

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Frauenklinik und Poliklinik

Klinikum rechts der Isar

Direktorin: Univ.-Prof. Dr. M. B. Kiechle

Anforderung an die Arzt-Patienten-Beziehung
Untersuchung von Brustkrebspatientinnen unter Chemotherapie an
einem zertifizierten Brustzentrum

Anna Alexandra Munte

Vollständiger Abdruck der von 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. Univ.-Prof. Dr. M. B. Kiechle

2. Univ.-Prof. Dr. B. Schmalfeldt

Die Dissertation wurde am 23.01.2013 bei der Technischen Universität
München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 13.11.2013 angenommen.

1. Inhaltsverzeichnis

1. Inhaltsverzeichnis.....	3
2. Einleitung	7
2.1 Arzt – Patienten – Beziehung	7
2.1.1 Die Entwicklung der Arzt – Patienten – Beziehung	7
2.1.2 Arztrolle heute.....	10
2.1.3 Beziehungsmodelle.....	12
2.1.3.1 Informed Consent als Basis.....	12
2.1.3.2 Informed Choice / Informatives Modell	13
2.1.3.3 Shared–Decision–Making / Partizipative Entscheidungsfindung	13
2.2 Empathie	17
2.3 Coping/Krankheitsbewältigung	18
2.4 Grundstimmung	19
2.5 Spezialisierte Brustzentren	20
2.5.1 Entstehung.....	20
2.5.2 Inhalt.....	21
3. Zielsetzung.....	24
4. Material und Methoden	26
4.1 Studiendesign.....	26
4.2 Einschlusskriterien.....	26
4.3 Procedere	27
4.4 Fragebögen	28

4.5	Patientinnenkollektiv	29
4.6	Statistik.....	30
5.	Ergebnisteil	31
5.1	Allgemeine Auswertung des Fragenkatalogs	31
5.1.1	Arzt – Patientinnen – Beziehung.....	31
5.1.1.1	Vertrauensverhältnis.....	31
5.1.1.2	Empathische Ebene	32
5.1.2	Informationsbedürfnis	34
5.1.3	Entscheidungskompetenz.....	34
5.1.4	Belastung und Grundstimmung.....	35
5.2	Vergleich zu Beginn der Chemotherapie und nach der Chemotherapie.....	37
5.2.1	Arzt-Patienten-Beziehung	37
5.2.1.1	Vertrauensverhältnis.....	37
5.2.1.2	Empathische Ebene	39
5.2.2	Informationsbedürfnis	40
5.2.3	Belastung und Grundstimmung.....	41
5.3	Vergleich von Studien- und Nicht-Studienpatientinnen.....	43
5.3.1	Arzt-Patienten-Beziehung	44
5.3.1.1	Vertrauensverhältnis.....	44
5.3.1.2	Empathische Ebene	46
5.3.2	Informationsbedürfnis	48
5.3.3	Einscheidungskompetenz	49
5.3.4	Grundstimmung	50
6.	Diskussion.....	52
6.1	Methodendiskussion.....	52

6.1.1	Fragebogen 1.....	52
6.1.2	Fragebogen 2.....	54
6.1.3	Statistische Auswertung.....	54
6.2	Diskussion der Ergebnisse	55
6.2.1	Arzt-Patientinnen-Beziehung	55
6.2.1.1	Vertrauensverhältnis.....	55
6.2.1.2	Emphatische Beziehung.....	58
6.2.1.3	Zeitlicher Verlauf	59
6.2.2	Informationsbedürfnis	61
6.2.2.1	Zeitlicher Verlauf	62
6.2.3	Entscheidungskompetenz	63
6.2.4	Psychische Grundstimmung	66
6.2.4.1	Zeitlicher Verlauf	67
6.2.5	Vergleich Studienteilnahme – Nichtstudienteilnahme	68
7.	Zusammenfassung.....	71
8.	Literaturverzeichnis	77
9.	Tabellenverzeichnis	87
10.	Abbildungsverzeichnis	89
11.	Anhang	90
11.1	Fragebögen.....	90
11.2	Danksagung	100
11.3	Curriculum vitae	101

2. Einleitung

Für Entscheidungen, die die eigene Gesundheit betreffen, spielen Emotionen eine wichtige Rolle. (Krüger-Brand Heike E., 2004, S. 2170; Epstein Ronald M. and Hundert Edward M., 2002, S.228; Kas Bast, 2006, S.3; Martinez-Selva et al., 2006, S.411) Emotionen bilden die Grundlage für rationale Entscheidungen, sie beeinflussen den Menschen unbewusst und somit einen großen Teil seines Verhaltens. (Bechara et al., 2000, S.295; Bechara et al., 2003, S.256) Das hat im Bereich der Medizin zur Folge, dass Ärzte, die durch Informationen und Zuwendung positiv auf die Emotionen der Patienten einwirken, nicht nur die Compliance den eigenen Behandlungsvorschlägen gegenüber, sondern auch das Wohlbefinden der Patienten erhöhen können. Besonders bei chronischen und lebensbedrohlichen Erkrankungen, wie in dieser Arbeit am Thema Brustkrebs darzustellen, bildet die gelungene Kommunikation und Arzt – Patienten – Beziehung eine wesentliche Voraussetzung für die Bewältigung der Erkrankung. (Krüger-Brand Heike E., 2004, S.2170)

Für den Einstieg in die Problematik wird zuerst der Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung über die Zeit und unterschiedliche Beziehungsmodelle erläutert.

2.1 Arzt – Patienten – Beziehung

2.1.1 Die Entwicklung der Arzt – Patienten – Beziehung

Im Gegensatz zum Tier weiß der Mensch von seiner existentiellen Gefährdung durch Krankheit und Tod. (Uexküll von Thure and Wesiack Wolfgang, 1998, S.426)

Dieses Wissen führt dazu, dass der Mediziner und später der Arzt zu den ältesten Berufen gehört. Die Interaktion zwischen Patient und Arzt zählt zu den grundlegendsten menschlichen Beziehungen. (Uexküll von Thure and Wesiack

Wolfgang, 1998, S.426)

Die Arzt – Patienten – Beziehung unterliegt einem ständigen Wandel, der durch den gesellschaftlichen Kontext geprägt ist. Die typischen Arzttrollen in der mehrtausendjährigen Geschichte der Heilkunde sind abhängig von der jeweiligen kulturellen und gesellschaftlichen Entwicklungsstufe und dem Wissensstand. (Uexküll von Thure and Wesiack Wolfgang, 1998, S.427)

Am Anfang steht der Arzt als Magier. Die Erkrankten suchen den Medizinmann oder Schamanen als Experten auf, damit diese sie mit einer bestimmten Technik (Magie) heilen. Auch während der Hochkulturen des dritten und zweiten Jahrtausends vor Christus ist die Medizin noch mit dem (Aber-) Glauben verbunden. Hier wird erstmals die körperliche und psychische Nähe zwischen Arzt und Patient zum Problem. Es werden Sitten- und Pflichtenlehren für den Arzt entwickelt und dokumentiert. Sie verlangen vom Arzt Triebbeherrschung, indem sie fordern, dass er dem Kranken wohlwollendes Interesse und Hilfsbereitschaft entgegenbringen müsse und ihn nicht zum Objekt seines Geltungs-, Macht- und Bereicherungsstrebens oder seiner sexuellen Bedürfnisse machen dürfe. (Uexküll von Thure and Wesiack Wolfgang, 1998, S.431)

Im Laufe der Zeit entfernt sich die Medizin immer mehr vom Glauben. Im sechsten bis fünften Jahrhundert v. Chr. löst die Logik und die Wissenschaft die Magie ab. (Sonntag Heinz-Peter, 2001, S.35)

Durch Hippokrates und seine berühmten Schule von Kos hat sich das medizinische Denken grundlegend geändert. Die Medizin der Griechen verbesserte sich so weit, dass dieser Entwicklungsstand über zwei Jahrtausende normbildend und maßgebend blieb. Die Krankheit wurde zum ersten Mal aus Naturgesetzen erklärt. Mit dem Hippokratischen Eid wurde der Nutzen für den Kranken zum obersten Prinzip gemacht. Die hippokratische Schule dachte klar paternalistisch. Das bedeutet, dass ein Gefälle zwischen Arzt und Patienten definiert ist. Der Arzt als Experte soll zum Wohle des Patienten handeln und für ihn Entscheidungen fällen. Der Patient selbst wird nicht in den Prozess miteinbezogen. Er erhält nur

ausgewählte Informationen, die ihn nicht am Vorgehen des Arztes zweifeln lassen. (Klemperer David, 2003, S.754; Klemperer D.Dr.med., 2005, S.72; ,Steinhart, 2002, S.443)

Diese Sichtweise ändert sich erst 1969 als der „first code of patients’ right“ geschrieben wurde. (Schweizer Thomas, 2005, S.179; Hellin T., 2002, S.452)

Die Medizin und die Arzt – Patienten – Beziehung, wie wir sie heute kennen, sind besonders durch die Entwicklung von Naturwissenschaft, Technik und durch die Aufklärung entstanden. Der Arzt wird in seine Rolle als Experten und Spezialisten auch festgelegt. Doch der Patient ist nicht mehr der Schüler von früher. Durch die Kommunikationsmöglichkeiten (Medien, Internet, usw.) sind Gesundheitsinformationen für Patienten leichter zugänglich. Damit verliert der Arzt sein Wissensmonopol und muss sich auf den „informierten Patienten“ einstellen. (Uexküll von Thure, 1998, S.443; Hoc Siegfried, 2002, S.1809; J.O'Donovan Leo, 2003, S.3366; Hack, 2005a, S.797; Krüger-Brand Heike E., 2004, S.885) Daneben entwickelt sich die Medizin zunehmend marktorientiert und der Arzt muss sich an diese Anforderungen und die Begrifflichkeiten gewöhnen: „Patienten als Kunden, Ärzte als Leistungsbringer und Kliniken als Profitzentren“. (Sonntag Heinz-Peter, 2001, S.35) All diese Faktoren wirken sich auf die Arzt – Patienten – Beziehung aus. Angesichts dieser Veränderungen ist es Aufgabe der Ärzte und der Gesundheitspolitik die Basis für eine moderne, inhaltlich und kommunikativ-methodisch hochwertige und dabei emotional-empathisch vermittelte Arzt-Patientin-Beziehung zu schaffen und diese auszubauen.

2.1.2 Arztrolle heute

Die Anforderungen an die Ärzte sind in den letzten Jahren anhaltenden Wandlungen unterworfen und dadurch auch die Arztrolle.

Historisch hat der amerikanische Soziologe Talcott Parsons 1951 folgende Merkmale, die für die Arztrolle charakteristisch sind, aufgeführt:

- **Affektive Neutralität:** Patientenbehandlung unabhängig von persönlichen Gefühlen wie Zu- und Abneigung behandelt.
- **Universalismus:** Patientenbehandlung unabhängig von persönlichen Eigenschaften und dem Sozialstatus zur Verfügung steht.
- **Funktionelle Spezifität:** Arztrolle bezieht sich nur auf Patienten und nicht auf andere Personen
- **Uneigennützige Einstellung.**
- **Kompetenz**

(Lang und Faller, 1998, S.296)

Trotz ihrer unveränderten Gültigkeit spiegeln diese Charakteristika nicht alle neuen Herausforderungen wider, denen sich der Arzt in der heutigen Zeit stellen muss. Unter anderem gehören dazu die Rechtsprechung, die die Patientenrechte stärkt, und die Verlagerung der Krankheitsbilder von akut zu chronisch. (Simon Steffen, 2005, S.392) Hinzu kommen die veränderten Arbeitsbedingungen der Ärzte, und - wie schon erwähnt - das neue Selbstverständnis der Patienten und die Wissensangebote im Informationszeitalter.

Die zunehmende Bürokratisierung und Technisierung der Medizin führen zu Unzufriedenheit bei den Ärzten wie auch bei den Patienten. Dies haben auch Studien an großen Gesundheitseinrichtungen gezeigt. Die Ärzte sind mit ihren Arbeitsverhältnissen unzufrieden, und die Patienten haben Angst, dass ihnen ihre behandelnden Ärzte aufgrund von Zeitmangel nicht genug Aufmerksamkeit zollen

können. (Haas Jennifer S. et al., 2000, S.126; Blendon R. et al., 1998, S.80)

Das neue Selbstverständnis der Patienten spiegelt sich im Wandel vom *unmündigen* zum *mündigen* Patienten, der durch den seit 1960 andauernden gesamtgesellschaftlichen Trend zu stärkeren Bürgerrechten unterstützt wird. (Hellin T., 2002, S.450)

Die verbesserte Informationsmöglichkeit durch das Internet und die Medien liefert den Patienten Informationsmaterial. (Han et al., 2005, S.318; Laurence P. Ulrich, 1999, S.51) Nicht selten kommt es dabei vor, dass der Patient sich eine Menge nicht relevanter oder sogar falscher Fakten aneignet. Dadurch fällt dem Arzt mit seinem Spezialwissen die Aufgabe zu, dem Patienten die richtigen Informationen zu liefern, um ihn somit zu einem gleichberechtigten Partner zu machen. (Hack, 2005, S.797; Passalacqua et al., 2004, S. a1077; Ullrich, Jr. and Vaccaro, 2002, S.185; Pergament et al., 1999, S.577; Calabretta, 2002, S.35; McMullan, 2006, S.24; Nagel Eckhard and Manzeschke Arne, 2006, S.170; Amhof R. et al., 2005, S.5; Hansen L.Dr.med. and Meier E.Dr.rer.pol., 2006, S.2532; Weston W.W., 2001, S.439)

Diese komplexen Interaktionen zwischen Arzt und Patient können in verschiedene Beziehungsmodelle eingeteilt werden.

2.1.3 Beziehungsmodelle

Analytical stages		Paternalistic model	Intermediate approaches	Shared model	Intermediate approaches	Informed model
Information exchange	Flow	One way (largely)		Two way		One way (largely)
	Direction	Doctor ↓ patient		Doctor ↓ ↑ patient		Doctor ↓ patient
	Type	Medical		Medical and personal		Medical
	Minimum amount	Legal requirement		Anything relevant for decision making		Anything relevant for decision making
Deliberation		Doctor alone or with other doctors		Doctor and patient (plus potential others)		Patient (plus potential others)
Who decides what treatment to implement?		Doctors		Doctor and patient		Patient

Abbildung 1: "Models of decision making about treatment" (Charles C. et al., 1999, S.781)

2.1.3.1 Informed Consent als Basis

Im Zusammenhang mit dem Wunsch der Patienten nach mehr Autonomie und Kontrolle wurde in einem US-Gerichtsurteil 1957 das erste Mal der Begriff *Informed Consent* aufgeführt. Er wurde dadurch ethisch und juristisch zum Patientenrecht und zur Minimalanforderung mit zwei Faktoren:

- Jeder Einwilligung zu einer Behandlung muss eine ausreichende *Aufklärung* vorangehen. (Information)
- Die Patienten müssen ihrer Zustimmung *Ausdruck* verliehen haben. (Autonomous Authorization)“. (Doyal, 2001, S.i30)

Informed Consent ist ein rein juristischer Begriff, auf dem die neuen Arzt – Patienten-Modelle wie *Informed Choice* und *Shared Decision Making* aufbauen. (Takasugi, 2005, S.39) Treffen Patient und Arzt aufeinander und werden in dieser Situation

Entscheidungen getroffen muss *Informed Consent* immer die Grundlage bilden. Die Aufklärung und Autonomie des Patienten steht an erster Stelle. (Coulter Angela and Ellins Jo, 2006, S.59)

2.1.3.2 Informed Choice / Informatives Modell

Das Extrem einer Arzt – Patienten – Beziehung, die den Gegensatz zum Paternalismus darstellt ist das *Informative Modell*. Es kann auch als *Konsumentenmodell* bezeichnet werden. (Klemperer D.Dr.med., 2005, S.73) Hierbei hat der Arzt die eingeschränkte Rolle des Informanten. Er liefert dem Patienten alle Informationen, die er braucht, um selbst eine Entscheidung bezüglich seiner Therapie zu fällen. Dabei hält er seine persönliche Meinung und Erfahrung zurück. Der Patient gibt am Ende seine Entscheidung bekannt. Der Arzt fungiert hier als *Techniker*, der dann die weiteren Schritte in die Wege leitet. (Quill and Brody, 1996, S.764)

Veränderungen in der Gewichtung von Problemen während des Krankheits- und Therapieverlaufs werden bei diesem Modell nicht berücksichtigt. (Klemperer D.Dr.med., 2003, S.14)

Bei diesem Modell hat der Patient den höchsten Grad an Autonomie. Widerspricht dieses Modell auch dem, was der Arzt während seines Studiums und Ausbildung gelernt hat, so kann es ihm doch ein gewisses Gefühl an Sicherheit geben. Denn die völlige Informiertheit und Aufklärung des Patienten und die maximale Zurückhaltung des Arztes können ein gewisser Schutz vor Gerichtsverfahren sein. (Klemperer D.Dr.med. und Rosenwirth Melanie, 2005a, S.2)

2.1.3.3 Shared–Decision–Making / Partizipative Entscheidungsfindung

Das *Shared – Decision – Making (SDM)* Modell, das im deutschsprachigen Raum

auch *Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)* genannt wird, steht zwischen den Extremen *Paternalismus* auf der einen und *Informatives Modell* auf der anderen Seite. (Amhof R. et al., 2005, S.1; Loh Andreas et al., 2007, S.1483)

Wie man im Weiteren sehen wird, hat das von einer kanadischen Arbeitsgruppe (Patient-Doctor-Communication-Group am Zentrum für Studien der Familienmedizin der Universität von Western Ontario) 1986 veröffentlichte *patientenzentrierte Modell* der Arzt – Patienten – Kommunikation viele Übereinstimmungen mit dem SDM Modell, welches in 1990er Jahren entwickelt wurde. (Klemperer D.Dr.med., 2003, S.16)

Das *patientenzentrierte Modell* nach Brown JB. et al umfasst sechs Bereiche:

1. „Exploration der Vorstellung und Konzepte des Patienten von Krankheit und Gesundheit
2. Integration dieser Konzepte zum Verständnis der ganzen Person
3. eine gemeinsame Grundlage und Partnerschaft für das weitere Vorgehen finden
4. Prävention und Gesundheitsförderung
5. die Patienten – Arzt – Beziehung pflegen und verbessern
6. realistischer Umgang mit Zeit und der erforderlichen emotionalen und physischen Energie„

(Klemperer D.Dr.med., 2003, S.16; Emanuel, 1992, S.2221)

Auf dieser Grundlage baut das *SDM* Modell auf. Diesem Modell liegt Interaktion zu Grunde und es hat zum Ziel, dass der Wunsch des Patienten nach Beteiligung an der Entscheidungsfindung berücksichtigt wird. Am Schluss muss eine gemeinsame Entscheidung über die Behandlung oder das weitere Vorgehen getroffen werden. Dabei muss es sich nicht um die beste medizinische Möglichkeit handeln, sondern es soll ein Weg sein, mit dem beide Seiten einverstanden sind, und wo beide Parteien die Verantwortung tragen. (Charles C. et al., 1999, S.781; Klemperer D.Dr.med., 2003, S.19; Rockenbauch, 2007, S.8; Hansen L.Dr.med. and Meier E.Dr.rer.pol.,

2006, S.2532)

Der Prozess des *SDM* wird wie folgt beschrieben:

- Es muss mitgeteilt werden, dass eine Entscheidung ansteht.
- Das Angebot der partizipativen Entscheidungsfindung wird unterbreitet, die Rollen werden erklärt und die Gleichberechtigung der Partner wird formuliert.
- Der Patient wird darüber informiert, dass Wahlmöglichkeiten vorliegen.
- Die Vor- und Nachteile der Optionen werden erläutert.
- Es muss nach dem Verständnis, den Gedanken und Erwartungen des Patienten gefragt werden.
- Die Präferenzen müssen ermittelt werden.
- Danach wird die Entscheidung ausgehandelt.
- Es muss eine gemeinsame Entscheidung herbeigeführt werden.
- Der Plan zur Umsetzung der Entscheidung wird erstellt.

(Rockenbauch, 2007, S.10; Loh Andreas et al., 2007, S.1484; Amhof R. et al., 2005, S.2)

Es hat sich gezeigt, dass nicht in jeder Situation *SDM* sinnvoll und auch anwendbar ist. Kommt ein Patient z.B. wegen einer Routineuntersuchung zum Arzt, so muss nicht gleich der ganze *SDM* Prozess in Gang gebracht werden. Dies ist wichtig anzumerken, da gerade Zeitmangel heutzutage ein großes Problem im ärztlichen Alltag ist. (Charles C., 1999, S.782) Dagegen sollte, wie bereits erwähnt, *Informed Consent* vor jeder medizinischen Handlung angestrebt werden. In erster Linie wurde dieses Konzept für chronische Erkrankungen und medizinische Entscheidungen, bei denen mehrere Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen, entwickelt. Gibt es unter den Optionen keine sichere beste Wahl, werden *präferenz-sensitive Entscheidungen* getroffen. Hier wird ein Abwägungsprozess unter Berücksichtigung der Vorstellungen, Werte und Wünsche des Patienten erforderlich. (Charles C. et al., 1999 S.782; Loh Andreas and Härter Martin, 2007, Internetseite; Coulter Angela and Ellins Jo, 2006, S.60; Amhof R. et al., 2005, S.4; Klemperer D.Dr.med. and Rosenwirth Melanie, 2005b, S.22)

SDM Modell ist ein patientenzentriertes Modell. Aber Stewart weist darauf hin, dass Patientenzentrierung nicht gleichbedeutend damit ist, alle Informationen und Entscheidungen zu teilen. Vielmehr bedeutet es, dass man herausfinden muss, wie groß der Wunsch des Patienten nach Informationen und Beteiligung ist und demnach sollte gehandelt werden. (Stewart M., 2001, S.445)

Von allen Eigenschaften eines Arztes stellt die Empathie eine wichtige Voraussetzung für das *Shared – Decision – Making – Modell* dar.

