

MAGISTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Magisterarbeit / Title of the Master's Thesis

**„Arzt-Patient-Kommunikation bei der Diagnose-
stellung Brustkrebs am Beispiel des Brustge-
sundheitszentrums St. Josef Krankenhaus Wien“**

verfasst von / submitted by

Madeleine Blum, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Magisterstudium Publizistik- und
Kommunikationswissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Priv.-Doz. Mag. DDr. Julia Wippersberg

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus dem fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

.....

Ort, Datum

.....

MADELEINE BLUM

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während meiner Masterarbeit unterstützt und motiviert haben.

Zuerst gebührt mein Dank dem Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens und vor allem OA Dr. Ulrich Schmidbauer, welcher die Durchführung der Befragung genehmigt und unterstützt hat.

Ein besonderer Dank gilt allen Teilnehmerinnen meiner Befragung, ohne die diese Arbeit nicht hätte entstehen können.

Besonders möchte ich mich bei meinen Eltern Susanne und Michael bedanken, die mich während meines gesamten Studiums unterstützt und in schwierigen Situationen aufgebaut haben.

Auch meinen Geschwistern Dominik und Michelle gilt ein besonderer Dank, da diese immer für mich da waren und stets ein offenes Ohr für mich hatten.

Ein herzlicher Dank geht auch an meinen Partner Sebastian, der mir mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat.

Schlussendlich möchte ich mich auch bei meiner Betreuerin, Priv.-Doz. Mag. DDr. Julia Wippersberg, für die außerordentliche gute Betreuung bedanken.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	13
1.1	Zielformulierung	13
1.2	Ausgangsproblem	13
2	Theoretische Verortung.....	15
2.1	Gesundheit versus Krankheit.....	15
2.2	Die Profession ÄrztIn	17
2.3	Die Rollenbilder der PatientInnen	19
2.3.1	Compliance der PatientInnen.....	21
2.3.2	Herausforderungen für onkologische PatientInnen	22
2.4	Die Diagnose Brustkrebs	23
2.5	Klassifikationen von Brustkrebs	25
2.5.1	Tumorboard	27
2.6	Behandlungsoptionen von Brustkrebs	28
2.6.1	Die Brustoperation	29
2.6.2	Medikamentöse Therapie	30
2.6.3	Strahlentherapie.....	31
2.6.4	Integrative Ansätze der Medizin.....	31
2.6.5	Vor- und Nachsorgeuntersuchungen.....	32
2.7	Das Aufklärungsgespräch.....	33
2.8	Strukturen und Grundsätze der Arzt-Patient-Kommunikation	35
2.9	Fehlerquellen der Arzt-Patient-Kommunikation	37
2.10	Modelle der Arzt-Patient-Interaktion	38
2.11	Kommunikationstheoretische Modelle	41
2.11.1	Die Theorie der kognitiven Dissonanz	41
2.11.2	Verständigung nach der Theorie des kommunikativen Handelns	43
2.12	Das Arzt-Patient-Verhältnis im 21. Jahrhundert.....	45
2.13	Geschichte St. Josef Krankenhaus Wien.....	46
2.14	Brustgesundheitszentrum St. Josef Krankenhaus Wien.....	48
3	Forschungsstand	50
3.1	Psychologische Aspekte	50
3.2	Gesprächsführung und vermittelte Emotionen/Informationen.....	53
3.3	Lebensqualität und Zufriedenheit.....	54
3.4	Altersspezifische Unterschiede.....	59

4	Forschungsfragen.....	62
4.1	Forschungsfrage 1.....	62
4.2	Forschungsfrage 1.1.....	63
4.3	Forschungsfrage 2.....	64
4.4	Forschungsfrage 3.....	65
4.5	Forschungsfrage 4.....	66
5	Empirische Untersuchung	68
5.1	Standardisierter Fragebogen	68
5.2	Erstellung des Fragebogens.....	69
5.3	Grundgesamtheit und Stichprobe	71
5.4	Durchführung der Befragung	72
6	Ergebnisse	75
6.1	Deskriptive Statistik.....	75
6.1.1	Einschlusskriterien und demographische Daten.....	75
6.1.2	Arzt-Patient-Kommunikation (patientenzentriert vs. nicht patientenzentriert) ..	77
6.1.3	Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen	77
6.1.4	Arzt-Patient-Kommunikation (gelungen vs. misslungen)	79
6.1.5	Behandlungssituation der Brustkrebspatientinnen	80
6.1.6	Vermittlung von Emotionen der ÄrztInnen	81
6.1.7	Vermittlung von Informationen der ÄrztInnen	82
6.1.8	Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs.....	83
6.1.9	Wahrnehmung der von ÄrztInnen vermittelten Emotionen	84
6.1.10	Wahrnehmung der von ÄrztInnen vermittelten Informationen	85
6.1.11	Intensität der Arzt-Patient-Kommunikation	86
6.2	Interpretation der Ergebnisse.....	87
6.2.1	Arzt-Patient-Kommunikation (patientenzentriert vs. nicht patientenzentriert) ..	87
6.2.2	Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen	88
6.2.3	Arzt-Patient-Kommunikation (gelungen vs. misslungen)	89
6.2.4	Behandlungssituation der Brustkrebspatientinnen	90
6.2.5	Vermittlung von Emotionen der ÄrztInnen	91
6.2.6	Vermittlung von Informationen der ÄrztInnen	92
6.2.7	Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs.....	93
6.2.8	Wahrnehmung der von ÄrztInnen vermittelten Emotionen	93
6.2.9	Wahrnehmung der von ÄrztInnen vermittelten Informationen	94
6.2.10	Intensität der Arzt-Patient-Kommunikation und Alter der Brustkrebspatientinnen	96

6.3	<i>Beantwortung der Forschungsfragen</i>	98
6.3.1	<i>Forschungsfrage 1</i>	98
6.3.2	<i>Forschungsfrage 1.1</i>	99
6.3.3	<i>Forschungsfrage 2</i>	101
6.3.4	<i>Forschungsfrage 3</i>	102
6.3.5	<i>Forschungsfrage 4</i>	103
6.4	<i>Schlussfolgerungen zu den angewandten Modellen</i>	104
6.4.1	<i>Ergebnisse der Arzt-Patient-Interaktion Modelle</i>	104
6.4.2	<i>Ergebnisse der kommunikationstheoretischen Modelle</i>	106
6.5	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i>	108
7	<i>Methodenkritik</i>	112
8	<i>Implikationen und Fazit</i>	114
9	<i>Literaturverzeichnis</i>	117
10	<i>Internetquellen</i>	122
11	<i>Abbildungsverzeichnis</i>	124
12	<i>Anhänge</i>	125
12.1	<i>Informationsschreiben</i>	125
12.2	<i>Fragebogen</i>	126
13	<i>Abstracts</i>	135
13.1	<i>Abstract (Deutsch)</i>	135
13.2	<i>Abstract (english)</i>	136

1 Einleitung

1.1 Zielformulierung

Die vorliegende Arbeit analysiert die Relevanz der Arzt-Patient-Kommunikation im Rahmen der Befundbesprechung nach der Diagnosestellung Brustkrebs. Wichtig dabei ist festzustellen, welche Bedeutung die Arzt-Patient-Kommunikation für das Wohlbefinden der BrustkrebspatientInnen hat und welche Vorteile dadurch für die Betroffenen entstehen können. Infolgedessen soll auch untersucht werden, inwiefern die ÄrztInnen Emotionen und Informationen innerhalb der Patientenaufklärung an die BrustkrebspatientInnen vermitteln und ob diese von den Betroffenen tatsächlich wahrgenommen werden. Des Weiteren soll festgestellt werden, ob ein Unterschied innerhalb der Patientenaufklärung zwischen jüngeren und älteren BrustkrebspatientInnen besteht. Die Untersuchung erfolgt am Beispiel des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien.

1.2 Ausgangsproblem

Jeder Mensch kommt vermutlich mindestens einmal in seinem Leben mit der Medizin oder einem Krankenhaus in Berührung. Näher betrachtet, beginnt es bereits zu dem Zeitpunkt der Geburt und erstreckt sich bis ins hohe Alter eines Menschen. Daher ist für die Gesellschaft der Kontakt mit ÄrztInnen und das Thema Arzt-Patient-Kommunikation unumgänglich. Die Relevanz der Arzt-Patient-Kommunikation bei lebensbedrohlichen Diagnosen, wie Brustkrebs, stellt daher für die Betroffenen, aber auch für medizinische Entscheidungen einen hohen Stellenwert dar:

„Die Arzt-Patient-Kommunikation ist nicht nur ein Kontextfaktor für die „eigentlichen“ medizinischen Interventionen, sondern sie stellt den Kern der Arzt-Patient-Beziehung dar.“ (Faller, 2012: 1111)

Daraus wird ersichtlich, dass ohne eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation, die gesamte Arzt-Patient-Beziehung gefährdet ist. Dies kann wiederum, wie im Forschungsstand näher erläutert wird, negative Konsequenzen für BrustkrebspatientInnen zur Folge haben. Hinzu kommt, dass die Neuerkrankungen an Brustkrebs mit den Jahren enorm gestiegen sind und Brustkrebs bei Frauen die häufigste Krebserkrankung darstellt. Im Jahr 1983 betrug die Krebsinzidenz (Neuerkrankungen pro Jahr) in Österreich insgesamt 3.380. Davon waren 3.346 Frauen und 34 Männer von der Diagnose Brustkrebs

betroffen. Somit ist im Vergleich zu 2001 mit 5.056 (5.013 Frauen und 43 Männer) Neuerkrankungen und 2015 mit 5.480 (5.390 Frauen und 90 Männer) Neuerkrankungen, die Absolutzahl der Neudiagnosen von Brustkrebs erheblich gestiegen. Auch die Krebsmortalität (Sterbefälle pro Jahr) ist vom Jahr 1983 von 1.476 Sterbefälle auf 1.590 Sterbefälle im Jahr 2015 gestiegen (vgl. Statistik Austria, 2018).

Da Brustkrebs in der Regel in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert wird, ist es laut der Weltgesundheitsorganisation umso wichtiger, dass Frauen das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm bzw. Mammographie Screening in Anspruch nehmen. Denn dadurch ist es möglich, die Sterblichkeitsrate durch Brustkrebs zu reduzieren. Ein gut organisiertes Screening-Programm mit ebenso guter Compliance kann bei Frauen mit über 50 Jahren zu einer Senkung der Brustkrebssterblichkeit von mindestens 20% führen. Zurzeit nehmen die meisten Länder der Europäischen Union an einem Brustkrebs-Früherkennungsprogramm teil und sorgen dadurch für eine wichtige Präventionsmaßnahme im Rahmen einer Brustkrebserkrankung (vgl. WHO, 2019).

Die vorliegende Arbeit soll daher auf die Wichtigkeit einer patientenzentrierten und gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation eingehen und aufzeigen, welche Bedeutung und Auswirkungen diese für die BrustkrebspatientInnen hat und welche Faktoren dabei von den aufklärenden ÄrztInnen berücksichtigt werden müssen.

2 Theoretische Verortung

In der vorliegenden Arbeit sind Begriffe, wie Arzt-Patient-Kommunikation, Diagnose Brustkrebs, etc., von grundlegender Bedeutung. Um diese Begrifflichkeiten verständlich und nachvollziehbar zu gestalten, ist es Aufgabe dieses Kapitels diese näher zu erläutern. Ebenso ist zu erwähnen, dass bezüglich der aufgezählten Termini keine allgemeingültigen Definitionen herangezogen werden, sondern diese vielmehr aufgrund aktueller Literatur skizziert und dadurch auch verschiedene Aspekte berücksichtigt werden können.

2.1 Gesundheit versus Krankheit

Zu Beginn ist es wichtig zu erläutern, was in unserer Gesellschaft unter dem Begriff Gesundheit bzw. Krankheit verstanden wird. Denn schließlich kann Gesundheit oder Krankheit von jedem Individuum unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert werden. Eine der bekanntesten Definitionen von Gesundheit, stellt jene der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dar:

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.

Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (WHO, 2014: 1)

Die Definition der WHO scheint eine der gängigsten darzustellen, sorgt jedoch unter ExpertInnen auch für einige Diskussionen. Sie weist darauf hin, dass die Gesundheit nicht nur auf den Körper eines Menschen relativiert werden soll, allerdings scheint die Sichtweise der WHO utopisch und empirisch nicht haltbar zu sein. Denn Gesundheit bedeutet schließlich nicht nur völliges Wohlbefinden bzw. nur die Abwesenheit von Krankheit. Dies verifizieren auch einige epidemiologische Untersuchungen, bei denen mehr als 80% der TeilnehmerInnen der gesunden Bevölkerung eine Woche zuvor mindestens ein belastendes körperliches Symptom, wie Kopfschmerzen, nachweisen konnten. Somit treten körperliche Beschwerden auch bei „gesunden“ Menschen häufig auf. Diese sind jedoch meist harmlos und bedürfen keiner ärztlichen Behandlung. Wenn nun ein Individuum bestimmte ernstzunehmende Beschwerden aufweist, ist es das Ziel der ÄrztInnen eine Diagnose zu stellen. Erst nach der Diagnosestellung ist eine angemessene Behandlung der Betroffenen möglich (vgl. Faller und Lang, 2006: 2).

So versuchten bereits in der Vergangenheit etwaige ForscherInnen, wie Sigmund Freud und Talcott Parsons, einen einheitlichen Gesundheitsbegriff zu definieren (vgl. Beushausen, 2013: 82). Demgegenüber ist aber festzuhalten, dass der Gesundheitsbegriff nicht allgemeingültig definiert werden kann. Denn das Thema Gesundheit unterliegt stets einem historischen und gesellschaftlichen Wandel. Schließlich ist eine Seuchenbekämpfung oder die Bekämpfung des materiellen Elends nicht mehr gegenwärtig. Vielmehr lebt die heutige Gesellschaft in relativem Wohlstand. Die heutigen Gesundheitsprobleme sind vor allem durch einen generellen Anstieg der Lebenserwartung, eine Zunahme chronischer Krankheiten (wie Herzerkrankungen, Krebs, Rückenbeschwerden, etc.) und durch eine Veränderung der gesellschaftlichen Strukturen gekennzeichnet (vgl. ebd.: 64f).

Der Krankheitsbegriff stellt wie der Gesundheitsbegriff keine allgemeingültige oder wissenschaftlich anerkannte Definition dar. Krankheit wird oftmals als Leiden bzw. Schmerz beschrieben und in den meisten Fällen von ärztlichen Personal diagnostiziert oder anhand von kulturellen Kontexten definiert. Als krank werden oft jene Menschen bezeichnet, welche von der Norm abweichen. Dadurch kann der Krankheitsbegriff als normativ angesehen werden, welcher ein soziales, physisches, psychisches und geistiges Phänomen beschreibt (vgl. ebd.: 91f). Wenn sich nun ein Individuum als krank bezeichnet, wird diesem zugleich die neue Rolle des Kranken durch die Umwelt zugewiesen. Somit müssen die Betroffenen für ihr Umfeld erkennbar leiden und gleichzeitig einen Willen zur Besserung zeigen, um auch Unterstützung zu erhalten (vgl. ebd.: 93f). Dies verdeutlicht, dass die Zuschreibung einer Krankheit generell durch die Kommunikation zwischen einem Individuum und dessen sozialen Umwelten erfolgt (vgl. ebd.: 96).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich Gesundheit und Krankheit als sozial vermittelte Phänomene klassifizieren lassen können (vgl. ebd.: 103). Alle bisherigen Definitionen von Gesundheit und Krankheit stellen soziale Konstrukte von BeobachterInnen dar, welche sich auf verschiedene Menschenbilder und auf eine bestimmte Sichtweise zurückführen lassen (vgl. ebd.: 98).

Das Thema Gesundheit bzw. die Vermeidung von Krankheit, spielt eine essentielle Rolle für die Gesellschaft und ist allseits präsent. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität aufgrund einer Krankheit ist enorm und will im Idealfall von jedem Menschen vermieden werden. Daher stellt auch die Gesundheitsprävention einen wichtigen Faktor für die Lebensqualität der Menschen dar. Die Prävention kann in einen primären, sekundären und tertiären Bereich gegliedert werden (vgl. Faller und Lang, 2006: 264).

Die primäre Prävention zielt auf die Verhinderung einer Krankheitsentstehung und somit auf gesunde Menschen ab. Die sekundäre Gesundheitsprävention dient zur Früherkennung von Erkrankungen. Als Beispiel kann hierfür die Mammographie genannt werden, um Brustkrebs möglichst früh zu diagnostizieren und behandeln zu können. Die Zielgruppe der sekundären Prävention sind sogenannte Risikopersonen. Die tertiäre Prävention fokussiert sich auf bereits erkrankte Menschen und daher auf die Vermeidung von Verschlechterung einer bereits bestehenden Krankheit (vgl. ebd.).

Wichtig ist vor allem die Gesundheitsbildung sowie Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen und dementsprechend auch umzusetzen. Gesundheitsförderung bedeutet sich auf Aktivitäten zur Verbesserung bzw. Stärkung der Gesundheit zu konzentrieren. Auf individueller Ebene sollte hier der Fokus auf einen gesunden Lebensstil und gewissen Stressbewältigungskompetenzen liegen. Im gesellschaftlichen Bereich sind damit die Gestaltung und Umsetzung gesundheitsfördernder Projekte gemeint (vgl. ebd.: 289).

Gesundheitsbildung beschreibt wiederum alle Maßnahmen, wie Aufklärung, Beratung, Training, etc., welche mit Hilfe von Information, Motivation und Schulung zu einer positiven Veränderung der gesundheits- und krankheitsbezogenen Einstellungen, sowie Verhaltensweisen von Menschen führen können (vgl. ebd.).

2.2 Die Profession ÄrztIn

Zu früheren Zeiten war der Beruf der ÄrztInnen gesellschaftlich hoch anerkannt. Heutzutage hat sich die Einzigartigkeit des ärztlichen Berufs aufgrund verschiedener Bedingungen jedoch geändert. Solche Veränderungen beziehen sich einerseits auf ein zunehmendes Misstrauen der PatientInnen gegenüber ärztlichen Handelns. Andererseits können diese auch durch Modelle, wie die des „shared-decision-makings“, welche aufgrund von gemeinsamen medizinischen Entscheidungen mit den PatientInnen, die frühere Sonderstellung der ÄrztInnen verdrängen, bedingt sein (vgl. Faller und Lang, 2006: 156). Als Voraussetzung der ärztlichen Berufsausübung gilt eine staatlich geregelte Genehmigung zur Berufszulassung. Außerdem muss ein Hochschulstudium erfolgreich absolviert werden, um den Beruf ÄrztIn ausüben zu dürfen. Ein wichtiger Faktor stellt ebenso die ärztliche Berufsethik dar, welche die ärztliche Schweigepflicht miteinbezieht und so auf das hohe Gut des Hippokratischen Eids und Ärztegelöbnis hinweist. Bei Verstößen gegen die ärztliche Berufsordnung (z.B. Drogenabhängigkeit) werden bestimmte Sanktionen vollzogen, welche bis zu einem Entzug der Berufszulassung führen können (vgl. ebd.).

Der amerikanische Soziologe Talcott Parsons (1951) beschrieb die Anforderungen an die soziale Rolle der ÄrztInnen. Dabei erwähnte Parsons, dass sich die ÄrztInnen auf ihre Berufung konzentrieren und ihre fachliche Kompetenz auf ein bestimmtes Teilgebiet der Medizin beschränken sollen, um sich ein Expertenwissen aneignen und den Betroffenen die bestmögliche Versorgung gewährleisten zu können. Schließlich haben die ÄrztInnen auch die Verpflichtung allen Betroffenen gleichermaßen zu helfen und auf das Wohlergehen dieser zu achten. Zudem müssen sich die ÄrztInnen am Gemeinschaftswohl orientieren und sollten nicht nur an der Maximierung des eigenen Gewinns interessiert sein. Außerdem ist es während der Behandlung wichtig, dass die ÄrztInnen sich gegenüber den PatientInnen empathisch verhalten sowie jedem Individuum neutral gegenüberstehen (vgl. Parsons, 1951: 457f). Parsons erwähnt aber auch, dass die ÄrztInnen aufgrund ihrer besonderen Verantwortung hinsichtlich der Versorgung der Patientinnen auch besondere Verpflichtungen haben, um solche Leistungen zu erbringen (vgl. ebd.: 459). Die beschriebenen Erwartungen an die soziale Rolle der ÄrztInnen werden nun um die tatsächlichen Aufgabengebiete dieser erweitert. Daher werden im Folgenden die Aufgabengebiete der ÄrztInnen, wie im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) vorhanden, aufgezählt:

„Das Aufgabengebiet der Ärztin für Allgemeinmedizin/des Arztes für Allgemeinmedizin umfasst die medizinische Betreuung des gesamten menschlichen Lebensbereiches, insbesondere die diesbezügliche Gesundheitsförderung, Krankheitserkennung und Krankenbehandlung aller Personen, unabhängig von Alter, Geschlecht und Art der Gesundheitsstörung. Die wesentlichen Aufgaben der Ärztin für Allgemeinmedizin/des Arztes für Allgemeinmedizin liegen in der

- 1. Gesundheitsförderung, –vorsorge und –nachsorge,*
- 2. patientinnen- und patientenorientierten Früherkennung von Krankheiten,*
- 3. Diagnostik und Behandlung jeder Art von Erkrankungen,*
- 4. Behandlung lebensbedrohlicher Zustände,*
- 5. allgemeinmedizinischen Betreuung behinderter, chronisch kranker und alter Menschen,*
- 6. Diagnostik und Behandlung von milieubedingten Schäden,*
- 7. Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen,*
- 8. Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für die Patientinnen/Patienten sowie*
- 9. Zusammenarbeit mit Fachärztinnen/Fachärzten, Angehörigen anderer Gesundheitsberufe und mit Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere Krankenanstalten.“ (RIS, 03.02.2019)*

Die ÄrztInnen sind somit für die Bewältigung von Beschwerden und das Wiederherstellen des Gesundheitszustandes eines Menschen zuständig. Infolgedessen erbringen ÄrztInnen personenbezogene Dienstleistungen. Die ÄrztInnen können je nach Fachgebieten und Berufsfeldern differenziert werden (z.B.: HausärztIn, FachärztIn für Onkologie, FachärztIn für Gynäkologie, etc.). Die spezifischen Handlungsempfehlungen der ÄrztInnen werden in sogenannten Leitlinien definiert (vgl. Faller und Lang, 2006: 156). Eine Leitlinie bezeichnet eine Therapieempfehlung für eine bestimmte Erkrankung, welche aufgrund ausreichender Manifestationen (z.B. anhand von Ergebnissen klinischer Studien) erstellt werden kann. Die Erstellung der Leitlinien erfolgt durch die medizinischen Fachgesellschaften. Jedoch kann das ärztliche Personal, wenn erforderlich, im Einzelfall von diesen Leitlinien abweichen. Ebenso sollten die ÄrztInnen neben den wissenschaftlich überprüften Ergebnissen auch ihre Expertise bzw. klinische Erfahrung und die Bedürfnisse der PatientInnen berücksichtigen (vgl. ebd.: 77).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Mensch und seine Erkrankung im Fokus der Medizin stehen und alle Phasen der Erkrankung berücksichtigt werden, angefangen bei der Krankheitsprävention bis hin zur Nachsorge. Diese Phasen spielen vor allem bei onkologischen PatientInnen eine wichtige Rolle, da hier die Früherkennung als auch die Krebsnachsorge von wesentlicher Bedeutung sind und nicht vernachlässigt werden dürfen.

