

Klinikum der Ruprecht-Karls Universität Heidelberg

Fachweiterbildung
zur Pflege und Betreuung des Tumorkranken
und schwerst-chronisch Kranken

DIE PROBLEMATIK DER PATIENTENAUFKLÄRUNG AUS PFLEGERISCHER SICHT

Jutta Reibl

Kurs 1996/1998

Heidelberg, den 16.12.1997

1.	Vorwort	Seite	3
2.	Einführendes		5
3.	Was ist Wahrheit ?		7
4.	Das Dafür einer offenen, wahrhaften Aufklärung		9
5.	Angst		10
6.	Gesetze und Richtlinien		12
6.1	Rechtliche Grundlagen		12
6.2	Wann ist aufzuklären		13
6.3	Form der Aufklärung		14
6.4	Umfang der Aufklärung		14
6.5	Dokumentation der Aufklärung		14
6.6	Rolle der Pflege		15
7.	Günstiges Vorgehen im Aufklärungsgespräch		17
7.1	Hoffnung		21
8.	Psychische Verarbeitungsmechanismen		22
8.1	Nicht – Wahrhaben – Wollen		23
8.2	Zorn		24
8.3	Verhandeln		25
8.4	Depression		25
8.5	Zustimmung		26
9.	Die Rolle der Angehörigen		27
10.	Zusammenfassung		28
11.	Nachwort		30
12.	Literatur		32

1. Vorwort

Warum habe ich dieses Thema gewählt?

Aufklärung , das geht uns doch nichts an!

Das ist dem Arzt seine Angelegenheit , damit habe ich doch nichts zu tun.

Begeistert es mich so sehr, auf aufgeklärte, selbstbestimmte Menschen zu treffen?

Beängstigt es mich, auf unwissende Patienten zu stoßen?

Muß der Patient über alles Bescheid wissen?

Entmündigt Unwissenheit den Patienten ?

Ist der Umgang mit Wahrheit nicht eine Lebenseinstellung , eine Einstellung oder Erwartung , die mich selbst betrifft?

Stellt sich die Wahrheitsfrage nicht ein Leben lang?

„ Haben die Ärzte es dem Patienten schon gesagt ?“

Der Grund für diese häufig gestellte Frage ist die Tatsache , daß einige Ärzte/Ärztinnen sich das Recht herausnehmen, bewußt zu lügen, d.h. dem Patienten aus dem Weg zu gehen , oder sich ganz bewußt dem Patienten zu verweigern , indem der Arzt ganz offen bekennt , der Patient braucht dies nicht zu wissen. Für mich widerspricht dies dem natürlichen Rechtsempfinden und Menschenbefinden.

„ Was ist , wenn eine Pflegekraft sich dazu entscheidet , ihrem Verhaltenskodex treu zu bleiben und dem Patienten die Wahrheit zu sagen , selbst wenn der Arzt beschlossen hat , daß der Patient die Wahrheit nicht erfahren soll ?“ (Walsh / Ford , 1996 , S. 110)

Das Thema Aufklärung und Tod wird an Krankenpflegeschulen und Hochschulen behandelt. Pflegeschülerinnen in der Krankenpflegeausbildung verwenden 50% mehr Zeit mit dem Thema als Medizinstudenten. Es bleibt für mich die Frage, wer hier eigentlich aufklären kann und soll.

Für mich ist dieses Thema wichtig, weil es meine Arbeit prägt und ausmacht. Pflege ist für mich das Wissen, das einen anderen Menschen betrifft. Und was den Menschen betrifft, muß der Mensch erfahren.

„ Unser menschliches Dasein ist immer auch mitmenschliches Dasein; ist eingebunden in Beziehungen zu anderen Menschen. Wir sind, wir agieren in Beziehungen. Wir reagieren in Verantwortlichkeit, in Antwortgeben.“ (Arndt 1996, S. 49)

Ich möchte mit dieser Arbeit klar machen, was Aufklärung ist ; ich werde das Wort Aufklärung auch als Wahrheit benennen. Ich möchte erklären warum Aufklärung wichtig ist , gewisse Rahmenbedingungen nennen , auf Schwierigkeiten innerhalb des Behandlungsteams hinweisen , Beiträge der Pflege vorschlagen und Reaktionsweisen der Patienten klarer und verständlicher machen. Ich möchte zeigen , wie wichtig Krankenpflege für den Patienten ist.

2. Einführendes

Krebs ist ein ausgesprochenes und oft auch lieber nicht ausgesprochenes Reizwort. Die Konfrontation mit einer Krebserkrankung kommt für die meisten Betroffenen einem „Sturz aus der normalen Lebenswirklichkeit“ gleich. Die gesamte Wirklichkeit der Kranken wird erschüttert. Sie werden konfrontiert mit ihrer Verletzbarkeit und Endlichkeit.

Die Kranken fühlen sich jeglicher Perspektive beraubt. Die Annahme, das Leben sei geordnet, kalkulierbar, planbar und beherrschbar, wird gestürzt.