2.2 Empathie

Im medizinischen Kontext wurde die Bedeutung von Empathie, „*Verstehen und Akzeptieren, wie jemand fühlt*“ erweitert. Es werden gefühlsmäßige, moralische, kognitive und verhaltensbezogene Dimensionen mit einbezogen.

Halpern et al sagen, dass die ganze Bedeutung von Empathie darin liegt, seine Aufmerksamkeit auf den Patienten zu richten. Das Ziel der Empathie ist es, sich die Situation eines Anderen, hier des Patienten, vorstellen zu können.

Es hat sich gezeigt, dass emotional involvierte Ärzte besser mit ihren Patienten kommunizieren, deren Ängste verringern und die Krankheitsbewältigung verbessern. (Halpern, 2007, S.696) Hinzukommen mehr Zufriedenheit und Selbstvertrauen bei den Patienten. (Roberts, 1994, S.336; Coulehan John L, 2001, S.222) Allgemein wird festgestellt, dass die Compliance und das Endergebnis bei Patienten besser ausfallen, wenn sie sich in einer Arzt – Patienten – Beziehung befinden, die auf Empathie basiert. (Halpern, 2007, S.698; Halpern, 2003, S.672; Kim, 2004, S.237; Stepien, 2006, S.524; Platt, 2001, S.1083) Im Gegensatz dazu können Isolation und schlechte Unterstützung negative medizinische und psychologische Konsequenzen und Unzufriedenheit nach sich ziehen. (Zachariae, 2003, S.659)

Alle Informationen zeigen deutlich, dass eine gute, auf Empathie basierende Arzt-Patienten-Beziehung dem gesundheitlichen Wohlergehen der Patienten dient.

2.3 Coping/Krankheitsbewältigung

In der Krankheitsbewältigung spielt die Arzt-Patientinnen-Beziehung/Kommunikation eine wichtige Rolle.

Arora et al. weisen in ihrer Arbeit auf, dass Krebspatienten kognitive und verhaltensspezifische Vorgehensweisen zur psychischen Krankheitsbewältigung entwickeln, die folgende zwei Punkte beinhalten:

1. problem-focused coping / illness regulation
2. emotion-focused coping / emotion regulation

Problem-focused coping bedeutet die objektive, intellektuelle Verarbeitung der Erkrankung. Dazu gehört, mit Hilfe des Arztes komplizierte medizinische Informationen zu verstehen und Therapieentscheidungen zu fällen. *Emotion-focused coping* bedeutet die subjektive, emotionale Verarbeitung der Erkrankung. Das beinhaltet Vorgehensweisen zu erlernen, mit deren Hilfe man psychischen Stress kontrollieren kann. (Leventhal H., 2003, S.55; Arora, 2006, S.11) Diese Bewältigungsstrategien sind Prozesse, die durch das Zusammenspiel von Patienten mit ihrem sozialen Umfeld - Freunde, Familie, Pflegepersonal und Ärzte - beeinflusst werden. Die soziale Unterstützung setzt sich aus drei Dimensionen zusammen:

- emotionale
- informative
- instrumentelle Unterstützung.

Emotionale Unterstützung beinhaltet Empathie und Fürsorglichkeit seitens des sozialen Umfelds. *Informative Unterstützung* bedeutet Bereitstellung und Erklärung von Informationen. *Instrumentelle Unterstützung* soll helfen, Probleme zu lösen und Entscheidungen zu fällen. Auf alle drei Dimensionen hat die Arzt-Patienten-Beziehung direkten Einfluss. (Arora et al., 2006, S.10)

2.4 Grundstimmung

Bei der Bewältigung der Krankheit spielt auch die psychische Grundstimmung eine wichtige Rolle.

Friedman et al. gehen davon aus, dass die Krankheitsbewältigung wesentlich durch ihre psychische Grundeinstellung mitgeprägt wird. (Friedman et al., 2006, S.596)

Optimistische Patienten knüpfen positivere Erwartungen an die Therapie, haben weniger negative Stimmungsschwankungen und sind zufriedener als Patienten mit einer pessimistischen Einstellung. Im zeitlichen Verlauf sind sie weniger ängstlich und depressiv. Dies wird durch eine kämpferische Einstellung und dem offenen Ausdruck von Gefühlen unterstützt. (Schou, 2005, S.726; Classen, 1996, S.435; Collie, 2005, S.903) Im Gegensatz dazu weisen weniger optimistische Patienten größere Kommunikationsschwierigkeiten auf, was unter anderem zu Informationsmangel und dadurch zu vermehrter Ängstlichkeit und depressiven Verstimmungen führt. (Lerman et al., 1993, S.2618)

Zusammenfassend kann man feststellen, dass eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation, die Möglichkeit, an der Therapieentscheidung teilzunehmen, soziale Unterstützung und eine optimistische Einstellung zu einer besseren Krankheitsbewältigung und somit oft zu einem besseren Endresultat führen.

In dieser Arbeit soll die Arzt-Patienten-Beziehung in Hinblick auf die oben dargestellten Kriterien an dem speziellen Patientinnenkollektiv eines spezialisierten Brustzentrums untersucht werden.

2.5 Spezialisierte Brustzentren

2.5.1 Entstehung

Im Mai 1999 wurde auf der Grundlage des „Konsensus Statement zu Forschung, genetischer Prädisposition, psychosozialem Status, Behandlung und Behandlungsqualität“ (EUSOMA Working Party et al., 2000, S.2288) eine Arbeitsgruppe gebildet, die prüfen sollte, welche Anforderungen an ein spezialisiertes Brustzentrum gestellt werden und was ein solches Spezialdienstleistungszentrum leisten muss. Die „Anforderungen an spezialisierte Brustzentren (Breast Units)“ repräsentieren den Standpunkt der European Society of Mastology (EUSOMA) hinsichtlich der erforderlichen Standards für die Gestaltung von High Quality-Brustzentren quer durch Europa.“ (EUSOMA Working Party et al., 2000, S.2288)

Die erklärte Zielsetzung beinhaltet folgende Punkte:

1. „Die Verfügbarkeit von qualitativ hochwertiger spezialisierter Brustmedizin („Breast Service“) für alle Frauen in Europa
2. Die Definierung von Standards für diese Brustmedizin
3. Die Empfehlung, dass ein Weg für Zulassung und Zertifizierung von Brustzentren etabliert wird, damit die Vorhaltung dieser hohen Qualität für Patientinnen und Auftraggeber erkennbar wird.“

(EUSOMA Working Party et al., 2000, S.2288)

Deutschland- und Europaweit verweisen viele Krankenhäuser auf ein integriertes Brustzentrum, da dieser Name nicht urheberrechtlich geschützt ist. Die Einführung der Zertifizierung für spezialisierte Brustzentren soll dafür sorgen, dass ein gleichmäßig hoher Standard bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen in ganz Europa erreicht wird.

Heute wird in Deutschland zur Zertifizierung neben der EUSOMA - Zertifizierung hauptsächlich das Modell der Deutschen Krebsgesellschaft E.V. (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) genutzt. Die FAB (Fachliche Anforderungen an Brustzentren) sind an die EUSOMA – Kriterien angelehnt und an die Deutschen Mindeststandards und Gegebenheiten angepasst. In den letzten Jahren haben sich neue Anforderungen entwickelt, die in den EUSOMA – Kriterien von 2000 noch nicht enthalten waren und die jetzt in den FAB berücksichtigt werden. (DKG, 2004, S.3) „So verlangen die DKG/DGS Mindestzahlen in Bezug auf brusterhaltende Therapien, Nachbestrahlung, Rezidivraten, präoperative Diagnosesicherung, Anteil der in überregionalen Therapiestudien behandelten Patientinnen. Vergleichbare Anforderungen fehlen in den EUSOMA-Kriterien.“ (DKG, 2004, S.3) In Deutschland sind 246 zertifizierte Brustzentren gemeldet, was eine fast flächendeckende Versorgung bedeutet. Wobei dort ca. 91,5% der neu erkrankten Brustkrebspatientinnen behandelt werden. (Deutsche Gesellschaft für Senologie, 2011).

2.5.2 Inhalt

Strebt ein Klinikum die Zusatzbezeichnung *zertifiziertes Brustzentrum* an, muss anhand eines Erhebungsbogens und eines Zertifizierungsaudit festgestellt werden, ob die Kriterien von der entsprechenden Klinik erfüllt werden.

Der Erhebungsbogen beinhaltet folgende zu erfüllende Anforderungen:

- Struktur des Netzwerkes
- Tumorkonferenz / Therapieplanung
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten
- Zugang zur Selbsthilfe
- Psychosoziale und –onkologische Betreuung
- Nachsorge
- Patientinnenbeteiligung
- Wissenschaftliche Aktivitäten

- Angaben zur Radiologie
- Angaben zur Nuklearmedizin
- Angaben zur operativen Disziplin – Chirurgie – Gynäkologie – Senologie
- Angaben zur Strahlentherapie
- Angaben zur Pathologie
- Angaben zur Onkologie (Gynäkologie, internistische Onkologie amb./stationär)
- Tumordokumentation / Ergebnisqualität

(Deutsche Gesellschaft für Senologie, 2006, S.3-40)

Hierdurch soll die Qualität in der Behandlung von Brustkrebspatientinnen gewährleistet werden. Doch können nur standardisierbare Punkte und Bereiche abgegriffen werden. Nimmt man das Beispiel der psychosozialen und psychoonkologischen Betreuung, erkennt man die Grenzen dieser Zertifizierung. Man kann in Zahlen und Qualifikationen ausdrücken, was den Patientinnen zur Verfügung stehen soll: „Für die psychoonkologischen Patientengespräche ist geeigneter Raum bereitzustellen.... Pro Brustzentrum ist mindestens eine 0,5 Stelle für die Versorgung einzurichten.... Psychologen oder Ärzte (mit psychoonkologischer Spezialausbildung) sowie spezifischer Kenntnisse in der Betreuung onkologischer Patientinnen durch eine spezielle Fort- und Weiterbildung.... „. (Deutsche Gesellschaft für Senologie, 2006, S.11) Alle diese Anforderungen sind quantifizierbar und nachprüfbar. Aber es kann nicht überprüft werden, wie die Qualität dieser Zusammenkünfte ist.

Auch stellen die Punkte *Zugang zur Selbsthilfe* und *Psychosoziale und – onkologische Betreuung* die einzigen Bereiche dar, in der die Psyche der Patientinnen vorkommt. Dabei ist diese neben der eigentlichen Erkrankung das größte Problem der Patientinnen. Genau hier spiegelt sich die seelische Belastung durch die Erkrankung ab. (Halkett, 2005, S.251)

Anforderungen an die psychosoziale und –onkologische Betreuung der Patientinnen durch Fachpersonal sind festgelegt, insgesamt bleiben jedoch nur wenig Zeit und

Struktur für diese Form der Betreuung im Rahmen der Gesamtbehandlung. Für die Arzt-Patientinnen-Beziehung gibt es inhaltlich keine Leitlinien, so dass hier vor allem die allgemein-menschlich-soziale Kompetenz des Arztes gefragt ist. (Hellin T., 2002, S.453)

3. Zielsetzung

Nachdem die Veränderungen der Arzt-Patienten-Beziehung im sich wandelnden historischen Kontext dargelegt worden ist, soll die vorliegende Arbeit Bestandteile der Arzt-Patientinnen-Beziehung und ihre Bedeutung an einem zertifizierten Brustzentrum untersuchen. Denn obwohl das Konzept eines zertifizierten Brustzentrums zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Patienten entwickelt wurde, wird die Arzt-Patienten-Beziehung in ihrer Wertigkeit bei der Qualitätserfassung nicht abgebildet.

Aus der Darstellung der modernen Entwicklung in der Arzt-Patienten-Beziehung wurde ein Fragenkatalog entworfen, der wichtige Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion auf unterschiedlichen Ebenen abgreift.

1. Vertrauensverhältnis der Patientin zum Arzt
2. Empathische Ebene der Arzt-Patientinnen-Beziehung
3. Informationsbedürfnis der Patientin
4. Entscheidungsprozess
5. Einfluss der Erkrankung auf die Grundstimmung der Patientin

In dieser Arbeit wird die Komplexität der Interaktion zwischen Arzt und Patientin sichtbar. Das Wechselspiel der Interagierenden ist ein Netz aus Ansprüchen, Erwartungen, Befindlichkeiten und Reaktionen der Patientinnen einerseits und den Leistungen, den Steuerungen, den medizinischen und empathischen Fähigkeiten des Arztes andererseits.

Die genaue Analyse der Ergebnisse wird aufzeigen, wo es Defizite und damit Verbesserungsmöglichkeiten gibt.

Um Veränderungen im Laufe der chemotherapeutischen Behandlung erfassen zu können, wurde der Fragenkatalog den Patientinnen sowohl vor als auch nach der Chemotherapie vorgelegt.

Aufgrund der durch die lange Behandlungsphase der Chemotherapie länger bestehenden Arzt-Patientinnen-Beziehung wird davon ausgegangen, dass die Bereiche Vertrauensverhältnis und empathische Ebene besser bewertet werden. Das Informationsbedürfnis sollte sich im zeitlichen Verlauf nicht ändern. Wohingegen postuliert wird, dass die Grundstimmung aufgrund der Belastungen durch die Chemotherapie eine negative Entwicklung nimmt.

Die Untersuchung fokussiert auf Patientinnen aus einem zertifizierten Brustzentrum, die z.T. in Studienprotokollen behandelt werden. Dies ermöglicht es, den Vergleich zwischen den an Studien teilnehmenden und den mit Standardtherapie behandelten Patientinnen zu untersuchen.

Es wird erwartet, dass die an Studien teilnehmenden Patientinnen aufgrund der intensiveren Kommunikation in den Bereichen Vertrauensverhältnis, Informationsbedürfnis und Entscheidungsprozess positivere Bewertungen abgeben. Die Bereiche Empathie und Grundstimmung sollten von der Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an Studien nicht beeinflusst sein.

4. Material und Methoden

4.1 Studiendesign

Von April 2004 bis Juni 2006 wurde an der Frauenklinik der Technischen Universität München eine Datenerhebung bezüglich der Qualität der Arzt-Patientin-Kommunikation und -Beziehung anhand von selbst entwickelten Fragebögen durchgeführt.

Zur Auswertung dieser Daten wurden zwei Dissertationsthemen vergeben, die die verschiedenen Fragenkomplexe behandeln:

1. die hier dargelegte Arbeit zum Thema „Die Rolle der Arzt-Patientin-Beziehung in der heutigen Zeit – am Beispiel von Patientinnen, die an einem interdisziplinären Brustzentrum behandelt werden“
2. „Arzt-Patientin-Kommunikation in der gynäkologischen Onkologie“

4.2 Einschlusskriterien

Die Voraussetzungen für die Teilnahme an dieser Fragebogenerhebung bestanden darin, dass die Patientinnen erstmalig an Brustkrebs erkrankt waren und sie im Rahmen ihrer Behandlung eine adjuvante Chemotherapie erhielten.

Unterschieden wurde in Patientinnen, für die in der interdisziplinären Fallkonferenz

- A. eine Standardtherapie
- B. die Teilnahme an einer Therapiestudie

empfohlen worden war.

Bei den in Frage kommenden Therapiestudien handelte es sich um das „EC-DOC“- , „GAIN“- und „ADEBAR“-Protokoll für nodal positive Patientinnen und das „NNBC-3“-

Protokoll für nodal-negative Patientinnen.

Die Aufklärung über die Chemotherapie sowie über empfohlene Therapiestudien wurde von den behandelnden Stationsärzten bzw. Studienärzten durchgeführt. Dabei handelte es sich um Assistenz- und Fachärzte der Gynäkologie. Zum persönlichen Gespräch wurde schriftliches Informationsmaterial hinzugezogen. Im Falle des Einverständnisses der Patientin wurde eine Einverständniserklärung unterschrieben. Die Aufklärung musste vor Beginn der entsprechenden Chemotherapie erfolgt sein.

4.3 Procedere

Der erste Fragebogen zusammen mit den Informationsblättern zu dieser Datenerhebung und der zu unterschreibenden Einverständniserklärung wurden von dem zuständigen Arzt der Chemotherapie-Tagesstation in einer Mappe den in Frage kommenden Patientinnen ausgehändigt. Dabei handelte es sich um den gleichen Tag, an dem sie den ersten Zyklus ihrer Chemotherapie erhielten. Die Fragen sollten im Laufe des Aufenthaltes von der Patientin selbstständig und ohne Hilfe des Pflegepersonals oder der Ärzte beantwortet werden.

Die Fragebögen wurden nach der Beantwortung in den dazugehörigen Mappen wiedereingesammelt, so dass der behandelnde Arzt diese nicht einsehen konnte. Zusätzlich wurde durch Anonymisierung der Fragebögen über eine Codierung die Anonymität der Patientinnen gegenüber den Ärzten gewährleistet.

Eine Datenschutzerklärung mit der Gewährung des Rechtes der Veröffentlichung zu wissenschaftlichen Zwecken wurde zusammen mit der Einverständniserklärung eingeholt.

Denjenigen Patientinnen, die den ersten Fragebogen ausgefüllt hatten, wurde drei Wochen nach Beendigung ihrer Chemotherapie der 2. Fragebogen mit einem frankierten Rückumschlag zugeschickt. Dieser Teil der Datenerhebung war nur für die vorliegende Arbeit von Relevanz.

Der zweite Fragebogen wiederholte mit Ausnahme eines Items die Fragen des ersten, um untersuchen zu können, ob sich im zeitlichen Verlauf relevante Veränderungen im Antwortverhalten zeigen.

4.4 Fragebögen

Die verwendeten Fragebögen wurden auf der Grundlage vorhandener Fragebögen aus dem Forschungsbereich „Patienten-Kommunikation“ (s.a. Dissertation „Onkologische Therapie unter Studienbedingungen – Erwartungen und Informiertheit von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren“ von Schmieta D/Sehouli J, Paepke S, Lichtenegger W) entwickelt, wobei hier sich die Datenerhebung auf drei Fragenkomplexe stützt.

Es gibt sowohl eine Version für Patientinnen, die eine Standardtherapie erhielten, als auch für Patientinnen, die im Rahmen einer Therapiestudie behandelt wurden. Der erste Komplex und Teile des zweiten Komplexes entfallen auf die hier nicht bearbeitete Kommunikationsstudie. Der gesamte dritte Komplex (10 Items) und Teile des zweiten (11 Items) beinhalten die Fragen zur Datenerhebung der vorliegenden Arbeit.

Im ersten Fragebogen wurden die ersten beiden Komplexe mit zwei Teilen zusammengefasst (15 Items).

Fragen

Die 11 Items wurden in 4 Themenbereiche eingeteilt.

1. Arzt-Patientinnen-Beziehung (7 Items)
 - a. Fragen zur Vertrauensbeziehung.
(f1-f4)
 - b. Fragen zur empathischen Beziehung.
(f5-f7)

2. Entscheidungskompetenz (1 Item)

(f9)

3. Informationsbedürfnis (1 Item)

(f8)

4. Emotionale Verarbeitung (3 Items)

(f13, f14, f15)

Die Frage nach der Entscheidungskompetenz (f9) ist für den zeitlichen Verlauf nicht relevant und wurde deshalb im zweiten Fragebogen nicht mehr aufgeführt.

4.5 Patientinnenkollektiv

Die Fragebögen wurden im Untersuchungszeitraum von April 2004 bis Juni 2006 den Patientinnen am ersten Tag ihrer Chemotherapie angeboten. Die Bereitschaft der Patientinnen an einer Fragebogenuntersuchung teilzunehmen war gerade zu Beginn der als bedrohlich empfundenen Chemotherapie gering. Von ca. 200 für diese Untersuchung in Frage kommenden Patientinnen nahmen nur 84 Patientinnen die Fragebögen um sie zu bearbeiten an.

Der zweite und dritte Komplex, der von dieser Arbeit untersucht wird, wurde schließlich von 80 Patientinnen beantwortet. Zum zweiten Mal erhielten die Probandinnen die gleichen Fragebögen nach Abschluss der Chemotherapie. 66 Patientinnen schickten die Fragebögen zurück.

38 Patientinnen wurden im Rahmen einer Therapiestudie behandelt. 46 erhielten eine Standardtherapie.

Das Alter der Patientinnen reichte von 30 bis 77 Jahren. Die Spannweite bei Studienpatientinnen umfasste 47 Jahren, bei Patientinnen mit Standardtherapie 46

Jahre. Der Median lag bei den Studienpatientinnen bei 55,50 Jahren und bei den Patientinnen mit Standardtherapie bei 60,50 Jahren.