2.3 Die Rollenbilder der PatientInnen

Ein zentraler Aspekt bei der Arzt-Patient-Kommunikation stellen die PatientInnen selbst dar. Ein wichtiges Charakteristikum aus Sicht der PatientInnen ist das Wohlbefinden. Wenn sich eine Person krank fühlt, fühlt sich diese nicht wohl. Hinzu kommt, dass viele PatientInnen Kranksein mit einer Einschränkung ihres Handlungsvermögens definieren. Wie bereits bei der Definition von Gesundheit erwähnt, kann der Begriff Gesundheit bzw. Krankheit von jedem Menschen unterschiedlich wahrgenommen werden. Somit ist auch die Symptomwahrnehmung bei jedem Individuum unterschiedlich stark ausgeprägt. Allerdings spielen hierbei vor allem Kognitionen (z.B. Gedanken, Interpretationen, etc.) und Emotionen (z.B. Angst, Depressivität, etc.) der PatientInnen eine wichtige Rolle (vgl. Faller und Lang, 2006: 3f).

Der Soziologe Talcott Parsons (1975), bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, definierte ebenso die Hauptkriterien, um die soziale Rolle des Krankseins zu akzeptieren. Darin beschreibt

Parsons, dass Kranke bzw. PatientInnen einen Anspruch auf Befreiung von den normalen täglichen Verpflichtungen und Erwartungen haben, da diese keine Schuld trifft und sie eher als Opfer der Erkrankung angesehen und daher nicht zur Verantwortung gezogen werden können. Jedoch ist es eine Verpflichtung der Kranken sich ärztliche Hilfe zu suchen, um die Genesung zu erleichtern bzw. sich einer ordnungsgemäßen Behandlung zu unterziehen. Schließlich ermöglicht eine ärztliche Diagnosestellung den Betroffenen auch Entlastung, da die Kranken Gewissheit über ihre Diagnose haben sowie einen ärztlichen Nachweis von Arbeitsunfähigkeit vorweisen können. Außerdem sollten sich die Betroffenen darauf konzentrieren, möglichst schnell wieder gesund zu werden und nicht in der Krankenrolle zu verweilen oder diese als Ausweg aus schwierigen Lebenssituationen zu betrachten (vgl. Parsons, 1975: 262).

Sind nun Menschen aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden bzw. Krankheit in ärztlicher Behandlung, werden diese als PatientInnen bezeichnet (vgl. Faller und Lang, 2006: 4). Da in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf BrustkrebspatientInnen liegt, stehen dadurch ausschließlich onkologische PatientInnen im Forschungsinteresse. Onkologische PatientInnen sind wiederum all jene, welche aufgrund einer Krebserkrankung in ärztlicher Behandlung sind.

Oftmals herrscht eine Diskussion zwischen MedizinerInnen und ÖkonomInnen darüber, ob die PatientInnen auch als KundInnen innerhalb des Gesundheitssystems verstanden werden können bzw. dürfen. Die MedizinerInnen stehen dieser Auseinandersetzung eher negativ gegenüber, da diese den Kundenbegriff als reine Marketingstrategie ansehen, in welchem die Wünsche und Bedürfnisse der KundInnen über alles stehen und sich diese im Wettbewerb den AnbieterInnen bedingungslos zu unterwerfen haben. ÖkonomInnen betonen wiederum, dass der Begriff der PatientInnen auf das Rollenbild unmündiger, rechtloser und dem System ausgelieferter LeistungsempfängerInnen verweist. Wichtig ist hierbei zu erwähnen, dass die PatientInnen aufgrund ihrer Teilhabe und Bedürfnisse im Gesundheitssystem letztendlich viele unterschiedliche Rollen einnehmen und somit auch als Nachfrager, LeistungsempfängerInnen, KlientInnen, Entscheider, PartnerInnen oder Versicherte bezeichnet werden können. Schließlich sollte im Rahmen dieser Diskussion hinsichtlich der Rollenbilder von PatientInnen vielmehr die Frage nach deren Autonomie und Rechte berücksichtigt werden und wie diese im Kontext einer dringlichen Bedürftigkeit für Leidensminderung bzw. Heilung verwirklicht werden können, vor allem bei onkologischen PatientInnen (vgl. Sibbel, 2011: 193f). Autonomie stellt einen zentralen Aspekt bei onkologischen PatientInnen dar, wobei es wichtig ist, diesen das Recht auf die finale Entscheidung zu überlassen und sie auch nicht zu beeinträchtigen. Somit sollte es als Teil der ärztlichen Prinzipien angesehen werden, den

PatientInnen so viel Unterstützung und Fürsorge wie nötig, bei so viel Autonomie wie möglich zu gewährleisten (vgl. Hillebrand, 2008: 93).

2.3.1 Compliance der PatientInnen

Die Compliance bezeichnet das kooperative Verhalten der PatientInnen während einer Behandlung. Nun entscheiden die PatientInnen selbst, welche Art von Kooperation sie während einer Therapie einnehmen. Einerseits gibt es die aktive Kooperationsform der PatientInnen, bei welcher diese möglichst vollständig über ihre Erkrankung und Therapieoptionen informiert werden möchten. Innerhalb der aktiven Kooperationsform, entscheiden die PatientInnen über medizinische Maßnahmen mit und integrieren diese in ihren Alltag. Eine aktive Kooperation der PatientInnen verweist auch auf das partnerschaftliche Modell der Arzt-Patient-Interaktion, auf welches im Kapitel 2.9 näher eingegangen wird. Andererseits können PatientInnen ebenso passiv kooperieren. Dies bedeutet, dass die Betroffenen lediglich den Anweisungen der ÄrztInnen folgen, jedoch keine eigene Verantwortung für ihre Behandlung übernehmen (vgl. Faller und Lang, 2006: 172).

Außerdem wird die Kooperation der PatientInnen zudem in eine autonome oder eine heteronome Form unterteilt. Kooperieren die Betroffenen autonom, dann erfolgt dies selbstständig und freiwillig. Im Gegensatz dazu ist das Handeln der PatientInnen in der heteronomen Kooperation fremdbestimmt und entsteht durch Druck der ÄrztInnen oder Angehörigen (vgl. ebd.).

Die Compliance, im englischsprachigen Raum auch adherence oder concordance genannt, hängt aber auch immer von der Art der Erkrankung der PatientInnen ab. Hier kann nachgewiesen werden, dass zum Beispiel bei Hypertonie (Bluthochdruck), welche keine Symptome auslöst, die Compliance bei etwa 50% liegt. Hingegen bei Asthma (Atemnot) steigt die Compliance der PatientInnen auf 80%. Studien verweisen jedoch darauf, dass die Compliance der PatientInnen mit Hilfe von bestimmten Schulungsmaßnahmen, inklusive Erinnerungsscheiben sowie Selbstbeobachtung, gefördert werden kann (vgl. ebd.).

Zudem kann die Compliance der PatientInnen durch weitere Faktoren beeinflusst werden, wie Merkmale der Erkrankung (z.B. akute vs. chronische Erkrankung), Merkmale der Therapie (z.B. kurze vs. lange Dauer der Therapie), Bedingungen der Behandlungssituation (z.B. kurze vs. lange Wartezeiten), Arzt-Patient-Beziehung (z.B. verständliche vs. unverständliche Kommunikation), Merkmale der PatientInnen (z.B. irrationale Behandlungssängste) sowie durch Einflüsse des sozialen Umfelds (z.B. fehlende soziale Unterstützung) (vgl. ebd.: 173).

ÄrztInnen können einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Compliance leisten, indem diese sichergehen, ob bei den PatientInnen das notwendige Wissen hinsichtlich der Behandlung, deren Auswirkungen, etc. vorhanden ist. Zusätzlich können sich die ÄrztInnen vergewissern, ob bei den Betroffenen ausreichend Motivation besteht, diese gefördert werden sollte oder ob zum Beispiel PatientInnenschulungen hilfreich sein könnten (vgl. ebd.).

2.3.2 Herausforderungen für onkologische PatientInnen

Bei onkologischen PatientInnen steht bei der Diagnosestellung Krebs, unabhängig von Therapieoptionen und tatsächlicher Prognose, die lebensbedrohliche Situation im Vordergrund. Sogar nach erfolgreich abgeschlossener Primärbehandlung bleibt für viele der Verlauf unsicher, da die Bedrohung durch ein Rezidiv weiterbestehen kann. Zudem werden die PatientInnen durch körperliche Beschwerden aufgrund von Behandlungsmaßnahmen, wie Operation, Strahlentherapie oder Chemotherapie, belastet. Außerdem nehmen die Betroffenen eine Veränderung ihres Körperbildes wahr, wobei Brustkrebspatientinnen aufgrund einer Mastektomie (Brustamputation) ihre Weiblichkeit und körperliche Attraktivität sogar als vermindert erleben können. Des Weiteren kann es bei den Betroffenen zu reduzierter Leistungsfähigkeit im Alltag kommen. Infolge der Erkrankung müssen die PatientInnen möglicherweise vorher festgelegte Lebensziele verwerfen und neu definieren, wodurch verschiedene Emotionen, wie Trauer oder Wut, entstehen können (vgl. Faller und Lang, 2006: 222).

Ebenso tritt Ungewissheit bezüglich der sozialen Rolle in Beruf und Familie auf, wo es darum geht, inwiefern die Betroffenen ihren Beruf ausüben können, ihre Familie weiterhin versorgen können oder inwieweit die Erkrankung Auswirkungen auf die Partnerschaft hat. Hinzu kommt, dass onkologische PatientInnen meist auf andere Personen, wie Angehörige oder ÄrztInnen, angewiesen sind. Jedoch stellt die Thematik Krebserkrankung noch immer ein Kommunikationstabu dar. Die Angehörigen trauen sich oft nicht über die Erkrankung zu sprechen, auch aufgrund einer psychischen Belastung der Betroffenen. Zusätzlich kann sozialer Rückzug oder auch eine Stigmatisierung durch das soziale Umfeld, die Folge einer Krebserkrankung sein (vgl. ebd.). Die emotionalen Folgen aufgrund der Krebserkrankung können einerseits durch Gefühle, wie Trauer, Angst oder Verletzlichkeit, gekennzeichnet sein oder verlaufen sogar in eine psychische Störung, wie eine Depression oder Angststörung (vgl. ebd.).

Schließlich kann die Summe der beschriebenen Belastungen eine Bedrohung für die PatientInnen darstellen, bei welcher sich diese nicht als selbstbestimmtes, kompetentes und vollständiges Individuum wahrnehmen können (vgl. ebd.: 223).

Viele Betroffene erleben ihre Krebserkrankung als bedrohlich, unabsehbar und unkontrollierbar. Um dieses Gefühl bzw. diese Situation zu vermeiden, ist es wichtig, dass die Betroffenen sich erkundigen, welche Aktivitäten sie ausüben können, um den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen. Hierbei spielt vor allem das Informationsbedürfnis und die aktive Teilnahme der PatientInnen an medizinischen Entscheidungsprozessen eine wichtige Rolle (siehe auch partnerschaftliches Modell, Kapitel 2.9) (vgl. Faller und Lang, 2006: 223).

Bei der Krankheitsverarbeitung gibt es nun günstige (adaptive), aber auch schlechte (maladaptive) Bewältigungsstrategien. Adaptive Strategien sind durch aktive Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung - Kampfgeist, Humor, Akzeptanz der Diagnose, emotionaler Ausdruck und Suche - sowie Annahme sozialer Unterstützung gekennzeichnet. Eine maladaptive Verarbeitung der Krankheit wird anhand von depressiver Stimmung erkannt, wie Hoffnungslosigkeit, fatalistische und resignierte Einstellung, soziale Isolation und Gefühlsunterdrückung. Hinsichtlich der Bewältigungsstrategie mit Hilfe von Verleugnung bzw. Vermeidung gibt es unterschiedliche Meinungen. Gewiss ist jedoch, dass die Verleugnung der Erkrankung die Angst der Betroffenen zunächst verringert, aber längerfristig mit einem schlechten emotionalen Befinden verbunden ist (vgl. ebd.). Hinzu kommt, dass viele der onkologischen PatientInnen ihrer Erkrankung einen Sinn geben möchten und im Laufe der Zeit eine subjektive Krankheitstheorie entwickeln. Zunächst sollte diese persönliche Vorstellung der Betroffenen respektiert werden, auch wenn diese mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft nicht vereinbar ist (vgl. ebd.: 224). Da es manchen PatientInnen aufgrund ihrer Persönlichkeit oder guter Prognose leichter fällt, eine kämpferische Einstellung gegenüber ihrer Krebsdiagnose zu entwickeln und andere wiederum mit diesem Anspruch überfordert sind, ist es Aufgabe der ÄrztInnen den PatientInnen zu vermitteln, dass Gefühle wie Angst und Trauer in dieser Lebenssituation normal sind. Außerdem ist es wichtig, den PatientInnen einen gewissen Raum und eine Eigenständigkeit zuzugestehen und traurige Gefühle durchaus zum Ausdruck zu bringen. Die ÄrztInnen können somit die Betroffenen dabei unterstützen, ihre persönliche Strategie zur Krankheitsbewältigung zu finden (vgl. ebd.: 223f).

2.4 Die Diagnose Brustkrebs

Der Weg zu der Diagnose Brustkrebs ist für die Betroffenen eine herausfordernde und lebensverändernde Situation. Die meisten PatientInnen suchen nach einer bestimmten Ursache für ihre Brustkrebserkrankung, allerdings sind letztendlich keine plausiblen Erklärungen dafür zu finden. Auch aus der aktuellen Sicht der Wissenschaft sind keine allgemeingültigen Ursachen für die Entstehung von Brustkrebs zu erheben. Jedoch gibt

es Risikofaktoren, welche eine Erkrankung an Brustkrebs erhöhen können. Diese Faktoren beziehen sich auf die familiäre Belastung (Häufigkeit von Brust- oder Eierstockkrebs in der Familie), Lebensstil (starkes Übergewicht, Einnahme von Hormonen) und eventuell Umweltfaktoren. Doch auch wenn diese Risikofaktoren vermieden werden, kann eine Brustkrebserkrankung trotz alledem auftreten. Hierbei muss aber auch erwähnt werden, dass die Diagnose Brustkrebs heutzutage, je nach Aggressivität und Tumorstadium, kein Todesurteil für die Betroffenen bedeutet. Mit Hilfe einer konsequenten und individuellen Therapie gegen den Brustkrebs, haben je nach Erkrankungsstadium 60% – 95% der PatientInnen eine Chance auf Heilung. Zur Behandlung gegen Brustkrebs werden Operationen und Bestrahlungen durchgeführt, sowie medikamentöse Therapien, z.B. Chemotherapie, Antikörpertherapie oder antihormonelle Medikamente, angewandt (vgl. Schütz und Sohn, 2018: 2).

Bis die Diagnose Brustkrebs gesichert ist, bedarf es einiger Untersuchungen, welche die Malignität bzw. die Ausweitung der Erkrankung medizinisch bestätigen. Wichtig ist, dass Frauen in regelmäßigen Abständen bei sich selbst eine Tastuntersuchung durchführen. Diese stellt aber auch eine relevante Untersuchungsmöglichkeit der ÄrztInnen dar. Ob die Betroffenen oder die ÄrztInnen tatsächlich einen Knoten ertasten, hängt von der Größe des Knotens und der Brust ab, sowie deren Beschaffenheit (vgl. ebd.: 8).

Neben der Tastuntersuchung gibt es bildgebende Verfahren, welche für die Brustdiagnostik eine hohe Relevanz aufweisen. Dazu zählt die Mammographie (= Röntgen der Brust in verschiedenen Ebenen), welche als verlässlichste Bildgebung der Brustdiagnostik angesehen wird. Der Vorteil bei einer Mammographie ist, dass die ÄrztInnen ein sehr frühes Stadium und noch nicht tastbare Brustkrebserkrankung erkennen können und zudem auch sogenannte Mikroverkalkungen sichtbar sind, welche im Zusammenhang mit einer Krebsvorstufe stehen können. Allerdings spielt bei der Mammographie die Dichte des Gewebes eine wichtige Rolle, denn je dichter das Gewebe ist, desto schwieriger ist es eine valide Aussage über die Mammographie treffen zu können. Da die Dichte des Gewebes bei jüngeren Frauen höher ist als bei älteren Frauen, steigt die Aussagekraft der Mammographie mit zunehmenden Alter der Patientinnen (vgl. ebd.).

Eine weitere hilfreiche Bildgebung innerhalb der Brustdiagnostik stellt der Brustultraschall dar. Dieser dient oft als ergänzende Methode zur Mammographie und unterstützt die ÄrztInnen bei Untersuchungen von dichten Brustgewebe und bei der Abklärung der axillären Lymphknoten. Bei einem Brustultraschall haben die Gerätequalität und die Erfahrung der UntersucherInnen (z.B. Ausbildung, Übung und Kompetenz) eine wichtige Bedeutung (vgl. ebd.: 9).

Wenn letztendlich im Rahmen der Mammographie und des Brustultraschalls keine eindeutige Aussage getroffen werden konnte oder eine besondere Erkrankungsform vorliegt, kommt die Kernspintomographie (= Magnetresonanztomographie) zum Einsatz. Die Kernspintomographie stellt ein sehr genaues Untersuchungsverfahren dar und hilft zum Beispiel die Multizentrität (= mehrere Knoten in einer Brust) einer Brustkrebserkrankung abzuklären (vgl. ebd.: 10).

Weitere bildgebende Verfahren sind die Elastographie und die Tomosynthese. Mit Hilfe der Elastographie ist es möglich, die Festigkeit eines Tumors festzustellen, wobei maligne (= bösartige) Tumore dichter und härter sind als benigne (= gutartige) Tumore. Die Tomosynthese kann mit einer Computertomographie verglichen werden und arbeitet die Brust „in Schichten“ auf. Dabei können insbesondere kleine Tumore bei dichteren Brustgewebe besser dargestellt und somit auch besser erkannt werden (vgl. ebd.: 11).

Ob nun ein durch die Mammographie oder Brustultraschall nachgewiesener Tumor letztendlich gut- oder bösartig ist, kann nur mit Hilfe einer Biopsie (= Gewebeentnahme) festgestellt werden. Diese feingewebliche Untersuchung wird heutzutage ambulant durchgeführt und erfolgt mittels einer Stanz- oder Vakuumbiopsie. Die dabei entnommenen Gewebeproben werden von den PathologInnen unter einem Mikroskop analysiert und im Anschluss befundet. Aufgrund der Biopsie können Aussagen hinsichtlich der Art (gut- oder bösartig) und Aggressivität der Brustkrebserkrankung getroffen werden. Letztendlich ist dadurch die Diagnose Brustkrebs (= Mammakarzinom) gesichert und die Planung der weiteren Behandlung kann durchgeführt werden (vgl. ebd.: 14).

2.5 Klassifikationen von Brustkrebs

Diagnosen werden mit Hilfe von bestimmten Klassifikationsinstrumenten gestellt. Die wichtigsten Instrumente zur Diagnosestellung sind die „International statistical Classification of Diseases and related health problems“ (ICD) und die „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DMS). Diese beiden Klassifikationen ermöglichen eine Zuordnung von Krankheiten und Verhaltensauffälligkeiten. Mit Hilfe dieser Konstruktionen können sich die ÄrztInnen einen Überblick verschaffen und Ordnung in ihre medizinischen Beobachtungen bringen. Zugleich leisten diese Systeme eine Unterstützung für die ÄrztInnen handlungsfähig zu werden bzw. zu bleiben (vgl. Beushausen, 2013: 105):

„Die Vergabe von Diagnosen ist notwendig, da man nicht nicht diagnostizieren kann.“
(Beushausen, 2013: 105)

Die Aussage von Beushausen erinnert an jene von Paul Watzlawick, welcher meinte, dass man nicht nicht kommunizieren kann (vgl. Watzlawick et al., 1972: 73) und weist auf die Relevanz einer Diagnosestellung für ÄrztInnen, aber auch für die PatientInnen hin. Aufgrund einer Diagnosestellung ist es den PatientInnen nämlich möglich, ihre Krankheit einzuordnen, sich dementsprechend zu erkundigen und sich für eine bestimmte Therapieoption zu entscheiden (vgl. Beushausen, 2013: 105ff).

Die Diagnose Brustkrebs wird im ICD-10 German Modification Version 2019 (aktuellste Version der „International statistical Classification of Diseases and related health problems“) unter der Klassifikation „C50. Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)“ angeführt.