Viele Menschen, die an Krebs erkrankt sind, bezeichnen den Tumor als ein böses, wucherndes Tier. Der Bedeutungshof des Krebses ist fast immer negativ. Bei Krankheitsgruppen wie zum Beispiel Herzinfarkt, Nieren- oder Leberinsuffizienz, auch schweren Unfällen, wird meist das Positive der Erkrankung im Gedächtnis behalten. Bei einer Krebserkrankung wird fast immer das Negative der Erkrankung festgehalten und fixiert.

Dieses Denken ist nicht nur in der Bevölkerung weit verbreitet, sondern es greift auch tief hinein in die Reihen der Ärzte und Pflegekräfte.

Es ist belegt und bekannt, daß die Zimmer von Tumorpatienten von Ärzten und Pflegepersonal gemieden werden, und dies nicht erst in der eigentlichen Sterbephase, sondern bereits schon vorher. Somit wird unangenehmen Fragen des Patienten aus dem Weg gegangen.

Auf diesem emotional vorurteilshaften Hintergrund ist es nicht verwunderlich, daß ein wahrhaftiger Umgang mit Erkrankten und Angehörigen oftmals kaum möglich ist.

„ Die Wahrheit berührt beide , aber sie betrifft den Patienten und seine Existenz.

Die Thematik berührt medizinische , juristische , technische , ethische , psychische , pädagogische , philosophische , theologische , soziale und existentielle Bereiche. „

(Längle 1992, S. 192)

Häufigste Klagen schlecht oder nicht informierter tumorkrankter Menschen:

„Ich glaube, mein Arzt hat Angst vor mir. Er läßt mich in der kurzen Zeit der Sprechstunde nie zu Wort kommen.“

„Ich komme mir vor wie aussätzig oder ausgestoßen. Man tuschelt mit meinen Angehörigen und weicht mir aus. Alle sind so komisch.“

„Mein Arzt meint zwar, ich wüßte nicht, daß ich Krebs habe. Ich möchte ihn damit nicht auch noch belasten und rede darüber mit anderen.“

(Verres 1994, S. 19)

3. Was ist Wahrheit ?

Zuerst möchte ich erklären, was der Begriff Wahrheit in unserer medizinischen Tradition ist und was er in einer anderen Tradition bedeutet.

Die Naturwissenschaft vertritt in der Regel eine beschreibbare Sachwahrheit, deren Richtigkeit sich experimentell belegen läßt.

- Gesetz der Schwerkraft
- Untersuchungsbefunde
- Laborbefunde

„Eine klassische philosophische Tradition besagt: Wahrheit ist die Übereinstimmung von Aussage und Wirklichkeit.“ (Hoffmann 1995, S. 333)

Die Frage stellt sich, wie der Mensch, der soeben seine Wahrheit erfahren hat damit umgeht. Stimmt unsere Wahrheit mit seiner Wahrheit überein ?

Unsere Wahrheit trifft den Menschen in seinem existentiellen Dasein. Ein Mensch mitten in seinem Dasein, in seiner Welt, bekommt plötzlich eine Daseinsänderung von fremden Menschen „aufs Auge“ gedrückt.

„Die bloße Mitteilung einer Diagnose trifft die Wahrheit eines kranken Menschen in seiner individuellen Situation nicht.

Bsp. :

Unfall, Hr. K. bricht sich den 7. Brustwirbel

Diagnose: Querschnittlähmung

Dies ist unsere Wahrheit.

Hr. K.'s Wahrheit :

- seine Sexualität und Ehe ist fragwürdig
- seine Arbeitsstelle ist nun unsicher
- die Treppen zur Wohnung sind nicht mehr zu schaffen , die Türen sowieso zu eng
- die sportlichen Aktivitäten können nicht mehr durchgeführt werden
- keine Versicherung nimmt ihn mehr an
- seine Umgebung zieht sich zurück.

Zwei Sichtweisen von Wahrheit .“ (Hoffmann 1995, S. 334)

Die Wahrheit wird erst dann zur individuellen erfaßten Wahrheit, wenn sie nicht nur gedanklich auf rationaler Ebene, sondern mehr noch im emotional psychologischen Bereich verdaut worden ist. Dafür ist eine längere prozeßhafte Auseinandersetzung notwendig.

Erst wenn der betroffene Mensch in der Lage ist, eine richtige Sachaussage existentiell zu verarbeiten und daraus Konsequenzen für das eigene Leben zu ziehen, ist diese Aussage für ihn zur Wahrheit geworden, stimmt sie mit seiner ganz persönlichen Wirklichkeit überein.

4. Das Dafür einer offenen, wahrhaftigen Patienteninformation

Bei der Betrachtung der Wichtigkeit einer offenen Aufklärung sind folgende Aspekte zu nennen:

Vorahnung

- Die meisten Patienten erahnen ihre Diagnose.

Kommunikation / Beziehung

- Wenn kein Aufklärungsgespräch stattfindet, fällt der Patient in eine kommunikative Isolation. Der Patient kann mit niemandem ein offenes Gespräch führen.
- Es ist ein Vertrauensbruch mit dem Behandlungsteam.
- Wie sollen Angehörige mit dem Menschen und der Erkrankung weiterhin umgehen.

