

Prof. Dr.med. Dr.rer.nat. Ernil Hansen

Anästhesist, Universitätsklinikum Regensburg

Aufklärungsschäden

1. Nocebo-Effekte	50
2. Negativsuggestionen	53
3. Die medizinische Aufklärung	54
4. Nebenwirkungen der Risikoaufklärung	56
5. Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung	56
6. Fazit	58

Bei der medizinischen Aufklärung werden Nocebo-Effekte ausgelöst, d.h. negative Erwartungshaltungen, und Negativsuggestionen sprechen innere Bilder an mit starken Wirkungen auf unwillkürliche Körperfunktionen. Sie führen dazu, dass ein Großteil der geschilderten Nebenwirkungen auch wirklich eintritt. Die verbreitete Praxis einer brutalstmöglichen Aufklärung, bei der der Arzt aus Angst vor Aufklärungsversäumnissen die Informationsüberflutung des Patienten noch verstärkt, statt ihm dabei zu helfen, muss gestoppt werden. Nicht die Aufklärung, sondern die Art der Aufklärung gehört auf den Prüfstand. Ärzte müssen ihre Worte sorgsamer wählen und Negativeinflüsse minimieren. Wesentliche Veränderungen können nur in enger Diskussion mit der Rechtsprechung und letztlich mit dem Gesetzgeber erreicht werden. Der beste Schutz vor Aufklärungsschäden ist eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung.

1. Nocebo-Effekte

Der Arzt hat nicht nur durch seine Medikamente und Interventionen eine Wirkung auf den Patienten, sondern auch durch seine Worte, sein Auftreten und seine Person. Darüber sagt Bernhard Lown, berühmter Kardiologe und Friedensnobelpreisträger, in seinem beachtenswerten Buch „Die verlorene Kunst des Heilens“: „Worte sind das mächtigste Werkzeug, über das ein Arzt verfügt.“⁷⁸ Er weist aber auch darauf hin, dass dies wie alles in der Medizin, wie Wirkung und Nebenwirkung, zwei Seiten hat: „Worte können allerdings – wie ein zweischneidiges Schwert – sowohl tief verletzen als auch heilen.“ Diese negativen Auswirkungen sind bei Ärzten und Medien in letzter Zeit unter dem Begriff „Nocebo“ in den Fokus der Aufmerksamkeit geraten.⁷⁹ Besser bekannt ist der Placebo-Effekt, also die Wirkung von z.B. einer Tablette ohne spezifische Wirksubstanz. Er wird in den Placebo-kontrollierten Studien, die vor der Zulassung eines Medikaments stehen, sichtbar, indem auch in Patienten der „Placebo-Gruppe“ die gewünschte Wirkung beobachtet wird, meist in einer Größenordnung ähnlich der mit der aktiven Substanz. In der „Verum-Gruppe“ kommt der positive Placebo-Effekt zu der spezifischen Medikamentenwirkung dazu. Das wird gerne mitgenommen, muss doch nichts dazu getan werden. Doch der Placebo-Effekt ist nicht alleine zu haben, immer ist auch der negative Bruder, der Nocebo-Effekt dabei. In der Placebo-Gruppe tauchen Nebenwirkungen auf, die eigentlich von dem Medikament erwartet werden, und wieder in ähnlicher Größenordnung. Auch bei Gabe des wirksamen Medikaments, in der Verum-Gruppe also, kommen zu den Nebenwirkungen des Medikaments Nocebo-Effekte dazu. Damit wird klar, dass ein Großteil der Nebenwirkungen und Beschwerden, die wir bei Patienten beobachten, gar nicht von der Therapie selbst kommt.

