja dann der Arzt auch tot sein. Nun, das konnte rasch aufgeklärt werden. Und dann interessierte er sich nur für seine Familie: Was war wem passiert? Wo sind sie? Wie geht es jedem? Zum Arzt, der ihn über die nächsten Schritte aufklären wollte, welche (teilweise invasiven) Untersuchungen zu machen sind und welche operativen Maßnahmen notwendig

sind, sagte er nur: „Sie sind der Fachmann – machen sie einfach, was zu machen ist!“ Die Sorge um die Familie überlagerte alles, er selbst war sich „egal“. Der Familie geht es den Umständen entsprechend gut, die Kinder sind bereits aus dem Krankenhaus entlassen, seine Frau ist bereits auf Rehabilitation, er selbst hat die ersten Operationen hinter sich. Aufgrund der Schwere seiner Verletzungen wird es noch lange dauern, bis er zur Reha kann. Inzwischen fragt er auch nach, was noch alles auf ihn zukommt. Und ich darf immer wieder „übersetzen“, was die Ärzte ihm erklärt haben. Gerade dieses zweite Beispiel zeigt, dass es sehr schwer ist, „richtig“ aufzuklären.

Aufgrund der Gesetzeslage bemühen sich Ärztinnen und Ärzte immer mehr, juristisch korrekt aufzuklären. Für die Patientinnen und Patienten entstehen dadurch Situationen, in denen sie sich überfordert fühlen und aufgrund ihrer Ängste und Sorgen nicht fähig sind, alle notwendigen Schritte durchdenken zu können. Um bei dem Beispiel meines Cousins zu bleiben: Er ist Techniker und hat ein eigenes Unternehmen. Er ist es gewohnt, Dinge zu hinterfragen und klare Entscheidungen zu treffen. Da es aber jetzt direkt um ihn selbst geht, stößt auch er an seine Grenzen. Bei einem Besuch sagte er: „Wenn ich mein Auto zur Reparatur gebe, will ich auch nicht jedes Detail wissen – das Ergebnis muss stimmen!“

Jetzt, wo seine Familie sozusagen am Weg der Besserung ist, interessiert er sich auch wieder für sich selbst und fragt nach. Wenn ihm unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten angeboten werden, ist er immer wieder unsicher und ruft mich an. Interessanterweise hat er zu einem Arzt besonderes Vertrauen gefasst. In einem Gespräch außerhalb der Visite hat er erfahren, dass dieser Arzt das gleiche Hobby hat – Fallschirmspringen! Hier zeigt sich, dass ein gelungenes Arzt-Patienten-Gespräch von ganz anderen Kriterien abhängt, als den juristischen Vorgaben und der ärztlichen Erfahrung. Wichtig ist es, eine gemeinsame Sprache zu finden! Und um nochmals zum Beispiel der Frau zurückzukehren: weder der Primar noch ich stammten aus der Region der Patientin. Uns beiden war es also „fremd“, wie die Menschen in dieser Gegend denken und fühlen (und das innerhalb von Oberösterreich!). Daher hat das für uns Mediziner völlig Selbstverständliche keine explizite Erwähnung gefunden. Es war mir auch damals schon klar, dass ein Mensch nicht wissen muss, was zum Beispiel eine Bauspeicheldrüse macht, oder wozu man eine Nebenniere hat. Von einer vierfachen Mutter habe ich damals hingegen schon angenommen, dass sie weiß, wozu sie eine Gebärmutter hat. Ich habe damals sehr viel gelernt!

In vielen Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen, speziell der „schneidenden Zunft“, hat sich herausgestellt, dass sie selber mit schwierigen Aufklärungsgesprächen überfordert sind. Man stelle sich einmal vor, man hat eine schwierige Prüfung, eine schwere Aufgabe, ein Schirennen oder Ähnliches vor sich. Und an-

statt sich positiv zu motivieren, sich vorzustellen, dass man es schafft, dass man gewinnt usw., muss man genau erklären, was alles schiefgehen kann! Patientinnen und Patienten wünschen sich „menschliche“, einfühlsame und mitfühlende Ärztinnen und Ärzte. Und spätestens jetzt wird es schwierig! Wenn die Medizinerin/der Mediziner sich voll und ganz in die zu Behandelnden einfühlen kann wird sie/er handlungsunfähig! Es bedarf der professionellen Distanz, um – im härtesten Fall – in das Leben eines Menschen eingreifen zu können. Die Fachsprache hilft dabei. Und auch das Distanzieren – so wird aus „Frau Müller auf Zimmer 7“ das „Astrozytom (Hirntumor) Zimmer 7“!