Mitarbeit / Kooperation

- Eine überzeugte, vom Patienten getroffene Entscheidung für weiterführende Therapien kann nicht stattfinden
- Der Patient kann sich nicht mit seiner Erkrankung auseinandersetzen, er wird kein Verständnis für die weiteren Behandlungsschritte haben,
- Es ist keine Pflege und seelische Führung des nicht aufgeklärten Menschen möglich.
- Der Patient kann kein eigenes Krankheitsverständnis und / oder Krankheitserleben entwickeln.

Selbsterleben des Patienten

- Der Patient wird um wichtige Lebenszeit betrogen.
- Der Patient wird mit einer größeren Angst leben
- Eine Neuorientierung des Patienten ist nicht möglich
- Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, daß fast alle Patienten die Wahrheit über ihre Erkrankung wissen möchten.
- Eine erhöhte Suizidgefahr nach Aufklärung ist nicht bekannt.

5. Angst

Aufklärung ist auch das Eingehen auf das Krankheitserleben und die damit zusammenhängenden Ängste. Nicht aufgeklärte Patienten haben größere Ängste. „Die Angst vor dem Unbekannten ist schlimmer.“ (Weigelt 1993, S. 73)

Durch die Aufklärung wird Klarheit über Beschwerden, Krankheit und Krankheitsverlauf gegeben. Den Patienten wird klar, sie haben ein Problem, welches bekannt ist und auch andere Patienten betrifft. Das Nichtwissen, die Unklarheit wie es weitergeht, führt zu Angst. Die nicht aufgeklärten Patienten oder die mit ungenügendem Wissen über ihre Krankheit alleingelassenen Patienten haben Angst. Es ist die Angst vor dem ungewissen Ausgang der Erkrankung. Angst gegenüber unverstandenen Symptomen, Angst vor Untersuchungsergebnissen, Angst und Hilflosigkeit gegenüber eventuellen diagnostischen Eingriffen sowie unbekanntem Therapien. Wir erfahren von Patienten immer wieder, daß Aufklärung und Information Ängste vor dem Ungewissen sowie übermäßige Befürchtungen abbauen. Die Angst sollte in Gesprächen verbalisiert werden. Die unausgesprochene Angst steigert sich ins Unermessliche, der Patient wird unter starker Spannung stehen, wird vieles negativ sehen, seine Isolation wird sich vergrößern. Wie groß die Ängste sind, kann man nur von den Patienten selbst erfahren. Ängste müssen konkretisiert werden, sie sollten genau benannt und ausgesprochen werden. Wichtig ist das direkte und genaue Nachfragen, z.B. was macht dem Patienten die meiste Angst. Wenn Gespräche angeboten und die Patienten verstanden werden, nehmen meist die Ängste ab. Wenn die Betroffenen ihre Nöte und Ängste aussprechen können, ist das für sie meist eine große Befreiung. Dies ist ein wesentliches Ziel des aufklärenden Gesprächs. Nur dann kann den Patienten vermittelt werden, daß Angst normal und natürlich ist. Es ist natürlich, den bisherigen gesunden Zustand zu betrauern.

Körperliche Betätigung kann zum Abbau der Ängste beitragen , z.B.
Krankengymnastik oder das Angebot des Spazieren gehen sollte gemacht werden .

Das Thema Angst, sollte auch das Behandlungsteam beschäftigen. Auch bei uns löst dies alles Angst aus. So müßten wir lernen, daß unsere Angst auch etwas ganz Natürliches ist. Die eigene Angst hat Schutzfunktion, sie zeigt uns unsere Grenzen, unsere psychische Belastbarkeit. Auch wir müssen auf unsere Ängste reagieren und sie uns eingestehen. Das Spüren und Reagieren auf die eigenen Ängste kann einem Burn-out-Syndrom vorbeugen . Nicht eingestandene Angst blockiert den Kontakt mit den Kranken. Angst zulassen und bejahen heißt auf den Patienten zugehen zu können, mit ihm wahrhaftig reden und ihn verstehen können.

6. Gesetze und Richtlinien

6.1 Rechtliche Grundlagen

Es gibt bestimmte Richtlinien zur Aufklärung des Patienten, die als Leitfaden anzusehen sind. Der Leitfaden bietet Strukturierung und Orientierung, sie entbindenden Arzt jedoch nicht, ein Aufklärungsgespräch individuell auszugestalten. In der Medizin wird als erstes aufgeführt, daß Aufklärung eine Vorbedingung, für das informierte Einverständnis des Patienten ist.

„ In der Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patient gehört die Aufklärungspflicht zu den vertraglichen Nebenpflichten (OLG Stuttgart, NIW 1973, 56), die vom Arzt persönlich zu erbringen sind. “

(Hensinger 1993, S. 88)

„ Die Aufklärung ist nicht gesetzlich geregelt, jedoch rechtlich zwingend vorgeschrieben. “ (Tumorzentrum Tübingen 1996, S. 4)

Das Aufklärungsgespräch darf nicht an andere Berufsgruppen delegiert werden. Das Krankenpflegepersonal sollte bei dem Gespräch mit einbezogen werden, um so den selben Informationsstand wie Arzt und Patienten zu haben.