Die Art und das Ausmaß dieser Nebenwirkungen durch Nocebo-Effekte sind ganz von der Präsentation, d.h. der Risikoaufklärung des Patienten, abhängig. In Studien mit Betablockern z.B. wurden „sexuelle Dysfunktionen“ in Form einer Erektionsstörung beim Mann in 3 bzw. 8 % der Patienten beobachtet, wenn die Tablette als „Medikament für Ihr Herz“ angekündigt wurde.⁸⁰ Wenn bei der Aufklärung gesagt wurde, dass es sich um einen „Betablocker“ handelte, traten Erektionsstörungen bei 16 bzw. 13 % der Patienten auf. Und wurde angekündigt, dass ein Betablocker verabreicht würde, der als sehr seltene Nebenwirkung zu „Erektionsstörungen“ führen könnte, dann waren es 31 bzw. 32 %, also zehnmal

78 Lown 2004

79 Häuser 2013

80 Silvestri 2003, Cocco 2009

so viel. Wenn man bedenkt, wie viele Menschen heute unter Medikation mit Betablockern stehen, dann wird klar, dass es eine große Anzahl von Patienten gibt, die mit dieser unangenehmen Nebenwirkung nur aufgrund der Aufklärung leben müssen. Die Patienten mit Erektionsstörungen in besagten Studien wurden sehr erfolgreich mit Viagra behandelt. Ebenfalls sehr erfolgreich war die Behandlung in der Placebo-Gruppe dieser Therapie. Dies gibt Hoffnung mit der Erkenntnis, dass die negativen Nocebo-Effekte durch positive Placebo-Effekte neutralisiert werden können.

Das Problem von Nocebo-Effekten ist jedoch nicht allein ein quantitatives, viele Menschen betreffendes, sondern auch ein qualitatives, d.h., es geht nicht allein um Unannehmlichkeiten, sondern zum Teil um schwerwiegende Gefährdungen. So werden in Placebo-kontrollierten Studien nicht nur in erheblicher Anzahl (5–78 %) unerwünschte Nebenwirkungen wie Schlafstörungen, Übelkeit oder Bauchschmerzen auch in der Placebo-Gruppe berichtet, sie treten regelmäßig auch in einer Stärke auf, dass sie zum Abbruch der Therapie führen, d.h., Patienten beenden die Einnahme wirkungsloser Placebo-Tabletten, weil die Nebenwirkungen zu belastend sind.⁸¹ Ein Fall wird berichtet, in dem ein Mann nach Einnahme von 26 Tabletten eines Antidepressivums in suizidaler Absicht in eine Notaufnahme eingeliefert wird. Er ist vital bedroht und muss mit Infusionen und kreislaufstabilisierenden Medikamenten behandelt werden. Die Tabletten hat er im Rahmen einer Studie erhalten. Es stellt sich heraus, dass er in der Placebo-Gruppe war, die Tabletten also gar keinen Wirkstoff enthielten.⁸²

Placebo- wie Nocebo-Effekte beruhen auf einer Konditionierung, d.h. einem Lernen aus der Vergangenheit, oder einer Erwartungshaltung, d.h. einer Projektion in die Zukunft. Ein typisches Beispiel für Nocebo durch Konditionierung ist, wenn nach wiederholter Chemotherapie mit Übelkeit diese bereits ausgelöst wird, wenn der Patient die beteiligte Krankenschwester sieht oder einen Raum betritt, der ähnliche Farbe oder Geruch wie der Behandlungsraum aufweist. Ein typisches Beispiel für Nocebo durch Erwartungshaltung ist, wenn in einer Studie über Nebenwirkungen von elektromagnetischen Feldern (Handy, Funkmasten) nach der Aufklärung über mögliche Kopfschmerzen zwei Drittel der Probanden Kopfschmerzen entwickelt, ohne dass das Feld eingeschaltet wurde.⁸³ Ursprünglich ist ein Placebo/Nocebo-Charakteristikum noch das Fehlen der aktiven Maßnahme. Die Wirksamkeit steigt mit der Invasivität der Maßnahme: Bittere Tabletten (ohne Wirkstoff) sind wirkungsvoller als neutral schmeckende, die intravenöse Gabe wirkungsvoller als die orale. Besonders starke Effekte sind bei chirurgischen Scheineingriffen nachweisbar. Auch die physiologischen Grundlagen von Placebo-