Zudem kann die Diagnose Brustkrebs durch eine pathologische Untersuchung in weitere Klassifikationen bzw. Stadien eingeteilt werden. Die PathologInnen sind für die histologische Untersuchung einer Biopsie (= Gewebeentnahme) oder eines Operationspräparates (= entferntes Gewebe während der Operation) zuständig. Dies erfolgt mit Hilfe eines Mikroskops und ermöglicht die Tumorausbreitung gemäß der TNM-Klassifikation zu bestimmen - diese wird später näher erläutert (vgl. Eicher und Marquard, 2008: 71).

Die Einteilung von Brustkrebs bzw. Mammakarzinomen durch die Pathologie kann in nichtinvasive und invasive Karzinome erfolgen. Bei nichtinvasiven Karzinomen geht der Krebs entweder von den Milchgängen (= Duktales Carcinoma in situ) oder von den Milchdrüsenläppchen (= Lobuläres Carcinoma in situ) aus und wird daher als Krebsvorstufe bezeichnet. Bei In-situ-Karzinomen ist üblicherweise eine lokale Behandlung, wie Operation und Bestrahlung, ausreichend. Wenn die In-situ-Karzinome jedoch nicht rechtzeitig behandelt werden, können diese in ein invasives Karzinom übergehen. Daher ist gerade bei den Krebsvorstufen eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung erforderlich (vgl. Schütz und Sohn, 2018: 16f).

Das invasive Mammakarzinom kann zwischen einem invasiv duktalem und einem invasiv lobulären Brustkrebs unterschieden werden. Zusätzlich sind noch wenig andere Tumorsubtypen vorhanden, welche aber eher selten vorkommen. Das invasive Mammakarzinom wächst im Gegensatz zu den Krebsvorstufen infiltrierend (= sich hineinfressend) in das Gewebe und überschreitet somit die Gewebsgrenzen der Brust. Eine große Gefahr beim invasiven Brustkrebs ist, dass dieser in andere Teile des Körpers streuen kann. Dies hat zur Folge, dass über den Blutweg kleine Tochtergeschwülste in die Knochen, Leber oder Lunge gelangen können (vgl. ebd.: 17). Zudem können die Lymphknoten der Achselhöhle und des restlichen Körpers befallen sein. Wenn dies der Fall ist, betrifft der Brustkrebs den gesamten Körper und benötigt oft neben einer lokalen

Therapie, wie Operation und Strahlentherapie, eine systemische medikamentöse Therapie, welche auf den gesamten Körper abzielt (vgl. ebd.: 17f).

Wie bereits zu Beginn des Kapitels erwähnt, erfolgt nun die Erläuterung der TNM-Klassifikation. Die TNM-Klassifikation wird von der „Union Internationale contre le Cancer/International Union Against Cancer“ (UICC) festgelegt. Die TNM-Klassifikation beschreibt letztendlich die Ausbreitung des Mammakarzinoms („T“), den Tumorbefall der axillären Lymphknoten („N“) und ob Fernmetastasen vorliegen oder nicht („M“) (vgl. Eicher und Marquard, 2008: 79f).

Wichtig ist, dass vor der jeweiligen Stadieneinteilung ein Präfix zu finden ist. Wenn nun vor der Stadieneinteilung ein „c“ steht (Bsp.: cTNM), bezeichnet dies die klinische Einschätzung der Tumorausbreitung, also die Ausbreitung eines Tumors vor einer Behandlung. Die klinische Einschätzung kann mit Hilfe von radiologischen Untersuchungen erfolgen. Wurde jedoch ein „p“ hinzugefügt (Bsp.: pTNM), verweist dies auf die pathologische Untersuchung. Diese erfolgt zumeist nach einer Brustoperation (vgl. Schütz und Sohn, 2018: 44).

Zusätzlich können die PathologInnen die Aggressivität des Mammakarzinoms bestimmen, indem diese Angaben zum Grading (= Krebszelle und gesunde Ursprungszelle werden miteinander verglichen), Proliferationsrate (= Ki67; misst die Wachstumsgeschwindigkeit von Tumorzellen), Östrogen- und Progesteronrezeptoren (= Überprüfung, ob Krebszellen hormonabhängig wachsen) und menschlichen Wachstumsfaktorrezeptor-2 (= HER2-Rezeptoren; Beurteilung, ob Krebszelle zur Teilung angeregt wird und dadurch höhere Aggressivität der Erkrankung besteht) tätigen (vgl. ebd.: 18). Außerdem kann durch die Pathologie festgestellt werden, ob nach einer Behandlung Lymphgefäßeinbrüche oder Blutgefäßeinbrüche bestehen und ob ein Resttumor vorhanden ist (vgl. Eicher und Marquard, 2008: 81f).

2.5.1 Tumorboard

Medizinische Entscheidungen, wie z.B. welche Therapieoptionen den PatientInnen zur Verfügung stehen oder welche Behandlung gegen den jeweiligen Brustkrebs am besten anschlügt, können aufgrund der oben beschriebenen Kriterien getroffen werden. Das Behandlungskonzept der PatientInnen wird, sobald das Ausmaß der Brustkrebserkrankung feststeht, im Rahmen einer Tumorkonferenz, auch Tumorboard genannt, durch ein Expertenteam festgelegt. Dieses Expertenteam besteht einerseits aus ÄrztInnen der Radiologie (Präsentation der bildgebenden Diagnostik), Pathologie (Darstellung der histo-

logischen Untersuchungen), Chirurgie oder Gynäkologie (für operative Verfahren zuständig), Onkologie (Beurteilung ob und welche Chemotherapie bzw. medikamentöse Therapie indiziert ist) und der Strahlentherapie (Beurteilung, der Notwendigkeit einer Bestrahlung). Andererseits nehmen am Tumorboard ebenso MitarbeiterInnen aus anderen Berufsgruppen teil, wie aus der Psychoonkologie, dem Sozialdienst oder aus der Pflege (z.B. Breast Care Nurses) (vgl. Schütz und Sohn, 2018: 22).

Ein Tumorboard erfolgt bereits zu Beginn der Behandlung, also aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen aus bildgebenden Untersuchungen und/oder histologischen Befunden einer Biopsie, um abwägen zu können, welche Therapie (Operation, medikamentöse bzw. Chemotherapie oder Strahlentherapie) primär angewandt werden soll. Im Rahmen der Tumorkonferenzen wägt das Expertenteam die Vor- und Nachteile der einzelnen Behandlungsoptionen gegeneinander ab und bestimmt zugleich die zeitliche Reihenfolge dieser. Aufgrund der Tumorausprägung sowie Tumorbiologie legen die ExpertInnen ein therapeutisches Konzept fest. Das therapeutische Konzept hat jedoch nicht nur zum Ziel die Prognose zu verbessern, sondern auch weitere Aspekte, wie kosmetisches Ergebnis der Operation, Genetik (Familienanamnese), Alter der PatientInnen, Nebendiagnosen und vorherige Therapien zu berücksichtigen. Auch der Allgemeinzustand, die psychische Verfassung und die Präferenzen der PatientInnen werden im Tumorboard berücksichtigt. Das Konferenzergebnis eines Tumorboards, inklusive Vor- und Nachteile der Behandlung, sollte den PatientInnen folgend ausführlich erklärt werden. Die PatientInnen können sich letztendlich immer noch gegen das empfohlene Behandlungskonzept entscheiden, jedoch sollte dies auf Basis von allen zur Verfügung stehenden Informationen erfolgen (vgl. ebd.: 22f).

Schließlich ist es mit Hilfe der Klassifikationen bzw. Stadieneinteilungen von Mammakarzinomen und aufgrund der Tumorkonferenzen möglich, dass sich die ÄrztInnen orientieren und dadurch den Betroffenen die richtige Behandlung gewährleisten können.

2.6 Behandlungsoptionen von Brustkrebs

Als Behandlungsmöglichkeiten eines Mammakarzinoms stehen eine Operation, Strahlentherapie und medikamentöse Systemtherapie zur Auswahl. Eine Operation und Bestrahlung der Brust stellen lokale Maßnahmen dar, die ausschließlich an der Brust wirken und den Ursprungsherd der Erkrankung im Fokus haben. Dadurch können Lokalrezidive verhindert werden. Eine Systemtherapie behandelt hingegen den gesamten Körper der Betroffenen und versucht dadurch Tochtergeschwülste (= Metastasen) und

ebenso das Auftreten von Lokalrezidiven zu verhindern. Aufgrund der Durchführung einer systemischen medikamentösen Therapie konnten zunehmend viel mehr Frauen von Brustkrebs geheilt werden (vgl. Schütz und Sohn, 2018: 28).

Die als früher typisch geltende Reihenfolge, zuerst Operation und anschließend Strahlentherapie und/oder medikamentöse Therapie gehört seit mehreren Jahren der Vergangenheit an. Heutzutage wird in manchen Fällen die systemische Therapie vor einer Brustoperation eingesetzt, um dadurch eine Verkleinerung des Tumors zu erreichen. Somit kann einerseits festgestellt werden, ob die Systemtherapie eine optimale Wirkung auf den Tumor hat und andererseits ist es dadurch möglich, anstatt einer Brustentfernung, eine brusterhaltende Operation anzustreben. Außerdem werden jene Systemtherapien, welche vor einer Operation stattfinden, von den PatientInnen oft besser vertragen als jene nach einer Operation. Bei einer neoadjuvanten Systemtherapie (= vor einer Operation) ist den PatientInnen nämlich die Möglichkeit gegeben, die Wirkung der Chemotherapie direkt am Knoten in der Brust mitzuerleben. Die einzelnen Behandlungsoptionen von Brustkrebs werden in den nächsten Kapiteln näher erläutert (vgl. ebd.: 29).

2.6.1 Die Brustoperation

Die operative Entfernung eines Tumors stellt einen wichtigen Bestandteil jeder Brustkrebsbehandlung dar. Ob nun die Operation des Mammakarzinoms vor oder nach einer anderen Therapie (z.B. Chemotherapie) erfolgt, wird im Rahmen der Tumorkonferenz besprochen (vgl. Schütz und Sohn, 2018: 29).

Bei einer operativen Entfernung des Tumors ist immer die Frage nach der Brusterhaltung ausschlaggebend. Bei etwa 70 – 80% der PatientInnen ist es möglich, eine brusterhaltende Therapie mit anschließender Strahlentherapie durchzuführen. Bei den restlichen 20 – 30% der Betroffenen ist allerdings eine Brustentfernung notwendig, um eine Heilung erzielen zu können (vgl. ebd.: 32). Dabei ist wichtig zu erwähnen, dass bei einer Brustentfernung zwar kein Überlebensvorteil für die Betroffenen einhergeht, aber die Lokalrezidivrate (= Rate des Wiederauftretens von Brustkrebs an einer bereits zuvor behandelten Stelle) nach diesem Eingriff niedriger ist als bei jenen PatientInnen, welche brusterhaltend operiert wurden (vgl. ebd.: 29).

Bei der Entscheidung nach der Art des operativen Eingriffs müssen mehrere Aspekte von den OperateurInnen berücksichtigt werden. Bei einer brusterhaltenden Operation ist die Relation zwischen Tumor- und Brustgröße, das Ausmaß der Krebsvorstufe (z.B. Duktales Carcinoma in situ) und die Anzahl der Tumorherde innerhalb einer Brust relevant (vgl. ebd.: 32f).

Neben der brusterhaltenden Operation gibt es schließlich auch noch die Möglichkeit der zentralen Segmentresektion, Quadrantenresektion, tumoradaptierten Reduktionsplastik und Mastektomie. Bei der zentralen Segmentresektion werden Tumore entfernt, welche sich direkt hinter der Brustwarze befinden. Dabei ist es aber auch notwendig die betroffene Brustwarze mit Hilfe eines spindelförmigen Schnittes mit zu entfernen. Im Rahmen einer Quadrantenresektion wird bis zu einem Viertel der betroffenen Brust entfernt und in den meisten Fällen auch der Hautmantel der Brust verkleinert, um einen Gewebedefekt zu umgehen. Die Tumoradaptierte Reduktionsplastik beschreibt eine bei großen Brüsten durchgeführte Reduktionsplastik der Brust unter gleichzeitiger Entfernung des Tumors, wobei eine spätere Angleichung der anderen Brust zu berücksichtigen ist. Eine Mastektomie zielt auf die Brustamputation ab und stellt daher den ausgedehntesten chirurgischen Eingriff dar. Innerhalb der Brustamputation kann zwischen einer modifiziert radikalen Mastektomie, einer hautsparenden Mastektomie oder einer nippelsparenden Mastektomie unterschieden werden (vgl. ebd.: 36ff).

2.6.2 Medikamentöse Therapie

Unter medikamentösen Therapien werden bei Brustkrebserkrankungen antihormonelle (endokrine) Therapien, Chemotherapien und Antikörpertherapien verstanden. Aber auch mit Hilfe einer knochengerichteten Therapie ist es möglich, eine Verbesserung der Erkrankung zu erzielen. Die Prognose einer Brustkrebserkrankung konnte in den letzten 20 Jahren deutlich verbessert werden. Zugleich leiden weniger PatientInnen an einem Rezidiv des Brustkrebses. Dies weist darauf hin, dass vor allem die Etablierung einer konsequenten und zielgerichteten medikamentösen Therapie eine Prognoseverbesserung möglich macht (vgl. Schütz und Sohn, 2018: 51).

Ob eine medikamentöse Behandlung tatsächlich indiziert ist, kann einerseits anhand der biologischen Tumorfaktoren und andererseits aufgrund der vorhandenen Risikofaktoren, wie Alter und Begleiterkrankungen, der PatientInnen beurteilt werden. Allerdings sind bei medikamentösen Behandlungen auch deren möglichen Nebenwirkungen und Risiken zu beachten (vgl. ebd.: 52). Die Nebenwirkungen einer Chemotherapie können zum Beispiel Haarverlust, Allergische Reaktionen, Probleme mit dem Verdauungstrakt, etc. sein (vgl. ebd.: 56f). Zielgerichtete medikamentöse Therapien haben die Absicht, ein bestimmtes Ziel auf bzw. an der Tumorzelle oder im Tumorbereich zu attackieren. Wenn dieses Ziel aufgrund der Therapie erreicht wird, ist es für die Tumorzelle nicht mehr möglich weiter zu existieren und diese geht daher in den Zelltod über. Im Rahmen der medikamentösen Behandlungen spielt auch die personalisierte Medizin eine wichtige

Rolle. Dies bedeutet, dass jede Form von medikamentöser Therapie unter Berücksichtigung der individuellen Eigenschaften der PatientInnen ausgewählt wird (vgl. ebd.: 52).

2.6.3 Strahlentherapie

Wie bereits erwähnt, stellt die Bestrahlung der Brust eine lokale Behandlungsmöglichkeit dar. Die Strahlentherapie erfolgt in der Regel perkutan (= von außen auf die Haut) mit Hilfe eines speziellen Bestrahlungsgeräts und hat das Ziel, das Risiko für ein Lokalrezidiv zu reduzieren (vgl. Eicher und Marquard, 2008: 201f). In den meisten Fällen folgt nach einer brusterhaltenden Operation eine postoperative Strahlentherapie. Innerhalb der Tumorkonferenz entscheiden die StrahlentherapeutInnen gemeinsam mit dem Expertenteam, ob die Indikation für eine Bestrahlung gestellt ist oder nicht. Zudem wird entschieden, ob die Betroffenen eine Standardstrahlentherapie erhalten oder eine kürzere Bestrahlung möglich ist. Auch wird darüber diskutiert, ob das ehemalige Tumorbett eine intensivere Bestrahlung erhält. Dies kann zwar das Rezidivrisiko reduzieren, kann aber negative Auswirkungen auf die Hauttoxizität und das kosmetische Ergebnis zur Folge haben (vgl. Schütz und Sohn, 2018: 76).

In den letzten Jahren wurde auch eine intraoperative Strahlentherapie entwickelt. Diese kann den absoluten Bestrahlungszeitraum um etwa eine Woche verkürzen und scheint bei manchen PatientInnen auszureichen, sodass auf eine postoperative Strahlentherapie gänzlich verzichtet werden kann. Außerdem wurde eine atemabhängige Bestrahlung der Brust entwickelt, welche sich mit den ohnehin seltenen Schädigungen von Lunge oder Herz auseinandersetzt (vgl. ebd.).

Generell werden Strahlentherapien vier bis zehn Wochen nach der Brustoperation oder der letzten Chemotherapie durchgeführt. Nach der Aufklärung der PatientInnen und dem Planungs-CT erfolgt die Durchführung der Bestrahlung. Auch hier ist es wichtig Nebenwirkungen, wie Hautreaktionen, zu berücksichtigen und rechtzeitig behandeln zu lassen. Jedoch werden die Bestrahlungen aufgrund der modernen Technik von den meisten PatientInnen gut toleriert (vgl. ebd.: 76ff).

2.6.4 Integrative Ansätze der Medizin

Unter den integrativen Ansätzen der Medizin werden jene Therapien verstanden, welche entweder von selbst eine Wirkung gegen die Tumorerkrankung entwickeln oder als Unterstützung für die Standardbehandlungen, wie Chemotherapie, endokrine Therapie, etc., dienen bzw. zumindest deren Nebenwirkungen abschwächen sollen. Wichtig ist,

dass die integrative Medizin nicht mit der Alternativmedizin verwechselt werden darf. Denn bei der Anwendung der Alternativmedizin ist das Ziel, die Standardtherapien vollkommen zu ersetzen. Allerdings wird die Alternativmedizin aufgrund mangelnder Untersuchungen hinsichtlich ihrer Effekte, Nebenwirkungen und Risiken von den meisten seriösen und wissenschaftlich denkenden MedizinerInnen abgelehnt (vgl. Schütz und Sohn, 2018: 110).

Die integrative Medizin wiederum wird hingegen durchaus von einigen ExpertInnen ergänzend zur Standardtherapie empfohlen und findet auch je nach Region bei 50 – 80% der PatientInnen Interesse. Dabei geht es den Betroffenen vor allem darum, dass diese mit der Unterstützung der integrativen Medizin ihre Lebensqualität erhöhen, ihr Immunsystem stärken und Beschwerden reduzieren können. Der integrativen Medizin geht es primär darum, den Geist der PatientInnen positiv zu beeinflussen, um dadurch eine gleichzeitige gesundheitliche Verbesserung des Körpers zu erzielen (vgl. ebd.). Dies kann mit Hilfe von Entspannung bzw. Meditation, gesunder und ausgewogener Ernährung, Misteltherapie und vieles mehr erreicht werden (vgl. ebd.: 111ff).

2.6.5 Vor- und Nachsorgeuntersuchungen

Wie bereits im Ausgangsproblem erwähnt, ist das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm ein wichtiger Meilenstein, um die Brustkrebssterblichkeit zu reduzieren und die hohe Qualität der Mammographie kontinuierlich zu sichern. In Österreich startete das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm im Jahr 2014 und stellt eine gemeinsame Initiative von Bund, Sozialversicherung, den Bundesländern und der Österreichischen Ärztekammer dar. Ein Screening-Programm zielt auf Betroffene einer bestimmten Krankheit und Bevölkerungsgruppe ab. Wenn die Betroffenen gewisse Kriterien erfüllen (z.B. Alter, Geschlecht), werden ihnen im Rahmen des Programms Untersuchungen, wie eine Mammographie, angeboten. Mit Hilfe des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms kann jenen Menschen geholfen werden, welche von Brustkrebs bereits betroffen sind, aber noch keine Symptome bemerken. Somit ist es gesunden Frauen zwischen 40 und 70 Jahren möglich, kostenlos daran teilzunehmen und falls diese von Brustkrebs betroffen sind, ihre Heilungschancen zu erhöhen (vgl. WGKK, 2018).

Allerdings ist es auch nach der Brustkrebsbehandlung wichtig, in regelmäßigen Abständen Nachsorgeuntersuchungen wahrzunehmen. Laut der Deutschen Krebsgesellschaft werden in den ersten drei Jahren alle drei Monate Nachsorgekontrollen empfohlen. Im vierten und fünften Jahr, sind alle sechs Monate Nachsorgeuntersuchungen empfehlenswert und nach fünf Jahren der Primärbehandlung werden die Untersuchungen einmal jährlich durchgeführt. Im Rahmen der Nachsorge ist es relevant zu beobachten, wie

sich die Behandlung insgesamt auf den Körper ausgewirkt hat, welche Nebenwirkungen die zurzeit eingenommenen Medikamente aufweisen, ob ein Lokalrezidiv der betroffenen Brust oder eine neue Krebserkrankung der anderen Brust vorhanden ist und welche weiteren unterstützenden Maßnahmen den PatientInnen angeboten werden können (vgl. Schütz und Sohn, 2018: 96).

Zum Abschluss des Kapitels soll erwähnt werden, dass die angeführten Behandlungsoptionen von Brustkrebs lediglich einen sehr kurzen Überblick über die möglichen Eingriffe geben und eine ausführliche Darstellung im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist. Jedoch verhilft es dazu, ein Verständnis dafür zu erlangen, welche Therapieoptionen den Betroffenen zur Verfügung stehen und aufgrund welcher Kriterien diese Entscheidungen getroffen werden können.