Das Krankenpflegepersonal darf nicht aufklären, es darf jedoch das vom Arzt Gesprochene wiedergeben.

- Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat folgenden Grundsatz festgelegt. Der Patient muß rechtzeitig wissen, was mit ihm, mit welchen Mitteln und mit welchen Risiken und Folgen geschehen soll.
- Berufsrechtliche Vorschrift: der Arzt hat das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten. Zur Behandlung bedarf es der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich eine Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen.
- Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat diese Regelung in ihrer Berufsordnung übernommen.
- Bei Notfällen gilt: je dringender die Indikation, je notwendiger der Eingriff, desto leichter wiegt die Aufklärungspflicht. Ist sofortiges ärztliches Handeln erforderlich, um Schaden vom Patienten abzuwenden, kann auf die Aufklärung verzichtet werden.

6.2 Wann ist aufzuklären ?

Der Arzt muß den Patienten vor jeder diagnostischen und / oder therapeutischen Maßnahme aufklären. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten hat grundsätzlich Vorrang vor der ärztlichen Hilfeleistungspflicht, deshalb muß der Patient vor jeder ärztlichen Maßnahme seine Einwilligung geben. Der Patient ist über seine Diagnose, die Prognose, den Verlauf der ärztlichen Maßnahme in bezug auf Art, Umfang und Durchführung des Eingriffs sowie über das mit den ärztlichen Maßnahmen verbundene Risiko zu unterrichten. Dem Patienten muß eine Bedenkzeit gegeben werden.

6.3 Form der Aufklärung

Der Arzt muß den Patienten in einem persönlichen Gespräch aufklären.

Vorformulierte, pauschalisierte Einwilligungserklärungen, die der Patient unterschreibt, ohne mit dem Arzt gesprochen zu haben, sind rechtlich unwirksam.

Der Arzt muß sich vergewissern, ob der Patient die Information verstanden hat und / oder weitere Informationen wünscht.

6.4 Umfang der Aufklärung

Der Arzt hat den Patienten über die Diagnose sowie den Verlauf und das Risiko der von ihm geplanten Maßnahmen aufzuklären. Je gravierender die Folgen der medizinischen Maßnahme für der Patienten sind, um so eher muß der Arzt auf sie hinweisen und je elektiver die Maßnahme, desto ausführlicher muß die Information des Patienten darüber sein. Der Patient müßte aufgrund der Aufklärung selbst entscheiden können, ob er zum Beispiel eine Operation oder Bestrahlungstherapie bevorzugt.

6.5 Dokumentation der Aufklärung

Der Arzt hat in den Krankenunterlagen zu dokumentieren, daß er den Patienten persönlich aufgeklärt hat. Aus rechtlicher Sicht reicht ein pauschaler Vermerk.

6.6 Rolle der Krankenpflege

Schwierig ist es für das Krankenpflegepersonal, da es von der Gesprächsbereitschaft des Arztes abhängig ist. Wir dürfen leider nur das Gesprochene wiederholen und in unseren Worten wiedergeben. Die Pflege muß immer wieder zu Aufklärungsgesprächen drängen und auf Anwesenheit bei den Aufklärungsgesprächen bestehen, um einen guten Informationsstand zu haben. Nur so hat auch pflegerische Arbeit Sinn. Somit können wir den Patienten bei seiner Aufklärungsarbeit begleiten und betreuen. Legt man ein ganzheitliches Pflegeverständnis zugrunde, so gehört die Kommunikation zur täglichen Pflege dazu. Jemand der geduldig zuhört, der geduldig mitgeht, der versteht und mitfühlt. Der die Rolle des Begleiters übernehmen will, der sich solidarisch mit dem Patienten zeigen kann, weil wir alle davon betroffen sein können, der mitfühlt und auch Hoffnung geben und stärken kann. Wir sind die, die länger als ein Aufklärungsgespräch bei dem Patienten verweilen.

Vertraglich sind wir dazu verpflichtet den Anweisungen des Arbeitgebers Folge zu leisten. Unklar ist , ob es auch dazu gehört dem Patienten Informationen vorzuenthalten. Wenn der Arzt dies angeordnet hat, stellt eine Nichtbefolgung einen Vertragsbruch dar , der die Entlassung zur Folge haben kann.



7. Günstiges Vorgehen im Aufklärungsgespräch

Folgende Aspekte sind zu beachten:

Beziehungsebene

- Persönliches Vertrauensverhältnis schaffen
- Gefühlsregungen sollten ausgehalten werden
- Es sollte eine Pflegeperson beim Aufklärungsgespräch dabei sein
- Es sind nur am Gespräch Beteiligte im Raum
- Alle Beteiligten sitzen

Eingehen auf den Patienten

- der Patient bestimmt Tempo und Ausmaß des Informationsgespräches
- es muß geklärt werden ob der Zeitpunkt für den Patienten der Richtige ist
- es muß abgeklärt werden , ob der Patient wünscht , das Angehörige bei dem Gespräch einbezogen werden
- das Gespräch sollte an das Vorwissen anknüpfen