81 Häuser 2013

82 Reeves 2007

83 Oftedal 2007

und Nocebo-Effekten sind zum Teil bekannt.⁸⁴ So steigt z.B. bei Placebo-bedingter Analgesie, also etwa der erfolgreichen Beseitigung von Kopfschmerzen durch eine Placebo-Tablette, die Konzentration von körpereigenen Endorphinen an. Andererseits sinkt sie bei einem Nocebo-bedingten Schmerz ab, zusammen mit anderen Mediatoren wie Dopamin, und gleichzeitig treten vermehrt andere Stoffe auf, wie Cholecystokinin, das eine Hyperalgesie vermittelt. Gleichzeitig zeigen sich im Gehirn dieselben Areale aktiv wie bei „echtem“ Schmerz. Der Körper kann nicht zwischen echtem und erwartungsbedingtem Schmerz unterscheiden. Das gleiche gilt für andere Reaktionen wie Entzündung oder Übelkeit. Nocebo-bedingter Schmerz oder Übelkeit sind also genauso „echt“.

In einer Metaanalyse von 17 Studien über Chemotherapie-induzierte Übelkeit zeigte sich eine starke Abhängigkeit von Auftreten, Stärke und Häufigkeit von der Aufklärung und den damit ausgelösten Erwartungshaltungen.⁸⁵ In einer Untersuchung über Kopfschmerz nach Lumbalpunktion traten solche in 47 % der Patienten mit Aufklärung über diese mögliche Nebenwirkung ein, aber nur bei 8 % der Patienten ohne Aufklärung.⁸⁶ Eine multizentrische Studie zur Wirksamkeit von Aspirin bei Angina pectoris zeigte ein sechsfach häufigeres Auftreten von gastrointestinalen Beschwerden und eine signifikant höhere Häufigkeit von Studienabbruch wegen solcher Beschwerden als bei nicht informierten Patienten.⁸⁷ In einer Studie wurde die Lokalanästhesie vor einer Periduralanästhesie (dickere Nadel) randomisiert. Diese wurde entweder mit den Worten: „Wir werden Ihnen jetzt eine Lokalanästhesie geben, die den Bereich taub macht, wo wir die Periduralanästhesie durchführen, damit es für Sie angenehm ist“ oder mit den Worten: „Sie werden jetzt einen heftigen Stich und ein Brennen am Rücken spüren, als hätte Sie eine Biene gestochen; das ist der schlimmste Teil der ganzen Prozedur“ angekündigt.⁸⁸ Das Ergebnis war erheblich und signifikant mehr Schmerz nach dem zweiten Text. Die Autoren bezeichneten dies als „Nocebo-induced hyperalgesia“. Man kann den Effekt aber nicht nur als negative Erwartungshaltung (Nocebo) interpretieren, sondern als Erklärung auch die direkte Wirkung von Suggestionen heranziehen, d.h. die Aktivierung innerer Bilder durch Worte. Im ersten Text sind mehrere positive Suggestionen wie „geben“, „taub machen“, „angenehm“ enthalten, im zweiten Text mehrere Negativsuggestionen wie „heftiger Stich“, „Biene“, „gestochen“, „Brennen“, „schlimmster Teil“.