2.7 Das Aufklärungsgespräch

Die Mitteilung von ungünstigen Diagnosen, wie Brustkrebs, stellt für das ärztliche Personal eine kommunikative Herausforderung dar. Vor wenigen Jahrzehnten war die Vermittlung von Krebsdiagnosen noch unüblich, da diese Situation für die Betroffenen als zu belastend eingestuft wurde. Heutzutage ist es jedoch so, dass die PatientInnen bestmöglich über ihre Erkrankung informiert werden wollen und dies sogar positive Auswirkungen auf das psychische Befinden der PatientInnen und die Krankheitsbewältigung hat. Allerdings muss auch erwähnt werden, dass die PatientInnen inzwischen das Recht darauf besitzen über ihre Krankheit vollständig informiert und aufgeklärt zu werden. Auch in den Krankenhäusern stellt dies einen Standard dar, aber bedarf trotzdem das Feingefühl der jeweiligen aufklärenden ÄrztInnen. Dies bedeutet, dass die MedizinerInnen das Aufklärungsgespräch möglichst an den Bedürfnissen der PatientInnen orientieren sollten. Denn schließlich möchten nicht alle Erkrankten über ihre Diagnose vollständig informiert werden oder wenden Verleugnung als Bewältigungsstrategie an. Daher ist es wichtig, das Aufklärungsgespräch und die diesbezüglich relevanten Informationen individuell anzupassen. Da PatientInnen während dem Aufklärungsgespräch nicht alle relevanten Informationen wahrnehmen können, stellt der Zeitfaktor einen wichtigen Bestandteil dar. Oft ist ein einziges Aufklärungsgespräch für die PatientInnen nicht ausreichend, um die Diagnose und mögliche Therapieoptionen wahrzunehmen und zu verstehen. Auch Studienergebnisse bestätigen, dass Krebskranke durchschnittlich nur 50% der relevanten Informationen, welche ihnen während ihres Aufklärungsgesprächs vermitteln

wurden, wahrnehmen. Somit ist eine kontinuierliche Informationsvermittlung seitens der ÄrztInnen unerlässlich (vgl. Faller und Lang, 2006: 174).

Neben ausreichend Zeit ist für das Aufklärungsgespräch aber auch eine geeignete Umgebung notwendig, um für PatientInnen eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Zusätzlich können die ÄrztInnen den Betroffenen anbieten eine Begleitung mitzunehmen. Manchen PatientInnen ermöglicht dies ein Gefühl von Sicherheit, andere wiederum verzichten lieber auf eine Begleitung. Daher sollte die Entscheidung über eine Begleitperson immer den PatientInnen selbst überlassen werden (vgl. ebd.).

Während eines Aufklärungsgesprächs ist es wichtig, dass die Informationsvermittlung schrittweise und im Dialog erfolgt. Daher sollten sich die ÄrztInnen stets an der Aufnahmebereitschaft der PatientInnen orientieren und diese nicht mit einer Informationsflut überlasten (vgl. ebd.).

Für ein patientenorientiertes Aufklärungsgespräch bei lebensbedrohlichen Diagnosen, wie Brustkrebs, ist es zu Beginn wichtig, dass die ÄrztInnen das Informationsbedürfnis der PatientInnen erfragen. Hierbei können sich die ÄrztInnen an die Präferenzen der PatientInnen orientieren und daran feststellen, welche Informationen die Erkrankten vermittelt bekommen möchten und welche nicht. Ebenso sollte sich das ärztliche Personal über den Informationsstand der Betroffenen erkundigen. Dies bedeutet, dass nach dem aktuellen Wissensstand der PatientInnen gefragt wird, um bei dem Aufklärungsgespräch an der richtigen Stelle einzusteigen. Die Informationsvermittlung während eines Aufklärungsgesprächs sollte einfach und offen gestaltet werden. Hierfür sollte die Alltagssprache angewandt und die Gesprächsführung mit Hilfe von Grafiken, etc. unterstrichen werden. Auch heikle oder peinliche Thematiken können selbstverständlich angesprochen werden, allerdings bedarf es hierbei immer an Feinfühligkeit. Wichtig ist es auch sicherzustellen, dass die Betroffenen die Informationen verstanden haben. Dabei kann es von Vorteil sein, dass die MedizinerInnen während des Gesprächs nachfragen, ob die vermittelten Informationen verstanden wurden. Andernfalls sollten die ÄrztInnen eine abschließende Zusammenfassung anbieten. Ebenfalls sollten die ÄrztInnen stets Raum für Rückfragen lassen und die PatientInnen dazu ermutigen, bei Unklarheiten aktiv nachzufragen (vgl. ebd.: 175).

Außerdem sollte während eines Aufklärungsgesprächs die Angabe von Zeitrahmen, wie z.B. vermuteter Abschluss der Therapie, vermieden werden. Schließlich reagiert jedes Individuum auf die Erkrankung und deren Behandlung unterschiedlich. Auch die aktive Teilnahme bei der Entscheidung über die Behandlungsoptionen der PatientInnen, insofern diese damit einverstanden sind, spielt eine wichtige Rolle für ein patientenorientiertes Aufklärungsgespräch. Während der Aufklärung über die Diagnose ist es von Vorteil,

wenn die ÄrztInnen zuerst auf die Heilungschancen der Krankheit eingehen und erst im Nachhinein auf die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls verweisen. Dadurch kann das Gefühl der Hoffnung verstärkt werden. In Fällen, wo jedoch nur mehr eine palliative Behandlung möglich ist, ist es Aufgabe der MedizinerInnen zu vermitteln, dass alles versucht wird, um eine möglichst gute Lebensqualität aufrechtzuerhalten (vgl. ebd.). Letztendlich dürfen im Rahmen des Aufklärungsgesprächs die Gefühle der PatientInnen nicht vernachlässigt werden. Daher ist es wichtig, dass die Betroffenen ihre Gefühle offen aussprechen und die ÄrztInnen darauf einfühlsam reagieren sowie über die Möglichkeit von psychosozialer Unterstützung informieren. Die Betroffenen benötigen ausreichend Zeit, um die Informationsvermittlung emotional verarbeiten zu können. Hier kann es hilfreich sein, dass die ÄrztInnen signalisieren, dass sie auch zukünftig für Rückfragen oder weitere Gespräche zur Verfügung stehen (vgl. ebd.).

2.8 Strukturen und Grundsätze der Arzt-Patient-Kommunikation

Die Arzt-Patient-Kommunikation spielt eine entscheidende Rolle für die Diagnosestellung sowie für eine angemessene Behandlung der PatientInnen. Die Kommunikation zwischen den ÄrztInnen und Erkrankten erfolgt auf verschiedenen Ebenen. Einerseits kann Kommunikation verbal vermittelt werden, dies bedeutet durch die Sprache. Andererseits ist die Kommunikation auch nonverbal möglich, wie durch Mimik, Gestik und Körperhaltung. Zusätzlich gibt es noch die Form der paraverbalen Kommunikation, welche die Begleitumstände der Sprache beschreibt, wie Sprachmelodie oder Lautstärke. Das Ziel einer gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation sollte eine möglichst klare, prägnante und präzise Verständigung sein. Die Arzt-Patient-Kommunikation erfolgt hauptsächlich persönlich und läuft somit in mündlicher Form ab (vgl. Faller und Lang, 2006: 164f).

Ebenso kann zwischen einer direkten und indirekten Kommunikationsform unterschieden werden. Innerhalb der direkten Kommunikation sprechen die GesprächspartnerInnen ihre Ziele offen an. Während bei der indirekten Kommunikation die Absichten in verdeckter und verschlüsselter Form zum Ausdruck gebracht werden. PatientInnen reagieren vor allem auf indirekte Mitteilungen sensibel, daher ist eine rücksichtsvolle Kommunikationsweise seitens der ÄrztInnen angemessen (vgl. ebd.: 165).

Auch die Inhalts- und Beziehungsebene stellen einen relevanten Faktor in der Kommunikation dar. Die Inhaltsebene beschreibt jene des Sachverhalts, also worum es tatsächlich geht. Die Beziehungsebene verweist wiederum auf die Verbindung zwischen den Gesprächsparteien. Es ist aber möglich, dass die Inhalts- und Beziehungsebene in Wi-

derspruch zueinander stehen. Dabei wird ein Wunsch ausdrücklich kommuniziert, jedoch wird ein unbewusster gegenteiliger Wunsch durch das nonverbale Verhalten vermittelt. Dies wird letztendlich als „double bind“ bezeichnet (vgl. ebd.: 165f).

Die Arzt-Patient-Kommunikation kann symmetrisch oder asymmetrisch verlaufen. Symmetrische Kommunikation bezeichnet jene Form, bei der beide GesprächspartnerInnen die gleiche Machtstellung einnehmen. Besteht ein Machtgefälle und die ÄrztInnen stehen über den PatientInnen, entsteht eine asymmetrische Kommunikation. Untersuchungen haben ergeben, dass ÄrztInnen die Asymmetrie der Kommunikation sogar aufrecht erhalten wollen, indem diese zum Beispiel Fragen oder Einwände der PatientInnen übergehen oder einen Themenwechsel vornehmen. Jedoch stellt diese Art von Kommunikation ein falsches Verständnis für eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation dar. Viel wichtiger ist es die Bedürfnisse und Vorstellungen der Erkrankten in medizinische Entscheidungen miteinzubeziehen (vgl. ebd.: 166).

Der wichtigste Grundsatz für eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung ist eine gelungene Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Dadurch kann die Erfüllung des Patientenwohls sowie des Patientenwillens gewährleistet werden (vgl. Horch et al., 2009: 892ff). Die Arzt-Patient-Kommunikation dient primär zur Optimierung der Informations- und Entscheidungsprozesse und ist vor allem für die betroffenen PatientInnen und deren Behandlungssituation ausschlaggebend. Im Rahmen der ärztlichen Aufklärung sollten die ÄrztInnen den Betroffenen alle Behandlungsalternativen erläutern und gemeinsam mit den PatientInnen eine Behandlungsmöglichkeit wählen. Hinsichtlich der ärztlichen Aufklärung, welche in der vorliegenden Arbeit einen wesentlichen Faktor darstellt, ist es wichtig zu erwähnen, dass es den aufklärenden ÄrztInnen angesichts der modernen Medizin und der Vielzahl an Datenfülle (zum Beispiel klinische Studien, etc.) gar nicht möglich ist, den PatientInnen alle in der Medizin vorgeschlagenen Verfahren offenzulegen. Außerdem besteht hierbei die Gefahr, dass die PatientInnen aufgrund des großen Spektrums von Behandlungsmöglichkeiten den Überblick verlieren. Es ist diesen als medizinische Laien gar nicht möglich derartig wichtige Entscheidungen treffen zu können. Die Folge solch einer ärztlichen Aufklärung ist letztendlich die Verunsicherung der PatientInnen. Daher ist es innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation seitens der aufklärenden ÄrztInnen erforderlich, dass diese den tatsächlichen Aufklärungsumfang und relevante Informationen auf ein für die PatientInnen geeignetes Maß beschränken und somit das Gefühl von Unsicherheit reduzieren oder gar beseitigen (vgl. Schelling und Erlinger, 2003: 331ff).

Zudem müssen die PatientInnen lernen offen zu kommunizieren und Fragen, Erwartungen und Unsicherheiten zu klären. Unausgesprochene Missverständnisse können zu schwerwiegenden und unwiderruflichen Entscheidungen führen. Mit Fragen wie „Welche Entscheidung würden Sie an meiner Stelle treffen“ bringen PatientInnen ihre bestehende Unsicherheit zum Ausdruck, zeigen dadurch wie sehr sie nach Informationen, Meinungen und Einschätzungen suchen und machen gleichzeitig deutlich, dass sie von den ÄrztInnen Entscheidungsunterstützung benötigen (vgl. Sibbel, 2011: 199).

Hinzu kommt, dass auch das Internet heutzutage eine wichtige Informationsquelle im Rahmen der Arzt-Patient-Kommunikation darstellt. So kommt es während eines Aufklärungsgesprächs vor, dass PatientInnen zu ihrer jeweiligen Diagnose Fragen beantwortet haben möchten, welche sie im Internet gelesen haben und eventuell nicht richtig einordnen können. Die Art des Informationsaustausches durch das Internet stellt die ÄrztInnen selbstverständlich vor neue kommunikative Herausforderungen. Den PatientInnen ist es dadurch möglich, ihre Informationen mit Hilfe von unterschiedlichen Webseiten, Portalen, Diskussionsforen, Social-Media-Kanälen, etc. einzuholen. Auch die Medienunternehmen schenken gesundheitsbezogenen Themen immer mehr Aufmerksamkeit und berichten immer öfter über Anliegen von PatientInnen (vgl. ebd.: 196). Die Reaktionen und Aktivitäten der PatientInnen im Internet zeigen, dass diese ein sehr hohes Informationsbedürfnis hinsichtlich gesundheitsbezogener und medizinischer Themen haben und auch mit anderen, seien es die Betroffenen selbst oder Angehörige, teilen möchten. Daher wird dem Internet im Rahmen der Arzt-Patient-Kommunikation eine wichtige Rolle zugesprochen, auch wenn nicht immer von Vorteil (vgl. ebd.).

2.9 Fehlerquellen der Arzt-Patient-Kommunikation

Warum die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen nicht immer optimal verlaufen kann, ist von unterschiedlichen Ursachen abhängig. Eine dieser Gründe stellen die organisatorisch-rechtlichen Bedingungen dar. Darunter fällt vor allem der Zeitdruck, welchem die ÄrztInnen im klinischen Alltag ausgesetzt sind. Aufgrund der Dokumentation, Qualitätssicherung, Abrechnungen, etc. wird der Kontakt und somit auch die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen enorm eingeschränkt (vgl. Faller und Lang, 2006: 176).

Eine andere Art von Störungsquelle der Arzt-Patient-Kommunikation kann aber auch an der Person der ÄrztInnen oder der PatientInnen selbst liegen. Damit sind Beurteilungsfehler in Form von systematischen Verzerrungen der Wahrnehmung einer anderen Per-

son gemeint (vgl. ebd.). Dies bezeichnet den sogenannten Halo-Effekt (= Überstrahlungsfehler), bei welchem die Wahrnehmung aufgrund eines hervorstechenden Merkmals beeinflusst wird und auf andere Merkmale der Person ausstrahlt. Zum Beispiel kann ein gepflegtes Aussehen und freundliches Verhalten der PatientInnen die ÄrztInnen vermuten lassen, dass diese die Empfehlungen annehmen und einhalten werden. Hier wird also aufgrund des Auftretens der PatientInnen auf deren Compliance geschlossen (vgl. ebd.).

Zusätzlich existiert noch der Abwehrmechanismus der Projektion, wobei unbewusste Eigenschaften, welche man sich selbst nicht eingestehen will, beim anderen verstärkt wahrgenommen werden. Dies beschreibt zum Beispiel, wenn sich die ÄrztInnen selbst als stark und kompetent wahrnehmen und Gefühle, wie Hilflosigkeit, verdrängen. Hilflosigkeit bzw. Schwäche der PatientInnen werden dann primär wahrgenommen (vgl. ebd.). Als weitere Fehlerquelle in der Arzt-Patient-Kommunikation kann die Ablehnung der PatientInnen gegenüber den ärztlichen Empfehlungen beschrieben werden. Dabei ist es wichtig, dass die ÄrztInnen versuchen das Motiv der Ablehnung herauszufinden und nicht mit Gegendruck zu reagieren. Jedoch ist es möglich, dass manche PatientInnen die ÄrztInnen mit ihren Vorstellungen der bestmöglichen Behandlung konfrontieren und davon nicht abzubringen sind (vgl. ebd.). Dadurch geraten die MedizinerInnen unter Druck, welcher wiederum zu einem Widerstand des ärztlichen Personals führen kann, da diese sich in ihrer Therapiefreiheit eingeschränkt fühlen. Dieser Vorgang wird als Reaktanz bezeichnet. Reaktanz kann allerdings auch bei den PatientInnen auftreten, wenn sich diese aufgrund der ärztlichen Empfehlungen eingeschränkt fühlen (vgl. ebd.).

Auch die Erwartungsenttäuschung der PatientInnen kann eine Störungsquelle, innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation, auslösen. Dies ist oft der Fall, wenn die PatientInnen zu hohe Erwartungen an die medizinische Behandlung haben und sich die Erkrankung im Verlauf der Behandlung verschlechtert oder nach anfänglicher Remission wieder zurückkehrt. Um diese Fehlerquelle eventuell zu vermeiden, ist es wichtig, dass die ÄrztInnen im Aufklärungsgespräch je nach Art der Krebserkrankung explizit darauf hinweisen und die Erkrankten von Beginn an mit der Wahrheit konfrontieren (vgl. ebd.).

2.10 Modelle der Arzt-Patient-Interaktion

Im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung wurden drei Modelle entwickelt, welche auf das unterschiedliche Verhältnis zwischen den ÄrztInnen und PatientInnen eingehen. Im Mittelpunkt der Modelle stehen jeweils das Verhalten der betroffenen Personengruppen (vgl. Faller und Lang, 2006: 167).

Der erste Ansatz der Arzt-Patient-Beziehung ist jener des paternalistischen Modells. Dieses vertritt einen traditionellen Blickwinkel, bei welchem die ÄrztInnen im Interesse der PatientInnen Entscheidungen treffen. Somit verhalten sich die Erkrankten während der gesamten Beziehungsdauer passiv. Aufgrund der diversen Informationsmöglichkeiten, welche den PatientInnen heutzutage zur Verfügung stehen, wird dieses Modell als veraltet betrachtet. Im Endeffekt wird die Autonomie der PatientInnen vernachlässigt. Letztendlich kann dieses Modell ausschließlich bei Betroffenen mit bestimmten Einschränkungen (z.B. akute Psychose) oder bei einer Entscheidungsüberforderung in Betracht gezogen werden (vgl. ebd.).

Der nächste Ansatz wird als Konsumentenmodell bezeichnet. In diesem Modell wird angenommen, dass die PatientInnen ihre Ziele gut kennen und von den ÄrztInnen lediglich unterstützende Informationen benötigen, um eine endgültige Entscheidung treffen zu können. Das bedeutet, dass sich die Rolle der ÄrztInnen auf die Informationsvermittlung und auf die Ausführung der Entscheidung limitiert. Angesichts des hohen Informationsbedürfnisses der PatientInnen und der heutzutage vielfältigen Therapieoptionen, kann dieses Modell durchaus als gerechtfertigt angesehen werden. Allerdings sollten bei schwerwiegenden oder sogar lebensbedrohlichen Erkrankungen, wie Brustkrebs, die Unterstützung der ÄrztInnen in Anspruch genommen werden, um gemeinsam die Werte und Ziele der Betroffenen zu definieren. Schließlich wird in diesem Ansatz der emotionale Part der ÄrztInnen vernachlässigt, welcher aber eine entscheidende Rolle während des gesamten Behandlungsprozesses spielt (vgl. ebd.).

Der dritte Ansatz des partnerschaftlichen Modells wird im angloamerikanischen Raum als „shared-decision-making“ Ansatz bezeichnet und stellt das erfolgreichste und auch empfehlenswerteste Modell dar. Bei einer richtigen Umsetzung gewährleistet das partnerschaftliche Modell eine bestmögliche medizinische Versorgung der Betroffenen (vgl. ebd.: 167). Daher leistet dieser Ansatz einen wichtigen Beitrag für die vorliegende Arbeit und stellt zugleich ein wichtiges Kriterium für die Forschungsfragen, Hypothesen sowie Fragebogenuntersuchung dar.

Das Modell sieht eine gemeinsame Diskussion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen vor, in welcher diese auf das Problem eingehen und die Ziele der Behandlung festlegen. Die PatientInnen vermitteln ihre Bedürfnisse und die ÄrztInnen die vorliegende medizinische Evidenz. Jedoch ist es im Rahmen des partnerschaftlichen Modells seitens der MedizinerInnen durchaus erwünscht, dass diese ihre eigenen Empfehlungen abgeben. Grundsätzlich stehen aber die Wertvorstellungen, Ziele, Erwartungen und Ängste der

PatientInnen im Fokus. Dies bedeutet, dass eine bestimmte Gesprächsatmosphäre geschaffen werden muss, die es den Erkrankten ermöglicht ihre eigene Sichtweise und Bedürfnisse zu vermitteln. Allerdings ist es Aufgabe der ÄrztInnen die gewünschte Rolle der PatientInnen bei der Entscheidungsfindung herauszufinden und richtig einzuordnen. Denn nicht alle Betroffenen wollen an der Entscheidungsfindung aktiv teilnehmen (vgl. ebd.: 167f).

Ebenso sollte die Diskussion über die möglichen Behandlungsoptionen interaktiv gestaltet werden. Daher ist es die Verpflichtung der ÄrztInnen aufgrund von empirischer Evidenz alle möglichen Behandlungsoptionen mit den PatientInnen zu besprechen. Anschließend ist es die Aufgabe der PatientInnen die vorgeschlagenen Behandlungsoptionen mit den eigenen Präferenzen abzugleichen. Während diesem Prozess können die ÄrztInnen zwar durchaus versuchen die Betroffenen von bestimmten Optionen zu überzeugen, aber letztendlich liegt die finale Entscheidung bei den PatientInnen. Nach der gemeinsamen Entscheidungsfindung wird ein Handlungsplan festgelegt. Beide Parteien versuchen diesen einzuhalten und Abweichungen zu vermeiden (vgl. ebd.: 168).

Die Auswirkungen dieses Modells sind eine Verbesserung der Compliance (= kooperatives Verhalten) der PatientInnen und eine Erleichterung des Alltagstransfers. Laut Studien erlangen PatientInnen im Rahmen des partnerschaftlichen Modells ein stärkeres Gefühl der Kontrolle über den Behandlungsprozess und entwickeln zugleich eine höhere Zufriedenheit. Sogar einige Jahre nach Abschluss der Brustkrebstherapie war die Lebensqualität jener Frauen höher, welche aktiv bei der Auswahl der Behandlungsoptionen beteiligt waren. Jedoch können die aktuellen Forschungsergebnisse zu diesem Thema nicht explizit darauf hinweisen, dass aufgrund einer Verbesserung des Kontrollerlebens, Zufriedenheit und Compliance auch eine Erreichung der erwünschten Behandlungsergebnisse erzielt werden. Hierbei kann aufgrund von bestimmten Hinweisen nur ein Zusammenhang vermutet werden. Gewiss ist jedoch, dass eine Gesprächsführung, in welcher PatientInnen ihre Fragen, Erwartungen und Ängste äußern können und darauf die gewünschten Informationen und emotionale Unterstützung erhalten, zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, Symptomverminderung, etc. führen kann (vgl. ebd.). Seitens der ÄrztInnen wird der „shared-decision-making“ Ansatz oft mit einem höheren Zeitaufwand in Verbindung gebracht. Dies kann zwar zu Beginn der Behandlung der PatientInnen zutreffen, kann sich aber möglicherweise im weiteren Verlauf aufgrund größerer Informiertheit der Betroffenen wieder reduzieren (vgl. ebd.).