Rahmenbedingungen

- es muß genügend Zeit für das Gespräch sei
- es ist eine umgangssprachliche Ausdrucksform zu wählen
- bildhafte Zusammenhänge sind zu wählen
- Das Gesprochene sollte kurz dokumentiert werden
- Das Gespräch sollte in einem ruhigen Raum stattfinden
- Keine Unterbrechungen
- Während des Gesprächs sollte niemand den Raum verlassen

Abschätzen / Auffangen der Folgen der Aufklärung

- es sollte nicht abends aufgeklärt werden
- der Aufklärende sollte sich versichern, ob die Information verstanden worden ist
- beim ersten Informationsgespräch sollte man sich auf die Erkrankung und mögliche Therapie beschränken
- keine Prognosemitteilung
- Manchmal bietet es sich an den Patienten zu fragen , was im jetzt durch den Sinn geht und wie er sich fühlt oder was er jetzt bräuchte
- Schweigen sollte ausgehalten werden , da der Patient möglicherweise Zeit braucht , um Fragen zu formulieren
- Es sollte das Angebot gemacht werden, immer für Fragen offen zu sein
- Es sollte ein weiterer Gesprächstermin ausgemacht werden

Das Aufklärungsgespräch ist eine sensible Kommunikationsform, die weit über eine bloße Informationsvermittlung hinausgeht. Es sollten individuell auf den Patienten angepaßte stufenweise wiederholte Informationsgespräche sein.

Durch die Aufklärung wird der Prozeß der Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung ermöglicht und in Gang gesetzt. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, daß Patienten, die sich realistisch mit ihrer Krankheit auseinandersetzen und aktiv an der Behandlung mitarbeiten können, mit günstigeren Krankheitsverläufen rechnen können. Es ist belegt, daß Patienten mit ungenügender Kenntnis ihrer Krankheit depressiver sind und unter mehr Störungen ihres Befindens leiden als gut aufgeklärte und informierte Patienten.

„Eine lebensbedrohliche Erkrankung bringt neben vielerlei Kummer auch Gaben mit sich. Und so paradox das auch klingen mag, eines der wichtigsten Geschenke ist Zeit. Zeit, mit allen möglichen Dingen ins Reine zu kommen. Man stellt fest, welche Dinge im Leben wirklich von Bedeutung sind und welche unwichtig sind.“ (J. Cameron)

„Ich lernte diese Krankheit als einen Teil meiner Person zu akzeptieren, meine körperliche Reduziertheit nicht als eine Minderung des Wertes meiner Person zu erleben. Mehr und mehr wurde meine Krankheit zu einem Stadium des persönlichen Lernens und Wachsens, zu einer Reise zu mir selbst, zu neuen Erfahrungen und Erkenntnissen.“ (A.M. Tausch)

7.1 Hoffnung

Aufklärung ist nicht ein einfaches Weitergeben der Wahrheit , es heißt, mit der Aufklärung muß man auch Hoffnung geben. Der Patient sollte nicht in eine Situation gebracht werden, in der er sich aufgegeben fühlt. Er muß Anhaltspunkte für seine Zukunft bekommen , d.h. Behandlungsmöglichkeiten , Linderung der Beschwerden und Schmerzen , Betreuungsmöglichkeiten. Somit wird von der belastenden Situation abgelenkt , mit Blick auf

die Zukunft. Hoffnung kann sich im Laufe der Krankheit mit entwickeln. Zuerst ist die Hoffnung darauf , daß vielleicht die Diagnose nicht stimmt , am Ende ist es vielleicht die Hoffnung auf ein Sterben in der Familie.

Auch sollte es klar sein , daß nicht alle Information im ersten Gespräch sein muß. Es sollten ja immer wiederkehrende Gespräche sein.

„ Es ist gerechtfertigt , ihm die Hoffnung auf einen günstigen Krankheitsverlauf zu stärken und dem Patienten zu vermitteln , daß wir auf der plegerisch-medizinischen Ebene alles daran setzen werden , um den Krankheitsprozess günstig zu gestalten.“

„ Hoffnung wirkt , ohne sich erfüllen zu müssen. Sie ist die Triebkraft für eine positive Krankheitsverarbeitung , Krankheitsbewältigung und Krankheitsannahme.“
(Aulbert 1993 , S. 69-70)

Hoffnung beginnt schon dann , wenn wir uns mit dem Patienten und seiner Erkrankung auseinandersetzen. Wenn wir offen und ehrlich mit dem Patienten reden. Das offene Gespräch gibt Hoffnung auf die persönliche Individualität und das eigene Leben.

8. Psychische Verarbeitungsmechanismen

Untersuchung von Kübler-Ross (1974)

Phasen:

- Nicht – Wahrhaben – Wollen
- Zorn
- Verhandeln
- Depression
- Zustimmung

Mit der Diagnose „Krebs“ folgt bei Menschen meist ein psychischer Schockzustand. Verlust-, Isolations- und Weltuntergangsgefühle stellen sich ein. Das eigene Leben wird unberechenbar, der Boden unter den eigenen Füßen bebt. Der Mensch erfaßt seine neue Wahrheit auf rationaler Ebene, er weiß nicht mehr, wie er weiterleben soll. Der Patient kann durch geeignete begründbare Hoffnung auf Behandelbarkeit, Enthalten der Informationen sowie durch innere und äußere Verfügbarkeit der Pflegeperson aufgefangen werden. Bei geeigneter pflegerischer und ärztlicher Führung könnte der Schock der Diagnose in der Regel nach kürzerer oder längerer Zeit abklingen. Er würde von einer kooperativen, von Hoffnung getragenen Grundeinstellung des Menschen abgelöst.