84 Benedetti 2007

85 Colaguri 2010

86 Daniels 1981

87 Myers 1987

88 Varelmann2010

2. Negativsuggestionen

Dieses Erklärungsmodell für Negativeinflüsse, das sich ergänzend – nicht alternativ oder konkurrierend – anbietet, geht davon aus, dass Patienten medizinische Situationen wie einen Unfall, einen Zahnarztbesuch, die Vorbereitung auf eine Operation, einen Aufenthalt auf einer Intensivstation oder im Kreißsaal meist als extrem, z.Tl. als existentiell bedrohlich empfinden. In Extremsituationen gehen Menschen als Schutzreaktion in einen „natürlichen Trancezustand“. Er ist „natürlich“, indem er auch bei Tieren vorkommt, wie das vor der Schlange erstarrte Kaninchen, und indem er bei jedem Menschen spontan auftritt, zyklisch, mehrfach am Tag, in einem „ultradianen Rhythmus“.⁸⁹ Dies sind Momente, in denen die Aufmerksamkeit sich nach innen richtet, die Gedanken abschweifen, Emotionen hochsteigen, man einen „abwesenden“ Eindruck macht. Dieser natürliche Trancezustand stellt einen besonderen Bewusstseinszustand dar, mit mehr bildhaftem und weniger rationalem Verständnis, der eine besondere Form der Kommunikation erfordert, aber auch ermöglicht.⁹⁰ David Cheek, ein amerikanischer Gynäkologe und Hypnotherapeut, hat schon 1962 darauf hingewiesen, wie wichtig es ist zu erkennen, dass Patienten vor einer Operation sich verhalten als wären sie hypnotisiert.⁹¹ Die wichtigsten Merkmale dieses veränderten Bewusstseinszustands sind eine fokussierte Aufmerksamkeit und eine Hypersuggestibilität. Dies bedeutet eine erhöhte, nicht verringerte, Aufmerksamkeit mit dem Zug, alles Aufgenommene auf sich zu beziehen. Das macht „belanglose“ Gespräche oder Gespräche über andere Patienten so gefährlich. Die Hypersuggestibilität bedeutet, dass Suggestionen in diesem Zustand stärker wirken als gewöhnlich. Suggestionen haben direkten Einfluss auf sonst unwillkürliche Funktionen. So kann zwar jeder Mensch die Durchblutung regulieren, er kann erblassen oder erröten, aber nicht willentlich. Über Suggestionen, d.h. das Ansprechen innerer Bilder, über die Auslösung von Erregung, Scham oder Erschrecken kann der andere blass oder rot werden. Ebenso können andere Funktionen wie Verdauung, Schmerzverarbeitung, Immunabwehr u.v.m., die nicht unserem Willen unterliegen, beeinflusst werden. So haben Suggestionen nachweislich Einfluss auf Schmerz, Angst und Stress, was an dem Blutdruckverhalten, der Herzfrequenz oder an dem Medikamentenbedarf abgelesen werden kann. Sie haben Wirkung auf die Ausscheidung, die Verdauung, die Blutgerinnung, die Wundheilung, den Stoffwechsel und Hormonhaushalt, in positivem wie in negativem Sinne. Negativsuggestionen können so zu Nebenwirkungen, wie Schwellungen, Entzündungsreaktionen, Arrhythmien, und klinisch

89 Rossi 1993

90 Hansen 2010

91 Cheek 1962

zu einer erhöhten Rate an Komplikationen, schlechteren Therapieergebnissen und einem verlängerten Krankenhausaufenthalt führen.⁹² Die Ängste und Hoffnungslosigkeit, die mit negativen Erwartungshaltungen und Negativsuggestionen geschürt werden, haben einen eigenen negativen Einfluss auf das „Outcome“ des Patienten. So steigt die Wahrscheinlichkeit, eine koronare Herzerkrankung zu entwickeln oder auch an einem Herzinfarkt zu versterben, in direkter Abhängigkeit des Grades einer reaktiven Depression oder einer Hoffnungslosigkeit an.⁹³