Kriterien für eine patientenzentrierte Gesprächsführung sind Empathie, Wertschätzung und Echtheit. Werden diese drei Merkmale im Rahmen der Arzt-Patient-Kommunikation verwirklicht, kann von einer patientenzentrierten Interaktion gesprochen werden. Das

Merkmal der Empathie zielt darauf ab, dass sich die ÄrztInnen in die Gefühle der Betroffenen hineinversetzen und diese ebenso verbal ausdrücken. Mit Hilfe der Wertschätzung wird den PatientInnen Akzeptanz ihrer Persönlichkeit vermittelt. Und die Echtheit verweist darauf, dass das Gesprächsverhalten mit der inneren Einstellung übereinstimmt (vgl. ebd.: 169). Schließlich ist es innerhalb der patientenzentrierten Gesprächsführung notwendig, dass die ÄrztInnen den Hintergrund ihrer Fragen und den Sinn von bestimmten Untersuchungen plausibel und nachvollziehbar erklären, um Ängste und Unsicherheit der PatientInnen zu reduzieren oder gar zu vermeiden und die Mitwirkungsbereitschaft zu erhöhen (vgl. ebd.).

2.11 Kommunikationstheoretische Modelle

Neben den Modellen der Arzt-Patient-Interaktion stellen für die vorliegende Arbeit kommunikationstheoretische Modelle eine hohe Relevanz dar. Daher werden in diesem Kapitel Modelle der Kommunikationswissenschaft herangezogen, welche näher auf die Komplexität der Arzt-Patient-Kommunikation eingehen.

2.11.1 Die Theorie der kognitiven Dissonanz

Die Theorie der kognitiven Dissonanz wurde von Leon Festinger (1957) entwickelt und zielt einerseits auf die Hypothese ab, dass das Vorhandensein der kognitiven Dissonanz die Betroffenen dazu motiviert, dass diese aufgrund der unangenehm empfundenen Spannungen, versuchen die Dissonanz zu reduzieren und dadurch Konsistenz herzustellen. Andererseits stellt Festinger die Hypothese auf, dass wenn kognitive Dissonanz empfunden wird, die Personen jene Situationen und Informationen meiden, welche zu einer Erhöhung der Dissonanz führen können (vgl. Festinger, 1957: 3). Die Theorie beschäftigt sich mit widersprüchlichen Beziehungen zwischen bestimmten Kognitionen, die einerseits auf Kenntnisse, Meinungen, Wünsche, Erinnerungen der betroffenen Person selbst oder auf das eigene Verhalten abzielen. Die widersprüchlich empfundenen Kognitionen können sich allerdings auch auf andere Menschen, sowie deren Verhaltensweisen beziehen (vgl. ebd.: 3ff). Festinger nennt als Beispiel den Raucher, der zwar weiß, dass Rauchen ungesund ist, jedoch an seinem Verhalten nichts ändert. Diese Kenntnis stellt für ihn eine kognitive Dissonanz dar. Wenn nun die Hypothese korrekt ist, dass dadurch ein Druck für ihn entsteht die Dissonanz zu reduzieren, dann würde der Betroffene entweder sein Verhalten ändern und mit dem Rauchen aufhören, da dadurch eine Konsistenz zu der Information „Rauchen ist ungesund“ hergestellt werden kann oder der Betroffene ändert sein Wissen über die Folgen des Rauchens, wodurch ebenfalls

eine Konsistenz zwischen seinem Verhalten und Wissen hergestellt werden kann (vgl. ebd.: 5f). In Bezug auf das vorliegende Forschungsthema kann als Beispiel die Medikamenteneinnahme bzw. Durchführung einer Therapie und die damit angestrebte Gesundheit genannt werden (vgl. Raab et al., 2016: 48). Die angeführten Beispiele verdeutlichen, dass für das Empfinden einer kognitiven Dissonanz eine empfundene Relevanzbeziehung zwischen den widersprüchlichen Kognitionen ausschlaggebend ist (vgl. ebd.: 12f).

Laut dieser Theorie befinden sich Personen vor Entscheidungen zwischen zwei oder mehreren Alternativen (z.B. die Wahl zwischen unterschiedlichen Therapieoptionen) in einem Konflikt. Aufgrund dieses Konflikts prüfen die Betroffenen die Einzelheiten der auszuwählenden Alternativen. Dabei kann es sich um Entscheidungen zwischen zwei negativen Optionen handeln, bei welchen die Betroffenen nur aufgrund anderer Faktoren, welche sie zu einer Entscheidung zwingen, sich für eine Option entschließen können. Bei solch einer Entscheidungsfindung bleiben einige kognitive Elemente bestehen, welche dissonant zu der letztendlich getroffenen Entscheidung sind. Zusätzlich können Personen aber auch zwischen zwei Alternativen wählen, welche sowohl positive als auch negative Aspekte enthalten können. Dies stellt die üblichste Art von Entscheidungssituationen dar, aber auch hier können Dissonanzen auftreten. Denn schließlich gibt es einige kognitive Elemente, die dem Positiven entsprechen, jedoch auch einige Faktoren, welche den negativen Aspekten der gewählten Alternative entsprechen und mit der Erkenntnis, eine bestimmte Alternative gewählt zu haben, nicht übereinstimmen. Außerdem gibt es dann noch Entscheidungssituationen, welche mehr als zwei Alternativen beinhalten. Dabei können viele Möglichkeiten zu Beginn vorhanden sein oder die Person in der Entscheidungssituation kann Kompromisse bzw. neue Handlungen entdecken. Hierbei stimmen wiederum alle Elemente, die allein betrachtet zu einer anderen als der ergriffenen Handlung führen könnten, nicht mit den kognitiven Elementen überein, die der ergriffenen Handlung entsprechen (vgl. ebd.: 34ff).

Werden nun im Erstdiagnose-Gespräch Informationen an die PatientInnen vermittelt, welche die kognitive Dissonanz verstärken, dann versuchen die Betroffenen diese zu beseitigen und die erhaltenen Informationen selektiv wahrzunehmen und dissonanzreduzierend zu verarbeiten. Somit ist es möglich, dass wichtige Informationen während des Aufklärungsgesprächs bezüglich der Diagnose, Behandlung, etc. von den PatientInnen wahrheitsverzerrt oder eventuell gar nicht wahrgenommen werden und schließlich negative Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Kommunikation haben können.

Wenn die Theorie der kognitiven Dissonanz hinsichtlich des vorliegenden Forschungsinteresses angewandt wird, ist festzustellen, dass die Arzt-Patient-Kommunikation einen

wesentlichen Faktor für die weiteren Handlungen und für das Informationsbeschaffungs- und -verhaltensverhalten der PatientInnen darstellt. Da die dissonanten Kognitionen, wie bereits erwähnt, sich auch auf andere Menschen sowie deren Verhaltensweisen beziehen können (vgl. ebd.: 3ff), spielt bei der Theorie der kognitiven Dissonanz die Art der Arzt-Patient-Kommunikation sowie das kommunikative Verhalten der ÄrztInnen eine große Rolle.

2.11.2 Verständigung nach der Theorie des kommunikativen Handelns

Innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation ist die Verständigung zwischen den teilnehmenden GesprächspartnerInnen von wesentlicher Bedeutung. Hierfür wird der Begriff der Verständigung aus der Theorie des kommunikativen Handelns von Jürgen Habermas (1981) herangezogen. Demnach spielt sich die Kommunikation stets auf unterschiedlichen Ebenen ab. Wenn nun kommunikativ Handelnde an einem Verständigungsprozess teilnehmen möchten, müssen diese die Gültigkeit bestimmter universaler, sogenannter Geltungsansprüche, voraussetzen. Diese Geltungsansprüche sind für eine ungestörte Kommunikation ausschlaggebend und ermöglichen, dass Verständigung zustande kommen kann (vgl. Habermas, 1981: 148f). Die Ansprüche lassen sich wie folgt definieren:

- Der Anspruch der Wahrheit: Dieser Geltungsanspruch meint, dass die kommunikativ Handelnden wahre Aussagen treffen müssen, deren Existenz auch das Gegenüber anerkennt (vgl. ebd.: 149). Innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation bezieht sich dies darauf, dass beispielsweise die PatientInnen mit gewissen Vorstellungen, Wünsche etc. zu dem Erstdiagnose-Gespräch kommen und diese im Laufe des Gesprächs durch die ÄrztInnen erweitert, korrigiert oder bestätigt werden.
- Der Anspruch der Wahrhaftigkeit: Im Rahmen des Gesprächs sollen die tatsächlichen Absichten der GesprächspartnerInnen zum Ausdruck gebracht werden. Dabei ist es wichtig, das Gegenüber nicht zu täuschen und Äußerungen so zu tätigen, wie diese tatsächlich gemeint sind (vgl. ebd.). Bei der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist es wichtig, diesen Geltungsanspruch anzustreben, da dieser zum Beispiel eine große Rolle für die Compliance und für die Partizipation der PatientInnen bei medizinischen Entscheidungen spielen kann. Ebenso kann dadurch eine höhere Vertrauensbasis erzielt werden.

- Der Anspruch der Richtigkeit bzw. Legitimität: Die kommunikativ Handelnden versuchen sich hinsichtlich geltender Werte und Normen legitim zu verhalten (vgl. ebd.). Dieser Anspruch meint innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation, dass die kommunikativ Handelnden die geltenden Werte und Normen nicht verletzen und ihre Interessen richtigerweise vertreten, da diese auch für andere legitim sind. Beispielsweise entscheiden sich PatientInnen aufgrund gewisser Wertvorstellungen und Normen gegen einen Therapievorschlagn der ÄrztInnen. Dann ist es die weitere Aufgabe der ÄrztInnen sich gegenüber dieser Entscheidung legitim zu verhalten, um eine verständliche Arzt-Patient-Kommunikation zu gewährleisten.

Für die Verständigung nach der Theorie des kommunikativen Handelns ist es jedoch auch wichtig, dass die teilnehmenden GesprächspartnerInnen die geäußerten Sätze verständigungsorientiert formulieren (vgl. ebd.: 148). Das bedeutet, dass sich die ÄrztInnen als auch die PatientInnen so ausdrücken müssen, dass beide dem Gesprächsverlauf folgen können. Seitens der ÄrztInnen gilt es daher medizinische Fachausdrücke eher zu vermeiden bzw. diese verständlich zu erklären. Aber auch die Erkrankten müssen bei diesem Anspruch ihre Beschwerden, Bedürfnisse, etc. klar und deutlich formulieren, so dass diese für die behandelnden ÄrztInnen erkennbar und verständlich sind.

Verständliche Kommunikation kann daher so lange gewährleistet werden, solange die kommunikativ Handelnden an der Erfüllung der oben genannten Ansprüche nicht zweifeln (vgl. ebd.:148f). Schließlich suchen die kommunikativ Handelnden selbst nach Konsens, welcher durch die Erfüllung der Geltungsansprüche möglich ist und an den drei Welten, auf welche sich die Handelnden mit ihren Äußerungen beziehen, bemessen wird. Diese drei Welten meinen eine Beziehung zwischen der Äußerung und der objektiven Welt (= Anspruch der Wahrheit), der sozialen Welt (= Anspruch der Richtigkeit bzw. Legitimität) und der subjektiven Welt (= Anspruch der Wahrhaftigkeit) (vgl. ebd.: 149). Allerdings werden die Geltungsansprüche in der Praxis oft verletzt und/oder angezweifelt. Wenn nun die Geltungsansprüche verletzt und/oder angezweifelt werden, wird im Rahmen der Alltagskommunikation ein Reparaturmechanismus aktiviert, der sogenannte Diskurs. In diesem versuchen die zweifelnden GesprächspartnerInnen das vorhandene Verständigungsdefizit dadurch zu beseitigen, indem diese Begründungen bzw. Argumentationen der anderen Personen für deren Behauptungen oder Verhalten fordern (vgl. 37ff). Habermas differenziert drei Formen des Diskurses, den theoretischen Diskurs (= kontroverse Wahrheitsansprüche werden thematisiert), den praktischen Diskurs (= Legitimität einer Handlungsnorm bzw. Äußerung wird angezweifelt) (vgl. ebd.: 39) und den explikativen Diskurs (=Verständlichkeit einer Äußerung wird thematisiert) (vgl. ebd.:

44). Erst nach Beseitigung oder Minimierung der Defizite, kann die Kommunikation fortgesetzt werden. Nur anhand von Einverständnis über diese kommunikativen Geltungsansprüche, ist eine ungestörte Kommunikation möglich.

Die weitere Diskussion, welche Erkenntnisse anhand der angeführten kommunikationstheoretischen Modelle für das vorliegende Forschungsinteresse entstehen können, wird am Ende der Arbeit (siehe Kapitel 6.4.2) ausgeführt.

2.12 Das Arzt-Patient-Verhältnis im 21. Jahrhundert

Die Grundlage für eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung ist aus Sicht der PatientInnen eine gesunde Skepsis und Erwartungshaltung gegenüber der ärztlichen Aufklärung, verfügbaren Therapieoptionen und ärztlichen Empfehlungen (vgl. Sibbel, 2011: 197). Hingegen dazu sollten die ÄrztInnen in dieser Beziehung als PartnerInnen und BeraterInnen zur Seite stehen und die PatientInnen dabei unterstützen, die sie betreffenden Entscheidungen zu den Therapieoptionen möglichst autonom zu treffen (vgl. Schelling und Erlinger, 2003: 333). Daher sollten in einem funktionierenden Arzt-Patient-Verhältnis die ÄrztInnen ihre Fürsorge nicht nur auf die Behandlungsmaßnahmen beschränken, sondern die PatientInnen auch im Hinblick auf die Entscheidungsfindung adäquat unterstützen. Wenn all diese Rahmenbedingungen von beiden Parteien erfüllt werden, kann auch von einer patientenorientierten Arzt-Patient-Beziehung gesprochen werden (vgl. Sibbel, 2011: 198).

Heutzutage ist es für die medizinische Behandlung, insbesondere für die Behandlungsergebnisse, essentiell, dass die PatientInnen während des gesamten Prozesses miteinscheiden können und dies, in den meisten Fällen, auch möchten. Da die PatientInnen letztendlich für die meisten Entscheidungen die Verantwortung selbst tragen, somit auch für jene, welche in Zusammenhang mit ihrer Gesundheit stehen (z.B.: Akzeptanz der Therapieempfehlungen, Einnahme von Medikamenten, etc.), ist es seitens der behandelten ÄrztInnen notwendig die Erkrankten immer wieder aktiv in den Prozess miteinzu binden und ebenso jede Entscheidung anzuerkennen (vgl. Alten und Schneider, 2014: 696).

Daran ist zu erkennen, dass vor allem der gesellschaftliche Wertewandel das Gesundheitswesen zunehmend beeinflusst. Wichtig für die Gesellschaft sind hierbei das individuelle Wohlergehen und ein gesundheitsorientierter Lebensstil, wodurch gleichzeitig eine Steigerung des Anspruches an das Gesundheitssystem bzw. an die Medizin ein-

hergeht. Die „modernen“ PatientInnen von heute verstehen sich vielmehr als nachfragende LeistungsnehmerInnen bzw. aktive TeilnehmerInnen und versuchen gemäß ihren Bedürfnissen eine möglichst adäquate Dienstleistung in Anspruch zu nehmen (vgl. Prill, 2006: 2f). Auch das Informationsbedürfnis der PatientInnen ist im Laufe der Zeit hinsichtlich gesundheitsbezogener Thematiken deutlich gewachsen, was wohlmöglich auch auf die Einführung des Internets zurückzuführen ist (vgl. Faller und Lang, 2006: 178).

Jedoch ist auch seitens der ÄrztInnen bzw. MitarbeiterInnen ein Wandel der Ansprüche an die beruflichen Tätigkeiten zu verzeichnen. Denn diese konzentrieren sich auf eine vermehrte Sinngebung innerhalb ihrer beruflichen Karriere, sowie eine ausgeglichene Work-Life-Balance. Ebenso führen die momentanen Entwicklungen im Gesundheitssystem oftmals aufgrund der unterschiedlichen Perspektiven und Wahrnehmungen der Anspruchsgruppen, wie PatientInnen und ÄrztInnen, zu einer Vielzahl von Defiziten. Aus Sicht der PatientInnen stellt sich das Gesundheitssystem zwar als leistungsfähig dar, jedoch als wenig transparent, zu wenig patientenorientiert und nicht frei von Mängeln innerhalb der Leistungsqualität. Vor allem gesetzlich Krankenversicherte fühlen sich im ambulanten Bereich stark eingeschränkt und befürchten dadurch eine gegebenenfalls schlechtere Versorgungsqualität. Im Gegensatz dazu empfinden Privatversicherte immer öfter das Gefühl von Irreführung und unnötiger Überversorgung (vgl. Sibbel, 2011: 190ff).

Zuletzt lässt sich festhalten, dass der Strukturwandel im Gesundheitswesen auch zu einem Wandel des Arzt-Patient-Verhältnisses beigetragen hat. Dieser Wandel ist vor allem auf demografische Entwicklungen, medizinisch und medizinisch-technischen Veränderungen sowie auf den Bewusstseins- und Wertewandel innerhalb der Gesellschaft zurückzuführen. Um ein komplexes System wie das des Gesundheitswesens nachhaltig zu optimieren, ist es wichtig, dass die darin teilnehmenden AkteurInnen sich nicht nur auf ihr Eigenwohl konzentrieren, sondern auch die Folgen ihres Verhaltens und ihrer Entscheidungen sowie die daraus resultierenden Auswirkungen auf das gesamte System mitberücksichtigen (vgl. ebd.: 203ff).

2.13 Geschichte St. Josef Krankenhaus Wien

Da an der vorliegenden Untersuchung ausschließlich BrustkrebspatientInnen des St. Josef Krankenhaus Wiens teilnehmen, wird in diesem Kapitel auf die Geschichte des Krankenhauses sowie auf die Entstehung des Brustgesundheitszentrums näher eingegangen.

Das St. Josef Krankenhaus in Wien wurde am 17. September 1930 von den Schwestern Salvatorianerinnen gekauft. Zuvor war es das ehemalige Sanatorium Rosenthal in Hacking und diente als Nervenheilanstalt. Die Eröffnung des Spitals erfolgte am 19. Oktober 1930. Es verfügte zu diesem Zeitpunkt über eine Abteilung für Innere Medizin und Chirurgie. In den darauffolgenden Jahren wurde das Krankenhaus um neue Operationssäle, ein Labor, Röntgen und eine Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe erweitert. Zwischen 1939 und 1945 diente das St. Josef Krankenhaus Wien vorwiegend als Lazarett für Kriegsverwundete (vgl. St. Josef Krankenhaus Wien, 2019).

In den 50er Jahren erfolgten weitere Zubauten und Innovationen, welche zur damaligen Zeit zum Erfolg des Krankenhauses wesentlich beigetragen haben. Einige dieser Entwicklungen waren zum Beispiel die Vergrößerung der Operationssäle sowie der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Erweiterung der Hausapotheke, Anschaffung eines neuen Röntgenapparates und Beschaffung eines neuen Mikroskops für das Labor. Die weitere Modernisierung des St. Josef Krankenhauses in Wien fand von 1986 - 1994 statt. In diesem Zeitraum lag der Fokus des Bauprojekts zugleich auf einen Neubau, einen Umbau sowie auf eine Generalsanierung des Spitals. Somit wurden in diesen Jahren zwei neue Operationssäle, eine Überwachungsstation, drei neue Kreißzimmer, zwei Säuglingszimmer, eine Milchküche, etc. erbaut (vgl. ebd.).

Im Jahr 1998 erfolgten die ersten innovativen technischen Veränderungen. Dazu zählte die Umstellung der gesamten Krankenhaus-EDV und die Einführung eines neuen Pflegedokumentationssystems. Zusätzlich war das Spital ab dem Jahr 2000 mit einer eigenen Homepage auch online vertreten (vgl. ebd.).

Die Eröffnung der neu gestalteten Kreißzimmer, der neuen interdisziplinär geführten Intensivstation und der post-operativen Überwachungsstation erfolgte im Jahr 2001. Außerdem wurde in diesem Jahr das Entlassungsmanagement eingeführt, um die PatientInnen nach ihrer Entlassung optimal betreuen zu können (vgl. ebd.).

Am 1. April 2004 erfolgte die Gründung der „Vinzengruppe Wien“ durch das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, das Orthopädische Spital Speising und das St. Josef Krankenhaus. Daraus resultierte eine gemeinsame medizinische Strategie der involvierten Krankenhäuser, um eine optimale medizinische Versorgung der Wiener Bevölkerung zu gewährleisten. Es folgten weitere kooperative Entwicklungen, wie die Einführung eines gemeinsamen Corporate Designs, Ausbau der Ethik-Beratung und Teil-

nahme des St. Josef Krankenhauses als Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Wien. Ebenfalls wurde zu dieser Zeit das medizinische Angebot im St. Josef Krankenhaus durch die Varizenchirurgie, Plastische Chirurgie und Onkologie erweitert (vgl. ebd.).

Im Jahr 2009 erhielt das St. Josef Krankenhaus Wien die Auszeichnung des besten erstzertifizierten Spitals des gesamten deutschsprachigen Raums. Zwei Jahre später erfolgte eine Kooperation zwischen der Universitätsklinik für Innere Medizin I des Wiener AKH / Medizinische Universität Wien und der Abteilung für Innere Medizin I des St. Josef Krankenhauses innerhalb der Forschung und Therapie bei onkologischen Erkrankungen.

Seit 2015 befindet sich das St. Josef Krankenhaus Wien wieder in einer großen Bauphase, bei welcher die bestehende Gynäkologie und Geburtshilfe zu einem Eltern-Kind-Zentrum inklusive Kinderabteilung und Neonatologie ausgebaut wird bzw. wurde sowie der Fokus auf eine Verstärkung der Onkologie liegt (vgl. ebd.).