8.1 Nicht – Wahrhaben – Wollen

Vielen Menschen gelingt es nur durch die Entwicklung einer als Verleugnung benannten Einstellung, ihre hoffnungsvolle Grundstimmung aufrechtzuerhalten. Als Verleugnung wird die Neigung bezeichnet, zu fühlen, zu handeln, sich zu verhalten, als ob die Diagnose nicht wahr sei, als ob sie ihm nie mitgeteilt worden sei. Dadurch schützt sich der Kranke vor der angstvollen Erkenntnis seiner Krankheit, andererseits möchte er dadurch die durch seine Krankheit seelisch mitbetroffenen Umgebungspersonen, Familie, Ärzte, Krankenpflegepersonal bei guter Grundstimmung halten. Der Erkrankte fürchtet, zur Belastung seiner Umwelt zu werden, versucht durch seine Verleugnungsneigung die Belastung zu verringern und damit seiner mitmenschlichen Isolation vorzubeugen.

Der Patient hält die Wirklichkeit von seinem Bewußtsein fern, solange bis er sich bereit erklärt, sich mit der Konfrontation der Tatsachen zu befassen. Mit seiner Verleugnung kann er nur dann brechen, wenn er spürt, daß seine Umwelt ehrlich mit ihm spricht und umgeht, daß offen über belastende Themen gesprochen wird. Diese Art der Verleugnung wird als adaptiv (anpassend) bezeichnet und ist ein Ausdruck der Krankheitsverarbeitung.

8.2 Zorn

Schreitet die Krankheit weiter fort, kann die adaptive Verleugnung schwer erschüttert werden. Mit dem Schwinden der Hoffnung stellt sich Mißtrauen und Zorn ein. Der Patient ist aggressiv, feindselig und macht Schuldzuweisungen. Viele werden zu unzufriedenen, gereizten, aufgebrachten, arroganten, herablassenden, fordernden Menschen.

Diese Phase wird als maladaptiv (nicht anpassend) bezeichnet. Dahinter steht Angst, die sich immer mehr verstärkt. Das Isolations- und Leidensgefühl nimmt immer mehr zu. Die Angst fallengelassen oder aufgegeben zu werden, kann sich einstellen.

Fragen, die sich dem Kranken aufdrängen, werden nicht mehr gestellt, da befürchtet wird, durch Fragen zu einem unangenehmen Menschen zu werden.

„Ich weiß, wie sehr meine Krankenschwester selbst unter meinem Rückfall leidet, ich möchte nicht als undankbarer, aufdringlicher Patient erscheinen.“

An die Stelle direkten Fragens tritt ein stilles Beobachten, Gespräche sind weitgehend verstummt, sie werden gemieden.

Hier besteht die Gefahr, daß sich das Behandlungsteam vom Patienten abwendet und ihn meidet. Vielleicht ist der Patientenkontakt vollständig aufgehoben. Dies sollte natürlich nie passieren. Treffen wir auf solche Verhaltensweisen, sollte es als das persönliche Erleben der Krankheit angesehen werden, und nicht als einen persönlichen Angriff gewertet werden. Wir sollten versuchen, diese Phase mit dem Patienten durchzustehen, ihm die Möglichkeit geben seinen Zorn ablassen zu können.

8.3 Verhandeln

Der Patient ist sich der Schwere seiner Erkrankung bewußt.

Er ist sehr angepasst und wird selten etwas an der Therapie anzuzweifeln haben. Ab und zu kann er noch immer unter Schuldgefühlen leiden, er macht noch leise Schuldzuweisungen. Der Patient möchte mit seinem Schicksal verhandeln. Er möchte mehr Zeit zum Leben haben, egal wie. Er würde dafür viele Opfer bringen.

In dieser Zeit wenden sich viele Patienten unbewiesenen Behandlungsmethoden zu. Sie möchten alles versuchen. Nichts unversucht lassen. Der Patient opfert zum Teil seine ganze Freizeit und gibt größere Geldmengen für seine Behandlung aus.

8.4 Depression

Sehr häufig treten Depressionen auf. Diese treten oftmals erst verspätet ein, wenn der Mensch, zunächst geheilt, vor seiner familiären und beruflichen Eingliederung steht. Der depressive Patient verhält sich meist still und in sich zurückgezogen. Seine körperlichen und seelischen Ausdrucksmöglichkeiten sind gehemmt, seine Grundstimmung ist gedrückt, oft stumm verzweifelt. Der Patient zweifelt an seinen persönlichen Werten, seiner körperlichen Attraktivität, seiner sozialen Situation. Es wird viel an Vergangenes und Versäumtes gedacht. Der Patient nimmt Abschied von seinen Mitmenschen, Vorlieben, Träumen.