4.6 Statistik

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit Hilfe des SPSS-Statistikprogramms®, Version 11.0 und 15.0.

Die Auswertung wurde an einem Fujitsu Siemens Computer, Amilo ® vorgenommen. Die Daten wurden in eine SPSS Tabelle eingetragen.

Für die einzelnen Fragen wurden die Häufigkeiten berechnet.

Für den Vergleich von Studien- und Nicht-Studienpatientinnen wurde der Chi²-Test angewandt. Er wird verwendet um zwei unverbundene Testreihen bezüglich eines binären Endpunktes zu untersuchen.

Der McNemar-Test wurde für den Vergleich der verschiedenen Zeitpunkte bei dieser Untersuchung verwendet. Dieser Test wird verwendet um zwei verbundene Messreihen entlang eines binären Endpunktes zu vergleichen.

Aufgrund der geringen Patientinnenzahl und weil die Unterschiede der zu untersuchenden Gruppen zu klein sind ergaben beim McNemar-Test keine statistisch signifikante Unterschiede, kein p-Wert < 0,05. Beim Chi²-Test zeigte sich lediglich bei zwei Fragestellungen ein signifikantes Ergebnis. Deshalb wurden die in den Ergebnissen festgestellten Unterschiede als Tendenzen hervorgehoben, diskutiert und mit der entsprechenden Literatur verglichen.

5. Ergebnisteil

5.1 Allgemeine Auswertung des Fragenkatalogs

5.1.1 Arzt – Patientinnen – Beziehung

5.1.1.1 Vertrauensverhältnis

Ich fühle mich als Persönlichkeit von den Ärzten ernst genommen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimmt	69	86,3	86,3	86,3
stimmt nicht	2	2,5	2,5	88,8
ohne Angabe	9	11,3	11,3	100,0
Gesamt	80	100,0	100,0	

Tabelle 1: Umgang mit der Persönlichkeit der Patientin

Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinen behandelnden Ärzten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimmt	27	33,8	33,8	33,8
stimmt nicht	32	40,0	40,0	73,8
ohne Angabe	21	26,3	26,3	100,0
Gesamt	80	100,0	100,0	

Tabelle 2: Kontaktwunsch zu den behandelnden Ärzten

Ich bin den Ärzten gegenüber voller Vertrauen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimmt	57	71,3	71,3	71,3
stimmt nicht	6	7,5	7,5	78,8
ohne Angabe	17	21,3	21,3	100,0
Gesamt	80	100,0	100,0	

Tabelle 3: Vertrauensverhältnis

Manchmal glaube ich, dass man mir nicht die ganze Wahrheit über meine Erkrankung und das was damit verbunden ist, sagt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimmt	9	11,3	11,3	11,3
stimmt nicht	67	83,8	83,8	95,0
ohne Angabe	4	5,0	5,0	100,0
Gesamt	80	100,0	100,0	

Tabelle 4: Wahrhaftigkeit der behandelnden Ärzte

Tab. 1-4 zeigen folgende Ergebnisse:

Während 86,3 % der Patientinnen (n=69) sich von den Ärzten ernst genommen fühlten, hätten 33,8% der Patientinnen (n=27) gerne mehr Kontakt zu ihren Ärzten gehabt. 40,0% der Patientinnen (n=32) waren mit ihren Ärztekontakten zufrieden.

Die Frage nach dem Vertrauen in ihre Ärzte haben 71,3% der Patientinnen (n=57) positiv beantwortet.

83,8% der Patientinnen (n=67) glaubten, dass man ihnen die ganze Wahrheit gesagt hat, während 11,3% der Patientinnen (n=9) glaubten, dass ihnen manchmal nicht die ganze Wahrheit gesagt wird.

5.1.1.2 Empathische Ebene

Meine Ärzte können mir Trost spenden

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimmt	58	72,5	72,5	72,5
stimmt nicht	7	8,8	8,8	81,3
ohne Angabe	15	18,8	18,8	100,0
Gesamt	80	100,0	100,0	

Tabelle 5: Trost durch behandelnde Ärzte

Ich glaube, die Ärzte sind an meinem Schicksal interessiert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt	55	68,8	68,8	68,8
	stimmt nicht	6	7,5	7,5	76,3
	ohne Angabe	19	23,8	23,8	100,0
	Gesamt	80	100,0	100,0	

Tabelle 6: Interesse der Ärzte am Schicksal der Patientin

Mein Arzt weiß wenig über meine persönlichen Ängste und Sorgen bescheid

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt	29	36,3	36,3	36,3
	stimmt nicht	37	46,3	46,3	82,5
	ohne Angabe	14	17,5	17,5	100,0
	Gesamt	80	100,0	100,0	

Tabelle 7: Einfühlsamkeit der behandelnden Ärzte

Tab. 5-7 demonstrieren folgende Ergebnisse:

Trost von ihren Ärzten haben 72,5% der Patientinnen (n=58) erfahren. Eine ähnliche Verteilung ergibt sich bei der Frage, ob die Ärzte an ihrem Schicksal interessiert sind. 68,8% der Patientinnen (n=55) können diese bestätigen.

Deutlich weniger Patientinnen beurteilen die Einfühlsamkeit der Ärzte positiv. Nur 46,3 % (n=37) der Probandinnen sagen aus, dass die Ärzte über ihre Ängste und Sorgen Bescheid wissen. 36,3% der Patientinnen (n=29) denken dies nicht.

5.1.2 Informationsbedürfnis

Ich möchte lieber nicht so genau über meinen gesundheitlichen Zustand bescheid wissen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
stimmt	6	7,5	7,5	7,5
stimmt nicht	70	87,5	87,5	95,0
ohne Angabe	4	5,0	5,0	100,0
Gesamt	80	100,0	100,0	

Tabelle 8: Informationsbedürfnis der Patientin

Tab. 8 zeigt, dass 87,5% der Patientinnen über ihren gesundheitlichen Zustand Bescheid wissen wollen.

5.1.3 Entscheidungskompetenz

Die Entscheidungen für meine Behandlung traf/en

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Ärzte	19	23,8	23,8	23,8
ich	4	5,0	5,0	28,8
beide	57	71,3	71,3	100,0
Gesamt	80	100,0	100,0	

Tabelle 9: Entscheidungskompetenz

Tab. 9 lässt erkennen, dass 71,3% (n=57) der Patientinnen gemeinsam mit ihren Ärzten die Entscheidungen für ihre Behandlung trafen. 23,8% (n=19) der Probandinnen gaben an, dass die Ärzte die Entscheidungen alleine trafen.

5.1.4 Belastung und Grundstimmung

Im täglichen Leben eingeschränkt durch

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig seelische Belastung	6	7,5	7,5	7,5
körperliche Belastung	15	18,8	18,8	26,3
seelische + körperliche B	32	40,0	40,0	66,3
ohne Angabe	27	33,8	33,8	100,0
Gesamt	80	100,0	100,0	

Tabelle 10: Seelische und körperliche Belastungen

der Wert des Lebens ist

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig erhöht	48	60,0	60,0	60,0
gemindert	17	21,3	21,3	81,3
ohne Angabe	15	18,8	18,8	100,0
Gesamt	80	100,0	100,0	

Tabelle 11: Empfundener Wert des eigenen Lebens

der Blick in die Zukunft ist

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig optimistisch	65	81,3	81,3	81,3
pessimistisch	5	6,3	6,3	87,5
ohne Angabe	10	12,5	12,5	100,0
Gesamt	80	100,0	100,0	

Tabelle 12: Empfundene Zukunftsaussichten

Tab. 10 – 12 zeigen folgende Ergebnisse:

7,5% der Patientinnen fühlen sich (n=6) durch die seelische Belastung, 18,8% (n=15) durch die körperliche und 40,0% (n=32) durch die seelische und körperliche Belastung im täglichen Leben eingeschränkt. Das ergibt, dass sich 66,3% im täglichen Leben eingeschränkt fühlen.

60,0% der Patientinnen (n=48) empfinden den Wert ihres Lebens seit der Erkrankung erhöht, während 21,3% der Probandinnen (n=17) den Wert gemindert erfahren.

81,3% der Patientinnen (n=65) blicken optimistisch und 6,3% (n=5) blicken pessimistisch in die Zukunft.

5.2 Vergleich zu Beginn der Chemotherapie und nach der Chemotherapie

Fälle					
Gültig		Fehlend		Gesamt	
N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
66	82,5%	14	17,5%	80	100,0%

Tabelle 13: Antwortverhalten vor & nach der Chemotherapie

Tab. 13 weist aus, dass der zweite Fragebogen von 82,5% (n=66) der Patientinnen, die auch den ersten Fragebogen beantwortet hatten, bearbeitet wurde. Es wird verglichen, wie diese Patientinnen den Fragebogen am Anfang der Chemotherapie und nach der Chemotherapie beantwortet haben.

5.2.1 Arzt-Patienten-Beziehung

5.2.1.1 Vertrauensverhältnis

Ich fühle mich als Persönlichkeit von den Ärzten ernst genommen

	Stimmt	Stimmt nicht	Ohne Angabe	Gesamt
Vor der Chemotherapie	58 (87,9%)	2 (3,0%)	6 (9,1%)	66
Nach der Chemotherapie	57 (86,4%)	3 (4,5%)	6 (9,1%)	66
Differenz	1 (1,5%)	1 (1,5%)	0 (0,0%)	p=0,846

Tabelle 14: Vor/Nach Chemoth. – Umgang mit der Persönlichkeit der Patientin

Ich hätte gerne mehr Kontakt zu meinen behandelnden Ärzten

	Stimmt	Stimmt nicht	Ohne Angabe	Gesamt
Vor der Chemotherapie	22 (33,3%)	24 (36,4%)	20 (30,3%)	66
Nach der Chemotherapie	30 (45,5%)	26 (39,4%)	10 (15,2%)	66
Differenz	8 (12,2%)	2 (3,0%)	10 (15,1%)	p=0,161

Tabelle 15: Vor/Nach Chemoth. – Kontaktwunsch zu den behandelnden Ärzten

Ich bin den Ärzten gegenüber voller Vertrauen

	Stimmt	Stimmt nicht	Ohne Angabe	Gesamt
Vor der Chemotherapie	49 (74,2%)	5 (7,6%)	12 (18,2%)	66
Nach der Chemotherapie	43 (65,2%)	12 (18,2%)	11 (16,7%)	66
Differenz	6 (18,0%)	7 (10,6%)	1 (1,5%)	p=0,072

Tabelle 16: Vor/Nach Chemoth. – Vertrauensverhältnis

Manchmal glaube ich, dass man mir nicht die ganze Wahrheit über meine Erkrankung und das was damit verbunden ist, sagt

	Stimmt	Stimmt nicht	Ohne Angabe	Gesamt
Vor der Chemotherapie	7 (10,6%)	56 (84,8%)	3 (4,5%)	66
Nach der Chemotherapie	10 (15,2%)	52 (78,8%)	4 (6,1%)	66
Differenz	3 (4,6%)	4 (6,0%)	1 (1,6%)	p=0,268

Tabelle 17: Vor/Nach Chemoth. – Wahrhaftigkeit der behandelnden Ärzte

Tab. 14 – 17 zeigen folgende Ergebnisse:

Die Patientinnen gaben an, dass sie sich zu Beginn und nach der Chemotherapie gleichermaßen von ihren Ärzten ernst genommen fühlten. (87,9% vs. 86,4%) (n=58 vs. n=57)

Es besteht eine Differenz von 9,1% zwischen den Patientinnen, die angeben, dass sie zu Beginn (36,4%) und denen, die angeben, dass sie nach der Chemotherapie

(45,5%) mehr Kontakt zu ihren behandelnden Ärzten gehabt hätten. (n=24 vs.n= 30)

Zu Beginn der Chemotherapie gaben 74,2% der Patientinnen (n=49) an, dass sie ihren Ärzten vertrauen. Nach der Chemotherapie waren es 65,2% (n=43), die angaben, dass sie ihren Ärzten gegenüber voller Vertrauen sind. (Differenz: 9,0%)

Es besteht ein minimaler Unterschied beim Item, ob die Patientinnen glauben, dass ihnen manchmal nicht die ganze Wahrheit gesagt wird. Zu Beginn der Chemotherapie haben 84,8% (n=56) angegeben, dass sie dieses nicht glauben. Nach der Chemotherapie waren es 78,8% (n=52), die angaben, dass sie nicht glauben, dass ihnen manchmal nicht die ganze Wahrheit gesagt wird.

5.2.1.2 Empathische Ebene

Meine Ärzte können mir Trost spenden

	Stimmt	Stimmt nicht	Ohne Angabe	Gesamt
Vor der Chemotherapie	48 (72,7%)	6 (9,1%)	12 (18,2%)	66
Nach der Chemotherapie	41 (62,1%)	10 (15,2%)	15 (22,7%)	66
Differenz	7 (10,6%)	4 (6,1%)	3 (4,5%)	p=0,457

Tabelle 18: Vor/Nach Chemoth. – Trost durch behandelnde Ärzte

Ich glaube, die Ärzte sind an meinem Schicksal interessiert

	Stimmt	Stimmt nicht	Ohne Angabe	Gesamt
Vor der Chemotherapie	46 (69,7%)	4 (6,1%)	16 (24,2%)	66
Nach der Chemotherapie	45 (68,2%)	7 (10,6%)	14 (21,2%)	66
Differenz	1 (1,5%)	3 (4,5%)	2 (3,0%)	p=0,767

Tabelle 19: Vor/Nach Chemoth. – Interesse der Ärzte am Schicksal der Patientin

Meine Ärzte wissen wenig über meine persönlichen Ängste und Sorgen Bescheid

	Stimmt	Stimmt nicht	Ohne Angabe	Gesamt
Vor der Chemotherapie	22 (33,3%)	32 (48,5%)	12 (18,2%)	66
Nach der Chemotherapie	31 (47,0%)	27 (40,9%)	8 (12,1%)	66
Differenz	9 (13,7%)	5 (7,6%)	4 (6,1%)	p=0,251

Tabelle 20: Vor/Nach Chemoth. – Einfühlsamkeit der behandelnden Ärzte

Tabelle 18 – 20 zeigen folgende Ergebnisse:

Zu Beginn der Chemotherapie waren es 72,7% der Patientinnen (n=48), die erwarten, dass die Ärzte ihnen Trost spenden können, nach der Chemotherapie 62,1% (n=41), die dies angaben. (Differenz: 10,6%)

Am Anfang und nach der Chemotherapie gaben nahezu gleich viele Patientinnen an, dass sie glauben, dass die Ärzte an ihrem Schicksal interessiert sind. (F1: 69,7% (n=46) vs. F2: 68,2% (n=45))

33,3% der Patientinnen (n=22) gaben zu, die zu Beginn der Chemotherapie an, dass die Ärzte wenig über ihre Ängste und Sorgen Bescheid wissen. Nach der Chemotherapie waren es 47,0% der Patientinnen (n=31). (Differenz: 13,7%)

5.2.2 Informationsbedürfnis

Ich möchte lieber nicht so genau über meinen gesundheitlichen Zustand Bescheid wissen

	Stimmt	Stimmt nicht	Ohne Angabe	Gesamt
Vor der Chemotherapie	5 (7,6%)	58 (87,9%)	3 (4,5%)	66
Nach der Chemotherapie	7 (10,6%)	51 (77,3%)	8 (12,1%)	66
Differenz	2 (3,0%)	7 (10,6%)	5 (7,6%)	p=0,254

Tabelle 21: Vor/Nach Chemoth. – Informationsbedürfnis der Patientin

Es zeigt sich, dass zu Beginn der Chemotherapie 87,9% der Patientinnen (n=58), der Aussage nicht zustimmten, dass sie lieber nicht so genau über ihren gesundheitlichen Zustand Bescheid wissen wollten. Nach der Beendigung der

Chemotherapie waren es 77,3% (n=51) (Differenz: 10,6%).

5.2.3 Belastung und Grundstimmung

Ich fühle mich im täglichen Leben eingeschränkt durch

	Seelische Belastung	Körperliche Belastung	Seelische + körperliche B.	Ohne Angabe	Gesamt
Vor der Chemotherapie	6 (9,1%)	11 (16,7%)	28 (42,4%)	21 (31,8%)	66
Nach der Chemotherapie	3 (4,5%)	19 (23,8%)	26 (39,4%)	18 (27,3%)	66
Differenz	3 (4,6%)	8 (12,1%)	2 (3,0%)	3 (4,5%)	p=0,476

Tabelle 22: Vor/Nach Chemoth. – Seelische und körperliche Belastungen

Der Wert meines Lebens erscheint mir eher

	Erhöht	Gemindert	Ohne Angabe	Gesamt
Vor der Chemotherapie	42 (63,6%)	13 (18,7%)	11 (16,7%)	66
Nach der Chemotherapie	31 (47,0%)	15 (22,7%)	20 (30,3%)	66
Differenz	11 (16,6%)	2 (3,0%)	9 (7,6%)	p=0,065

Tabelle 23: Vor/Nach Chemoth. – Empfundener Wert des eigenen Lebens

Mein Blick in die Zukunft ist eher

	Optimistisch	Pessimistisch	Ohne Angabe	Gesamt
Vor der Chemotherapie	53 (80,3%)	4 (6,1%)	9 (13,6%)	66
Nach der Chemotherapie	49 (74,2%)	5 (7,6%)	12 (18,2%)	66
Differenz	4 (6,1%)	1 (1,5%)	3 (4,6%)	p=0,457

Tabelle 24: Vor/Nach Chemoth. – Empfundene Zukunftsaussichten

Tabelle 22 – 24 zeigen folgende Ergebnisse:

Zu Beginn der Chemotherapie gaben 9,1% der Patientinnen (n=6) an, dass sie sich

durch die seelische Belastung im täglichen Leben eingeschränkt fühlen. Nach der Chemotherapie waren es 4,5% (n=3). Durch die körperliche Belastung im täglichen Leben sich eingeschränkt zu fühlen, gaben 16,7% der Patientinnen (n=11) zu Beginn der Chemotherapie an. Nach der Chemotherapie waren es 28,8% (n=19). (Differenz: 12,1%). Durch seelische und körperliche Belastung sich im täglichen Leben eingeschränkt zu fühlen, gaben 42,4% der Patientinnen (n=28) zu Beginn der Chemotherapie an. Nach der Chemotherapie waren es 39,4% n=(26)

Am Anfang der Chemotherapie gaben 63,6% der Patientinnen (n=42) an, dass der Wert ihres Lebens seit ihrer Erkrankung erhöht ist. Nach der Chemotherapie waren es 47,0% (n=31). (Differenz: 16,6%) Dass der Wert ihres Lebens seit der Erkrankung gemindert ist, gaben 19,7% der Patientinnen (n=13) zu Beginn der Chemotherapie an. Nach der Chemotherapie waren es 22,7% (n=15).

Zu Beginn der Chemotherapie gaben 80,3% der Patientinnen (n=53) an, dass sie optimistisch in die Zukunft blicken. Nach der Chemotherapie waren es 74,2% (n=49). Dass sie pessimistisch in die Zukunft blicken, gaben zu Beginn der Chemotherapie 6,1% der Patientinnen (n=4) an. Nach der Chemotherapie waren es 7,6% (n=5)

5.3 Vergleich von Studien- und Nicht-Studienpatientinnen

Behandlungsform

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nichtstudie	43	53,8	53,8	53,8
	Studie	37	46,3	46,3	100,0
Gesamt		80	100,0	100,0	

Tabelle 25: Verteilung von Studien und Nicht-Studienpatientinnen

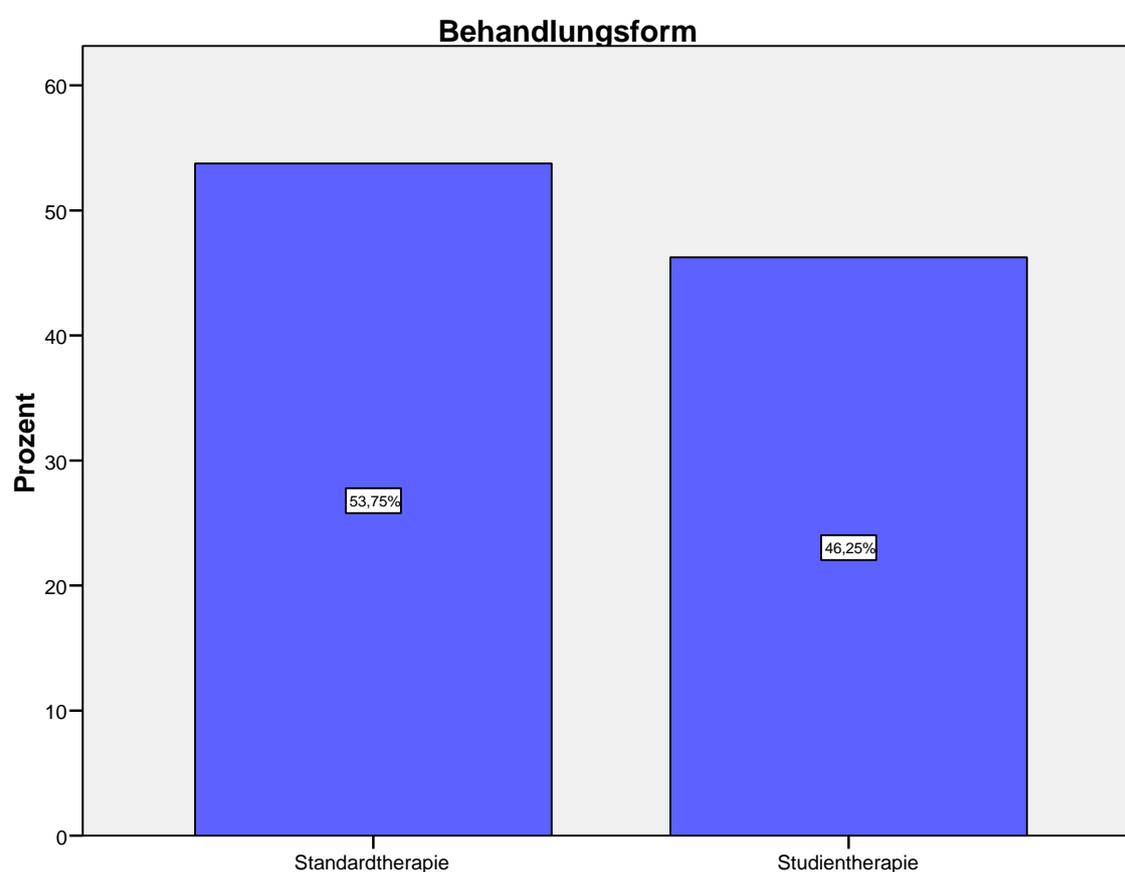


Abbildung 2: Behandlungsform

Wie Tab. 25 zeigt wurden 53,8% der Patientinnen (n=43) mit einer Standardtherapie behandelt. 46,3% der Patientinnen (n=37) nahmen an einer klinischen

Medikamenten-Studie teil.