2.14 Brustgesundheitszentrum St. Josef Krankenhaus Wien

Das Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens wurde 2008 durch OA Dr. Ulrich Schmidbauer, Ärztlicher Direktor und Leiter des Brustgesundheitszentrums, errichtet. Das Team des Brustgesundheitszentrums hat sich im Laufe der Jahre vergrößert. Das ärztliche Personal, welches die OperateurInnen des Brustgesundheitszentrums darstellen, besteht zurzeit aus dem Leiter OA Dr. Schmidbauer, Facharzt für Chirurgie, einen Facharzt für Gynäkologie und einer Assistenzärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe. Das Pflegepersonal ist durch zwei Breast Care Nurses (= Pflegeexpertin für PatientInnen mit Brustkrebserkrankungen) vertreten. Zusätzlich werden für die Betreuung bzw. Behandlung der Betroffenen auch andere Berufsgruppen, wie die der Radiologie, Onkologie, Gynäkologie, Plastischen Chirurgie, Pathologie, Strahlentherapie und Klinischen Psychologie hinzugezogen (vgl. Brustgesundheitszentrum St. Josef Krankenhaus Wien, 2017).

Die Aufgabe des Brustgesundheitszentrums ist es, Menschen mit einer Verdachtsdiagnose oder Betroffene mit der Gewissheit der Diagnose Brustkrebs bestmöglich zu betreuen und zu behandeln. Dazu zählt den PatientInnen eine korrekte Diagnosestellung und eine dafür entsprechende Therapieempfehlung zu vermitteln. Dafür ist die interdisziplinäre und häuserübergreifende Zusammenarbeit aus den bereits oben genannten Fachgruppen relevant, da diese für eine optimale Therapieplanung und Behandlungsprozess der BrustkrebspatientInnen sorgt (vgl. ebd.).

Das Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens wurde im Jahr 2016 erstmals nach Doc-Cert zertifiziert. Dieses Zertifikat stellt einen Indikator für eine sehr hohe medizinische Qualität und für eine hervorragende Versorgung der Betroffenen dar (vgl. ebd.).

3 Forschungsstand

Die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist von entscheidender Bedeutung, vor allem bei onkologischen PatientInnen mit der Diagnose Brustkrebs. Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über Studien, welche sich mit den psychologischen Aspekten, der Gesprächsführung und den darin vermittelten Emotionen und Informationen, der Lebensqualität sowie Zufriedenheit und mit den altersspezifischen Unterschieden im Rahmen der Arzt-Patient-Kommunikation bezüglich der Diagnose Brustkrebs auseinandersetzen.

3.1 Psychologische Aspekte

Da sich die Betroffenen emotional überfordert fühlen können und sich eventuell in einer existenziellen Krise befinden, müssen die ÄrztInnen diese über ihre Erkrankung und verfügbaren Therapiemöglichkeiten informieren, um dadurch eine aktive Teilnahme der BrustkrebspatientInnen an Entscheidungen über ihre Behandlung zu ermöglichen (vgl. Roberts et al., 1994: 336).

Die Studie von Roberts et al. (1994) befasst sich mit der Hypothese, dass jene PatientInnen, bei denen ChirurgInnen psychotherapeutische Techniken während des Aufklärungsgesprächs über die Brustkrebsdiagnose einsetzen, eine bessere psychologische Anpassung bzw. einen besseren Umgang mit der Diagnose haben. Die Untersuchung erfolgte mit Hilfe einer Befragung, bei welcher 100 Brustkrebspatientinnen sechs Monate nach Abschluss ihrer Brustoperation teilgenommen haben (vgl. ebd.). Die Ergebnisse zeigen, dass die Vermittlung von Empathie essentiell für das Wohlbefinden der PatientInnen ist. Die ÄrztInnen sollten auf jeden Fall an die PatientInnen vermitteln, dass eine Krebsdiagnose die Gefühle sehr stark beeinträchtigen kann und diese ihre Emotionen während des Gesprächs durchaus zum Ausdruck bringen können. Auch ein direkter Augenkontakt oder das Berühren der PatientInnen vermitteln eine fürsorgliche Haltung (vgl. ebd.: 340). Auch Neumann et al. kommen zu dem Fazit, dass vor allem klinische Empathie von den ÄrztInnen an die PatientInnen vermittelt werden sollte und dies ein Kernelement in der Arzt-Patient-Beziehung darstellt. Klinische Empathie stellt laut ExpertInnen einen relevanten Maßstab für Qualität im Gesundheitssystem dar, weil den ÄrztInnen dadurch eine präzisere Aufgabenerfüllung ermöglicht wird und folglich bessere Gesundheitsergebnisse bei den PatientInnen erzielt werden können (vgl. Neumann et al., 2009: 339).

Roberts et al. konnten außerdem feststellen, dass den PatientInnen ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt werden sollte, um die Diagnose zu erfassen. Dabei ist es wichtig,

dass die ÄrztInnen zuerst emotional reagieren bevor diese mit medizinischen Erklärungen oder Informationen fortfahren. In weiterer Folge darf jedoch die Vermittlung von Informationen während eines Aufklärungsgesprächs nicht vernachlässigt werden. Dieser Prozess sollte allerdings interaktiv abgewickelt werden. Mit Hilfe von Informationen bezüglich der weiteren Behandlung, des Behandlungsteams, etc. können die ÄrztInnen Ängste und Unsicherheit der Betroffenen reduzieren. Zudem ist die Einbindung der PatientInnen in medizinische Entscheidungen für die weitere Compliance der PatientInnen, deren Behandlungssituation und somit auch für die Arzt-Patient-Kommunikation relevant (vgl. Roberts et al., 1994: 340).

Außerdem spielt die Atmosphäre während des Erstdiagnose-Gesprächs eine sehr wichtige Rolle. Die ÄrztInnen sollten hierbei einen geeigneten Raum und einen möglichst idealen Zeitpunkt wählen. Die meisten Aufklärungsgespräche finden in Ambulanzen statt, welche zwar einen geeigneten Ort darstellen, jedoch die Atmosphäre durch andere Personen (z.B. MitarbeiterInnen) gestört werden könnte. Hinsichtlich des Zeitpunktes der Diagnoseübermittlung ist es von Vorteil, dieses persönlich mit den PatientInnen durchzuführen. Die Diagnose Brustkrebs sollte auf keinen Fall telefonisch oder an Dritte übermittelt werden (vgl. ebd.: 339).

Die Studienergebnisse von Roberts et al. weisen insgesamt darauf hin, dass eine fürsorgliche Haltung der ÄrztInnen von den Frauen als am wichtigsten wahrgenommen wurde, wobei die durch die ÄrztInnen vermittelten Informationen als viel schwächere Komponente galt. Die Untersuchung legt nahe, dass die Bereitstellung von Informationen, welche für die Entscheidungsfindungen der PatientInnen benötigt werden, weitgehend im Kontext einer fürsorglichen Arzt-Patient-Beziehung geschätzt werden (vgl. ebd.: 336).

In Deutschland kam die Deutsche Krebshilfe und die AOK-Rheinland zu der Feststellung, dass BrustkrebspatientInnen während ihrer Behandlung ständig unter Druck stehen und neben ihrer Diagnose und den damit veränderten Lebensumständen noch zusätzlich mit den Schwächen des Gesundheitssystems kämpfen bzw. umgehen lernen müssen (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2003). Dazu zählt auch der wichtige Faktor der Kommunikation, bei welchem mehrere Publikationen auf eine Unzufriedenheit der betroffenen PatientInnen mit der Arzt-Patient-Kommunikation verweisen.

Innerhalb der Studie der Deutschen Krebshilfe und der AOK-Rheinland gaben die Brustkrebspatientinnen wesentliche Defizite in der Arzt-Patient-Kommunikation an. Diese beziehen sich vor allem auf die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten. Ein Drittel der befragten Patientinnen wurde nicht über die unterschiedlichen Operationsmöglichkeiten

informiert und 30% der Frauen wurden nicht darüber aufgeklärt, dass eine Chemotherapie ambulant als auch stationär durchgeführt werden kann (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2003: 24). Schlussendlich können solche Informationsdefizite den gesamten Behandlungszeitraum der PatientInnen betreffen und führen eine zusätzliche psychische Belastung herbei. Ebenso die Qualität der durch ÄrztInnen vermittelten Informationen und deren Empathievermögen können zu einer höheren Zufriedenheit mit der Krebstherapie führen und tragen dazu bei, dass die PatientInnen seltener ÄrztInnen wechseln (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2003: 7).

Eine weitere Studie von Stewart in seinem Review von 1995, dass die Optimierung der Arzt-Patient-Kommunikation durchaus Auswirkungen auf die Gesundheit der PatientInnen haben kann. Von den 21 ausgewählten Studien, verzeichneten 16 Untersuchungen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit als Folge gelungener Kommunikationsprozesse zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Die Studien mit positiven Ergebnissen konnten feststellen, dass die Art und Weise der Diagnoseübermittlung als auch die Besprechung des weiteren Therapieplans Auswirkungen auf Blutdruck, Blutzuckerspiegel und emotionale Befindlichkeit der PatientInnen haben (vgl. Stewart, 1995: 1423).

Aufgrund der vielfältigen Belastungen von BrustkrebspatientInnen, sei es körperlich, seelisch oder sozial, sind vor allem psychosoziale Interventionen im medizinischen Alltag anzustreben. Diese psychosoziale Betreuung liegt auch in der Verantwortung der ÄrztInnen und beinhaltet, wie auch in anderen Studien bereits erwähnt, eine angemessene Informationsvermittlung, Einfühlungsvermögen auf den emotionalen Stress der PatientInnen, die Identifikation vorherrschender Belastungen der PatientInnen, sowie eine unterstützende Therapie (vgl. Kruse et al., 2003: 93). Auch die Anwendung von psychosozialen Interventionen kann die Lebensqualität der BrustkrebspatientInnen steigern und dadurch die psychische Belastung reduzieren (vgl. ebd.: 97).

Da 20 - 40% der KrebspatientInnen wegen ihrer Erkrankung an emotionalen Stress leiden, zeigt die Publikation von Söllner et al. (2001), dass psychosoziale Unterstützung bei Krebserkrankungen auf keinen Fall vernachlässigt werden darf, sondern sogar gefördert werden sollte. Jedoch ist es für viele ÄrztInnen schwer zu erkennen, welche PatientInnen nun genau solch eine Unterstützung benötigen. Daher war es dieser Studie ein Anliegen, die Fähigkeiten von OnkologInnen diesbezüglich zu untersuchen. Die OnkologInnen erkannten nur bei 11 der 30 schwer betroffenen PatientInnen, dass diese an schweren Beschwerden leiden bzw. notleidend sind. Aufgrund der vorgefundenen Forschungsergebnisse betonen die AutorInnen der Studie die Notwendigkeit, ÄrztInnen aufzuklären und zu trainieren, sowie diese für Patientenleiden zu sensibilisieren (vgl. Söllner et al., 2001: 179).

3.2 Gesprächsführung und vermittelte Emotionen/Informationen

Die Studie von Sator et al. (2008) zeigt, dass das Erkennen und anschließende Eingehen auf die Bedürfnisse der PatientInnen maßgeblich für die PatientInnen-Orientierung ist. Die qualitative Studie wurde anhand von linguistischer Gesprächsforschung analysiert. Die Grundlage der Daten lieferten 20 Tonaufnahmen von Erstgesprächen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen an einer onkologischen Ambulanz in Österreich. Ergänzend dazu wurden die soziodemographischen Daten der TeilnehmerInnen erhoben und die ÄrztInnen als auch PatientInnen nach dem Gespräch über ihre Zufriedenheit befragt. Mittels einer Makroanalyse wurden die Sprechzeiten und die im Arzt-Patient-Gespräch vorkommenden Thematiken untersucht. Dadurch konnte festgestellt werden, dass insgesamt 34% der Gesprächszeit zwischen ÄrztInnen und PatientInnen auf andere Aktivitäten gerichtet sind als auf das eigentliche Gespräch (vgl. Sator et al., 2008: 158). Diese anderen Aktivitäten beziehen sich etwa auf Telefonate, Gespräche mit KollegInnen, Ausfüllen von Formularen, Briefe schreiben und noch vieles mehr (vgl. ebd.: 168). Zusätzlich fällt auf, dass die PatientInnen nur halb so viel zu Wort kommen wie die ÄrztInnen. Die wichtigste Thematik stellt die Aufklärung über eine Chemotherapie dar, wohingegen Informationen über das Krankheitsstadium oder die Besprechung psychologischer, sowie sozialer Fragen im Vergleich wenig Aufmerksamkeit erhalten (vgl. ebd.: 158).

Des Weiteren lässt die Mikroanalyse erkennen, dass die Betroffenen versuchen, für sie relevante Thematiken anzusprechen oder es mit Hilfe von sprachlichen und interaktiven Mitteln, wie ein Wechsel in der Lautstärke, zumindest versuchen. Jedoch übergehen die ÄrztInnen oftmals solche Initiativen der PatientInnen und konzentrieren sich auf ihre eigenen Relevanzen. Wenn dies jedoch der Fall ist, lassen die Ergebnisse der Studie darauf schließen, dass die PatientInnen im Gespräch somit weiterhin versuchen ihr Anliegen zu verdeutlichen und dadurch die Arzt-Patient-Kommunikation, sowie die Zufriedenheit beider Parteien negativ beeinflusst werden. Schließlich erhöht das Erkennen und Eingehen der ÄrztInnen auf Patientenbedürfnisse die Zufriedenheit beider GesprächspartnerInnen und führt letztendlich auch nicht, wie angenommen, zu einer längeren Gesprächsdauer (vgl. ebd.).

Das Auftreten und die vermittelten Emotionen der ÄrztInnen haben einen wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden von BrustkrebspatientInnen. So konnten Shapiro et al. (1992) in ihrer Studie feststellen, dass jene Frauen, welche ihre Mammographie-Ergeb-

nisse von besorgten ÄrztInnen erhielten, im Vergleich zu jenen Frauen, welche die Ergebnisse von ÄrztInnen ohne Besorgnis erhielten, deutlich weniger Informationen innerhalb des Gesprächs wahrnehmen konnten, die klinische Situation als schwerer empfanden, sowie über höhere Grade von Angstzuständen verfügten und höhere Pulsfrequenzen hatten. Daher spielt der Einfluss der ÄrztInnen bei den Reaktionen der PatientInnen auf medizinische Informationen eine entscheidende Rolle. Hinsichtlich der Arzt-Patient-Kommunikation ist es daher aus Sicht der ÄrztInnen wichtig, den Kontext ihrer Kommunikation zu beurteilen und die möglichen Konsequenzen daraus zu verstehen (vgl. Shapiro et al., 1992: 61).

Zusätzlich konnten die AutorInnen feststellen, dass medizinische Schulen, welche die Ergebnisse der Kommunikationsforschung in die klinische Praxis miteinbeziehen, erfolgreichere StudentInnen haben. Aufgrund dessen sollte die Arzt-Patient-Kommunikation auch ein wesentlicher Bestandteil eines solchen Unterrichts sein und den StudentInnen die Möglichkeit bieten, die Folgen ihrer Kommunikation und ihres Auftretens zu erkennen, zu überwachen und vorherzusagen (vgl. ebd.: 65). Ein unterstützendes Verhalten seitens des medizinischen Personals hilft den PatientInnen ebenso ihre persönliche Sichtweise, Erwartungen und Sorgen während der Arzt-Patient-Kommunikation einzubringen (vgl. Zandbelt et al., 2007: 396).

Ein unterstützendes Verhalten fängt innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation primär mit gutem Zuhören seitens der ÄrztInnen an. Jedoch stellt in der klinischen Realität gutes und vor allem richtiges Zuhören manchmal eine knappe Ressource dar. Diese Zuhörkompetenz kann allerdings seitens der ÄrztInnen trainiert werden und unterstützt diese dabei PatientInnen besser zu verstehen und die richtigen Signale, wie Unsicherheit, Angst, etc., zu deuten. Zusätzlich erlangen PatientInnen bei zuhörenden ÄrztInnen schneller Vertrauen, da diese dadurch merken, dass sie respektiert und ernst genommen werden (vgl. Lange, 2007: 107).

3.3 Lebensqualität und Zufriedenheit

Kerr et al. (2003) analysierten in einer prospektiven Beobachtungsstudie, bei der den Betroffenen über fünf Jahre hinweg Fragebögen zugesandt wurden, die Auswirkungen der Kommunikation auf die Lebensqualität von BrustkrebspatientInnen und im welchen Zusammenhang das Alter der PatientInnen damit steht. Die Ergebnisse zeigen, dass bei 45% der Stichprobe Unklarheiten innerhalb der Kommunikation entstanden, da diese nicht nachvollziehbar oder unvollständig war. 59% der TeilnehmerInnen forderten sogar mehr Kommunikation mit dem medizinischen Personal. PatientInnen unter 50 Jahre bewerteten eine soziale und psychologische Unterstützung als wichtiger und waren mit den

erhaltenen Informationen weniger zufrieden. Bei PatientInnen über 50 Jahre konnte außerdem eine Verschlechterung der Lebensqualität nachgewiesen werden, wenn die Kommunikation nicht zufriedenstellend war. Schließlich kamen die ExpertInnen zu der Schlussfolgerung, dass die Arzt-Patient-Kommunikation einen hohen Stellenwert bei der Lebensqualität von PatientInnen einnimmt (vgl. Kerr et al., 2003: 421).

Allerdings muss in diesem Zusammenhang auch erwähnt werden, dass der Schock einer Krebsdiagnose die Informationsverarbeitung wesentlich beeinflussen kann, sodass es den Betroffenen gar nicht möglich ist, die im Erstdiagnose-Gespräch vermittelten Informationen zu registrieren. Im Rahmen dieser Untersuchung gaben die ÄrztInnen selbst zu, dass ihre Kommunikationsfähigkeiten nicht optimal sind. Zudem können diese in der Aufklärung auch selektiv vorgehen, wenn sie versuchen die PatientInnen vor bestimmten Informationen zu schützen. Hier ist es wichtig, dass die ÄrztInnen die psychische Belastung der PatientInnen selbst einschätzen, um das richtige Maß an Informationen zu vermitteln. Einerseits zeigt die Studie nämlich, dass zu wenig Informationen zu Not, Angst oder Unsicherheit führen können und andererseits zu viele Informationen wiederum die PatientInnen mit mehr Sorgen belasten als zuvor. Insgesamt schreiben die ExpertInnen der Informationsvermittlung eine bedeutende Rolle zu, mit welcher den PatientInnen auch ein Gefühl der Kontrolle gegeben werden kann. Kerr et al. beschreiben die Arzt-Patient-Kommunikation als Kernkompetenz der Onkologie und verweisen auf die Notwendigkeit eines Kommunikationstrainings der ÄrztInnen (vgl. ebd.: 424).

Auch Farin und Nagl (2013) erkennen in ihrer Studie anhand von 329 BrustkrebspatientInnen-Befragungen in Deutschland, dass demographische, medizinische und psychologische Variablen als auch Klinik-Effekte und Arzt-Patient-Beziehungen essentielle Einflussgrößen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von PatientInnen sind. Die Untersuchung erfolgte anhand eines Fragebogens, welcher jeweils zu Beginn, am Ende und sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitation an die TeilnehmerInnen ausgeteilt wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass Optimismus, ein höherer Bildungsabschluss, höheres Einkommen, Leben mit PartnerIn und die Fähigkeit der PatientInnen zu arbeiten ebenfalls Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben. Die ÄrztInnen können mit Hilfe von optimalen Kommunikationsprozessen und Erfüllung der Partizipationsbedürfnisse der PatientInnen zu einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beitragen (vgl. Farin und Nagl, 2013: 283).

Für die vorliegende Arbeit ist das Modell des „shared-decision-makings“ ein essentieller Bestandteil. Dieses deutet auf einen Wandel der Arzt-Patient-Kommunikation bzw. der Arzt-Patient-Beziehung hin. Grundlegend zeigt dieser Wandel, dass die ÄrztInnen dazu aufgefordert werden, das Bedürfnis der PatientInnen nach Information zu befriedigen,

emotionale Unterstützung zu leisten und schlussendlich auch die PatientInnen an medizinischen Entscheidungsprozessen teilhaben zu lassen. Daher scheint ein partnerschaftliches Modell, wie das „shared-decision-making“, von Vorteil zu sein, um diese Bedürfnisse der PatientInnen zu berücksichtigen und eine partizipative Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Jedoch kann heutzutage aufgrund des bisherigen Forschungsstandes festgestellt werden, dass die Bedürfnisse der PatientInnen in der Praxis noch nicht ausreichend thematisiert und befriedigt werden. Es muss erwähnt werden, dass dies nicht nur die Zufriedenheit, die Lebensqualität und das Wohlbefinden der PatientInnen zu Gute käme, sondern auch eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse zur Folge hätte (vgl. Faller, 2012: 1108).

Der „shared-decision-making“ Ansatz ist eine Entstehung des angloamerikanischen Raums und unterstützt vor allem die PatientInnen mit Hilfe von gemeinschaftlich entstandenen Entscheidungen innerhalb der Therapie (vgl. Hehlmann, 2006: 48). Daher ist es laut „shared-decision-making“ wichtig, eine aktive Partizipation der PatientInnen und die Berücksichtigung ihrer persönlichen, körperlichen und seelischen Bedürfnisse innerhalb der gemeinsamen Entscheidung für eine optimale Therapie einfließen zu lassen (vgl. Badura und Schellschmidt, 1999).

Die Studie von Ernst et al. (2006) deutet darauf hin, dass für onkologische PatientInnen eine befriedigende Arzt-Patient-Beziehung einen hohen Stellenwert einnimmt (vgl. Ernst et al., 2006: 53f). Die Erhebung der Daten erfolgte im Rahmen eines prospektiven Forschungsansatzes, bei welchem zwischen 2002 und 2005 insgesamt 533 KrebspatientInnen eines ostdeutschen Krankenhauses befragt wurden. Die Befragung wurde mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Etwa zwei Drittel der befragten Personen stimmten einer Teilnahme zu und erhielten dadurch persönlich einen Fragebogen. Zwei Monate danach erfolgte eine postalische Zweitbefragung. Zusätzlich wurden offene Fragen zu spezifischen Thematiken und 13 fokussierte PatientInneninterviews durchgeführt. Ebenso beurteilten die behandelnden ÄrztInnen in einem Kurzfragebogen die Behandlungssituation der teilnehmenden PatientInnen (vgl. ebd.: 50).