3. Die medizinische Aufklärung

Die medizinische Aufklärung, speziell die Risikoaufklärung vor operativen Eingriffen oder Anästhesie, ist eine reichhaltige Quelle von Nocebo-Effekten und Negativsuggestionen. Kaum sonst findet sich eine solche Anhäufung von belastenden Negativeinflüssen auf den Patienten und seine Heilung. Entstanden ist die Aufforderung zu einer ausführlichen Aufklärung zu einer Zeit, in der der Patient gewöhnlich schlecht informiert war und der Arzt sehr eigenmächtig die Entscheidungen über die Therapie getroffen hat. Die Stärkung der Autonomie des Patienten war deshalb ein notwendiges und wichtiges Anliegen. Heute stellt sich die Situation anders dar: Über 60 % der Patienten sind überinformiert; sie haben Google und Wikipedia bemüht, sich im Internet durch medizinische Portale gearbeitet und medizinischen Rat in verschiedenen Zeitschriften gesucht. Das ist das Erste, was viele Menschen heute gleich nach einer Diagnosestellung oder Therapieempfehlung tun. Es bedeutet aber auch, dass sie heute mehr als früher eines Arztes ihres Vertrauens bedürfen, der ihnen die Fülle an Informationen ordnet und erklärt, auf ihre persönliche Situation zuschneidet, und ihnen Rat, Beruhigung und Zuversicht gibt. Der Arzt, aus Angst vor einem Aufklärungsversäumnis, lädt zusätzlich eine weitere Flut an Aufklärungsinformation auf dem Patienten ab, um sich vermeintlich selbst in Sicherheit zu bringen. Statt dem Patienten in seiner Not beizustehen, sorgt sich der Arzt hauptsächlich um sich, beunruhigt durch zunehmende Berichte über Verurteilungen wegen Aufklärungsfehlern. Hier ist nämlich eine Schiefelage eingetreten. Weil es oft schwierig ist, für geschädigte Patienten einen Schadenersatz durch Nachweis eines ärztlichen Kunstfehlers zu erlangen, wird dies häufig über den viel einfacheren Nachweis eines Aufklärungsversäumnisses versucht. Dies führt zu einem enormen Druck auf die Ärzte, nur kein Risiko bei der Aufklä-

92 Hansen2011

93 Anda 1993

rung zu vergessen, und im Endeffekt zu einer „brutalstmöglichen“ Aufklärung. Diese Belastung Vieler zur Entlastung Einzelner ist ethisch bedenklich.

Worte sprechen unterschiedlich stark innere Bilder an, so dass die Wortwahl sehr viel mit den ausgelösten Ängsten und Verletzungen zu tun hat.⁹⁴ Statt „Da können Sie auch im Rollstuhl enden.“, „Das hätte ich Ihnen nicht verschrieben, das kann Sie ja umbringen.“ oder „Mit tödlichem Herzinfarkt oder Kreislaufversagen müssen Sie rechnen.“ können auch neutralere Aussagen getroffen werden. Auch ist es ungünstig, das Negative, das gesagt werden muss, von dem Positiven, das die Behandlung erreichen soll, zu trennen. Wenn etwa der Operateur dem Patienten erklärt, welche Maßnahmen bei der Erkrankung vorgesehen sind und dann erst später wiederkehrt, um die Einwilligung einzuholen und dabei die Risiken und Nebenwirkungen geballt zu nennen. Aus der Kenntnis der natürlichen Trance bei existentieller Bedrohung folgt, dass es ungünstig ist, mit der Aufklärung für eine Operation bis zum letztmöglichen Zeitpunkt, nämlich den Vorabend, zu warten. Dann ist die Angst am größten, die Negativtrance am tiefsten und die Empfindlichkeit auf Negativsuggestionen am höchsten. Allerdings arbeiten ökonomische und organisatorische Zwänge, wie eine kürzere Aufenthaltsdauer des Patienten im Krankenhaus, gegen diese Einsicht.