5.3.1 Arzt-Patienten-Beziehung

5.3.1.1 Vertrauensverhältnis

Ich fühle mich als Persönlichkeit von den Ärzten ernst genommen

			Gruppe		Gesamt
			Nichtstudie	Studie	
Ich fühle mich als Persönlichkeit von den Ärzten ernst genommen	stimmt	Anzahl	36	33	69
		% von Gruppe	83,7%	89,2%	86,3%
	stimmt nicht	Anzahl	1	1	2
		% von Gruppe	2,3%	2,7%	2,5%
	ohne Angabe	Anzahl	6	3	9
		% von Gruppe	14,0%	8,1%	11,3%
Gesamt	Anzahl	43	37	80	
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0,745

Tabelle 26: Studie/Nicht-Studie – Umgang mit der Persönlichkeit der Patientin

Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinen behandelnden Ärzten

			Gruppe		Gesamt
			Nichtstudie	Studie	
Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinen behandelnden Ärzten	stimmt	Anzahl	18	9	27
		% von Gruppe	41,9%	24,3%	33,8%
	stimmt nicht	Anzahl	15	17	32
		% von Gruppe	34,9%	45,9%	40,0%
	ohne Angabe	Anzahl	10	11	21
		% von Gruppe	23,3%	29,7%	26,3%
Gesamt	Anzahl	43	37	80	
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0,243

Tabelle 27: Studie/Nicht-Studie – Kontaktwunsch zu den behandelnden Ärzten

Ich bin den Ärzten gegenüber voller Vertrauen

			Gruppe		Gesamt
			Nichtstudie	Studie	
Ich bin den Ärzten gegenüber voller Vertrauen	stimmt	Anzahl	27	30	57
		% von Gruppe	62,8%	81,1%	71,3%
	stimmt nicht	Anzahl	3	3	6
		% von Gruppe	7,0%	8,1%	7,5%
	ohne Angabe	Anzahl	13	4	17
		% von Gruppe	30,2%	10,8%	21,3%
Gesamt		Anzahl	43	37	80
		% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%

p=0,105

Tabelle 28: Studie/Nicht-Studie – Vertrauensverhältnis**Manchmal glaube ich, dass man mir nicht die ganze Wahrheit über meine Erkrankung und das, was damit verbunden ist, sagt**

			Gruppe		Gesamt
			Nichtstudie	Studie	
Manchmal glaube ich, dass man mir nicht die ganze Wahrheit über meine Erkrankung und das was damit verbunden ist, sagt	stimmt	Anzahl	8	1	9
		% von Gruppe	18,6%	2,7%	11,3%
	stimmt nicht	Anzahl	31	36	67
		% von Gruppe	72,1%	97,3%	83,8%
	ohne Angabe	Anzahl	4	0	4
		% von Gruppe	9,3%	,0%	5,0%
Gesamt		Anzahl	43	37	80
		% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%

p=0,007

Tabelle 29: Studie/Nicht-Studie – Wahrhaftigkeit der behandelnden Ärzte

Tab. 26 - 29 demonstrieren folgende Resultate:

83,7% der Nicht-Studienpatientinnen (n=36) und 89,2 % der Studienpatientinnen (n=33) fühlen sich von den Ärzten ernst genommen. Dahingegen geben nur 2,3% der Standardpatientinnen (n=1) und 2,7% der Studienpatientinnen (n=1) an, dass sie sich nicht ernst genommen fühlen.

41,9% der Nicht-Studienpatientinnen (n=18) im Gegensatz zu 24,3% der Studienpatientinnen hätten gerne mehr Kontakt zu ihren behandelnden Ärzten.

81,1% der Studienpatientinnen (n=30) vertrauen den Ärzten. Bei den Nicht-Studienpatientinnen sind es 62,8% (n=27).

Einen signifikanten Unterschied sieht man ($p=0,007$) bei der Frage, ob die Patientinnen glauben, dass Ihnen nicht die ganze Wahrheit über ihre Erkrankung gesagt wird. 18,6% (n=8) der Nicht-Studienpatientinnen und nur 2,7% (n=1) der Studienpatientinnen sind dieser Meinung. Wobei 9,3% (n=4) der Nicht-Studienpatientinnen und keine der Studienpatientinnen sich einer Antwort enthalten.

5.3.1.2 Empathische Ebene

Meine Ärzte können mir Trost spenden

			Gruppe		Gesamt
			Nichtstudie	Studie	
Meine Ärzte können mir Trost spenden	stimmt	Anzahl	31	27	58
		% von Gruppe	72,1%	73,0%	72,5%
	stimmt nicht	Anzahl	6	1	7
		% von Gruppe	14,0%	2,7%	8,8%
	ohne Angabe	Anzahl	6	9	15
		% von Gruppe	14,0%	24,3%	18,8%
Gesamt	Anzahl	43	37	80	
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%	

$p=0,132$

Tabelle 30: Studie/Nicht-Studie – Trost durch behandelnde Ärzte

Ich glaube, die Ärzte sind an meinem Schicksal interessiert

			Gruppe		Gesamt
			Nichtstudie	Studie	
Ich glaube, die Ärzte sind an meinem Schicksal interessiert	stimmt	Anzahl	27	28	55
		% von Gruppe	64,3%	75,7%	69,6%
	stimmt nicht	Anzahl	5	1	6
		% von Gruppe	11,9%	2,7%	7,6%
	ohne Angabe	Anzahl	10	8	18
		% von Gruppe	23,8%	21,6%	22,8%
Gesamt	Anzahl	42	37	79	
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0,299

Tabelle 31: Studie/Nicht-Studie – Interesse der Ärzte am Schicksal der Patientin**Mein Arzt weiß wenig über meine persönlichen Ängste und Sorgen bescheid**

			Gruppe		Gesamt
			Nichtstudie	Studie	
Mein Arzt weiß wenig über meine persönlichen Ängste und Sorgen bescheid	stimmt	Anzahl	14	15	29
		% von Gruppe	32,6%	40,5%	36,3%
	stimmt nicht	Anzahl	20	17	37
		% von Gruppe	46,5%	45,9%	46,3%
	ohne Angabe	Anzahl	9	5	14
		% von Gruppe	20,9%	13,5%	17,5%
Gesamt	Anzahl	43	37	80	
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0,729

Tabelle 32: Studie/Nicht-Studie – Einfühlsamkeit der behandelnden Ärzte

Tab. 30 – 32 lassen folgende Ergebnisse erkennen:

Dass die Ärzte an ihrem Schicksal interessiert sind, glauben 65,1% der Nicht-Studienpatientinnen (n=28) und 73,0% der Studienpatientinnen (n=27). 9,3% der Nicht-Studienpatientinnen (n=4) und 5,4% der Studienpatientinnen (n=2) glauben dies nicht.

Dass die Ärzte ihnen Trost spenden können, sagen 69,8% der Nicht-Studienpatientinnen ((n=30) und 75,7% der Studienpatientinnen (n=28). Keinen Trost

bei ihren Ärzten finden 14,0% der Nicht-Studienpatientinnen (n=6) und 2,7% der Studienpatientinnen (n=1).

32,8% der Nicht-Studienpatientinnen (n=14) und 40,5% der Studienpatientinnen (n=15) haben erfahren, dass die Ärzte wenig über ihre Ängste und Sorgen Bescheid wissen. 46,5% der Nicht-Studienpatientinnen (n=20) und 45,9% der Studienpatientinnen (n=17) hingegen gehen davon aus, dass die Ärzte ihre Gefühle kennen.

5.3.2 Informationsbedürfnis

Ich möchte lieber nicht so genau über meinen gesundheitlichen Zustand bescheid wissen

			Gruppe		Gesamt
			Nichtstudie	Studie	
Ich möchte lieber nicht so genau über meinen gesundheitlichen Zustand bescheid wissen	stimmt	Anzahl	3	3	6
		% von Gruppe	7,0%	8,1%	7,5%
	stimmt nicht	Anzahl	37	33	70
		% von Gruppe	86,0%	89,2%	87,5%
	ohne Angabe	Anzahl	3	1	4
		% von Gruppe	7,0%	2,7%	5,0%
Gesamt	Anzahl	43	37	80	
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0,774

Tabelle 33: Studie/Nicht-Studie – Informationsbedürfnis der Patientin

Tab. 33 zeigt:

Sowohl 86,0% der Standardpatientinnen (n=37) wie auch 89,2% der Studienpatientinnen (n=33) wollen genau über ihren gesundheitlichen Zustand Bescheid wissen.

5.3.3 Entscheidungskompetenz

Die Entscheidungen für meine Behandlung traf/en

			Gruppe		Gesamt
			Nichtstudie	Studie	
Die Entscheidungen für Behandlung traf/en	Arzt	Anzahl	13	6	19
		% von Gruppe	30,2%	16,2%	23,8%
	Patient	Anzahl	1	3	4
		% von Gruppe	2,3%	8,1%	5,0%
	Beide	Anzahl	29	28	57
		% von Gruppe	67,4%	75,7%	71,3%
Gesamt	Anzahl	43	37	80	
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0,206

Tabelle 34: Studie/Nicht-Studie – Entscheidungskompetenz

Tab. 34 demonstriert:

Dass alleine der Arzt die Entscheidungen für die Behandlungen traf, finden 30,2% der Standardpatientinnen (n=13) und 16,2% der Studienpatientinnen (n=6). 2,3% der Standardpatientinnen (n=1) und 8,1% der Studienpatientinnen (n=3) denken, dass sie die Entscheidungen für ihre Behandlung trafen. Der größte Anteil sowohl bei den Standardpatientinnen (n=29; 67,4%) als auch bei den Studienpatientinnen (n=28; 75,7%) ist der Meinung, dass sie gemeinsam mit den Ärzten die Entscheidungen für ihre Behandlung trafen.

5.3.4 Grundstimmung

Der Wert meines Lebens erscheint mir eher

			Gruppe		Gesamt
			Nichtstudie	Studie	
Der Wert meines Lebens erscheint mir eher	erhöht	Anzahl	20	28	48
		% von Gruppe	46,5%	75,7%	60,0%
	gemindert	Anzahl	12	5	17
		% von Gruppe	27,9%	13,5%	21,3%
	ohne Angabe	Anzahl	11	4	15
		% von Gruppe	25,6%	10,8%	18,8%
Gesamt	Anzahl	43	37	80	
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0,029

Tabelle 35: Studie/Nicht-Studie – Empfundener Wert des eigenen Lebens

Mein Blick in die Zukunft ist eher

			Gruppe		Gesamt
			Nichtstudie	Studie	
Mein Blick in die Zukunft ist eher	optimistisch	Anzahl	36	29	65
		% von Gruppe	83,7%	78,4%	81,3%
	pessimistisch	Anzahl	2	3	5
		% von Gruppe	4,7%	8,1%	6,3%
	ohne Angabe	Anzahl	5	5	10
		% von Gruppe	11,6%	13,5%	12,5%
Gesamt	Anzahl	43	37	80	
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0,776

Tabelle 36: Studie/Nicht-Studie – Empfundene Zukunftsaussichten

Tab. 35 und 36 stellen folgende Ergebnisse dar:

Bei der Frage nach dem Einfluss der Erkrankung auf den Wert des Lebens zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p=0,029$). Bei 75,7% der Studienpatientinnen ($n=28$) im Vergleich zu 46,5% der Nicht-Studienpatientinnen ($n=20$) ist der Wert ihres Lebens durch die Erkrankung erhöht. Im Gegensatz dazu ist bei 27,9 % der Nicht-

Studienpatientinnen (n=12) und 13,5% der Studienpatientinnen (n=5) der Wert gemindert.

Bei der Frage, wie die Patientinnen in die Zukunft blicken, gab es kaum einen Unterschied im Antwortverhalten zwischen Nicht-Studienpatientinnen und Studienpatientinnen. 83,7% der Nicht-Studien- (n=36) und 78,4% der Studienpatientinnen (n=29) blicken optimistisch in die Zukunft. 4,8% der Nicht-Studienpatientinnen (n=2) und 8,1% der Studienpatientinnen (n=3) geben an, dass sie pessimistisch in die Zukunft blicken.

6. Diskussion

6.1 Methodendiskussion

6.1.1 Fragebogen 1

Items

Durch die gewählten Fragebogenitems sollen relevante Faktoren charakterisiert werden, die die Arzt – Patienten – Beziehung beeinflussen.

Antwortverhalten

Der erste Fragebogen wurde den Patientinnen am ersten Tag der durchzuführenden Chemotherapie ausgehändigt. Sie konnten die Zeit während der Infusion nutzen, um den Fragebogen zu beantworten. Der situative Aspekt: Durchführung der Chemotherapie, Angst vor Nebenwirkungen u.a.m. kann das Antwortverhalten überlagern, spiegelt aber nichtsdestotrotz die Realsituation wieder. Das könnte zum Teil dazu führen, dass die unmittelbare emotionale Beteiligung die Patientinnen so beeinflusst, dass einige von ihnen die Fragen nicht mit der nötigen Distanz beantworten konnten.

Die Tatsache, dass die Patientinnen die Fragebögen in der Klinik beantworten sollen und diese vom medizinischen Personal ausgehändigt und eingesammelt werden, beeinflusst die Patientinnen, obwohl sie über die Wahrung ihrer Anonymität in dieser Studie aufgeklärt wurden. Diese Einflussfaktoren werden unter dem Begriff der *systematischen Versuchspersonenfehler* zusammengefasst.

Tendenz zur Mitte: Neigung keine extremen Werte anzugeben

Effekt der sozialen Erwünschtheit: Versuchspersonen beantworten die Fragen nach ihrer Auffassung entsprechend der Idealnorm

Ja-Sage-Tendenz: Versuchspersonen neigen dazu ja/nein Fragen eher mit ja zu beantworten.

Sponsorship – Effekt: Überlegung zum Auftraggeber, seiner sozialen Stellung etc. des Befragten.

Beim *Sponsorship- Effekt* sehen die Patientinnen die behandelnden Ärzte als Auftraggeber für diese Studie. Da sie negative Effekte oder vielleicht sogar eine schlechtere Behandlung nicht riskieren wollen, beantworten sie teilweise die Fragen so, wie es nach ihrer Meinung von ihnen erwartet wird. Da sie am Anfang ihrer über mehrere Wochen und Monate gehenden Therapie stehen, fällt dieser Effekt noch mehr ins Gewicht.

Bei den Effekten der *Tendenz zur Mitte* und *sozialen Erwünschtheit* wollen die Patientinnen mit ihren Antworten nicht hervorstechen, sondern möglichst so antworten, wie nach ihrer Einschätzung die meisten reagieren und wie es wiederum von ihnen erwartet wird.

Bei den Fragen, in denen die Antwortmöglichkeit „ohne Angabe“ zur Wahl steht, kommen die Versuchspersonenfehler besonders zum Tragen.

Hier treten insbesondere der *Sponsorship-Effekt*, der *Effekt der sozialen Erwünschtheit* und die *Tendenz zur Mitte* auf. Bei Fragen, die die Patientinnen als unangenehm empfinden, wird die Möglichkeit der Enthaltung mehr genutzt als bei unverfänglichen Fragen. Das sind vor allem solche, die in die Intimsphäre der Patientinnen eingreifen oder die einen negativen Einfluss auf das Verhältnis zu ihren behandelnden Ärzten haben könnten. Da für die Enthaltung bei den Fragen verschiedene Interpretationen möglich sind, ohne dass man diese eindeutig belegen kann, wird im Verlauf der Diskussion nicht mehr im Einzelnen darauf eingegangen.

6.1.2 Fragebogen 2

Der zweite Fragebogen wurde den Patientinnen drei Wochen nach Beendigung ihrer Chemotherapie zugeschickt. Dabei wurde darauf geachtet, die Befragten zu motivieren und damit die Rücklaufquote zu steigern. Dem Fragebogen wurde ein persönliches Anschreiben beigelegt, in dem noch einmal der Sinn und Zweck der Untersuchung erläutert und erneut hervorgehoben wurde, wie wichtig und hilfreich die Teilnahme der Patientinnen ist.

Ein frankierter Rückumschlag wurde hinzugefügt, um die Rücksendung möglichst bequem zu gestalten und damit den Rücklauf zu verbessern.

Von 80 verschickten Fragebogen wurden 66 (82,5%) zurückgesandt. Die hohe Rücklaufquote zeigt, dass die Patientinnen die Befragung als sinnvoll erachten.

Bei der schriftlichen Befragung muss angemerkt werden, dass die Begleitumstände während des Beantwortens der Fragen nicht bekannt sind und nicht kontrolliert werden können, und dass durch die Form der geschlossenen Fragen, sowohl eventuelle Unwissenheit der Patientinnen und Nichtverstehen der Fragen getarnt als auch Antworten suggeriert werden können. Hierbei kommen besonders die Versuchspersonenfehler wie *Tendenz zur Mitte* und *Ja-Sage-Tendenz* zum Tragen.

6.1.3 Statistische Auswertung

Alle Statistiken sind als deskriptiv und die p-Werte sind nicht als Inferenzstatistik zu bewerten. Es wurden der Chi²-Test für den Vergleich von Studien- und Nicht-Studienpatientinnen (unabhängigen Daten) und der McNemar-Test für den Vergleich der verschiedenen Zeitpunkte (abhängige Daten) verwendet. Es wurde ein Signifikanzniveau von 5% angenommen. Falls beim Chi²-Test die erwartete Häufigkeit kleiner gleich 5 ergab wurde zusätzlich der Fisher-Exakt Test verwendet. Es werden sowohl die signifikanten als auch die Ergebnisse, die Tendenzen aufweisen, diskutiert.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

6.2.1 Arzt-Patientinnen-Beziehung

Das wachsende Interesse an der Arzt-Patienten-Beziehung lässt sich an der Vielzahl von Veröffentlichungen zu diesem Thema erkennen, die in den letzten Jahren erschienen ist. Im Fokus stehen die Bedürfnisse der Patienten. Diese wollen Ärzte, mit denen sie sprechen können, die sich genügend Zeit nehmen und ihnen mit Respekt begegnen, an ihnen interessiert sind und sich in sie einfühlen können. (Angela Coulter, 2005, S.1200)

Die vorliegende Untersuchung fokussiert auf diese Aspekte analysierend, ob die Bedürfnisse der hier untersuchten Patientinnen erfüllt wurden.

6.2.1.1 Vertrauensverhältnis

Eine der entscheidenden Faktoren in der Kommunikation und Interaktion zwischen Arzt und Patient ist das Vertrauensverhältnis. Grundlegend dabei ist, dass der Patient das Gefühl hat, er wird in seiner Krankheit ernstgenommen. 86,2% der in dieser Untersuchung befragten Patientinnen bejahten dies. In einer Umfrage des *Primary Care Trust* (2005), geben 92% an, dass sie mit Würde und Respekt von ihren Ärzten behandelt wurden. (Healthcare Commission, 2005) Eine Studie von Beach et al. (2005) zeigt, dass das respektvolle Behandeln des Patienten einen positiven Effekt auf dessen Zufriedenheit und Outcome hat. (Beach et al., 2005, S.337)

Obwohl Respekt eine Grundhaltung darstellt, die die Beziehung aller Menschen zueinander bestimmen sollte, kommt dem im medizinischen Kontext eine besondere Bedeutung zu. Der Respekt bildet die Basis der Arzt – Patienten – Beziehung.