Zum Thema gibt es aber noch eine ganz andere Entwicklung: Viele Patientinnen und Patienten informieren sich heute vor planbaren Eingriffen, aber auch bei rein medikamentösen Behandlungen, im Internet. Es gibt durchaus Seiten, die gute Grundlageninformation liefern. Schwieriger ist es mit Foren, wo jeder ungefiltert die persönliche Wahrheit schildert. Kaum wird Positives berichtet, das Negative überwiegt. Vieles wird falsch verstanden und durch „Halbwissen“ ersetzt. Es ist auch nicht immer zu durchschauen, wer hier Beiträge liefert – wie viel davon versteckte Werbung für – zum Beispiel – ein bestimmtes Medikament oder eine bestimmte Technik ist. Und es gibt inzwischen auch viel Überaltes im Internet. So kam einmal ein Patient in meine Ordination. Er war sehr erfreut, auf deutschen Internetseiten ein Medikament gefunden zu haben, das Heilung für seine Krankheit versprach. Ich musste ihm leider sagen, dass diese Substanz wegen schwerster Nebenwirkungen – Herzrhythmusstörungen bis Herztod – nicht mehr am Markt ist. Er meinte nur, ich wolle es ihm nicht verschreiben, weil es teuer war. Ich habe ihm zur Einholung einer Zweitmeinung geraten. Der konsultierte Kollege hat das Gleiche gesagt. Schlussendlich kam er wieder zu mir, und jetzt haben wir eine vertrauensvolle Basis – er schaut nicht mehr ins Internet, um sich über seine Krankheit zu informieren.

Es werden durch alle möglichen Medien immer mehr Hoffnungen geweckt. Alles sei machbar, man müsse nur den richtigen Arzt/die richtige Ärztin finden. Kaum wird im Internet oder sonst wo darauf hingewiesen, dass man auch als Betroffene/Betroffener selber etwas zur Heilung beitragen muss. Diesen Teil der Aufklärung „überhören“ die Patienten am häufigsten. Es kann gar nicht eindringlich genug auf die Notwendigkeit der optimalen Nachbehandlung nach einem Eingriff, der Einhaltung der Pflegemaßnahmen, der korrekten Einnahme der Medikamente hingewiesen werden. Gerade bei einer Langzeitbehandlung – wie zum Beispiel bei Diabetes oder Bluthochdruck – sind Lebensstilmodifikationen und ein korrekter Umgang mit Medikamenten unbedingt notwendig. Sätze, die mit „Sie müssen...“ beginnen, werden kaum wahrgenommen. Als Erwachsener lässt man sich nicht gerne Vorschriften machen, und die Nichteinhaltung der vorgeschlagenen Maßnahmen zeigt sich oft nicht gleich, sondern erst nach einiger Zeit – und dann

ist meist die Situation deutlich schwieriger und für die Patienten besteht kein Zusammenhang mit ihrem eigenen Verhalten. Hier wirken die inneren Glaubenssätze, die Familientradition, wie man mit schwierigen Situationen umgeht. (Beispiel: „Der Großvater ist auch zig Jahre alt geworden und hat jeden Tag seinen Schnaps getrunken“; „Was hätten wir damals gemacht – da hat auch keiner Zeit für Erholung gehabt.“) Wenn bestimmte Haltungen vorgelebt werden, ist es schwer, anders zu handeln. Hier kommt den Hausärzten/Hausärztinnen eine spezielle Rolle zu. Sie kennen (vielleicht) die familiäre Situation über Generationen und können dann besser Beratungs- und Aufklärungsgespräche führen. Sie können auf ein „des woar imma scho so“ eingehen und darauf hinweisen, dass jetzt im speziellen Fall ein anderes Verhalten deutlich mehr Erfolg bringt.

Bei einem gelungenen Aufklärungsgespräch geht es um viel mehr als um fachliche Kompetenz. Ein wichtiger Aspekt ist die räumliche Umgebung: Es ist nicht immer leicht, einen passenden Raum zu finden, in dem ein ungestörtes Gespräch möglich ist. Wie sollte so etwas in einer Notaufnahme gehen? Kaum gibt es Räume, in denen man in Ruhe sprechen kann. Und in diesen Situationen ist es den Patienten meist auch egal, sie wollen möglichst rasch schmerzfrei werden. Auch auf den Stationen ist es nicht immer möglich, Patienten in entsprechende Zimmer zu bringen, aufgrund von Bettenmangel sind häufig auch die Untersuchungszimmer belegt – die einzige Raumreserve für bettpflichtige Patienten.

Ein weiterer überaus wichtiger Aspekt ist die Zeit: Der Zeitdruck in Krankenhäusern ist enorm. Es ist für ein Gespräch auch nicht förderlich, wenn immer wieder das Telefon läutet und es so zu einer Unterbrechung kommt. Viele Patienten getrauen sich auch nicht noch zu fragen, wenn sie den Eindruck haben, der Arzt/die Ärztin steht unter Druck und sollte eigentlich schon woanders sein. Das passiert auch, wenn sie sich auf das Aufklärungsgespräch vorbereitet haben – sie fragen dann doch nicht.