So wie es das „shared-decision-making“ Modell vorsieht, ist es den Befragten der Studie wichtig, Mitverantwortung zu übernehmen oder in die medizinischen Entscheidungen miteinbezogen zu werden (vgl. ebd.: 53f). Jedoch haben nicht alle PatientInnen den Wunsch aktiv an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuwirken. Hierbei müssen die ÄrztInnen zwischen sozioökonomischen und krankheitsrelevanten Merkmalen, wie Alter, Bildung, kurativer oder palliativer Ansatz, differenzieren und die endgültige Entscheidung der PatientInnen akzeptieren (vgl. ebd.: 49). In der Untersuchung von Ernst et al. zeigten die Ergebnisse, dass sich vor allem ledige und jüngere PatientInnen mehr

Autonomie innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung wünschen. Wenn jedoch mehr als eine Behandlungsoption zur Verfügung steht, sinkt der Wunsch der Betroffenen nach Mitentscheidung. Hinzu kommt, dass von den Befragten eine Entscheidung durch die ÄrztInnen vor allem in jenen Bereichen bevorzugt wird, welche ein hohes Maß an medizinischen Expertenwissen fordern (vgl. ebd.: 51f).

Eine Steigerung der Patientenzufriedenheit ist vor allem mit einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung und einer gelungenen Aufklärung möglich. Die ExpertInnen betrachten das „shared-decision-making“ Modell vor allem bei onkologischen PatientInnen als sinnvoll (vgl. ebd.: 53f). Gemeinsame Entscheidungsfindungen sind laut dieser Studie primär bei der Therapiewahl, den Rahmenbedingungen, wie Zeitpunkt der Behandlung und ob eine Miteinbeziehung der Familienmitglieder sinnvoll ist, wünschenswert (vgl. ebd.: 51). Aufgrund dieser Ergebnisse ist es für ÄrztInnen wichtig, dass sie einen möglichen Mitwirkungswunsch der PatientInnen in der klinischen Praxis wahrnehmen und Raum geben (vgl. ebd.: 53f).

Die amerikanische Studie von Andersen et al. (2009) untersuchte wiederum den Zusammenhang zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von BrustkrebspatientInnen und ihre Beteiligung an der Entscheidungsfindung hinsichtlich ihrer Brustkrebsbehandlung und der damit eihergehenden Nachsorge. Die Daten wurden mit Hilfe eines Querschnittserhebungsdesigns erhoben, bei welchem eine Stichprobe von BrustkrebspatientInnen aus Western Washington ausgewählt wurden. Die Stichprobe wurde anhand eines Krebsregisters ausgewählt und betraf all jene PatientInnen, bei welchen die Diagnose Brustkrebs zweieinhalb und zehn Jahre zurückliegt (vgl. Andersen et al., 2009: 29).

Die Mehrheit der TeilnehmerInnen war der Meinung, dass sie in Bezug auf ihre Krebsbehandlung insgesamt sehr unschlüssig, jedoch sehr stark an medizinischen Entscheidungen beteiligt waren und dadurch ihre Zufriedenheit gesteigert werden konnte. Zusätzlich zeigte die Studie, dass eine Beteiligung an der Entscheidungsfindung bezüglich einer Brustoperation die psychische Gesundheit der PatientInnen beeinflusst. Hingegen eine Teilnahme am Entscheidungsprozess hinsichtlich einer Chemotherapie, Bestrahlung und Nachsorgeuntersuchung eher im Zusammenhang mit der körperlichen Funktionsfähigkeit der Betroffenen steht. Mögliche Auswirkungen dieser Ergebnisse könnten darin bestehen, dass die PatientInnen, welche bei der Entscheidung des operativen Eingriffes aktiv beteiligt waren, im Nachhinein weniger Konflikte mit sich selbst aufweisen und somit weniger Depressionen und Ängste haben. Dies kann wiederum dazu führen, dass die Betroffenen mit der Diagnose Brustkrebs, den Anforderungen der Behandlung,

sowie mit den dauerhaften Auswirkungen der Erkrankung besser umgehen können. Hinsichtlich der aktiven Mitbestimmung bei einer Chemotherapie, Bestrahlung oder Nachsorgeuntersuchung, weisen die Betroffenen weniger körperliche Symptome während oder nach Abschluss der Behandlung auf, sowie eine bessere körperliche Funktion als jene PatientInnen, welche an der Entscheidung nicht beteiligt waren (vgl. ebd.: 33ff).

Aufgrund der Ergebnisse kann festgestellt werden, dass das Alter, die Ausbildung und das Einkommen, aber nicht das Krebsstadium bei der Diagnose, signifikante Variablen für die Beteiligung der PatientInnen an der Entscheidungsfindung bezüglich ihrer Behandlungsoptionen darstellen. Insgesamt konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der Beteiligung an der Entscheidungsfindung und der damit verbundenen sowie verbesserten Lebensqualität verzeichnet werden (vgl. ebd.: 29).

Die AutorInnen Little et al. (2001) kamen in ihrer Untersuchung zu dem Schluss, dass ein patientenzentrierter Ansatz, wie zum Beispiel der des „shared-decision-making“, bei den Betroffenen eine höhere Zufriedenheit auslöst, die Rate der Symptombelastungen dadurch reduziert werden kann und ein gewisser Patientenstammbaum entsteht. Außerdem werden die PatientInnen während ihrer Therapie angeregt aktiv mitzuwirken. Die Untersuchung erfolgte an 865 PatientInnen mittels einer Befragung vor und nach dem Arzt-Patient-Gespräch (vgl. Little et al., 2001: 908f). Es konnte festgestellt werden, dass die Kommunikation und ein positiver ärztlicher Ansatz die stärksten Einflussfaktoren für die Zufriedenheit der PatientInnen darstellen. Wurden die Erwartungen der PatientInnen diesbezüglich nicht erfüllt, wurde dadurch die Zufriedenheit deutlich beeinträchtigt. Zudem beschreiben Little et al., dass durch einen patientenzentrierten Ansatz viele andere Faktoren positiv beeinflusst werden können, wie die Gesundheitsförderung, Compliance der PatientInnen, die Beseitigung von bestimmten Symptomen, der Einsatz von gewissen Gesundheitsressourcen und noch vieles mehr (vgl. ebd.: 910f). Ebenso deuten die ExpertInnen darauf hin, dass die Messung der Wahrnehmung von PatientInnen sowie des patientenzentrierten Ansatzes bedeutende Indikatoren für die Qualität der Medizin darstellen. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass wenn die ÄrztInnen keinen patientenorientierten Ansatz verfolgen, die PatientInnen weniger zufrieden und leistungsfähig sind, möglicherweise eine größere Symptombelastung haben und dadurch mehr Ressourcen im Gesundheitswesen benötigen (vgl. ebd.: 911).

Auf einen positiven Zusammenhang zwischen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung („shared-decision-making“) und einer verbesserten Lebensqualität weist auch Followfield (2001) hin. Auch hier wurde die Forderung der PatientInnen an einer stärkeren Beteiligung bei Entscheidungen bezüglich ihrer Behandlung festgestellt. Nebenbei sind auch die von ÄrztInnen vermittelten Informationen für die PatientInnen wesentlich, um

eine Verbesserung der Lebensqualität zu gewährleisten und eine durch die Erkrankung ausgelöste Unsicherheit zu mildern. Schließlich können die PatientInnen nur dann an Entscheidungsfindungen aktiv teilnehmen, wenn sie über die richtigen Informationen verfügen und diese auch gleichzeitig verstehen. Außerdem wird auf einen dringenden Bedarf an Schulungen, sowie anderen Interventionen verwiesen, um die Arzt-Patient-Kommunikation zu optimieren (vgl. Fallowfield, 2001: 1144).

3.4 Altersspezifische Unterschiede

Patientenzentrierte Kommunikation stellt innerhalb der klinischen Praxis einen essentiellen Faktor dar. Wichtig bei patientenzentrierten Kommunikationsprozessen ist eine respektvolle und empathische Arzt-Patient-Beziehung, welche die Bedürfnisse der PatientInnen berücksichtigt und dadurch Aufrichtigkeit und realistische Hoffnung gewährleistet. Keller beschreibt, dass die Vermittlung von Sicherheit und Vertrauen innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation die PatientInnen dabei erfolgreich unterstützt, Verluste, Ungewissheit und Angstzustände zu verarbeiten und somit ihre Autonomie zurückzugewinnen. Um eine patientenzentrierte Kommunikation in Kliniken zu etablieren, wird auch hier auf praxisnahe und professionelle Fort- und Weiterbildungen verwiesen (vgl. Keller, 2013: 267).

Vor allem in Bezug auf junge BrustkrebspatientInnen ist eine patientenzentrierte Kommunikation von Vorteil. Jedoch stellt es für viele ÄrztInnen aufgrund der speziellen und altersspezifischen Bedürfnisse der jungen PatientInnen in der Praxis noch eine Herausforderung dar. Die AutorInnen verweisen insbesondere bei jungen BrustkrebspatientInnen auf die Notwendigkeit eines individuellen Therapieplans und auf ausreichend Zeit für Diagnostik und Beratung. Hinzu kommt, dass hinsichtlich jungen BrustkrebspatientInnen und onkologischer Diagnostik und Therapie, Vermeidung einer Über- oder Untertherapie als auch bezüglich ihrer Lebensqualität, keine ausreichenden Studiendaten vorhanden sind. Zu den HochrisikopatientInnen zählen die unter 35-jährigen BrustkrebspatientInnen, sowie jene PatientInnen, bei welchen der Brustkrebs während der Schwangerschaft diagnostiziert wird. In solchen Fällen wird primär auf interdisziplinäre und spezialisierte Zentren verwiesen, um neben dem Brustgesundheitszentrum, auch andere klinische Bereiche, wie Genetik, Kinderwunsch, Perinatalogie, etc. abzudecken und den jungen PatientInnen erfahrene ExpertInnen zur Verfügung zu stellen. Auch Selbsthilfegruppen sind bei jungen BrustkrebspatientInnen von großer Bedeutung und regen ihren Informationsaustausch an (vgl. Würstlein et al., 2014: 671f).

Das Alter der BrustkrebspatientInnen spielt neben anderen Faktoren, wie Tumorgroße, Fernmetastasierung, etc., eine entscheidende prognostische und prädiktive Rolle. Oft

wird bei jungen PatientInnen auf die Relevanz der Betreuung und Unterstützung in Brustgesundheitszentren bzw. in Kliniken aufmerksam gemacht. Auch die Überlebensrate der unter 40-jährigen Frauen mit Brustkrebs wird im Gegensatz zu 50-jährigen BrustkrebspatientInnen laut dem Tumorregister München schlechter eingestuft (vgl. Tumorregister München, 2018). Daher ist es bei jungen PatientInnen umso wichtiger, suspekte Befunde so früh wie möglich abzuklären (vgl. Würstlein et al., 2014: 554), ein optimales Aufklärungsgespräch über die Diagnose durchzuführen und eine für die Betroffenen ideale Therapieplanung anzustreben. Neben dem Altersaspekt können bei jüngeren BrustkrebspatientInnen unangenehme Prognosen mit höherem Rezidivrisiko (Wiederauftreten des Tumors) vorliegen als auch persönliche Belastungen aufgrund ihrer Lebenssituation vorhanden sein. Hinzu kommt, dass die heutigen jüngeren PatientInnen des Öfteren im Vorfeld anhand von Medien und bestimmten Netzwerken gut informiert sind und daher auch eine hohe Expertise des medizinischen Personals fordern (vgl. Würstlein et al., 2014: 550).

Auch die Familienplanung ist bei jungen onkologischen PatientInnen und innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation von großer Bedeutung. Wichtig ist dabei, dass fertilitätserhaltende (fruchtbarkeitserhaltende) Maßnahmen rechtzeitig und vor Beginn der onkologischen Behandlung besprochen werden. Bei jungen onkologischen PatientInnen kann der Kinderwunsch noch offen oder noch nicht abgeschlossen sein. Daher ist es relevant innerhalb des Arzt-Patient-Gesprächs über die Auswirkungen der Krebserkrankung oder der Therapie hinsichtlich möglicher Fertilitätseinschränkungen aufzuklären. Da bei den Betroffenen aufgrund der im Vordergrund stehenden Krebserkrankung die Familienplanung oft in den Hintergrund rückt, liegt hier primär die Verantwortung bei den aufklärenden ÄrztInnen sich diesem Thema gemeinsam mit den PatientInnen zuzuwenden. Mit Hilfe einer im Jahr 2010 durchgeführten Literaturrecherche innerhalb der Datenbanken Medline und Web of Science im Zeitraum von 2000-2010 konnten 21 Studien, 12 aus den USA und sieben aus Europa, ausfindig gemacht werden, welche sich mit der Thematik der Familienplanung von jungen onkologischen PatientInnen und der Arzt-Patient-Kommunikation auseinandersetzen (vgl. Geue et al., 2011: 371f). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Aufklärung bei jungen onkologischen PatientInnen über Fertilität und deren Beeinträchtigung aufgrund einer onkologischen Therapie keinen Standard in der klinischen Praxis darstellt. Hier berichten jedoch beide Parteien, also jene der ÄrztInnen und die der PatientInnen, dass bei dieser Thematik Kommunikationsbarrieren vorhanden sind (vgl. ebd.: 375). Auch hier wird auf die Notwendigkeit

von Leitlinien und Schulungen für das medizinische Personal verwiesen und eine adäquate Fertilitätsbetreuung im Rahmen der Arzt-Patient-Kommunikation empfohlen, um jungen Betroffenen die Familienplanung zu ermöglichen (vgl. ebd.: 378).

4 Forschungsfragen

Das folgende Kapitel setzt sich mit den Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit und deren Relevanz auseinander. Ebenso werden hier die Ausprägungen und die Operationalisierung skizziert, welche die Grundlage für die Erstellung des Untersuchungsinstruments darstellen. Zudem muss angemerkt werden, dass ab diesem Kapitel ausschließlich die weibliche Form „Patientinnen“ verwendet wird, da für die Befragung der PatientInnen nur Frauen herangezogen wurden und daher auf das generische Maskulinum verzichtet werden kann.

4.1 Forschungsfrage 1

Welche Relevanz hat die Arzt-Patient-Kommunikation bei der Diagnose Brustkrebs für das Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen (am Beispiel des Brustgesundheitszentrums St. Josef Krankenhaus)?

Die Forschungsfrage dient dazu, die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation nach der Diagnosestellung Brustkrebs aufzuzeigen. Schließlich bezieht sich die Relevanz auf das Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen, da dieses innerhalb des Aufklärungsgesprächs durch verschiedene Faktoren, wie Kommunikation und Verhalten der ÄrztInnen, beeinflusst werden kann. Ob diese Aspekte tatsächlich das Wohlbefinden der Patientinnen beeinflussen, soll mit Hilfe der ersten Forschungsfrage herausgefunden werden.

Die Variablen der ersten Forschungsfrage beziehen sich auf die Art der Arzt-Patient-Kommunikation (unabhängige Variable) und auf das Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen (abhängige Variable). Anhand dieser Kriterien erfolgt für die erste Forschungsfrage die Formulierung der Ausprägungen und die Operationalisierung:

Ausprägungen „Art der Arzt-Patient-Kommunikation“:

- Patientenzentrierte Arzt-Patient-Kommunikation
- Keine patientenzentrierte Arzt-Patient-Kommunikation

Operationalisierung (vgl. Bechmann, 2014/ Egger, 2014):

- Verständlich: Nennung von medizinischen Fachausdrücken, Erklärung von medizinischen Fachausdrücken, deutliche Aussprache, informativ
- Empathisch: waren die ÄrztInnen nach Ansicht der Patientinnen vertrauensvoll, respektvoll, fürsorglich, rücksichtsvoll, emotional

Ausprägungen „Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen“:

- Hohes Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen
- Neutrales Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen
- Niedriges Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen

Operationalisierung (vgl. Pohl et al., 2007/ WHO, 2012):

- Zufriedenheit: Erhebung von Sicherheit, Angst, Aktivität, Entspannung, innere Ruhe
- Lebensqualität: Erhebung von Gesundheitszustand, Bildungsabschluss, Arbeitsplatz

4.2 Forschungsfrage 1.1

Welche Vorteile können aus der Sicht der Brustkrebspatientinnen durch eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation entstehen (am Beispiel des Brustgesundheitszentrums St. Josef Krankenhaus)?

Diese Forschungsfrage soll aufzeigen, dass mit Hilfe gelungener Arzt-Patient-Kommunikation Vorteile, wie höheres Wohlbefinden oder bessere Behandlungsergebnisse, für die Brustkrebspatientinnen entstehen können. Im Gegensatz dazu kann mittels der Forschungsfrage festgestellt werden, dass eine misslungene Arzt-Patient-Kommunikation negative Folgen für die Betroffenen haben kann.

Bei dieser Forschungsfrage stellt die Arzt-Patient-Kommunikation die unabhängige Variable dar und die Auswirkungen für betroffene Brustkrebspatientinnen die abhängige Variable. Die Ausprägungen der Variablen sowie die Operationalisierung wurden wie folgt definiert:

Ausprägungen „Arzt-Patient-Kommunikation“:

- Gelungene Arzt-Patient-Kommunikation
- Misslungene Arzt-Patient-Kommunikation

Operationalisierung (vgl. Bechmann, 2014/ Lange, 2007):

- Partizipative Gesprächsführung: gemeinsame Entscheidungsfindung, gleichberechtigt, handelnd, zielführend
- Empathische Gesprächsführung: aktives Zuhören, Zuwendung, gesprächsoffen, fürsorglich, vertrauensvoll, respektvoll

Ausprägungen „Auswirkungen für betroffene Brustkrebspatientinnen“:

- Wohlbefinden der Brustkrebspatientinnen
- Behandlungssituation der Brustkrebspatientinnen

Operationalisierung (vgl. Koch-Gromus und Kreß, 2012/ Österreichische Krebs-
hilfe Wien, 2012/ Pohl et al., 2007/ WHO, 2012/ Winkler und Schildmann, 2015):

- Wohlbefinden: Zufriedenheit, Lebensqualität, Gesundheitszustand, Bildungsabschluss, Arbeitsplatz, Sicherheit, Angst, Aktivität, Entspannung, innere Ruhe
- Behandlungssituation: Atmosphäre, Kooperation beider Parteien, Einigung über Behandlungsziele, Berücksichtigung von Bedürfnissen, Einhaltung ethischer Grenzen

4.3 Forschungsfrage 2

Inwiefern versuchen die ÄrztInnen innerhalb der Patientenaufklärung Emotionen und Informationen an die Brustkrebspatientinnen zu vermitteln (am Beispiel des Brustgesundheitszentrums St. Josef Krankenhaus)?

Anhand der Forschungsfrage soll untersucht werden, inwiefern die ÄrztInnen Emotionen und Informationen während des Diagnosegesprächs an die Brustkrebspatientinnen vermitteln. Damit soll analysiert werden, ob ÄrztInnen Emotionen äußern, wenn ja ob sie diese auch benennen und eventuell bei den Patientinnen dadurch Verständnis, Anerkennung, etc. bewirken. Außerdem ist es interessant zu erfahren, ob die ÄrztInnen auch die für Patientinnen relevanten Informationen über Diagnose, Therapie, etc. liefern und somit einen besseren Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs gewährleisten. Hierfür wurden die Emotionen und Informationen der ÄrztInnen als unabhängige Variable und der Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs als abhängige Variable definiert. Mittels der Variablen wurden folgende Ausprägungen und die Operationalisierung erstellt:

Ausprägungen „Emotionen und Informationen der ÄrztInnen“:

- Vermittlung von Emotionen und Informationen der ÄrztInnen
- Keine Vermittlung von Emotionen und Informationen der ÄrztInnen

Operationalisierung (vgl. Ärztekammer Nordrhein, 2015/ Kruse et al., 2003):

- Vermittlung bzw. keine Vermittlung von Emotionen der ÄrztInnen: Emotionen äußern, Emotionen benennen, Verständnis ausdrücken, Anerkennung gegenüber Patientin artikulieren, Unterstützung anbieten, zusätzliche Aspekte zur Emotion herausfinden
- Vermittlung bzw. keine Vermittlung von Informationen der ÄrztInnen: Aufklärung über Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Behandlungsziel, Behandlungsablauf, Risiken, Behandlungsteam, Behandlungsräumlichkeiten

Ausprägungen „Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs“:

- Guter Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs
- Neutraler Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs
- Schlechter Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs

Operationalisierung (vgl. Nittel und Seltrecht, 2013):

- Umgang mit der Diagnose Brustkrebs: Verstehen der Diagnose, Akzeptanz der Diagnose, Verantwortung, Handlungsfähigkeit, soziale Unterstützung, Normalität bewahren, Optimismus/Zuversicht

4.4 Forschungsfrage 3

Inwiefern werden die von ÄrztInnen vermittelten Emotionen und Informationen von den Brustkrebspatientinnen innerhalb der Patientenaufklärung wahrgenommen (am Beispiel des Brustgesundheitszentrums St. Josef Krankenhaus)?

Wichtig für die vorliegende Arbeit ist es außerdem zu untersuchen, wenn ÄrztInnen Emotionen und Informationen an Patientinnen vermitteln, ob diese auch tatsächlich von den Betroffenen wahrgenommen werden. Das Ziel der dritten Forschungsfrage ist es herauszufinden, ob den Patientinnen durch die Wahrnehmung der Informationen einerseits ein besserer Umgang mit der Diagnose ermöglicht wird, beispielsweise aufgrund eines besseren Verständnisses der Erkrankung oder Therapiemöglichkeiten. Andererseits soll festgehalten werden, ob aufgrund der Wahrnehmung der durch die ÄrztInnen vermittelten Emotionen, Sicherheit, Vertrauen, etc. bei den Betroffenen verursacht werden.