Auch wenn die meisten Patientinnen sich ernst genommen fühlten und 40% der Patientinnen mit dem Maß an Kontakt mit ihrem Arzt zufrieden waren, so wünschten doch ein Drittel mehr Kontakt. Eine ähnlich strukturierte Untersuchung von Kerr et al.

zeigte, dass sogar 60% mehr Gelegenheiten wollten, mit ihrem Arzt zu sprechen. (Kerr J et al., 2003, S.1038) Der Wunsch der Patientinnen nach mehr Kontakt kann unterschiedlich interpretiert werden. Zum einen kann er Ausdruck des Wunsches nach mehr Informationen und nach ausführlicherer Aufklärung sowohl über die Erkrankung als auch über die Therapie sein. Zum anderen kann er das emotionale Bedürfnis der Patientinnen widerspiegeln, mit den Ärzten über belastende Themen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung sprechen zu wollen. (Thorne et al., 2005, S.895) Das weist darauf hin, dass hier sowohl Mängel auf der Informations-, als auch auf der emotionalen Ebene vorhanden sind.

Die hier vorgestellte Untersuchung zeigt weiter, dass 71,3% der Patientinnen den Ärzten *Vertrauen* entgegenbringen. Eine Umfrage von Marstedt beschreibt, dass 93% der Patienten Vertrauen in ihre Ärzte haben. (Marstedt Gerd, 2007, S.2) Bei Kraetschmer et al. geben 9% der Patienten an, wenig Vertrauen in die Ärzte zu haben, 6,3% vertrauen blind, 36,1% haben hohes Vertrauen und 48,6% geben mittelmäßiges Vertrauen an. (Kraetschmer et al., 2004, S.322)

Entwistle erklärt, dass Vertrauen den Glauben an das Wohlwollen des Gegenübers beinhalten muss. Dabei spielen neben den ethischen auch soziale und psychosoziale Aspekte eine Rolle. (Entwistle V, 2004, S.272)

Das Vertrauen ist eine grundlegende Voraussetzung für eine gut funktionierende Arzt – Patienten – Beziehung. (Thom, 2002, S.476; Pearson SD, 2000, S.509) Besonders bei schweren und sehr komplexen Erkrankungen gewinnt das Vertrauen, das der Patient seinem Arzt entgegenbringt, an Bedeutung. (Shenolikar et al., 2004, S.2)

Im Vertrauensverhältnis spielt die medizinische Kompetenz des Arztes eine wichtige Rolle. Doch verfügen die Patienten zumeist nicht über das Fachwissen, um zu einer objektiven Einschätzung zu gelangen. Sie vertrauen auf die Ausbildung und die vorgeschriebenen Nachweise, die der Arzt vorlegen muss, um praktizieren zu können. Ebenso gehen sie von ihren eigenen Erfahrungen mit den Ärzten und der erhaltenen Therapie aus. Bei der Einschätzung der Kompetenz der Ärzte achten sie auf bestimmte Merkmale, z.B. wie die Ärzte sie befragen, sie über ihre Erkrankung

aufklären und ihre Fragen beantworten. (Mechanic, 2004, S.1418; Mechanic and Meyer, 2000, S.667)

Obwohl das Vertrauen in das Gesundheitswesen immer weiter schwindet, vertrauen die Patienten ihren behandelnden Ärzten. (Mechanic, 2004, S.1418) Dieses wird noch bestärkt, wenn der Patient sich seinen behandelnden Arzt selbst aussuchen kann. (Mechanic, 2004, S.1418; Hall, 2002, S.1432; Kao, 1998, S.685; Shenolikar, 2004, S.2)

Ein Problem, das bei Roter erwähnt wird und das das Vertrauensverhältnis belastet, ist der vorhandene Zeitmangel. Er spiegelt sich mehr in den sozioemotionalen als in den technischen Aspekten wieder. Durch die immer knappere Zeit für ein Arzt – Patienten – Gespräch konzentrieren sich die Ärzte häufig nur noch auf die fachlichen Aspekte der Therapie, ohne auf die psychosozialen Belange der Patienten einzugehen. Dies führt zu schwindendem Vertrauen und einer schlechteren Arzt – Patienten – Beziehung. (Roter D, 2000, S.23)

Eine wichtige Voraussetzung für Vertrauen ist auch die Ehrlichkeit der Ärzte gegenüber ihren Patienten. In einer Befragung von Ute Schlömer-Doll und Dietrich Doll wurde der Wunsch nach Wahrheit an die erste Stelle von zwölf zu bewertenden Bedürfnissen gestellt. (Schlömer-Doll Ute and Doll Dietrich, 2000, S.3078) Besonders in über lange Zeit bestehenden Arzt – Patienten – Beziehungen, denen eine schwere Erkrankung zu Grunde liegt, ist die Ehrlichkeit eine wichtige Basis. (DeVita, 2001, S.417; Da Silva et al., 2003, S.157) Sollten die Patientinnen glauben, dass ihnen manchmal nicht die ganze Wahrheit gesagt wird, wäre ihr Vertrauen in den Arzt erschüttert. Dies verneinen 83,8% der Patientinnen. Mit deutlicher Mehrheit sind sie davon überzeugt, dass ihr Arzt sie ehrlich über alle Aspekte ihrer Krankheit aufklärt.

Viele Ärzte enthalten jedoch Patienten Informationen vor. Sie sind der Meinung, dass es für diese besser sei, nicht das ganze Ausmaß ihrer Erkrankung zu kennen und wollen sie somit schützen. (Fallowfield et al., 2002, S.297; Hack et al., 2005, S.837; Hack, 2005, S.797) Doch das Zurückhalten von Informationen über die Schwere der

Erkrankung kann dem Patienten und der Arzt – Patienten – Beziehung mehr schaden als nutzen. Aufgrund falscher Annahmen werden von den Patienten keine oder falsche Entscheidungen für die Zukunft getroffen. Teilweise werden Angst und Verwirrung verstärkt, wenn die Patienten erfahren, dass ihnen Informationen vorenthalten werden. Folgen sind Vertrauensverlust und Verschlechterung der Arzt – Patienten – Beziehung. (Hebert, 1997, S.224; Fallowfield et al., 2002, S.297; Thorne et al., 2005, S.896)

Obwohl die Wahrheit die Patienten belasten und vorübergehend zu Hoffnungslosigkeit führen kann, darf dies kein Grund sein, die Wahrheit zu verschweigen. Vielmehr muss die Art und Weise, in der die schlechten Nachrichten übermittelt werden, der jeweiligen Situation angepasst werden. Ehrliche und verständliche Auskünfte, offene Diskussion über die erhaltenen Informationen und Verständnis für die Situation des Patienten hilft, das Gehörte zu verstehen und mit den neuen Erkenntnissen umzugehen. Dies wiederum stärkt das Vertrauen und somit auch die Arzt – Patienten – Beziehung. (Hack et al., 2005, S.832; Hebert et al., 1997, S.227; Fujimon M et al., 2006, S.1; Steinhart, 2002, S.443; Halkett et al., 2005, S.252)

Trotzdem sollte beachtet werden, dass es Patienten gibt, die die Wahrheit nicht erfahren wollen. Solche Wünsche sollten erfasst und berücksichtigt werden. (Hebert, 1997, S.227; Elf M, 2001, S.352)

6.2.1.2 Emphatische Beziehung

Eine Sonderstellung in der Arzt – Patienten – Beziehung nimmt die Empathie ein. Sie bezeichnet die Fähigkeit, sich in die Lage einer anderen Person versetzen und nachempfinden zu können, was diese Person fühlt. (Halpern, 2003, S.670) Ebenso wichtig ist es, der betroffenen Person vermitteln zu können, dass man mit ihr fühlt. (Stepien and Baernstein, 2006, S.524) Das empathische Verhalten gegenüber den Patienten besitzt ein hohes therapeutisches Potential und kann zu einem besseren

Outcome führen. (Kim et al., 2004, S.237)

In dieser Untersuchung bestätigen 72,5% der Patientinnen, dass ihre Ärzte ihnen Trost spenden können. 68,8% glauben, dass die Ärzte an ihrem Schicksal interessiert sind. Doch noch nicht einmal die Hälfte der Patientinnen, 46,2%, sind der Auffassung, dass die Ärzte über ihre Ängste und Sorgen Bescheid wissen.

Je tiefer der Arzt sich auf die Gefühlswelt der Patientin einlassen müsste, desto schwieriger wird es, der Patientin zu vermitteln, dass er dazu in der Lage ist.

Bei Platt et al. wird diskutiert, dass viele Patienten sich von ihren Ärzten mehr Aufmerksamkeit in Bezug auf ihre Zweifel, Gefühle und Ideen wünschen, und dass sie den vorhandenen Mangel daran als große Schwäche im ärztlichen Gespräch und der weiteren Therapie sehen. (Platt et al., 2001, S.1079) Jeder Patient erlebt seine Krankheit auf seine individuelle Weise. Deshalb gehört zu einer guten Patientenversorgung ein hohes Maß an Aufmerksamkeit gegenüber dessen Werten, Wünschen, Gedanken, Gefühlen und Erleben seiner Erkrankung. Wenn Ärzte sich auf ihre Patienten konzentrieren und sich empathisch verhalten, bekommen sie bessere und ausführlichere Anamnesen. (Platt et al., 2001, S.1079)

Darüber hinaus konnten Thorn et al. zeigen, dass empathisches und patientenzentriertes Verhalten zu einer positiven Bewertung der Konsultation trotz eines bestehenden Zeitmangels führt. (Thorne et al., 2005, S.891) Die äußeren Umständen während eines Arzt-Patienten Gespräches sind auch nicht außer Acht zu lassen. Ort und Zeitpunkt sollten, wenn möglich, der jeweiligen Situation des Patienten angepasst werden. (Behrendt Hans and Reckert Werner, 2004, S.3136)

6.2.1.3 Zeitlicher Verlauf

Betrachtet man die Veränderungen der Arzt-Patientinnen-Beziehung im zeitlichen Verlauf, zeigen sich keine signifikanten Ergebnissen, Tendenzen sind jedoch erkennbar.

So ist festzustellen, dass die Patientinnen sich im gleichen Maße ernst genommen fühlen und an die Ehrlichkeit der Ärzte glauben. Das Vertrauen der Patientinnen zu ihren Ärzten hat hingegen im Laufe der Therapie abgenommen. Analog dazu wünschen die Patientinnen am Ende der Chemotherapie mehr Kontakt.

Dies widerspricht unseren Erwartungen, dass der längere Umgang des Arztes mit der Patientin zu einem besseren Vertrauensverhältnis führen würde.

Diese Annahme wurde unterstützt von Mechanic et. al., die das Vertrauensverhältnis an die zeitliche Dauer der Arzt-Patienten-Beziehung knüpft. (Mechanic and Meyer, 2000, S.660) Dieser Widerspruch kann daraus erklärt werden, dass sich die Ergebnisse der Untersuchung auf niedergelassene Ärzte beziehen. Hier wird das Vertrauen zu dem gleichen behandelnden Arzt schrittweise aufgebaut. Im Klinikalltag sind die Voraussetzungen für eine solche konstante Betreuung meistens nicht gegeben. Die in dieser Arbeit zu erkennende Verschlechterung der Arzt – Patientinnen – Beziehung kann durch Ärztechsel im Untersuchungszeitraum, bedingt durch Rotation oder Engpässe, erklärt werden. Dadurch wurde der Aufbau einer intensiven Arzt – Patientinnen – Beziehung erschwert.

Diese Entwicklung lässt sich auch auf der empathischen Ebene der Arzt-Patientinnen-Beziehung erkennen. Am Anfang der Chemotherapie glauben mehr Patientinnen, dass die Ärzte ihnen Trost spenden können. Entsprechend nimmt die Überzeugung der Patientinnen, dass die Ärzte über ihre Sorgen und Ängste Bescheid wissen, ab. Dabei bleiben die Patientinnen der Auffassung, dass die Ärzte an ihrem Schicksal interessiert sind.

Wie bereits diskutiert, zeigt sich auch hier, dass besonders in den Bereichen, wo der Arzt in seiner menschlichen Qualität gefragt ist, eine negativere Tendenz im zeitlichen Verlauf der Chemotherapie zu erkennen ist.

6.2.2 Informationsbedürfnis

Ein weiter Fokus dieser Untersuchung richtet sich auf das Informationsbedürfnis der Patientinnen. Die meisten Patientinnen wollen über ihren gesundheitlichen Zustand genau Bescheid wissen. Lediglich 7,5% der hier befragten Patientinnen möchten dies nicht.

Auch in anderen Untersuchungen finden sich ähnliche Ergebnisse. In einer bei Herbert et al. erwähnten Arbeit wollen 87% von 560 Krebspatienten die Wahrheit über ihre Erkrankung erfahren. (Herbert et al., 1997, S.227) Es zeigt sich, dass die meisten Patienten so viele Informationen wie möglich wollen, egal ob sie gut oder schlecht sind. (Kerr J, 2003, S.1042; Deber, 1994, S.174; Klemperer D.Dr.med., 2003, S.23; Elf M, 2001, S.352; Wallberg B, 2000, S.473; Coulter, 1997, S.112) Deber gibt an, dass 80% der über 60 jährigen und 96% der zwischen 20 und 39 jährigen Krebspatienten vollständig informiert sein wollen. (Deber, 1994, S.174) In einer weiteren Untersuchung von Hack et al. wird beschrieben, dass 87% der Patienten alle Informationen wollen. Zumindest die Diagnose wollen 98% der Patienten wissen. (Hack et al., 2005, S.832)

Auch Collie et al. zeigen, dass die Brustkrebspatientinnen über Therapiemöglichkeiten, Gefahr eines Rezidives, Heilungschancen und Einfluss der Erkrankung auf das soziale Umfeld informiert sein wollen. (Collie et al., 2005, S.908) Auch Mallinger et al. legen dar, dass Patientinnen mit Mammakarzinom eine umfassende Aufklärung über ihre Erkrankung wünschen. Darüber hinaus wird hier aufgezeigt, dass die Patientinnen größtenteils mit den Informationen, die den medizinisch-technischen Bereich betreffen, zufrieden sind. Nicht zufrieden sind sie jedoch mit der Aufklärung über die Einflüsse, die die Krankheit langfristig auf die Psyche der Patientin und ihre Beziehungen zu ihrem sozialen Umfeld haben kann. (Mallinger et al., 2005, S.347) In anderen Arbeiten wurde beschrieben, dass Patienten, die ungenügend informiert sind, an labilem Selbstwertgefühl und unter Depressionen leiden. Dies kann eine Verschlechterung der Erkrankung zur Folge haben. (Wiesing Urban, 2001, S.1366)

Im Gegensatz dazu hat sich herausgestellt, dass Patienten, die gut informiert sind, zufriedener mit der Arzt – Patienten – Beziehung sind, weniger Stresssymptome aufweisen, besseres Selbstvertrauen haben und ein stärkeres Gefühl von Kontrolle empfinden. (Ong LM et al., 2000, S.146; Butow et al., 1996, S.2636)

Trotz des hier belegten hohen Interesses an Informationen müssen die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen beachtet werden. (Thorne et al., 2005, S.888) Sowohl der kulturelle Hintergrund als auch der zeitliche Verlauf der Krankheit können das Informationsbedürfnis beeinflussen. Es ist auch nicht auszuschließen, dass Patienten durch zu viele Informationen überfordert werden. Es ist deshalb die Aufgabe der Ärzte, die Autonomie ihrer Patienten zu respektieren und ein an die Wünsche der Patienten angepasstes Maß an Informationen zu übermitteln. (Mallinger et al., 2006 S.297; Thorne et al., 2005, S.888; Deber, 1994, S.174; Gillon, 1985, S.1700; Roter D, 2000, S.19; Booth K. et al., 2005, S.230) Können die Ärzte diese Aufgabe nicht erfüllen, entweder weil es ihnen an Zeit mangelt oder sie fälschlicher Weise zu wissen glauben, was die Patienten wollen, wirkt sich dies negativ auf die Arzt – Patienten – Beziehung aus. (Hack et al., 2005, S.832)

6.2.2.1 Zeitlicher Verlauf

Diese Fragestellung im zeitlichen Verlauf betrachtet, lässt die Tendenz zu einem geringeren Informationsbedürfnis nach Beendigung der Chemotherapie erkennen. Es sind fast 10% weniger Patientinnen, die genau über ihren gesundheitlichen Zustand Bescheid wissen wollen als bei der Erstbefragung. Dies lässt sich dahingehend interpretieren, dass diese Patientinnen durch das Bewussterwerden der Situation, das Erleben der Therapienebenwirkungen und das Beenden der belastenden Chemotherapie eher dazu neigen, sich nicht mehr mit der Krankheit auseinandersetzen zu wollen.

Ein solches Nachlassen des Informationsbedürfnisses sollte vom Arzt hinterfragt werden, damit er der Situation entsprechend auf die Patientin eingehen kann.

6.2.3 Entscheidungskompetenz

Informationen sind nicht nur ein wesentlicher Bestandteil des Wohlbefindens des Patienten. Sondern sie bilden auch die Grundlage für die Entscheidungen, die im Zusammenhang mit der Erkrankung und deren Therapie gefällt werden müssen.

Bei der Frage in wie weit sie an den Therapieentscheidungen beteiligt waren, gaben fast Dreiviertel der Patientinnen an, dass sie gemeinsam mit ihrem Arzt die Entscheidungen getroffen haben. In diesen Fällen wurde das in der Einleitung beschriebene Shared-Decision-Making realisiert. Nicht vernachlässigt werden darf jedoch das Viertel der Patienten, deren Meinung nach der Arzt die Entscheidung alleine traf. Dabei wird hier nicht differenziert, ob es der Wunsch der Patienten war, sich eher passiv zu verhalten oder ob ihr Bedürfnis nach Partizipation von den Ärzten nicht berücksichtigt wurde. Ein eher geringer Anteil der befragten Patientinnen ist der Meinung, die Entscheidungen allein getroffen zu haben.

Deber et al. erwähnen eine Studie von Larsson et al., in der 41% von 666 befragten Patienten, bei denen eine Operation anstand, angaben, dass es eine gemeinschaftliche Entscheidungsfindung gab, 29%, dass die Ärzte allein die Entscheidung zur Operation trafen, und 8%, dass es ihre alleinige Entscheidung war. Während die letzteren beiden Ergebnisse den hier erhobenen Resultaten entsprechen zeigt sich bei der gemeinschaftlichen Entscheidung eine erhebliche Differenz. (Deber, 1994, S.424)

Dieser Unterschied kann mehrere Ursachen haben. Als erstes ist hier die deutlich differierende Anzahl der befragten Patienten zu nennen. Bei der erheblich geringeren Patientenzahl in der hier durchgeführten Untersuchung können nur Tendenzen festgestellt werden, wobei jede einzelne Antwort prozentual mehr ins Gewicht fällt. Der zweite Grund kann das unterschiedliche Patientenkollektiv sein. Bei Larsson werden Patienten im Allgemeinen untersucht, die auf eine Operation warten. In der vorliegenden Arbeit werden nur Brustkrebspatientinnen berücksichtigt. Wie andere Studien belegen, bevorzugen besonders Brustkrebspatientinnen eine aktivere Rolle in der Entscheidungsfindung. Eine Studie von Beaver et al., in der Patienten mit

Kolonkarzinom mit Brustkrebspatientinnen verglichen werden, beschreibt, dass 78,3% der Dickdarmkrebspatienten eine passive Rolle in der Entscheidungsfindung einnehmen wollen, wohingegen es bei den Brustkrebspatientinnen nur 52,0% sind. Nach Beaver et al. könnte eine Erklärung dafür sein, dass das Mammakarzinom häufiger in den Medien präsent ist als das Kolonkarzinom und daraus für diese Erkrankung ein größerer Aktivismus entsteht. (Beaver K et al., 1999, S.271/S.274)

In einer von der Bertelsmann Stiftung im Rahmen des Gesundheitsmonitors vom Herbst 2001 bis 2004 gemachten Umfrage präferierte die Mehrheit der Teilnehmer eine gemeinsame Entscheidungsfindung, weniger eine alleinige und etwa ein Drittel eine vom Arzt getroffene Entscheidung. Diese Ergebnisse blieben im Verlauf der Untersuchung stabil. (Steinback Kerstin, 20, Internet; Amhof R. et al., 2005, S.3) Zu ähnlichen Resultaten kommt eine Studie von Kraetschmer et al. (Kraetschmer et al., 2004, S.322). Degner et al. haben in ihrer Arbeit ebenfalls abgefragt, in welchem Umfang die Patienten eine Beteiligung an den Entscheidungen wünschten und zusätzlich ob diesen Wünschen auch entsprochen wurde. Nur 42% der Patienten gaben an, dass dies der Fall war. Im Allgemeinen wollten sich die Patienten lieber aktiv einbringen. (Degner et al., 1997, S.1485) In der weiter oben bereits erwähnten Untersuchung von Beaver et al. bestätigten nur 39% der befragten Brustkrebspatientinnen, dass ihre Wünsche in Bezug auf die Entscheidungsbeteiligung beachtet wurden. (Beaver K et al., 1999, S.274)