Er gilt als angenehmer, leicht zu pflegender und zu behandelnder Patient.

Er hat wiederum Angst, seine seelischen Probleme mit dem Krankenpflegepersonal oder Ärzten zu erörtern. So werden oft depressive Reaktionen verheimlicht oder gar übersehen. Ein Gespräch wieder in Gang zu bringen ist in der Phase der Depression kaum mehr möglich.

8.5 Zustimmung

Erst wenn der betroffene Mensch in der Lage ist, eine richtige Sachaussage existentiell, emotional zu verarbeiten und daraus Konsequenzen für das eigene Leben zu ziehen, ist diese Aussage für ihn zur Wahrheit geworden. Erst jetzt stimmt die Aussage (Diagnose) mit seiner ganz persönlichen Wirklichkeit überein. (Vergleich , Onkologische Krankenpflege , 1994 , S.225)

Das absolute Zustimmen und Bejahen ist zwar selten, doch ist bei den meisten Menschen irgendwann das Vertrauen in sich selbst und zu wichtigen Menschen wieder da. Und dies ist für sehr viele Kraft und Hilfe.

Wahrheit ist Sachlichkeit, befrachtet mit der Aufforderung, mit ihr zu leben. Alle Wahrheit trägt den Anspruch in sich, das Leben mit ihr einzurichten. Sie soll den Menschen helfen, mit dem Leben zurecht zu kommen.

„Man sollte die Wahrheit dem Anderen wie einen Mantel hinhalten, daß er hineinschlüpfen kann, nicht wie ein nasses Tuch um den Kopf schlagen.“

(Max Frisch)

9. Die Rolle der Angehörigen und Freunde

Eine Krebserkrankung bedeutet auch für die betroffene Familie des Patienten eine schwere Krise.

Die immer wieder erforderlichen Krankenhausaufenthalte , die beruflichen und vielleicht auch die materiellen Schwierigkeiten , die auftreten können, führen oft zu großen familiären Problemen. Die Probleme sind benannt in Schlaf- und Eßstörungen , sowie sexuelle Probleme. Besonders betroffen sind davon Männer in der sogenannten „Ernährerrolle“.

In dieser veränderten Lebenssituation kann es zu vielerlei emotionellen Belastungen kommen. Gerade bei vor bestehenden Konflikten , kann es oft zu Aggressionen , Spannungen , zu massiven Kommunikationsstörungen innerhalb der Familie kommen.

Darum ist es wichtig , sich frühzeitig ein Bild von der familiären Situation zu machen.

Es hat sich bewiesen , das es sinnvoll und hilfreich für den Patienten ist , gewisse Familienangehörige oder Freunde in den Aufklärungsprozeß mit einzubeziehen. Hierdurch wird ein gleicher Wissensstand geschaffen , der eine Basis für weitere hilfreiche Familiengespräche schafft. Gespräche innerhalb der Familie können so leichter geführt werden. In diesen Familiengesprächen liegt ein wesentlicher Bestandteil psychosozialer Hilfe für den Patienten. Dies beugt eine Isolation und Depression des Patienten und vielleicht auch der Familie vor.

Besteht eine gute und offene Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen und/oder seinen Freunden so kann der Prozeß der Verarbeitung und Bewältigung wesentlich unterstützt werden.

Ich möchte darauf hinweisen , daß allein der Patient entscheidet ob und über was seine Angehörigen oder Freunde in die Krankheit mit einbezogen werden. Wir unterliegen der Schweigepflicht des Patienten.

10. Zusammenfassung

1.

Wahrheit als Übereinstimmung von Aussage und Wirklichkeit, wie sie in den Naturwissenschaften vertreten wird, greift im Verhältnis zum Menschen zu kurz. Eine sachlich richtige Aussage wird für einen existentiell betroffenen Menschen erst dann zur Wahrheit, wenn er beginnt, neue Perspektiven zu entwickeln. Dies geschieht prozeßhaft und kann durch entsprechende Begleitung behutsam unterstützt werden.

2.

Die Problemstellung, die unter dem Stichwort „Wahrheit am Krankenbett“, diskutiert wird, basiert auf der Vorstellung, daß die bloße Mitteilung der Diagnose und/oder Prognose schon der Wahrheit entspräche.

Die Angst vor unkontrollierten Reaktionen und die oft vorhandene Unfähigkeit, damit adäquat umzugehen, verleitet immer noch einige Ärztinnen und Ärzte dazu, die Patienten möglichst wenig aufzuklären – und sie damit implizit zu entmündigen.

Die Schwierigkeit, die sich daraus für das Pflegepersonal ergibt, besteht darin, daß es in seinem Gesprächsverhalten von der Aufklärungs- und Informationsbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte abhängig ist. Da die Pflegenden aber gerade mit Schwerkranken und Sterbenden sehr viel Zeit verbringen und sich dabei viele Gesprächsmöglichkeiten ergeben, geraten sie oftmals in schwere Gewissenskonflikte.

3.