Wichtig ist es auch, die „richtige“ Sprache zu finden. Dazu muss man als Aufklärende/Aufklärender aber etwas von der Patientin/dem Patienten wissen, das über die Krankengeschichte hinausgeht. Es ist ein Unterschied, ob man mit einem Techniker oder Künstler spricht, mit einer Frau oder einem Mann, mit einem Menschen aus der Großstadt oder aus einer ländlichen Gegend. Was kann man voraussetzen? Im Zweifelsfall nichts! Man darf nicht überfordern, aber den/die zu Behandelnden nicht das Gefühl geben, er/sie könne „nicht bis 3 zählen“. Fachtermini sind möglichst zu vermeiden, zu simplifiziert trifft meist den Sachverhalt nicht ausreichend.

Und zu guter Letzt ist die psychische Verfassung mit einzubeziehen:

Wir wissen von Konrad Lorenz:

*Gedacht heißt nicht immer gesagt  
Gesagt heißt nicht immer richtig gehört  
Gehört heißt nicht immer verstanden  
Verstanden heißt nicht immer einverstanden  
Einverstanden heißt nicht immer angewendet  
Angewendet heißt noch lange nicht beibehalten.*

Hier zeigt sich deutlich, in wie vielen Punkten ein Aufklärungsgespräch scheitern kann!

Auch Schulz von Thun zeigt in seinem Vier-Seiten-Modell, dass eine Nachricht sowohl vom Sender (Arzt/Ärztin, aber auch Patient/Patientin) als auch vom Empfänger (vice versa) nach Sachinhalt, Selbstoffenbarung, Beziehung und Appell interpretiert werden kann. Paul Watzlawicks Ausspruch: „Man kann nicht nicht kommunizieren“, zeigt noch einen weiteren Aspekt eines Gesprächs auf. All das bedeutet: Neben den ganzen Rahmenbedingungen kommt es auf Gestik, Mimik, Augenkontakt und Impressionsmanagement (Kleidung, Frisur etc.) an. Und das gilt für beide Beteiligten: Ärztin und Patientin, Arzt und Patient! WIE eine Botschaft transportiert wird, ist essentiell. Nur so kann eine Information, aber auch eine Frage verstanden werden.

Durch Körperhaltung und Blicke allein kann jemand sehr verunsichert werden. Im Krankenhaus haben die Ärzte/Ärztinnen eine Dienstkleidung. Den weißen Mantel ist man ja noch „gewöhnt“, das OP-Grün, womöglich noch mit der entsprechenden Kopfbedeckung, macht schon einen ganz anderen Eindruck. Der Blick der stehenden Ärztin von oben auf die liegenden Patienten herab hat auch seine besondere Wirkung. Man fühlt sich als Patient/Patientin von vorneherein unterlegen. Wenn dann der Arzt/die Ärztin nur in die Unterlagen schaut und dem Blickkontakt ausweicht, verstärkt das die Angst. Und Angst ist ein schlechter Begleiter bei so einem Gespräch! Wenn der Angstpegel ein ausreichendes Maß erreicht, wird Zuhören unmöglich. Und dann beginnt wieder ... „gesagt – gehört – verstanden“ ... wie oben das Zitat von Konrad Lorenz schon erklärt.

Wesentlich und wichtig ist auch, dass sich die Ärztin/der Arzt bewusst ist, dass es bei einem Aufklärungsgespräch nicht nur um reines Faktenwissen geht, sondern dass die Wertvorstellungen miteinbezogen werden sollten. Eine Patientin/ein Patient sollte in die Lage versetzt werden, eine autonome Entscheidung zu treffen. Das Wesen einer autonomen Entscheidung erwächst aus den eigenen Wertvorstellungen und/oder dem Glauben einer Person, basiert auf adäquater Information

und Verstehen, und ist frei von äußeren und inneren Nötigungen. Das Verstehen ist das innere Ja der Patienten.

Leider kommen in der Ausbildung der Mediziner diese Überlegungen zur Aufklärung immer noch zu kurz. Hier gilt es auch den Ausbildern vor Augen zu führen, dass es nicht nur um Wissensvermittlung, um Informationsweitergabe geht, sondern dass zu einer gelungenen Aufklärung mehr gehört. Durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote könnten hier jedoch Verbesserungen herbeigeführt werden. Verbesserungen, nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für die Arbeits- (und auch Lebens-) zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte. Eine gelungene Kommunikation macht vieles leichter!