Hier wurde nicht berücksichtigt, dass Patienten, die an der Entscheidungsfindung und guter Arzt – Patienten – Kommunikation beteiligt sind, eine allgemeine Verbesserung ihres gesundheitlichen Zustandes aufweisen, ein Gefühl von mehr Kontrolle und weniger Angst haben und zufriedener mit ihren behandelnden Ärzten sind. Das erleichtert die Krankheitsbewältigung und die Patienten zeigen eine höhere Therapietreue. (Steinhart, 2002, S.444; Klemperer D.Dr.med., 2003, S.35; Amhof R. et al., 2005, S.5; Street, Jr. et al., 199, S.2283)

Es ist deutlich erkennbar dass die meisten Patienten ein Shared – Decision – Making in der Arzt – Patienten – Beziehung bevorzugen. Bei der Umsetzung des Shared-Decision-Making kann es jedoch zu erheblichen Problemen kommen. Sie sind

sowohl auf der Ebene der Arzt-Patienten-Kommunikation als auch bei den unterschiedlichen kognitiven Fähigkeiten der Patienten zu finden, wobei emotionale Überlastung, niedriges Bildungsniveau oder Sprachbarrieren eine Rolle spielen. (Doyal, 2001, S.30; Steinhart, 2002, S.444) Überschätzen Ärzte die Patienten mit hohem Bildungsniveau, passiert es trotz Aufklärung auch bei diesen, dass relevante Informationen nicht verstanden werden. (Weston W.W., 2001, S.438)

Zudem kommt es vor, dass Patienten ihrem Wunsch nach Informationen und Beteiligung keinen Ausdruck verleihen, weil sie fürchten, die Zeit des Arztes zu sehr in Anspruch zu nehmen oder sich durch die Preisgabe eigentlich notwendiger persönlicher Auskünfte selbst bloß zu stellen. (Steinhart, 2002, S.444)

Wird vom Arzt nicht erkannt, dass eine oder mehrere dieser Problematiken bestehen, werden möglicherweise falsche Entscheidungen getroffen, die negativen Einfluss auf die Zukunft des Patienten haben können. (Doyal, 2001, S.31)

Auf der anderen Seite gibt es Patienten, die eine passive Rolle bevorzugen. Dieses Verhalten weisen besonders ältere Patienten auf. (Klemperer D.Dr.med. and Rosenwirth Melanie, 2005b, S.13; Cox et al., 2006, S.263; Hack et al., 2006, S.9) Ebenso Patienten, die sich in Lebensumständen befinden, in denen sie die Last der Entscheidung nicht auf sich nehmen wollen oder können. (Roter D, 2000, S.19; Wallberg B et al., 2000, S.468; Street, Jr. et al., 2005, S.2282) Auch diese Wünsche müssen berücksichtigt werden. Trotz dieser schwierigeren Bedingungen muss der Arzt mit dem Patienten angemessen kommunizieren und dessen Bedenken, Vorstellungen und Werte in die Therapieentscheidung einbeziehen. (Guadagnoli E and Ward P, 1998, S.329) Denn obwohl es Patienten gibt, die sich lieber passiv verhalten, wollen sie trotzdem gut informiert werden. (Hack et al, 2005, S.839; Wallberg B, 2000, S.468; Halkett, 2005, S.253)

Auch Francesc Borrell-Carrió et al. stellen fest, dass die meisten Patienten ausreichende Informationen von ihren Ärzten erwarten, eine geringere Zahl hingegen wünscht eine direkte Teilnahme an Therapieentscheidungen und nur wenige wollen wichtige Entscheidungen ohne den Rat der Ärzte fällen. (Borrell-Carrió Francesc,

2004, S.579) Wie Deber treffend formuliert: Wanting to know, however, is not the same as wanting to be in charge. (Deber, 1994, S.423) Doch kann das zur Verfügung stellen von Informationen zu mehr Beteiligung motivieren. (Klemperer D.Dr.med., 2003, S.33)

6.2.4 Psychische Grundstimmung

Ein weiterer Aspekt dieser Untersuchung bezieht sich auf die psychische Grundstimmung der Patientinnen. Die Erkrankung Brustkrebs und deren Therapie mit erheblichen Nebenwirkungen wie Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Übelkeit, Schwäche u.a.m., stellen eine große körperliche und seelische Belastung dar. (Antoni and Wimberly S.R., 2006, S.1791; Arora et al., 2006, S.1; Butow et al., 2002, S.47)

66,3% der hier befragten Patientinnen gaben an, dass sie durch seelische und körperliche Belastung in ihrem täglichen Leben eingeschränkt werden. Solche Einschränkungen wirken sich auf die Grundstimmung der Patientinnen aus. (Lang and Faller, 1998, S.279) Um einen Einblick in die Grundstimmung zu bekommen, wurden die Patientinnen befragt, wie sie den *Wert ihres Lebens seit der Erkrankung* empfinden. 60% der Patientinnen antworteten, dass ihnen der Wert ihres Lebens erhöht erscheint. Nur 21% empfanden den Wert ihres Lebens gemindert. Dieses Ergebnis kann sowohl Ausdruck dafür sein, dass die Patientinnen durch das Bewusstwerden der Endlichkeit dem Leben als Ganzem mehr Wert zu schreiben oder auch dafür, dass dem alltäglichen Leben mehr Wert beigemessen wird. Kleinere Probleme, die früher eine große Rolle gespielt haben, treten in den Hintergrund, was zur Folge hat, dass die Patientinnen bewusster leben.

Die Frage, wie die Patienten *in die Zukunft blicken*, beantworteten 81% damit, dass sie die Zukunft optimistisch, nur 6%, dass sie sie pessimistisch sehen. Das kann dafür stehen, dass bei diesen Patientinnen sowohl Hoffnung, also eine positive Grundstimmung, als auch das Vertrauen in die Medizin vorhanden sind.

6.2.4.1 Zeitlicher Verlauf

Im zeitlichen Verlauf zeigen sich Tendenzen, die unsere Annahme der Verschlechterung der Grundstimmung bestätigen.

Die Patienten messen ihrem Leben am Beginn der Chemotherapie einen größeren Wert bei als nach deren Beendigung. Dies kann als Folge der Therapienebenwirkungen betrachtet werden. Wobei sich hier der Wert auf den Alltag, der durch die Therapie erheblich belastet wird, bezieht.

Ihre Erwartungen bezüglich ihrer Zukunft scheinen kaum durch die Chemotherapie beeinflusst zu werden. Die deutlich optimistische Einstellung ist nur bei wenigen Patienten gemindert.

Erwartungsgemäß erhöht sich die körperliche Belastung durch die Chemotherapie, wobei interessant ist, dass die ursprünglich festgestellte geringe seelische Belastung eher weiter abnimmt. Erklären lassen sich diese Ergebnisse dadurch, dass zum Zeitpunkt der 2. Befragung den Patientinnen die körperlichen Nebenwirkungen (Müdigkeit, Übelkeit, evtl. Infektionen) der Chemotherapie noch lebhaft in Erinnerung sind oder sie zum Teil noch darunter leiden. Das Nachlassen der seelischen Belastung kann darauf zurückgeführt werden, dass schon einige Zeit seit der Diagnosestellung vergangen ist und verschiedene Verarbeitungsmechanismen / Coping-Strategien eingesetzt haben und die belastende Chemotherapie beendet ist.

6.2.5 Vergleich Studienteilnahme – Nichtstudienteilnahme

Wie angenommen wurde, sind auf der empathischen Ebene der Arzt-Patientinnen-Beziehung zwischen Studienteilnehmerinnen und Nichtstudienteilnehmerinnen keine relevanten Unterschiede darzustellen. Das lässt sich darauf zurückführen, dass die Ärzte sich allen Patientinnen in gleicher Weise zuwenden. Ihre empathische Kompetenz bringen die Ärzte unabhängig von einer Studienteilnahme in ihre Behandlung der Patientinnen ein.

Betrachtet man das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin im Vergleich von Studie und Nichtstudie, werden Tendenzen sichtbar, die unsere Annahme, dass dieses bei Studienteilnehmern ausgeprägter ist, bestätigen.

Dabei zeigt sich, dass Nicht-Studienpatientinnen gerne mehr Kontakt zu ihren Ärzten hätten. Ebenso glaubt eine signifikant größere Zahl der Nicht-Studienpatientinnen, dass ihnen manchmal nicht die ganze Wahrheit gesagt wird. Im Gegensatz dazu haben die Studienpatientinnen zu ihren Ärzten mehr Vertrauen. Sowohl Studienteilnehmerinnen als auch nicht Studienteilnehmerinnen fühlen sich von ihren Ärzten gleichermaßen ernst genommen.

Die Unterschiede können darin begründet sein, dass es bis zum Beginn der Therapie im Rahmen einer Studie zu häufigeren und längeren Gesprächen zwischen Arzt und Patientin kommt als es bei der Aufklärung über eine Standardtherapie der Fall ist. Das hat wiederum zur Folge, dass diese Patientinnen mit der Quantität der Kontakte zufriedener sind. Die ausführliche Aufklärung über die empfohlene Studie, die Risiken der Teilnahme, die Vor- und Nachteile und die explizite Nennung eines direkt betreuenden Arztes erzeugen mehr Vertrauen in die behandelnden Ärzte und deren Fähigkeiten. Die Patienten erhalten einen besseren Einblick in das medizinische Fachwissen, z.B. durch genauere Erklärung der Wirkungsweise der Therapie. (Albrecht et al., 1999, S.3324) Da Studien bestimmte rechtliche und ethische Voraussetzungen erfüllen müssen, wird bei der Aufklärung besonders darauf geachtet, dass der Patient genau über seine Erkrankung und die Therapie informiert ist (Verheggen, 1997, S.53) Dadurch haben die Studienpatienten eher das Gefühl,

die ganze Wahrheit vermittelt zu bekommen, als Patienten, die eine Standardtherapie erhalten. Denn obwohl hier ebenfalls eine ausführliche Aufklärung stattfindet, wird dies evtl. mit weniger Nachdruck, geringeren Informationsmengen und –materialien durchgeführt. Das liegt daran, dass es sich hier um vielfach bewährte Therapien mit bekannten Nebenwirkungen und Risiken handelt. Die Folge kann sein, dass ein solches Aufklärungsgespräch und die Informationen dem Patienten weniger eindrücklich im Gedächtnis bleiben. (Brown et al, 2004, S.379)

In dieser Arbeit wird bei den Nichtstudienteilnehmerinnen nicht unterschieden, ob eine Patientin über die Möglichkeit einer Studienteilnahme aufgeklärt wurde und diese ablehnte, oder ob sie von vornherein eine Standardtherapie erhalten sollte. Das kann Einfluss auf die Ergebnisse haben. Patientinnen, die unzufrieden mit der Studienaufklärung sind, können sich aus diesem Grund gegen eine Teilnahme entscheiden. (Brown RF et al., 2004, S.2454; Brown et al., 2007, S.507) Das kann bedeuten, dass Patientinnen, die für eine Studie vorgesehen waren im Kollektiv der Nicht- Studienpatientinnen erscheinen, da sie mit der Qualität der Studienaufklärung und somit mit der Arzt-Patienten-Kommunikation nicht zufrieden waren und sich deshalb gegen eine Teilnahme entschieden haben. Daraus lässt sich schließen, dass eine schlechte Arzt-Patienten-Beziehung zu erheblichen Problemen bei der Rekrutierung von Studienteilnehmern führen kann.

Umgekehrt führt eine gute Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten zu einer vermehrten Teilnahme an Studien. (Grant, III et al., 2000, S.23; Ruckdeschel et al., 1996, S.73) Die Annahme, dass das Informationsbedürfnis zwischen Studienpatientinnen und nicht Studienpatientinnen sich nicht wesentlich unterscheidet, wird bestätigt. In beiden Gruppen ist das Informationsbedürfnis gleich hoch.

Im Entscheidungsprozess fühlen sich Studienteilnehmerinnen mündiger als Nicht-Studienteilnehmerinnen. Sie geben häufiger an, dass sie gleichermaßen an der Entscheidung beteiligt waren, dass sie häufiger die Entscheidung allein gefällt und dass seltener die Ärzte alleine entschieden haben. Gerade im letzten Punkt meinten die Nicht-Studienteilnehmerinnen öfter, dass der Arzt die Entscheidung allein gefällt

hat. Dies kann darauf hinweisen, dass bei Studienteilnehmerinnen das Shared-Decision-Making besser realisiert wird.

Entgegen unserer Annahme, dass die Grundstimmung durch eine Studienteilnahme nicht beeinflusst wird, findet man bei der Frage nach dem Wert des Lebens einen signifikanten Unterschied zwischen Studienpatientinnen und jenen, die eine Standardtherapie erhalten. Deutlich mehr Studienpatientinnen empfinden den Wert ihres Lebens erhöht.

Das lässt vermuten, dass die Teilnahme an Studien einen positiven psychologischen Einfluss auf die Patienten hat (Ellis, 2000, S.940)

Es gibt mehrere Faktoren, warum sich Patienten für eine Studienteilnahme entscheiden. Sie bauen auf eine bessere medizinische Versorgung, z.B. durch Ärzte mit spezialisiertem Wissen und sind motiviert, einen Teil zur medizinischen Forschung beizutragen. (Ellis, 200, S.941; Cassileth et al., 1982, S.968; Slevin et al., 1995, S. 1270; Bevan et al., 1993, S.204; Sharp et al., 2006, S.431) Außerdem gibt die Entscheidung für eine Studienteilnahme das Gefühl, bei der Heilung der eigenen Erkrankung aktiv mitwirken zu können. (Ross et al., 1994, S.77)

Verheggen et al beschreiben, dass die Erwartungen der Patienten an eine Studie großen Einfluss auf ihre Zufriedenheit haben. Sie gehen davon aus, dass sie besonders behandelt und sich unter Studienbedingungen besser fühlen werden. (Verheggen et al., 1998, S.319) Dies kann erklären, warum Studienpatienten den Wert ihres Lebens höher einschätzen als Nicht-Studienpatienten.

In der Einschätzung ihrer persönlichen Zukunft wurde kein Unterschied aufgezeigt. Die Ergebnisse sind gleichbleibend hoch. So blicken mehr als Dreiviertel der Studien- und Nicht-Studienpatientinnen optimistisch in die Zukunft.

7. Zusammenfassung

Die hier vorgelegte Arbeit untersucht anhand eines spezifischen Patientinnenklientels die komplexe Problematik der Arzt-Patienten-Beziehung, die in den vergangenen Jahrzehnten einem durchgreifenden Wandel unterworfen ist. Der lange vorherrschende Paternalismus, in dem der Arzt für den Patienten die Entscheidungen fällte, wurde vom Shared-Decision-Making, in dem die Entscheidungen gemeinsam vom Arzt und dem Patienten getroffen werden, abgelöst.

Dadurch rückt die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung vermehrt in den Fokus des medizinischen Alltags. Sie beschränkt sich nicht nur auf das Bereitstellen der Informationen als Basis des Shared-Decision-Making, sondern umfasst eine Vielfalt von zwischenmenschlichen Bedürfnissen der Patienten auf der einen Seite und den unterschiedlichen Fähigkeiten der Ärzte, diesen zu entsprechen, auf der anderen Seite.

Vor diesem Hintergrund wurde für diese Untersuchung ein Fragebogen erstellt, der relevante Faktoren der Arzt-Patienten-Interaktion abfragt:

1. Vertrauensverhältnis des Patienten zum Arzt
2. Empathische Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung
3. Informationsbedürfnis des Patienten
4. Entscheidungsprozess
5. Einfluss der Erkrankung auf die Grundstimmung des Patienten.

Die Erhebung wurde von April 2004 bis Juni 2006 an der Frauenklinik der Technischen Universität München bei 80 Brustkrebspatientinnen, die eine adjuvante Chemotherapie erhielten, durchgeführt.

Um auch eine zeitliche Dynamik zu erfassen, erhielten dieselben Patientinnen drei Wochen nach Beendigung der Therapie den modifizierten Fragebogen erneut. Um Vertrauen zu ihrem Arzt aufbauen zu können, muss einer Patientin das Gefühl vermittelt werden, in ihrer Persönlichkeit und ihren Belangen ernst genommen zu werden. Dies bejahten 86,3 % des befragten Patientinnenkollektivs.. In ebensolchem hohen Maße vertrauten die Patientinnen darauf, dass ihre Ärzte alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet haben und sie aufrichtig aufgeklärt wurden. Allerdings haben nur 40% der Patientinnen ausgesagt, dass sie nicht mehr Kontakt mit ihren Ärzten wünschten.

Die nicht ausreichende Zeit in der Arzt-Patientin-Interaktion wird durchaus angemerkt, doch beeinflusst dieser Umstand das Vertrauensverhältnis insgesamt kaum, das mit 71,3% mehrheitlich positiv bewertet wird.

Drei Wochen nach Beendigung der Chemotherapie ergaben die erneut ausgefüllten Fragebögen kein signifikant verändertes Bild. Die Überzeugung, dass sie von ihren behandelnden Ärzten ernst genommen werden und ihnen über ihre Krankheitssituation die Wahrheit gesagt wird, blieb in gleichem Maße bestehen, hingegen nahm das Vertrauen leicht um circa 10 % ab und die Unzufriedenheit mit der Dauer und Anzahl der Ärztekontakte nahm um über 10 % zu.

Es lässt sich ein Trend beobachten, dass die durch Schichtarbeit und Rotation bedingten Arztwechsel zu einer zwar geringen, aber dennoch feststellbaren Abnahme des Vertrauens führen, im Gegensatz zur Zunahme des Vertrauens bei der gleichbleibenden Betreuung durch einen einzelnen, wie in der Literatur beobachtet.

Die Untersuchung der empathischen Beziehungsebene zeigt bei 68,8% der Probandinnen, dass es den Ärzten gelungen ist, Anteilnahme und Interesse an ihrem Schicksal zu vermitteln. Bei 7,5 %, konnten sie diese Grundvoraussetzungen ärztlichen Verhaltens nicht erfüllen. Ein ähnliches Ergebnis erzielte die Frage, ob die Patientinnen sich von ihren Ärzten getröstet fühlten. Dies konnten 72,5 % des untersuchten Kollektivs bejahen.

Weniger als die Hälfte der Patientinnen haben jedoch angegeben, dass ihre Ärzte

ihre individuelle Gefühlslage, ihre Ängste und Sorgen wirklich ernst nehmen und sie verstanden. Je tiefer sich die Ärzte auf die individuelle Gefühlslage ihrer Patientinnen einlassen sollen, umso weniger scheinen sie dazu in der Lage. Dies positiver zu gestalten, ist ein Auftrag, der sich aus dieser Untersuchung ableiten lässt.

Betrachtet man den zeitlichen Verlauf, so sinkt die zustimmende Bewertung der emphatischen Fähigkeiten der Ärzte nach Ablauf der Chemotherapie. Während der Eindruck, dass die Ärzte sich für ihr Schicksal interessieren, gleich bleibt, finden weniger Patientinnen bei ihnen Trost. Das Vertrauen in das mitfühlende Verstehen ihrer individuellen psychischen Situation sinkt deutlicher. Nur noch 40,9 % glauben, dass die Ärzte ihren Gefühlen, Sorgen und Ängsten ausreichende Aufmerksamkeit schenken und sie verstehen. Gründe dafür könnten sein, dass die Ärzte nach Abschluss der medizinisch-technischen Therapie ihre wichtigste Aufgabe als erfüllt betrachten und sie den Langzeitauswirkungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen der Patientinnen, der Bewältigung der erfolgten körperlichen Veränderungen, sowie ihren bleibenden Ängsten nicht genügend Beachtung schenken.

Bei der Frage nach dem Informationsbedürfnis bestätigen 87,5 % der Probandinnen, dass sie alle Informationen über ihre Krankheit in Erfahrung bringen wollen. Nur 7,5% wollen dies nicht. Das ist statistisch sicher nicht relevant, doch jede einzelne Patientin, die die Wahrheit nicht ertragen kann, muss ärztlicherseits Beachtung erfahren. Es sollten ihr die Informationen nur in dem Maße übermittelt werden, wie sie sie verarbeiten kann. Der Wunsch, alle Informationen zu erhalten, nimmt im zeitlichen Verlauf leicht um 10% ab.

Der Umstand, dass die Patientinnen dieser Untersuchung in sehr großer Mehrheit alle ihre Krankheit betreffenden Informationen wissen wollten, legt die Annahme nahe, sie wurden auch in die Entscheidungen über ihre weitere Therapie einbezogen. Bei drei Viertel der Patientinnen traf dies auch zu. Doch gaben über 20% der Patientinnen an, nicht an den Entscheidungen beteiligt gewesen zu sein. Die Fragestellung dieser Arbeit gibt keinen Aufschluss darüber, ob sie der fachlichen Kompetenz der Ärzte vertrauten und sie ihnen deshalb die Entscheidungen

überlassen haben oder ob die Ärzte die Behandlungen bestimmt haben, ohne dies bei den Patientinnen zu hinterfragen.

Diese Arbeit hat durch ihre Fragestellung komplexe körperliche und emotional-psychische Dimensionen darzustellen. 66,3 % der Patientinnen gaben an, durch ihre Krankheit körperlich und seelisch belastet zu sein. Auf die Frage, wie die Krankheit den Wert ihres Lebens beeinflusse, bekundeten 60% eine Steigerung der Werthaltigkeit ihres Daseins und 21,3 % erfuhren durch sie einen gefühlten Wertverlust ihres Lebens. Im zeitlichen Verlauf wurde die Annahme bestätigt, dass sich die Chemotherapie mit ihren zusätzlichen Belastungen negativ auf diese positive Einstellung auswirkt. So gaben nur noch 47% der Patientinnen an, durch die Krankheit habe sich der Wert ihres Lebens erhöht, auch stiegen die ursprünglich negativen Bewertungen leicht an.