Die Fokussierung auf die Risiken (z.B. 5 %) ist wesentlich schädlicher als die Betonung der reziproken Verträglichkeit (z.B. 95 %). Bei der Aufklärung über eine 5-Jahres-Sterblichkeit von 32 % war nur die Hälfte der Patienten mit einer Operation einverstanden, während die meisten zustimmten, wenn Sie von einer 5-Jahres-Überlebensrate von 68 % hörten. Unser Gehirn bewertet Verluste stärker negativ als gleichhohe Gewinne positiv. Die Aufzählung von Risiken ohne den Hinweis, dass alles getan wird, um sie zu vermeiden, etwa eine Wundinfektion durch sorgfältige Desinfektion, oder dass Überwachungsmöglichkeiten eingesetzt werden, etwa ein EKG-Monitor, um das Auftreten sofort zu erkennen, und schließlich dass alles bereitsteht, um rasch zu helfen, ist unzulänglich. Bei „Herzinfarkt“ denkt der Patient als erstes an seinen Nachbarn, der im Garten aufgefunden wurde und für den jede Hilfe zu spät kam, während im Krankenhaus ein solcher Zwischenfall ganz anders erkannt und behandelt werden kann. Es ist unnötig, dass ein Patient bei einer Wiederholungsbehandlung erneut aufgeklärt und damit mit allen Risiken und Nebenwirkungen immer wieder erneut konfrontiert wird. Sinn und Zweck der Aufklärung ist, dass der Patient über die Risiken Bescheid weiß. Es ist deshalb ebenso unnötig, den Patienten über Risiken, die er schon kennt und damit in gewisser Weise schon verarbeitet hat, aufzuklären. Dieses Vorwissen kann ja einfach abgefragt werden.

94 Hansen 2011

4. Nebenwirkungen der Risikoaufklärung

Die medizinische Risikoaufklärung hat wesentliche Nebenwirkungen. Sie reichen von Einschränkungen des Wohlbefindens bis zu akuter Lebensgefahr. Was besprochen wird, hat eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass es auch eintritt. Seien es Übelkeit, Schmerzen, Erektionsstörungen, Nachblutungen – ihre Erwartung fördert ihr Auftreten. Zudem werden Ängste geweckt, bis hin zur existentiellen Bedrohung. Dies wiederum kann hämodynamische Instabilität auslösen. Bernard Lown beschreibt den Fall eines Patienten, der auf seinen Herzschrittmacher wartet. Am Vorabend, er ist schon am EKG-Monitor angeschlossen, wird er durch den Stationsarzt über Risiken aufgeklärt. Herzrhythmusstörungen, Kreislaufversagen, Herzstillstand und die Notwendigkeit zur kardiopulmonalen Wiederbelebung sind die Folgen.⁹⁵ Als große Gefahr der Risikoaufklärung ist auch anzusehen, dass dadurch sinnvolle und notwendige Therapien verzögert oder ganz abgelehnt werden. Stattdessen wird auf Naturheilverfahren und andere Alternativ-Behandlungen ausgewichen, bei denen von Nebenwirkungen keine Rede ist.

5. Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung

Suggestionen, positive wie negative, wirken im Kontext, d.h. in Abhängigkeit der individuellen Vorgeschichte des Patienten, seinen Erfahrungen und Ängsten, sowie im Kontext der therapeutischen Beziehung zwischen Arzt und Patient – bzw. ihrem Fehlen. Wenn ich einen Schlag auf den Rücken bekomme und ich mich umdrehend einen alten Schulkameraden erkenne, dann freue ich mich und verspüre keinen Schmerz, ist es dagegen ein Skinhead, tut es weh und ich laufe davon. So führt das gleiche Geschehen zu unterschiedlichen Auswirkungen, ganz in Abhängigkeit von der Beziehung der Personen.