Nur wer in der Lage ist, mit sich selbst wahrhaftig umzugehen und sich den eigenen Ängsten zu stellen, wird fähig zum wahrhaftigen Umgang mit kranken Menschen. Dazu zählt auch die Bereitschaft anzuerkennen, daß professionelle Helfende – neben einem profunden kognitiven Wissen – selbst Unterstützung bei der emotionalen Bewältigung des täglich erlebten Leids brauchen. Nur so kann es gelingen, auch langfristig die überwiegend als sehr belastend empfundene Begleitung kranker, versehrter und sterbender Menschen nicht nur auszuhalten, sondern vielleicht sogar als bereichernd zu erfahren. (Vergleich , I.Hoffmann , Pflege 1995 , S.338)

4.

Wichtig sind die Phasen der Verarbeitung .

Nur wer diese kennt und sie sich immer wieder vor Augen führt , kann adäquat und hilfreich dem Patienten zur Seite stehen. Das zielgerichtete Eingehen auf die Phasen der Krankheitsverarbeitung nach Kübler- Ross stellt den konkreten Beitrag der Pflege bei dem Erleben der Krankheit , der Annahme und der Neuorientierung dar.

11. Nachwort

Das Pflegepersonal hat leider kein eigenes Aufklärungsrecht und darf Aussagen des Arztes höchstens wiederholen, nicht aber interpretieren oder ergänzen. So sind wir beklagenswerterweise vollkommen abhängig von der Gesprächsbereitschaft und dem Gesprächsverhalten des Arztes. Dies führt sehr oft zu erheblichen Konflikten innerhalb des Behandlungsteams. Wir Pflegekräfte sind in erster Linie dem Patienten verpflichtet, verfügen jedoch über keinerlei Gesprächsautonomie. Sehr oft stehen wir vor der Entscheidung, auf Fragen des Patienten nicht einzugehen oder die rechtlichen Bestimmungen zu mißachten. Dieses Dilemma kann nur gelöst werden, wenn wir es zur Pflicht machen, an Aufklärungsgesprächen teilzunehmen oder eine detaillierte Information über das Aufklärungsgespräch einzufordern. Nicht umfassend genug erfolgte Aufklärungsgespräche müßten auf unseren Wunsch hin nachgeholt oder wiederholt werden. Die wahrhaftige Begleitung kranker Menschen ist eine unserer elementarsten Aufgaben. Deshalb ist es auch berufsethisch nicht gerechtfertigt, wenn das Pflegepersonal wartet, bis das ärztliche Personal von sich aus die Bereitschaft zum Austausch von Informationen signalisiert. Vielmehr ist es dazu aufgefordert, sich selbsttätig für die Verwirklichung der eigenen Berufsinhalte und deren Voraussetzungen einzusetzen.

Außerdem muß uns klarwerden, das Aufklärung nicht nur an einem Tag stattfinden muß, sondern das wahrhaftiges und ehrliches Miteinander täglich stattfinden sollte. Und für das stundenlange, tägliche Miteinander sind wir zuständig .

Wir müssen lernen, den Patienten in seiner Reaktion besser wahrzunehmen , um ihm somit richtige Hilfestellungen zu geben und zu sein.

Ich würde mir wünschen , daß Aufklärung für uns zur Selbstverständlichkeit wird , daß wir , die in der Pflege arbeiten , auf verschiedene Reaktionsweisen der Patienten professioneller reagieren könnten . Und Kommunikation , egal über welche Themen , sowieso selbstverständlich wird . In unserem Menschenbild müßte die Aufklärung so selbstverständlich sein , wie der tägliche Schlaf und das tägliche Essen .

12. Literatur

- ARNDT, M.: Ethik denken - Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Stuttgart Thieme 1996.
- AULBERT, E.: Bewältigungshilfen für den Krebskranken. Stuttgart Thieme 1993.
- GLAUS, A. u.a.: Onkologie für Krankenpflegeberufe. Stuttgart Thieme 1992.
- HEUSINGER, H.: Heilberufe 1993, Heft 2 (S. 88).
- HOFFMAN, I.: Wahrheit im Umgang mit kranken Menschen. Pflege 1995, Heft 4 (S. 333-338).
- LÄNGLE, A.: Die Wahrheit am Krankenbett. Die Schwester/Der Pfleger 1992, Heft 2 (S. 191-194).
- MARGULIES, A.; FELLINGER, K.; KRONER, T.; GAISSER, A.: Onkologische Krankenpflege. Berlin Springer 1994.
- SCHNORR, C.; MERAN, J.G.: Patientenorientierte und phasenadaptierte Aufklärung in der Onkologie. Pflege 1994, Heft 2 (S. 83-84).
- TUMORZENTRUM TÜBINGEN: Aufklärungsempfehlung : Aufklärung von Tumorpatienten. Interdisziplinäres Tumorzentrum Tübingen 1996.
- VERRES, R.: Die Kunst zu Leben. München Pieper 1994.
- WALSH, M.; FORD, P.: Pflegerituale. Berlin Ullstein Mosby 1996.
- WEIGELT, V.: Die Ungewissheit, Leiden und Chance. In: KÄPPELI, S. (Hrsg.): Pflegekonzepte. Bern Hans Huber 1993.