Dieselbe leicht negative Tendenz löste die Chemotherapie bei den körperlichen und seelischen Belastungen aus. Nach der Chemotherapie waren es 8,5 % mehr.

Beim Blick in die Zukunft äußerte die Mehrheit (81,5 %) optimistische Erwartungen. Nur 6,3 % waren pessimistisch. Die optimistische Grundhaltung wird zwar im zeitlichen Verlauf nach der Chemotherapie abgeschwächt, doch bleibt sie bei fast drei Viertel der Patientinnen erhalten. Es könnte sich daraus ableiten lassen, dass das Vertrauen in die Fachkompetenz der Ärzte und die Wirksamkeit ihrer Therapien durchaus hoch ist. Die Fragebögen dieser Arbeit wurden zwei Gruppen von Patientinnen vorgelegt. Eine Gruppe waren Patientinnen, die eine Standardtherapie (53,75 %) erhielten, wobei nicht unterschieden wurde zwischen solchen, denen eine Studie vorgeschlagen worden war und diese abgelehnt haben, und solchen, die von vornherein für eine Standardtherapie vorgesehen waren. Die zweite Gruppe waren Patientinnen (46,25 %), die sich für die Teilnahme an einer Studie entschieden haben. Das eröffnet die Möglichkeit, die Auswirkungen der Studienteilnahme auf die Patientinnen differenzierter zu erfassen.

Beim Vergleich des Arzt-Patienten-Verhältnisses wurde unsere Annahme bestätigt, dass die Bewertung der emphatischen Fähigkeiten des Arztes bei

Studienteilnehmerinnen und Nicht-Studienteilnehmerinnen gleich sind. Wenn ein Arzt Gefühle, Sorgen und Ängste der Patienten verstehen kann, wendet er diese Empathie bei allen an.

Erwartungsgemäß gab es bei den Kriterien Kontakt und Vertrauen deutliche Unterschiede. Die Studienteilnehmerinnen waren zufriedener mit der Zahl und Dauer ihrer Arzt-Kontakte und entwickelten mehr Vertrauen. Sie gaben seltener an, dass sie von den Ärzten nicht die ganze Wahrheit erfahren haben. Dies erklärt sich daraus, dass sie ausführlich auf die Teilnahme an der Studie vorbereitet wurden und sie intensiver über die Therapie, deren Nebenwirkungen und Risiken aufgeklärt wurden. Sie haben mehr Zeit mit ihren Ärzten verbracht und konnten deren Kompetenz besser kennenlernen. Daraus ergab sich mehr Zufriedenheit und Vertrauen. Entsprechende Tendenzen konnten beim shared-decision-making beobachtet werden. Unsere Hypothese war, dass sich die Studienteilnahme positiv auf die Partizipation an den Entscheidungen auswirken werde. 8,3 % mehr Patientinnen gaben an, in die Entscheidungen zur der Therapie einbezogen worden zu sein und 14,0 % weniger Probandinnen gaben an, die Ärzte haben die Behandlung allein bestimmt.

Bei der Untersuchung der psychischen Grundstimmung erwarteten wir keine wesentlichen Unterschiede zwischen Studien- und Nicht-Studienpatientinnen. Die vorliegende Analyse zeigt jedoch relevante Unterschiede; Studienteilnehmerinnen empfanden den Wert ihres Lebens deutlich mehr gesteigert. 75,7 % zu 46,5 %. Daraus lässt sich schließen, dass sich die Teilnahme an der Studie positiv auf die Psyche der Patientinnen ausgewirkt hat. Mehr Kontakt mit den Ärzten, ausführlichere Aufklärung, mehr Vertrauen zu den Ärzten führen zu einer besseren Grundstimmung.

Ungeachtet dessen sind die langfristigen Erwartungen bei allen befragten Patientinnen gleich positiv. Ihr Blick in die Zukunft ist im Vertrauen auf die kompetente Behandlung und die effektive Therapie sehr optimistisch.

Betrachtet man die Ergebnisse dieser Arbeit als Ganzes, so kann man erfreulicherweise feststellen, dass von dem untersuchten Kollektiv die Arzt -

Patientinnen – Beziehung insgesamt positiv bewertet wird.

Trotzdem können und sollten alle hier betrachteten Bereiche verbessert werden. Mit gezieltem, im Studium fest integriertem Training von Arzt – Patienten – Gesprächen in unterschiedlichen Situationen könnte ein wichtiger Grundstein gelegt werden. Zusätzlich sollten Kurse im emphatischen, dem Patienten zugewandten Verhalten, in der Ausbildung verpflichtend sein. Auch später im beruflichen Alltag sollten Fortbildungen in diesen Fähigkeiten angeboten und auch verlangt werden.

In dem hier betrachteten qualifizierten Brustzentrum wäre zum Beispiel die Integration von Maßnahmen zur Verbesserung der Arzt - Patienten - Beziehung in die Leitlinie ein Anfang. Denn, wie diese Arbeit und viele in den letzten Jahren zu diesem Thema veröffentlichten Untersuchungen zeigen, trägt nicht nur die medizinische Fachkompetenz, sondern auch eine gute Arzt – Patienten – Beziehung und die daraus sich ergebende bessere psychische Konstitution der Patienten zur erfolgreichen Behandlung von besonders schwerwiegenden Erkrankungen wesentlich bei.

8. Literaturverzeichnis

- Albrecht T. L., Blanchard C., Ruckdeschel J. C, Coovert M., Strongbow R. Strategic physician communication and oncology clinical trials. *J. Clin. Onco.* (1999) 3324-3332
- Amhof R., Böcken J., Braun S., Schlette S. Shared Decision Making: Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen. *Gesundheitsmonitor* 3 (2005) 2-12
- Angela Coulter. What do patients and the public want from primary care? *BMJ* (2005) 1199-1201
- Antoni M. H., Wimberly S.R. Reduction of Cancer-Specific Thought Intrusions and Anxiety Symptoms With a Stress Management Intervention Among Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *Am. J. Psychiatry* 163 (2006) 1791-1797
- Arora N. K., Finney Rutten L. J., Gustafson D. H., Moser R., Hawkins R. P. Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology* (2006) 1-13
- Bartlett E. E., Grayson M., Barker R., Levine D. M., Golden A., Libber S. The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *J. Chronic Dis.* 37 (1984) 755-764
- Beach M. C., Sugarman J., Johnson R. L., Arbelaez J. J., Duggan P. S., Cooper L. A. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Ann. Fam. Med.* 3 (2005) 331-338
- Beaver K., Bogg J., Luker K.A. Decision-making role preferences and information needs: a comparison of colorectal and breast cancer. *Health Expectations* 2 (1999) 266-276
- Bechara A., Damasio H., Damasio A. R. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cereb. Cortex* 10 (2000) 295-307
- Bechara A., Damasio H., Damasio A. R. Role of the amygdala in decision-making. *Ann. N Y Acad. Sci.* 985 (2003) 356-369
- Behrendt H., Reckert W. Kommunikation als Gradmesser für Qualität. *Deutsches Ärzteblatt* 101 (2004) 3136
- Bevan E. G., Chee L. C., McGhee S. M., McInnes G. T. Patients' attitudes to participation in clinical trials. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 35 (1993) 204-207

- Blendon R., Brodie M., Benson J., Altman D.E., Levitt L., Hoff T., Hugick L.
Understanding the managed care backlash. *Health Affairs* (1998) 80-94
- Booth K., Beaver K., Kitchener H., O'Neill J.O., Farrell C. Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. *Patient Education and Counselling* 56 (2005) 225-232
- Borrell-Carrió F. M L S A M 3 M E R M. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann. Fam. Med.* 2 (2004) 576-582
- Brown R.F., Butow P.N., Ellis P., Boyle F., Tattersall M.H. Seeking informed consent to cancer clinical trials: describing current practice. *Social Science & Medicine* 58 (2004) 2445-2457
- Brown R. F., Butow P. N., Boyle F., Tattersall M. H. Seeking informed consent to cancer clinical trials; evaluating the efficacy of doctor communication skills training. *Psychooncology* 16 (2007) 507-516
- Butow P. N., Brown R. F., Cogar S., Tattersall M. H., Dunn S. M. Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psychooncology* 11 (2002) 47-58
- Butow P. N., Kazemi J. N., Beeney L. J., Griffin A. M., Dunn S. M., Tattersall M. H. When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer* 77 (1996) 2630-2637
- Calabretta N. Consumer-driven, patient-centered health care in the age of electronic information. *J. Med. Libr. Assoc.* 90 (2002) 32-37
- Cassileth B. R., Lusk E. J., Miller D. S., Hurwitz S. Attitudes toward clinical trials among patients and the public. *JAMA* 248 (1982) 968-970
- Charles C., Whelan T., Gafni A. What do we mean by partnership in making decision about treatment? *BMJ* (1999) 780-782
- Classen C., Koopman C., Angell K., Spiegel D. Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psycho.* 15 (1996) 434-437
- Collie K., Wong P., Tilston J., Butler L. D., Turner-Cobb J., Kreshka M. A., Parsons R., Graddy K., Cheasty J. D., Koopman C. Self-efficacy, coping, and difficulties interacting with health care professionals among women living with breast cancer in rural communities. *Psychooncology* 14 (2005) 901-912
- Coulehan John L. M., Platt Frederic W. M., Egener Barry M., Frankel Richard P., Lin Chen-Tan M., Lown Beth M., H. Salazaar William M. "Let Me See If I Have This Right . . . ": Words That Help Build Empathy. *Ann. Intern. Med.* 135 (2001) 221-227
- Coulter A., Entwistle V., Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information

good enough? *BMJ* 318 (1999) 318-322

Coulter A., Ellins Jo. Improving clinical decision-making. The Health Foundation. (2006) 57-84

Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. *J. Health Serv. Res. Policy* 2 (1997) 112-121

Cox A., Jenkins V., Catt S., Langridge C., Fallowfield L. Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 10 (2006) 263-272

Da Silva C. H., Cunha R. L., Tonaco R. B., Cunha T. M., Diniz A. C., Domingos G. G., Silva J. D., Santos M. V., Antoun M. G., de Paula R. L. Not telling the truth in the patient-physician relationship. *Bioethics* 17 (2003) 417-424

Deber R. B.. Physicians in health care management: 7. The patient-physician partnership: changing roles and the desire for information. *CMAJ* 151 (1994a) 171-176

Deber R. B. Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. *CMAJ* 151 (1994b) 423-427

Degner L. F., Kristjanson L. J., Bowman D., Sloan J. A., Carriere K. C., O'Neil J., Bilodeau B., Watson P., Mueller B. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA* 277 (1997) 1485-1492

Deutsche Gesellschaft für Senologie. Erhebungsbogen für Brustzentren. (2006) 1-40

Deutsche Gesellschaft für Senologie,
http://www.senologie.org/brustzentren/brust_zbrustzentren.php, 27.04.2009

Deutsche Gesellschaft für Senologie, Benchmarking 2011, Jahresbericht der zertifizierten Brustzentren

DeVita M. A. Honestly, do we need a policy on truth? *Kennedy Inst. Ethics J.* 11 (2001) 157-164

DKG. Das Deutsche Zertifizierungsverfahren im Vergleich. (2004) 3-57

Doyal L. Informed consent: moral necessity or illusion? *Qual. Health Care* (10 Suppl. 1) (2001) i29-i33

Ellis P. M. Attitudes towards and participation in randomised clinical trials in

- oncology: a review of the literature. *Ann. Oncol.* 11 (2000) 939-945
- Emanuel E. J, Emanuel L. L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 267 (1992) 2221-2226
- Entwistle V. Trust and shared decision-making: an emerging research agenda. *Health Expect* 7 (2004) 271-273
- Epstein Ronald M. M., Hundert Edward M. M. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA* 287 (2002) 226-235
- EUSOMA Working Party, EORTC attendees, Leuven attendees. EUSOMA: Die Anforderungen an spezialisierte Brustzentren. *European Journal of Cancer* 36 (2000) 2288-2293
- Fallowfield L. J., Jenkins V. A., Beveridge H. A. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat. Med.* 16 (2002) 297-303
- Friedman L. C., Kalidas M., Elledge R., Chang J., Romero C., Husain I., Dulay M. F., Liscum K. R. Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psychooncology* 15 (2006a) 595-603
- Friedman L. C., Kalidas M., Elledge R., Dulay M. F. Medical and Psychosocial Predictors of Delay in Seeking Medical Consultation for Breast Symptoms in Women in a Public Sector Setting. *Journal of Behavioral Medicine* 29 (2006b) 327-334
- Fujimon M., Parker P. A., Akechi T. Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology* (2006) 1-9
- Gillon R. Consent. *Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.)* 291 (1985) 1700-1701
- Grant C. H., III, Cissna K. N., Rosenfeld L. B. Patients' perceptions of physicians communication and outcomes of the accrual to trial process. *Health Commun.* 12 (2000) 23-39
- Haas Jennifer S. M. M., Cook E., Francis S., Puopolo Ann Louise R. B., Burstin Helen R. M. M., CLeary Paul D. P., Brennan Troyen A. M. J. Is the Professional Satisfaction of General Internists Associated with Patient Satisfaction? *J. Gen. Intern. Med.* 15 (2000) 122-128
- Hack T. Psycho-oncology special issue on communication. *Psychooncology* 14 (2005a) 797-798
- Hack T., Degner L. F., Parker P. A. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 14 (2005b) 831-845
- Hack T. F., Degner L. F., Dyck D. G. Relationship between preferences for decisional control and illness information among women with breast cancer: a quantitative

- and qualitative analysis. *Soc. Sci. Med.* 39 (1994) 279-289
- Hack T. F., Degner L. F., Watson P., Sinha L. Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow-up of women with breast cancer. *Psychooncology* 15 (2006) 9-19
- Halkett G. K., Arbon P., Scutter S. D., Borg M. The experience of making treatment decisions for women with early stage breast cancer: a diagrammatic representation. *Eur. J. Cancer Care (Engl)* 14 (2005) 249-255
- Hall M. A., Camacho F., Dugan E., Balkrishnan R. Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues. *Health Serv. Res.* 37 (2002) 1419-1439
- Halpern J. What is clinical empathy? *J. Gen. Intern. Med.* 18 (2003) 670-674
- Halpern J. Empathy and patient-physician conflicts. *J. Gen. Intern. Med.* 22 (2007) 696-700
- Han W. T., Collie K., Koopman C. Breast cancer and problems with medical interactions: Relationships with traumatic stress, emotional self-efficacy, and social support. *Psychooncology* 14 (2005) 318-330
- Hansen L. Dr. med., Meier E. Dr. rer. pol. Professionelle Fürsorge. *Deutsches Ärzteblatt* 103 (2006) 2530-2532
- Hebert P. C. Truth-telling in clinical practice. *Can. Fam. Physician* 40 (1994) 2105-2113
- Hebert P. C. Disclosure of adverse events and errors in healthcare: an ethical perspective. *Drug Saf.* 24 (2001) 1095-1104
- Hebert P. C., Hoffmaster B., Glass K. C., Singer P. A. Bioethics for clinicians: 7. Truth telling. *CMAJ* 156 (1997) 225-228
- Hellin T. The physician-patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia* 8 (2002) 450-454
- Hoc Siegfried. Medizinkommunikation; Zwischen Informationsanspruch und gesetzlichen Risiken. *Deutsches Ärzteblatt* 99 (2002) 1809-1811
- J. O'Donovan Leo s J. Ärztliche Berufung, Vom transzendenten Horizont des Heilens. *Deutsches Ärzteblatt* 100 (2003) 3362-3368
- Kao A. C., Green D. C., Davis N. A., Koplan J. P., Cleary P. D. Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity, and payment method. *J. Gen. Intern. Med.* 13 (1998) 681-686
- Kas Bast. Ich fühle, also bin ich. *Zeit - Wissen* 2006; (2).

- Kerr J., Engel J., Schlesinger-Raab A., Sauer H., Holzel D. Doctor-patient communication: results of a four-year prospective study in rectal cancer patients. *Dis. Colon Rectum* 46 (2003) 1038-1046
- Kim S. S., Kaplowitz S., Johnston M. V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval. Health Prof.* 27 (2004) 237-251
- Klemperer D.Dr.med. Wie Arzt und Patienten Entscheidungen treffen, Konzepte der Arzt - Patient - Kommunikation. (2003) 1-51
- Klemperer D.Dr.med. Shared Decision Making und Patientenzentrierung - vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. *Balint* (2005) 71-79
- Klemperer D.Dr.med., Rosenwirth Melanie. Erstes Hintergrundpapier zum SDM Chartbook: Was ist Shared Decision Making? (2005a) 1-8
- Klemperer D.Dr.med., Rosenwirth Melanie. Shared Decision Making. [2]. (2005b) Bertelsmannstiftung 1-32
- Klemperer David. Arzt-Patienten-Beziehung; Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden. *Deutsches Ärzteblatt* 100 (2003) 753-755
- Kraetschmer N., Sharpe N., Urowitz S., Deber R. B. How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? *Health Expect.* 7 (2004) 317-326
- Krüger-Brand Heike E. Der involvierte Patient: "Screening ist wie eine Autoinspektion". *Deutsches Ärzteblatt* 101 (2004a) 2169-2170
- Krüger-Brand Heike E. Patienten: Informationsbedarf. *Deutsches Ärzteblatt* 101 (2004b) 885
- Lang, Faller. *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Springer - Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1998
- Laurence P. Ulrich Ph. D. The Physician-Patient Relationship. The Patient Self-Determination Act - Meeting the Challenges in Patient Care (1999) 51-56
- Lerman C., Daly M., Walsh W. P., Resch N., Seay J., Barsevick A., Birenbaum L., Heggan T., Martin G. Communication between patients with breast cancer and health care providers. Determinants and implications. *Cancer* 72 (1993) 2612-2620
- Leventhal H., Brissette I., Leventhal E.A. The commonsense model of self-regulation for health and illness. In: *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour*. (Eds. Cameron L.D., Leventhal H.). New York, Routledge, (2003) 42-65
- Loh Andreas, Simon Daniela, Härter Martin. Patientenbeteiligung bei medizinischen

- Entscheidungen. Deutsches Ärzteblatt 104 (2007) 1483-1488
- Mallinger J. B., Griggs J. J., Shields C.G. Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. Patient Education and Counselling 57 (2005) 342-349
- Mallinger J. B., Shields C. G., Griggs J. J., Roscoe J. A., Morrow G. R., Rosenbluth R. J., Lord R. S., Gross H. Stability of decisional role preference over the course of cancer therapy. Psychooncology 15 (2006) 297-305
- Marstedt Gerd. Auf der Suche nach gesundheitlicher Information und Beratung: Befunde zum Wandel der Patientenrolle. Gesundheitsmonitor (2007) 1-13
- Martinez-Selva J. M., Sanchez-Navarro J. P., Bechara A., Roman F. Brain mechanisms involved in decision-making. Rev. Neurol.42 (2006) 411-418
- McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. Patient Educ. Couns. 63 (2006) 24-28
- Mechanic D. In my chosen doctor I trust. BMJ 329 (2004) 1418-1419
- Mechanic D., Meyer S. Concepts of trust among patients with serious illness. Soc. Sci. Med. 51 (2000) 657-668
- Nagel Eckhard, Manzeschke Arne. Leitbilder und Vorbilder: Wunsch nach Orientierung. Deutsches Ärzteblatt 103 (2006) 169-171
- Ong L.M., Visser M.R., Lammes F.B., de Haes J.C. Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. Patient Educ. Couns. 41 (2000) 145-156
- Passalacqua R., Caminiti C., Salvagni S., Barni S., Beretta G. D., Carlini P., Contu A., Di C. F., Toscano L., Campione F. Effects of media information on cancer patients' opinions, feelings, decision-making process and physician-patient communication. Cancer 100 (2004) 1077-1084
- Pearson S.D., Raeke L.H. Patients' Trust in Physicians: Many theories, Few Measures, and Little Data. J Gen Intern Med 15 (2000) 509-513
- Pergament D., Pergament E., Wonderlick A, Fiddler M. At the crossroads: the intersection of the Internet and clinical oncology. Oncology (Williston Park) 13 (1999) 577-583
- Platt F. W., Gaspar D. L., Coulehan J. L., Fox L., Adler A. J., Weston W. W., Smith R. C., Stewart M. "Tell me about yourself": The patient-centered interview. Ann. Intern. Med. 134 (2001) 1079-1085
- Quill T. E., Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. Ann. Intern. Med. 125