95 Lown 2004

In einer Untersuchung über die Wünsche der Patienten zum Prämedikationsgespräch mit dem Anästhesisten wurde die Bewertung mit einer „willingness to pay“ gemessen, d.h., die Patienten erhielten 100 und sollten sie entsprechend ihren Bedürfnissen ausgeben.⁹⁶ Den meisten Patienten waren nicht die Wartezeit, der Ort, die Bereitstellung von Informationsmaterial oder Getränken wichtig, sondern die Person: Es sollte der Arzt sein, der am nächsten Tag auch die Narkose machen würde. Für diesen Wunsch wurde das meiste Geld ausgegeben. Diesem Wunsch der Patienten wird mit der aktuellen Praxis der Prämedikationsambulanzen gänzlich zuwider gehandelt, obwohl es keinen medizinischen, sondern nur logistische Gründe dafür gibt. Die Autoren stellten fest: „Die moderne Anästhesieambulanz stellt somit das Endergebnis eines langen Prozesses dar, in dem sich das klassische Arzt-Patienten-Verhältnis zunehmend aufgelöst hat und durch reines Prozessdenken abgelöst wurde. Dies kann beim Patienten durchaus zu einem erhöhten Maß an perioperativem Stress führen.“ Während doch die Überzeugung herrscht, „dass die warmherzige und ermutigende Beziehung des erfahrenen Therapeuten zum Patienten der wirkmächtigste Faktor für die Heilung ist“.⁹⁷ So ist eine vertrauensvolle, empathische und beratende Beziehung zum aufklärenden Arzt auch der beste Schutz vor Aufklärungsschäden. Eine gute therapeutische Beziehung beinhaltet u.a. Achtsamkeit, Präsenz, Entschleunigung, Zeit und Ermutigung zu Fragen, Empathie, Ehrlichkeit, Ernsthaftigkeit, Achtung, Rapport, Rat und Begleitung. Sie ist geprägt nicht durch Machen, sondern durch Sein. Sie kann durchaus gelehrt und geübt werden. Dabei geht es nicht um eine Rückkehr zu einem selbstherrlichen Entscheidungsmonopol des Arztes über die medizinische Behandlung, um einen Neo-Paternalismus. Es geht vielmehr um die Einsicht, dass ein Patient sein Recht auf Autonomie nur dann realisieren kann, wenn er fachliche und menschliche Unterstützung erfährt. Ziel der medizinischen Aufklärung ist nicht nur die Informationsweitergabe, sondern auch, dass der Patient sie verstehen und darauf fußend vernünftige Entscheidungen treffen kann. Auch dazu ist er auf ärztliche Hilfe angewiesen.

96 Aust 2011

97 Moser 2012

6. Fazit

Die medizinische Aufklärung hat erhebliche Nebenwirkungen und Risiken; ja ein Großteil an Beeinträchtigungen, die bei Patienten beobachtet werden, sind der Aufklärung zuzuschreiben. Die Aufklärung über mögliche Risiken und Nebenwirkungen erhöht nachweislich die Wahrscheinlichkeit, dass sie auch wirklich eintreten. Nach dem Prinzip, dass ein Patient über die möglichen Risiken einer medizinischen Maßnahme aufgeklärt werden muss, damit er selbst entscheiden kann, ob er das will, muss jeder Patient über die erheblichen Nebenwirkungen der medizinischen Aufklärung aufgeklärt werden. Und er muss dann die Möglichkeit eingeräumt bekommen, dass er ausdrücklich darauf verzichtet.

Die Stärkung der Patientenautonomie ist mit Schädigung des Patienten erkaufte worden. Dieser Zusammenhang muss Rechtsprechung und Gesetzgebung bekannt gemacht werden, um den Rahmen für eine weniger traumatisierende medizinische Aufklärung besser auszuschöpfen oder zu erweitern. Die bessere Entschädigungsmöglichkeit einzelner Opfer von Arztfehlern rechtfertigt nicht eine erhöhte Belastung aller Patienten durch Verschärfung der Aufklärungsanforderungen. Der Weg zur „brutalstmöglichen“ Aufklärung muss gestoppt werden, aber Veränderungen in der Praxis der Aufklärung gehen nur in Absprache mit der Rechtsprechung. Nicht die Aufklärung, sondern die Art der Aufklärung gehört auf den Prüfstand.