(1996) 763-769

- Roberts C. S., Cox C. E., Reintgen D. S., Baile W. F., Gibertini M. Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* 74 (1994) 336-341
- Rockenbauch KDP. Die Patienten - Arzt - Beziehung, Seminar SS 2007 (2007) 1-20
- Ross M. W., Jeffords K., Gold J. Reasons for entry into and understanding of HIV/AIDS clinical trials: a preliminary study. *AIDS Care* 6 (1994) 77-82
- Roter D. The medical visit context of treatment decision-making and the therapeutic relationship. *Health Expect.* 3 (2000) 17-25
- Ruckdeschel J. C., Albrecht T. L., Blanchard C., Hemmick R. M. Communication, accrual to clinical trials, and the physician-patient relationship: implications for training programs. *J. Cancer Educ.* 11 (1996) 73-79
- Schlömer-Doll Ute, Doll Dietrich. Patienten mir Krebs; Information und emotionale Unterstützung. *Deutsches Ärzteblatt* 97 (2000) 3076-3081
- Schou I., Ekeberg O., Ruland C. M. The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psychooncology* 14 (2005) 718-727
- Schweizer Thomas. Konstante im Wandel? Die Arzt-Patienten-Beziehung. *Primary Care* (2005) 179-180
- Sharp L., Cotton S. C., Alexander L., Williams E., Gray N. M., Reid J. M. Reasons for participation and non-participation in a randomized controlled trial: postal questionnaire surveys of women eligible for TOMBOLA (Trial Of Management of Borderline and Other Low-grade Abnormal smears). *Clin. Trials* 3 (2006) 431-442
- Shenolikar R. A., Balkrishnan R., Hall M. A. How patient-physician encounters in critical medical situations affect trust: results of a national survey. *BMC Health Serv. Res.* 4 (24) (2004) 1-6
- Simon Steffen Dr. m. Ärztliche Grundhaltung; Praktische Philosophie. *Deutsches Ärzteblatt* 102 (2005) 392
- Slevin M., Mossman J., Bowling A., Leonard R., Steward W., Harper P., McIlmurray M., Thatcher N. Volunteers or victims: patients' views of randomised cancer clinical trials. *Br. J. Cancer* 71 (1995) 1270-1274
- Sonntag Heinz-Peter. Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel der Zeit. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* (2001) 35-36
- Steinback Kerstin Dr m. Wer entscheidet? *Deutsches Ärzteblatt* 101 (2004) 2741

- Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* 8 (2002) 441-446
- Stepien K. A., Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J. Gen. Intern. Med.* 21 (2006) 524-530
- Stewart M. Towards global definition of patient centred care. *BMJ* (2001) 444-445
- Street R. L. Jr., Gordon H. S., Ward M. M., Krupat E., Kravitz R. L. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med. Care* 43 (2005) 960-969
- Street R. L. Jr., Voigt B., Geyer C. Jr., Manning T., Swanson G. P. Increasing patient involvement in choosing treatment for early breast cancer. *Cancer* 76 (1995) 2275-2285
- Takasugi M., Iwamoto E., Kashi-Tanaka S., Kinoshita T., Fukutomi T., Kubouchi K. General aspects and specific issues of informed consent on breast cancer treatments. *Breast Cancer* 12 (2005) 39-44
- Thom D. H. Patient trust in the physician: relationship to patient request. *Fam. Pract.* (2002) 476-483
- Thorne S. E., Kuo M., Armstrong E. A., McPherson G., Harris S. R., Hislop T. G. 'Being known': patients' perspectives of the dynamics of human connection in cancer care. *Psychooncology* 14 (2005) 887-898
- Uexküll von Thure, Wesiack Wolfgang. Die Arzt-Patienten-Beziehung und das ärztliche Rollenverständnis in Vergangenheit und Gegenwart. In: *Theorie der Humanmedizin*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarz 3 (1998) 426-444
- Ullrich P. F. Jr., Vaccaro A. R. Patient education on the internet: opportunities and pitfalls. *Spine* 27 (2002) E185-E188
- Verheggen F. W., Nieman F. H., Reerink E., Kok G. J. Patient satisfaction with clinical trial participation. *Int. J. Qual. Health Care* 10 (1998) 319-330
- Verheggen F.W., van Wijmen F.C. Myth and reality of informed consent in clinical trials. *Med. Laws* (1997) 53-69
- Wallberg B., Michelson H., Nystedt M., Bolund C., Degner L.F., Wilking N. Information Needs and Preferences for Participation in Treatment Decisions Among Swedish Breast Cancer Patients. *Acta Oncol.* 39 (2000) 467-476
- Weston W.W. Informed and shared decision - making: the crux of patient-centred care. *JAMC* 4 (2001) 438-439
- Wiesing Urban Dr. m. Dr. p., Kamps Hans P. Dr. j. Aufklärung von Tumorpatienten;

Onkologie. Deutsches Ärzteblatt 98 (2001) 1366

Zachariae R., Pedersen C. G., Jensen A. B., Ehrnrooth E., Rossen P. B., von der M. H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. Br. J. Cancer 88 (2003) 658-665

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Umgang mit der Persönlichkeit der Patientin	31
Tabelle 2: Kontaktwunsch zu den behandelnden Ärzten	31
Tabelle 3: Vertrauensverhältnis	31
Tabelle 4: Wahrhaftigkeit der behandelnden Ärzte	32
Tabelle 5: Trost durch behandelnde Ärzte	32
Tabelle 6: Interesse der Ärzte am Schicksal der Patientin	33
Tabelle 7: Einfühlsamkeit der behandelnden Ärzte	33
Tabelle 8: Informationsbedürfnis der Patientin	34
Tabelle 9: Entscheidungskompetenz	34
Tabelle 10: Seelische und körperliche Belastungen	35
Tabelle 11: Empfundener Wert des eigenen Lebens	35
Tabelle 12: Empfundene Zukunftsaussichten	35
Tabelle 13: Antwortverhalten vor & nach der Chemotherapie	37
Tabelle 14: Vor/Nach Chemoth. – Umgang mit der Persönlichkeit der Patientin	37
Tabelle 15: Vor/Nach Chemoth. – Kontaktwunsch zu den behandelnden Ärzten	38
Tabelle 16: Vor/Nach Chemoth. – Vertrauensverhältnis	38
Tabelle 17: Vor/Nach Chemoth. – Wahrhaftigkeit der behandelnden Ärzte	38
Tabelle 18: Vor/Nach Chemoth. – Trost durch behandelnde Ärzte	39
Tabelle 19: Vor/Nach Chemoth. – Interesse der Ärzte am Schicksal der Patientin ..	39
Tabelle 20: Vor/Nach Chemoth. – Einfühlsamkeit der behandelnden Ärzte	40
Tabelle 21: Vor/Nach Chemoth. – Informationsbedürfnis der Patientin	40
Tabelle 22: Vor/Nach Chemoth. – Seelische und körperliche Belastungen	41
Tabelle 23: Vor/Nach Chemoth. – Empfundener Wert des eigenen Lebens	41
Tabelle 24: Vor/Nach Chemoth. – Empfundene Zukunftsaussichten	41
Tabelle 25: Verteilung von Studien und Nicht-Studienpatientinnen	43
Tabelle 26: Studie/Nicht-Studie – Umgang mit der Persönlichkeit der Patientin	44
Tabelle 27: Studie/Nicht-Studie – Kontaktwunsch zu den behandelnden Ärzten	44
Tabelle 28: Studie/Nicht-Studie – Vertrauensverhältnis	45

Tabelle 29: Studie/Nicht-Studie – Wahrhaftigkeit der behandelnden Ärzte 45
Tabelle 30: Studie/Nicht-Studie – Trost durch behandelnde Ärzte 46
Tabelle 31: Studie/Nicht-Studie – Interesse der Ärzte am Schicksal der Patientin ... 47
Tabelle 32: Studie/Nicht-Studie – Einfühlsamkeit der behandelnden Ärzte 47

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: "Models of decision making about treatment" (Charles C. et al., 1999, S.781).....	12
Abbildung 2: Behandlungsform.....	43

11. Anhang

11.1 Fragebögen

(a) Fragebogen für Patientinnen unter Standardtherapie

F 1 Datum __/__/__

Codierung_____

Sehr geehrte Patientin,
mit dieser Befragung möchten wir uns ein Bild über die Qualität des Informationsaustausches zwischen Arzt und Patientinnen machen. Unklarheiten oder Verständigungsschwierigkeiten sollen damit aufgedeckt werden.

Teil I

fi1

Die Geschwulst in meinem Körper ist / war

- bösartig
- gutartig
- keine Kenntnis

fi2

Der/die Lymphknoten der Achselhöhle ist/sind

- ebenfalls von Krebszellen befallen
- frei von Krebszellen
- keine Kenntnis

fi3

In meinem Körper

- sind Tochtergeschwülste / Metastasen vorhanden
- gibt es keine Hinweise auf Tochtergeschwüre / Metastasen
- keine Kenntnis

fi4

Das Ausmaß meiner Erkrankung ist

- gering
- mittelgradig
- fortgeschritten
- keine Kenntnis

fi5

Der Patientenaufklärungsbogen über die Behandlung
(mehrere Antwortmöglichkeiten)

- ist leicht verständlich
- ist informativ
- ist schwer verständlich
- ist wenig informativ
- beinhaltet zu viele komplizierte Formulierungen
- ist zu umfangreich
- ist zu kurz gefasst um etwas zu verstehen
- hat viele Fremdworte, die ich nicht verstehe
- hat mir Angst gemacht
- hat mir Mut gemacht
- hat mich verwirrt
- hat Fragen offen gelassen
- wurde von mir nicht gelesen

fi6

Ich habe folgende Anzahl von Worten nicht verstanden

- 0 – 5
- 5 – 10
- 10 – 15
- 15 – 20
- über 20

fi7

Das ärztliche Aufklärungsgespräch
(mehrere Antwortmöglichkeiten)

- war leicht verständlich
- war informativ
- war schwer verständlich
- war wenig informativ
- beinhaltete zu viele komplizierte Formulierungen
- war zu umfangreich
- war zu kurz gefasst um etwas zu verstehen
- hatte viele Fremdworte, die ich nicht verstanden habe
- hat mir Angst gemacht
- hat mir Mut gemacht
- hat mich verwirrt
- hat Fragen offen gelassen
- hat nicht stattgefunden

fi8

Ich habe häufig Probleme, die Erklärungen der Ärzte zu verstehen.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fi9

Die am besten zu verstehenden Informationen über meine Behandlung wurden mir vermittelt durch

- den aufklärenden Arzt
- den Patientenaufklärungsbogen
- das Pflegepersonal
- andere betroffene Patienten
- Lesen von Fachliteratur
- ich bin nicht verständlich informiert worden

fi10

Meine Behandlungsmethode

- hat sich schon vielfach bewährt und wird seit Jahren angewendet
- ist noch in der Erprobungsphase und wird daher unter Studienbedingungen durchgeführt
- keine Kenntnis

fi11

Welche der unterschiedlichen Behandlungsformen ich im Rahmen einer Therapiestudie erhalten würde entscheidet

- der Arzt
- ich selbst
- der Arzt und ich gemeinsam
- eine Studienleitzentrale
- keine Kenntnis

Sollten Sie nicht über eine Studienteilnahme aufgeklärt worden sein, so überspringen Sie bitte die nächsten vier Fragen (12-15).

fi12

Ich hatte den Eindruck, der mich aufklärende Arzt war von der Studie überzeugt

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fi13

Ich hatte den Eindruck, der mich aufklärende Arzt stand der Studie eher skeptisch gegenüber

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fi14

Es war mir wichtig, eine bewährte Therapie zu erhalten.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fi15

Ich hätte mich während einer Behandlung unter Studienbedingungen wie ein Versuchsobjekt gefühlt.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fi16

Was verstehen Sie unter der Formulierung „ Behandlung im Rahmen einer Studie“?**Teil II**

f1

Manchmal glaube ich, dass man mir nicht die ganze Wahrheit über meine Erkrankung und das was damit verbunden ist, sagt.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

f2

Ich bin den Ärzten gegenüber voller Vertrauen.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

f3

Ich hätte gerne mehr Kontakt zu meinen behandelnden Ärzten.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

f4

Ich fühle mich als Persönlichkeit von den Ärzten ernst genommen.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

f5

Ich glaube, die Ärzte sind an meinem Schicksal interessiert.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

f6

Meine Ärzte können mir Trost spenden.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

f7

Meine Ärzte wissen wenig über meine persönlichen Ängste und Sorgen bescheid.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

f8

Ich möchte lieber nicht so genau über meinen gesundheitlichen Zustand Bescheid wissen.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

f9

Die Entscheidungen für meine Behandlung traf/en

- der Arzt
- ich
- wir beide gemeinsam

f10

Den größten Einfluss auf den Verlauf meiner Erkrankung haben die Ärzte.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

f11

Den größten Einfluss auf den Verlauf meiner Erkrankung hat die Wirkung der Medikamente.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

f12

Niemand hat wirklich Einfluss auf meine Erkrankung – das Schicksal / der Zufall entscheidet.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

f13

Der Wert meines Lebens erscheint mir durch meine Erkrankung eher

- erhöht
- gemindert
- keine Angabe

f14

Mein Blick in die Zukunft ist

- optimistisch
- pessimistisch
- keine Angabe

f15

Ich fühle mich im täglichen Leben eingeschränkt durch

- seelische Belastung
- körperliche Belastung
- seelische und körperliche Belastung
- keine Angabe

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir wünschen Ihnen für die Zukunft viel Kraft und alles Gute!

(b) Fragebogen für Studienpatientinnen

F 1 Datum __/__/____

Codierung_____

Sehr geehrte Patientin,
mit dieser Befragung möchten wir uns ein Bild über die Qualität des Informationsaustausches zwischen Arzt und Patientinnen machen. Unklarheiten oder Verständigungsschwierigkeiten sollen damit aufgedeckt werden.

Teil I

fis1

Die Geschwulst in meinem Körper ist / war

- bösartig
- gutartig
- keine Kenntnis

fis2

Der/die Lymphknoten der Achselhöhle ist/sind

- ebenfalls von Krebszellen befallen
- frei von Krebszellen
- keine Kenntnis

fis3

In meinem Körper

- sind Tochtergeschwülste / Metastasen vorhanden
- gibt es keine Hinweise auf Tochtergeschwüre / Metastasen
- keine Kenntnis

fis4

Das Ausmaß meiner Erkrankung ist

- gering
- mittelgradig
- fortgeschritten
- keine Kenntnis

fis5

Der Patientenaufklärungsbogen über die Behandlung
(mehrere Antwortmöglichkeiten)

- ist leicht verständlich
- ist informativ
- ist schwer verständlich
- ist wenig informativ
- beinhaltet zu viele komplizierte Formulierungen
- ist zu umfangreich
- ist zu kurz gefasst um etwas zu verstehen
- hat viele Fremdworte, die ich nicht verstehe
- hat mir Angst gemacht
- hat mir Mut gemacht
- hat mich verwirrt
- hat Fragen offen gelassen
- wurde von mir nicht gelesen

fis6

Ich habe folgende Anzahl von Worten nicht verstanden

- 0 – 5
- 5 – 10
- 10 – 15
- 15 – 20
- über 20

fis7

Das ärztliche Aufklärungsgespräch
(mehrere Antwortmöglichkeiten)

- war leicht verständlich
- war informativ
- war schwer verständlich
- war wenig informativ
- beinhaltete zu viele komplizierte Formulierungen
- war zu umfangreich
- war zu kurz gefasst um etwas zu verstehen
- hatte viele Fremdworte, die ich nicht verstanden habe
- hat mir Angst gemacht
- hat mir Mut gemacht
- hat mich verwirrt
- hat Fragen offen gelassen
- hat nicht stattgefunden

fis8

Ich habe häufig Probleme, die Erklärungen der Ärzte zu verstehen.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fis9

Die am besten zu verstehenden Informationen über meine Behandlung wurden mir vermittelt durch

- den aufklärenden Arzt
- den Patientenaufklärungsbogen
- das Pflegepersonal
- andere betroffene Patienten
- Lesen von Fachliteratur
- ich bin nicht verständlich informiert worden

fis10

Meine Behandlungsmethode

- hat sich schon vielfach bewährt und wird seit Jahren angewendet
- ist noch in der Erprobungsphase und wird daher unter Studienbedingungen durchgeführt
- keine Kenntnis

fis11

Welche der unterschiedlichen Behandlungsformen ich im Rahmen einer Therapiestudie erhalten würde entscheidet

- der Arzt
- ich selbst
- der Arzt und ich gemeinsam
- eine Studienleitzentrale
- keine Kenntnis

fis12

Ich hatte den Eindruck, der mich aufklärende Arzt war von der Studie überzeugt

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fis13

Ich hatte den Eindruck, der mich aufklärende Arzt stand der Studie eher skeptisch gegenüber

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fis14

Es war mir wichtig, eine bewährte Therapie zu erhalten.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fis15

Ich hätte mich während einer Behandlung unter Studienbedingungen wie ein Versuchsobjekt gefühlt.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fis16

Was verstehen Sie unter der Formulierung „ Behandlung im Rahmen einer Studie“?

Teil II

fs1

Manchmal glaube ich, dass man mir nicht die ganze Wahrheit über meine Erkrankung und das was damit verbunden ist, sagt.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fs2

Ich bin den Ärzten gegenüber voller Vertrauen.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fs3

Ich hätte gerne mehr Kontakt zu meinen behandelnden Ärzten.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fs4

Ich fühle mich als Persönlichkeit von den Ärzten ernst genommen.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fs5

Ich glaube, die Ärzte sind an meinem Schicksal interessiert.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fs6

Meine Ärzte können mir Trost spenden.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fs7

Meine Ärzte wissen wenig über meine persönlichen Ängste und Sorgen bescheid.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fs8

Ich möchte lieber nicht so genau über meinen gesundheitlichen Zustand Bescheid wissen.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fs9

Die Entscheidungen für meine Behandlung traf/en

- der Arzt
- ich
- wir beide gemeinsam

fs10

Den größten Einfluss auf den Verlauf meiner Erkrankung haben die Ärzte.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fs11

Den größten Einfluss auf den Verlauf meiner Erkrankung hat die Wirkung der Medikamente.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fs12

Niemand hat wirklich Einfluss auf meine Erkrankung – das Schicksal / der Zufall entscheidet.

- stimmt
- stimmt nicht
- keine Angabe

fs13

Der Wert meines Lebens erscheint mir durch meine Erkrankung eher

- erhöht
- gemindert
- keine Angabe

fs14

Mein Blick in die Zukunft ist

- optimistisch

- pessimistisch
- keine Angabe

fs15

Ich fühle mich im täglichen Leben eingeschränkt durch

- seelische Belastung
- körperliche Belastung
- seelische und körperliche Belastung
- keine Angabe

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir wünschen Ihnen für die Zukunft viel Kraft und alles Gute!

11.2 Danksagung

Frau Prof. Dr. Kiechle möchte ich dafür danken, dass ich dieses Thema bearbeiten durfte.

Ich danke Herrn Dr. Stefan Paepke für seine Unterstützung und die intensive Begleitung dieser Arbeit.

Bei den Kollegen und Mitarbeitern der Frauenklinik rechts der Isar bedanke ich mich für die Mitarbeit bei der Datenerhebung.

Für die doch manchmal sehr aufwendige Hilfe bei den statistischen Fragen möchte ich mich bei Herrn Tibor Schuster bedanken.

Bei meiner sehr guten Freundin Friederike Thieringer (geb. Remmecke) möchte ich mich für die vielen gemeinsam verbrachten Stunden zur Vorbereitung dieser Arbeit und für das immer offene Ohr von ganzem Herzen bedanken. Ich möchte diese Zeit nicht missen wollen.

Des weiterem möchte ich mich bei meiner Familie für deren Unterstützung und Geduld bedanken. Mein besonderer Dank gilt dabei meinem Bruder Herrn Moritz Munte und meiner Mutter Frau Dr. Petra Munte, die mir bei Korrektur und Layout eine unbezahlbare Hilfe waren.

Zuletzt möchte ich meinem zukünftigen Ehemann Markus Pohle dafür danken, dass er immer für mich und meine Sorgen da war.

11.3 Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name: Anna Alexandra Munte
Geburtsdatum: 14.11.79
Geburtsort: München
Staatsangehörigkeit: deutsch
Adresse: Klinikum rechts der Isar
Ismaninger Str.22
81675 München

■ Schulbildung

09.1986 – 07.1990 Grundschule Grünwald
09.1990 – 06.1999 Gymnasium der Benediktiner Kloster Schäftlarn
09.1996 – 06.1997 Schüleraustausch: Milwaukie High School, Oregon, USA

■ Hochschulstudium

09.1999 – 03.2002	Studium der Humanmedizin (Vorklinik) an der Technischen Universität München und an der Ludwig-Maximilian-Universität München
03.2002	Ärztliche Vorprüfung an der LMU, Note: 3,33
04.2002 – 10.2006	Studium der Humanmedizin (Klinik) an der Technischen Universität München / Klinikum Rechts der Isar
03.2003	1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
03.2005	2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10.2006	3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Approbation: Jan 2007)

■ bisherige Tätigkeit:

11.2007 – 04.2008	Assistenzärztin in der anästhesiologischen Abteilung der orthopädischen Klinik München-Harlaching
seit 05.2008	Assistenzärztin in der Frauenklinik des Klinikums rechts der Isar

■ **Zusatzqualifikationen**

Oktober/November 2008: Prüfarztkurs (Inhalt unter anderem: Deutsches Arzneimittelgesetz, GCP-V, Deklaration von Helsinki und EU-Richtlinie 2001/20/EG ICH-GCP)

Dezember 2012: Weiterbildung Psychosomatische Grundversorgung

Anna Munte

München, 12.12.2012