Der offensichtliche Widerspruch zwischen dem nachweisbaren „Nocebo – Ich werde schaden!“ der medizinischen Aufklärung und dem hypokratischen, medizinethischen Grundsatz „Nihil nocere – Nur nicht schaden!“ muss aufgehoben werden, ein Gleichgewicht zwischen dem Recht des Patienten auf Autonomie und dem Recht auf Unversehrtheit hergestellt werden. Jeder einzelne Arzt kann mit der Beseitigung unnötiger Belastungen beginnen, wie mit einer sorgfältigeren Wortwahl, besseren Bedingungen für das Aufklärungsgespräch und mehr Empathie und Begleitung. Die Kenntnis von Nocebo-Effekten und Negativsuggestionen sowie ihrer Charakteristika und Funktionsweisen ist die Grundlage für ihr Erkennen und ihre Vermeidung.

Heute sind Patienten häufiger über- als unterinformiert und brauchen deshalb eher mehr ärztlichen Beistand als weniger. Statt das Hauptaugenmerk auf die Vermeidung von Aufklärungsversäumnissen zu legen, sollte der Arzt für den Patienten bereitstehen, um ihm die Informationsflut zu ordnen, die Risiken und Nebenwirkungen auf seine individuelle Situation zu beziehen und ihn zu beraten. Der beste Schutz vor Aufklärungsschäden ist eine vertrauensvolle, tragfähige therapeutische Beziehung.

Literaturverzeichnis

- Lown B: Die verlorene Kunst des Heilens. Schattauer, Stuttgart 2004
- Häuser W, Hansen E, Enck P: Noceboeffekte in der Medizin: Bedeutung im klinischen Alltag. *Dtsch Arztebl* 2012; 109(26):459-465
- Silvestri A, Galetta P, Cerquetani E, et al.: Report of erectile dysfunction after therapy with beta-blockers is related to patient knowledge of side effects and is reversed by placebo. *Eur Heart J* 2003; 24:1928-1932
- Cocco G: Erectile dysfunction after therapy with metoprolol: the Hawthorne effect. *Cardiology* 2009; 112:174-177
- Reeves RR, Ladner ME, Hart RH, Burke RS: Nocebo effects with antidepressant clinical drug trial placebos. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29:275-277
- Oftedal G, Straume A, Johnsson A, Stovner LJ: Mobile phone headache: a double blind, sham-controlled provocation study. *Cephalalgia* 2007; 27:447-455
- Benedetti F, LaMotte M, and Loping L, Colloca L: When words are painful: Unravelling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience* 2007; 147:260-271
- Colagiuri B, Zachariae R: Patient expectancy and post-chemotherapy nausea: a meta-analysis. *Ann Behav Med* 2010; 40(1):3-14
- Daniels AM, Sallie R: Headache, lumbar puncture, and expectation. *Lancet* 1981; 1(8227):1003
- Myers MG, Cairns JA, Singer J: The consent form as a possible cause of side effects. *Clin Pharmacol Ther* 1987; 42(3):250-253
- Varellmann D, Pancaro C, Cappiello EC, Camann WR: Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection. *Anesthesia Analgesia* 2010; 110:868-870
- Rossi EL: 20 Minuten Pause. Junfermann, Paderborn 1993
- Hansen E, Bejenke C: Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie - Verbesserte Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei Operationen. *Anaesthesist* 2010; 59:199-209
- Cheek DB: Importance of recognizing that surgical patients behave as though hypnotized. *Am J Clin Hypn* 1962; 4:227-231
- Hansen E: Negativsuggestionen in der Medizin. *Z Hypnose Hypnotherapie* 2011; 6:65-81
- Anda R, Williamson D, Jones D, Macera C, Eaker E, Glassman A, Marks J: Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. *Epidemiology* 1993; 4:285-294
- Aust H, Eberhart LHJ, Kalmus G, Zoremba M, Rüscher D: Wertigkeit von 5 Kernaspekten der Prämedikationsvisite - Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Anaesthesist* 2011; 60(5):414-420
- Moser T: Wider den Beschleunigungswahn. *Dtsch Arztebl* 2012; 109(44):A2180-2181