Die Variablen der dritten Forschungsfrage stellen die Wahrnehmung der von ÄrztInnen vermittelten Emotionen und Informationen (unabhängige Variable) und der Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs (abhängige Variable) dar.

Folgende Ausprägungen und Operationalisierung wurden mit Hilfe der Variablen aufgestellt:

Ausprägungen „Wahrnehmung der von ÄrztInnen vermittelten Emotionen und Informationen“:

- Wahrnehmung der Brustkrebspatientinnen von vermittelten Emotionen und Informationen
- Keine Wahrnehmung der Brustkrebspatientinnen von vermittelten Emotionen und Informationen

Operationalisierung (vgl. Ärztekammer Nordrhein, 2015/ Kruse et al., 2003):

- Wahrnehmung bzw. keine Wahrnehmung der Brustkrebspatientinnen von vermittelten Emotionen: Vertrauen, Offenheit, Sicherheit, Kontrolle, Reduktion von Hoffnungslosigkeit, Reduktion von Hilflosigkeit, Reduktion von Unsicherheit
- Wahrnehmung bzw. keine Wahrnehmung der Brustkrebspatientinnen von vermittelten Informationen: Verstehen der Diagnose, der Therapiemöglichkeiten, Behandlungsziel, Behandlungsablauf, Risiken, Kenntnis über Behandlungsteam, Behandlungsräumlichkeiten

Ausprägungen „Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs“:

- Guter Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs
- Neutraler Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs
- Schlechter Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs

Operationalisierung (vgl. Nittel und Seltrecht, 2013):

- Umgang mit der Diagnose Brustkrebs: Verstehen der Diagnose, Akzeptanz der Diagnose, Verantwortung, Handlungsfähigkeit, soziale Unterstützung, Normalität bewahren, Optimismus/Zuversicht

4.5 Forschungsfrage 4

Inwiefern besteht innerhalb der Patientenaufklärung bzw. Arzt-Patient-Kommunikation ein Unterschied zwischen jüngeren und älteren Brustkrebspatientinnen (am Beispiel des Brustgesundheitszentrums St. Josef Krankenhaus)?

Diese Forschungsfrage soll den Zusammenhang zwischen der Arzt-Patient-Kommunikation und dem Alter der Brustkrebspatientinnen analysieren. Interessant ist dabei vor

allen, ob jüngere Patientinnen aufgrund ihrer altersspezifischen Bedürfnisse, wie Familienplanung oder Genetik, eine intensivere Aufklärung durch ÄrztInnen benötigen.

Dabei charakterisiert das Alter der Brustkrebspatientinnen die unabhängige Variable und die Intensität der Patientenaufklärung bzw. Arzt-Patient-Kommunikation die abhängige Variable. Anhand dieser Variablen erfolgt die Formulierung der Ausprägungen und die Operationalisierung:

Ausprägungen „Alter der Brustkrebspatientinnen“:

- Jüngere Brustkrebspatientinnen
- Ältere Brustkrebspatientinnen

Operationalisierung (vgl. Competence Center Integrierte Versorgung, 2012/ Österreichische Krebshilfe Wien, 2012/ Weltgesundheitsorganisation, 2002):

- Jüngere Brustkrebspatientinnen: 25 - 29, 30 - 34, 35 - 39, 40 - 44, 45 - 49, 50 - 54, 55 - 59 Jahre
- Ältere Brustkrebspatientinnen: 60 - 64, 65 - 69, 70 - 74, 75 - 79, 80 - 84, 85 - 89, 90 - 94 Jahre

Ausprägungen „Intensität der Patientenaufklärung bzw. Arzt-Patient-Kommunikation“:

- Hohe Intensität der Patientenaufklärung bzw. Arzt-Patient-Kommunikation
- Niedrige Intensität der Patientenaufklärung bzw. Arzt-Patient-Kommunikation

Operationalisierung (vgl. Krebshilfe Wien, 2007/ Seel, 2009):

- Intensität der Patientenaufklärung bzw. Arzt-Patient-Kommunikation: Akzeptanz gegenüber GesprächspartnerIn, Aufmerksamkeit, Augenkontakt, Körperkontakt, Zeitfaktor, Atmosphäre, Verständnis, Authentizität, Interesse, Offenheit, Wahrheit

5 Empirische Untersuchung

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde die Methode der quantitativen Befragung als sinnvoll erachtet. Anhand einer Befragung ist es möglich zu erforschen, welche Ursachen dem Phänomen Arzt-Patient-Kommunikation bei der Diagnosestellung Brustkrebs am Beispiel des Brustgesundheitszentrum St. Josef Krankenhaus Wien zugrunde liegen bzw. welche Folgen die Arzt-Patient-Kommunikation für die betroffenen Brustkrebspatientinnen haben kann. Aufgrund des heiklen Themas, sowie der Zielgruppe und deren Erreichbarkeit wurde eine schriftliche (Paper&Pencil) Befragung in Form eines standardisierten Fragebogens als Untersuchungsinstrument ausgewählt, welcher im nächsten Unterkapitel näher erläutert wird.

5.1 Standardisierter Fragebogen

Um das vorliegende Erkenntnisinteresse untersuchen zu können, wurde der standardisierte Fragebogen als Untersuchungsinstrument angewandt. Im Rahmen dieser Untersuchung fiel die Wahl auf den standardisierten Fragebogen aufgrund der Situation, dass diese Erhebung für eine Beobachtung oder Inhaltsanalyse unzugänglich scheint, da die vorliegende Thematik zu intim ist und das Interesse vor allem auf Verhaltensweisen der Vergangenheit liegt. Ebenso wäre die Situation zu komplex, um sie in ihrer Gesamtheit beobachten zu können. Außerdem stehen die subjektiven Bewertungen, Einschätzungen, Einstellungen und Interpretationen der Patientinnen im Fokus der Untersuchung, wodurch die Befragung das geeignetste Verfahren darstellt (vgl. Möhring und Schlütz, 2010: 14). Somit wurde mit Hilfe des standardisierten Fragebogens ein Regelsystem erstellt, welches die systematische Sammlung des Erfahrungswissens der Betroffenen ermöglicht, um dadurch das Verhalten zu erfassen (vgl. ebd.: 11f).

Der standardisierte Fragebogen stellt eine besondere Form der geplanten Kommunikation dar, bei der versucht wird, zahlreiche Antworten zu generieren, welche in ihrer Summe letztendlich zur Beantwortung der Forschungsfragen beitragen sollen. Der Verlauf, das Thema, die Befragungsteilnehmerinnen sowie die Situation sind hierbei schließlich vorgegeben und es wird versucht diese weitgehend von möglichen Störquellen freizuhalten (vgl. ebd.: 14).

Der Vorteil des standardisierten Fragebogens ist, dass innere Zustände der Befragten gemessen werden können, welche sich beispielsweise einer reinen Beobachtung entziehen würden. Wie bereits erwähnt, können anhand eines Fragebogens Einstellungen,

Meinungen, Gründe, Wünsche oder Gefühle erhoben werden, welche in dieser Analyse eine bedeutende Rolle spielen (vgl. ebd.: 16). Außerdem ist mit einer schriftlichen Befragung ein geringer Personalaufwand verbunden, welcher dieses Verfahren kostengünstig und einfacher zu administrieren gestaltet. Auch die ehrliche Beantwortung der Fragen kann mit Hilfe einer schriftlichen Befragung erzielt werden. Außerdem ist den Befragten dadurch die Möglichkeit gegeben, sich die Zeit bzw. das Tempo für das Ausfüllen des Fragebogens selbst einzuteilen und sich die Antworten sorgfältig zu überlegen. Dies bedingt wiederum, dass sich manche sehr genau mit den Fragestellungen beschäftigen und andere eventuell nur flüchtig. Schließlich findet auch keine Beeinflussung durch InterviewerInnen statt. Jedoch muss ohne Anwesenheit von ForscherInnen darauf geachtet werden, dass die formulierten Fragen verständlich sind und der Fragebogen für die Betroffenen einfach auszufüllen ist (vgl. ebd.: 127ff).

Oftmals stellt eine geringe Ausschöpfung, bedingt durch die Selbstselektion der Teilnehmerinnen, einen Nachteil der schriftlichen Befragung dar. Auch die Thematik der Befragung kann die Höhe des Rücklaufs beeinflussen. Hier lässt sich zum Beispiel feststellen, dass Fragebögen mit interessanten und aktuellen Themen schneller und vollständiger ausgefüllt bzw. zurückgeschickt werden. Ebenso lässt sich bei der schriftlichen Befragung die Erhebungssituation nicht kontrollieren. Das bedeutet, dass beispielsweise Einflüsse durch Dritte bei der Beantwortung des Fragebogens durchaus vorkommen können. Und zuletzt ist bei der schriftlichen Befragung keine Motivationsmöglichkeit durch die InterviewerInnen möglich, was ebenso zu einer geringeren Rücklaufquote führen kann (vgl. ebd.: 129f).

Besonders wichtig ist bei der schriftlichen Befragung, dass die grafische Gestaltung des Fragebogens, die Fragebogenaufmachung und das Informationsschreiben die Zielgruppe überzeugen. Vor allem die Länge des Fragebogens (maximal zwölf Seiten), das Layout (strukturiert und übersichtlich), die Fragennummerierung (beispielsweise in Blöcken) und das persönliche Anschreiben bzw. Informationsschreiben spielen für die Erhöhung der Rücklaufquote eine wichtige Rolle (vgl. ebd.: 128ff).

5.2 Erstellung des Fragebogens

Bei der Erstellung des Fragebogens wurden die Forschungsfragen mit Hilfe der Operationalisierung (siehe Kapitel 4) in jene Fragen umgewandelt, welche im Fragebogen gestellt wurden. Dabei wurde zunächst die Bedeutung der Begrifflichkeiten exploriert und die inhaltlichen Aspekte erkundet (vgl. Möhring und Schlütz, 2010: 23). Dadurch konnten die entsprechenden Indikatoren, sogenannte Testfragen, entwickelt werden, welche im Fragebogen Verwendung finden (vgl. ebd.). Der Übersetzungsprozess in die Testfragen

ermöglicht es, Verständigungsschwierigkeiten im Rahmen der Befragung zu vermeiden. Daher muss bei der Übersetzung der Testfragen der Modus der Befragung (z.B. schriftlich), das Vorwissen der Zielgruppe, das Sprachverständnis und stets der Zusammenhang mit den Forschungsfragen berücksichtigt werden (vgl. ebd.: 24ff).

Der standardisierte Fragebogen der vorliegenden Untersuchung umfasst acht Seiten und beinhaltet ausschließlich geschlossene Fragen (siehe Anhang). Die Vorteile von geschlossenen Fragen sind, dass den Antworten eine höhere Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit) zugeschrieben wird. Zusätzlich können die Ergebnisse einfacher miteinander verglichen werden und die Antworten der Befragten sind sozusagen vollständiger, da diese Antwortalternativen angeben können, welche ihnen eventuell sonst nicht eingefallen wären. Andererseits können aus den genannten Vorteilen auch Nachteile für die Untersuchung entstehen, wie die durch die Standardisierung erzeugte künstliche Situation, mögliche Antwortverzerrung, geringere Spontanität sowie Verlust der genauen Ausdrucksweise der Befragten (vgl. ebd.: 74f).

Der Fragebogen wurde zu Beginn mit einem Einleitungstext versehen, welcher das Ziel der Untersuchung erläutert sowie auf Hinweise zum Ausfüllen verweist. Ebenso wurde dieser in drei Themenblöcke gegliedert: „Angaben zu der Diagnose Brustkrebs“, „Angaben zu dem Erstdiagnose-Gespräch“ und „Demografische Daten“. Der erste Block „Angaben zu der Diagnose Brustkrebs“ beinhaltet drei Filterfragen (Frage 1-3), welche sicherstellen, dass nur jene Patientinnen an der Befragung teilnehmen, welche die Einschlusskriterien der Untersuchung erfüllen.

Der zweite Themenblock (Frage 4-13) bezieht sich direkt auf das Erstdiagnose-Gespräch und zielt auf Einstellungs- und Meinungsfragen ab. Die Fragen vier bis 13 enthalten jeweils sieben Ausprägungen (1 = sehr stark, 2 = stark, 3 = ein bisschen, 4 = teilweise, 5 = eher weniger, 6 = wenig, 7 = überhaupt nicht), wobei bei Frage vier bis acht noch zusätzlich die Optionen „kann mich nicht erinnern, weil geschockt“ und „kann mich nicht erinnern, weil zu lange her“ zur Verfügung stehen.

Zum Abschluss des Fragebogens werden die Patientinnen nach ihren demografischen Daten gefragt (Frage 14-17), welche auf das Geschlecht, Alter, Bildungsabschluss und momentane Tätigkeit abzielen.

Schließlich ergeben sich für die Fragebogenuntersuchung aufgrund des Erkenntnisinteresses und Forschungsfragen bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien. Da die Untersuchung ausschließlich im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens durchgeführt wird, war es bei der Befragung wichtig darauf zu achten, dass das Erstdiagnose-Gespräch tatsächlich auch dort stattgefunden hat. Da das Erstdiagnose-Ge-

sprach auch durch andere Fachrichtungen, wie die der Radiologie oder Onkologie, erfolgen kann, jedoch in dieser Arbeit ausschließlich die Ambulanz des Brustgesundheitszentrums im Interesse steht, war es daher wichtig die Patientinnen danach zu fragen, ob diese tatsächlich durch die OperateurInnen der Ambulanz aufgeklärt wurden. Außerdem werden in dieser Analyse nur jene Brustkrebspatientinnen berücksichtigt, welche im Jahr 2018 oder 2019 ihr Erstdiagnose-Gespräch hatten. Dieser Zeitraum wird gewählt, da die Patientinnen für die Befragung ihr Aufklärungsgespräch noch so gut wie möglich in Erinnerung haben sollten, um die Fragestellungen präzise beantworten zu können und Verzerrungen zu vermeiden. Schließlich werden in dieser Erhebung nur weibliche Brustkrebspatientinnen befragt, da die Anzahl der männlichen Brustkrebspatienten zu gering ist, um letztendlich eine valide Aussage über Zusammenhänge treffen zu können. Ebenso werden aufgrund der Ergebnisse der Literaturrecherche sowie unter Berücksichtigung der Primärfallzahlen des Brustgesundheitszentrums aus dem Jahr 2018 und 2019 nur weibliche Patientinnen im Alter zwischen 25 und 94 Jahren erfasst.

5.3 Grundgesamtheit und Stichprobe

Wie bereits erwähnt, setzt sich die Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung aus Patientinnen des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien zusammen, welche zwischen 25 und 94 Jahre alt sind. Zusätzlich muss das Erstdiagnose-Gespräch im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus durch die OperateurInnen im Jahr 2018 oder 2019 stattgefunden haben.

Daher setzt sich die Grundgesamtheit aus etwa 260 Primärfällen aus dem Jahr 2018 und jener Patientinnen zusammen, welche im Jahr 2019 (keine Anzahl der Primärfälle verfügbar, da diese von 2019 noch nicht erhoben wurden) ihr Erstdiagnose-Gespräch im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wien hatten. Für die Stichprobenberechnung wurden somit 260 Primärfälle aus dem Jahr 2018 herangezogen. Da die Befragung bis Anfang Juni 2019 durchgeführt wurde, wurden schließlich 90 Patientinnen für das Jahr 2019 miteinbezogen. Dadurch kann man von einer Grundgesamtheit von 350 Patientinnen ausgehen und kommt für die vorliegende Untersuchung zu folgender Stichprobenberechnung:

$$n = 350 / 1 + 350 \times 0,1^2$$

Somit ergibt sich eine Stichprobengröße von 78 Patientinnen ($n=78$), wobei ein zugelassener Fehler von $10\% = 0,1$ berücksichtigt wird.

5.4 Durchführung der Befragung

Bevor die Befragung im St. Josef Krankenhaus durchgeführt werden konnte, war es notwendig, das Forschungsvorhaben der Ethikkommission der „Vinzenz Gruppe“ in Wien vorzustellen. Daher wurde dieses am 9. April 2019 im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wien der vorsitzenden Ethikkommission präsentiert und aufgrund von Verbesserungsvorschlägen, wie Eingrenzung der Erstdiagnose-Gespräche auf die Jahre 2018 und 2019, Durchführung der Befragung ausschließlich an weiblichen Patientinnen, Anwendung der deskriptiven Statistik, überarbeitet. Nach der Überarbeitung des Forschungsvorhabens wurde dieses am 18. April 2019 durch die Ethikkommission genehmigt und es konnte anschließend mit dem Pretest begonnen werden.

Zur Fragebogen-Optimierung wurde am 23. April 2019 ein Pretest an vier Brustkrebspatientinnen des Brustgesundheitszentrums St. Josef Krankenhaus Wien durchgeführt. Mit Hilfe des Pretests konnte herausgefunden werden, wie valide und reliabel der Fragebogen tatsächlich ist. Zusätzlich konnte damit die Planung der Feldzeit optimiert werden, wodurch wiederum die Dauer der Befragung und die Anzahl der notwendigen Kontaktversuche im Rahmen des Pretests evaluiert wurde. Auch die Optimierung des Untersuchungsinstruments konnte erfolgen. Dabei wurde überprüft, wie viel Interesse und Aufmerksamkeit die Befragten einzelnen Fragestellungen widmen, ob die Fragen verständlich und inhaltlich korrekt formuliert wurden und ob die Fragestellungen in einer nachvollziehbaren Reihenfolge für die Befragten aufgestellt waren. Hinzu kommt, dass innerhalb des Pretests Probleme sowie das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen berücksichtigt wurden (vgl. Möhring und Schlütz, 2010: 169f).

Nach Durchführung des Pretests konnte festgestellt werden, dass bei Frage sieben und bei der Eigenschaft „Ausdruck von Anerkennung“ vermehrt Probleme bei den Befragten auftauchten. Erst nach Erklärung was unter „Ausdruck von Anerkennung“ in der vorliegenden Untersuchung gemeint ist, konnten die Patientinnen die Frage beantworten. Daher wurde die Eigenschaft „Ausdruck von Anerkennung“ durch das Beispiel „Wertschätzung Ihrer Person“ ergänzt. Im Zuge der Frage „Welcher Tätigkeit gehen Sie momentan (hauptsächlich) nach“ konnte anhand des Pretests herausgefunden werden, dass die Option „Krankenstand“ fehlt. Somit wurde diese Möglichkeit bei der Frage nach der Tätigkeit hinzugefügt.

Nach positivem Votum der Ethikkommission und nach Abschluss des Pretests konnte die Feldphase gestartet werden. Die Befragung startete am 24. April 2019 im St. Josef Krankenhaus Wien. Den Befragten wurde der standardisierte Fragebogen inklusive Informationsschreiben zur Teilnahme ausgehändigt (siehe Anhang).

Die Durchführung der Befragung erfolgte zu Beginn ausschließlich im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens. Da jedoch nach den ersten Tagen der Befragung auffiel, dass die Rekrutierung durch das medizinische Personal im Brustgesundheitszentrum langsamer als gedacht voranging, wurde durch die Verantwortliche der Untersuchung die Rekrutierung der Brustkrebspatientinnen auf die onkologische Tagesklinik sowie auf die operativen Stationen erweitert. Somit konnten unter der Berücksichtigung aller Ein- und Ausschlusskriterien Patientinnen erreicht werden, welche die Diagnose Brustkrebs vor kurzem erstdiagnostiziert bekamen, sich in der operativen Behandlungsphase befanden, momentan eine Chemotherapie erhielten oder sich bereits in der Nachsorge befanden. Im Brustgesundheitszentrum wurden die Fragebögen an die Patientinnen durch das medizinische Personal ausgehändigt, welches auch die Ein- und Ausschlusskriterien erhielt, um die Patientinnen präziser rekrutieren zu können. Vor allem aufgrund der Themenstellung ist es zielführend den Betroffenen die Fragebögen durch das Behandlungsteam übermitteln zu lassen, da diese das notwendige Vertrauen und eine gewisse Kooperationsüberzeugung an die Teilnehmenden vermitteln können und somit auch die Rücklaufquote (durch ein „vor Ort“ Ausfüllen des Fragebogens) erhöht werden kann. In der onkologischen Tagesklinik und auf den operativen Stationen wurden die Patientinnen durch die Verantwortliche der Untersuchung rekrutiert.

Um die Anonymität der Befragung gewährleisten zu können, wurde im Warteraum der Brustgesundheitszentrums-Ambulanz ein Postkasten aufgehängt, in den die Patientinnen ihre ausgefüllten Fragebögen einwerfen konnten. Dieser wurde in regelmäßigen Abständen durch die Verantwortliche der Untersuchung entleert.

Zusätzlich fand am 22. Mai 2019 im St. Josef Krankenhaus die Veranstaltung „Das Leben nach Brustkrebs“ statt, welche vom Brustgesundheitszentrum organisiert wurde und an betroffene Brustkrebspatientinnen gerichtet war. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurden für die vorliegende Untersuchung ebenfalls Patientinnen rekrutiert, welche die Einschlusskriterien erfüllt haben. Die Feldphase der Befragung endete am 03. Juni 2019.

Insgesamt wurden 87 Fragebögen von den Brustkrebspatientinnen retourniert. Aufgrund der definierten Zielgruppe der Untersuchung wurden vor der Datenanalyse jene Fragebögen aussortiert, welche den Einschlusskriterien nicht entsprochen haben. Dies trifft auf 17 Fragebögen zu, wo entweder das Erstdiagnose-Gespräch der Patientinnen nicht im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens stattgefunden hat, diese nicht von den OperateurInnen aufgeklärt wurden oder das Erstdiagnose-Gespräch vor dem Jahr 2018 durchgeführt wurde. Somit werden im Rahmen der Datenanalyse insge-

samt siebzig Fragebögen berücksichtigt, welche die Einschlusskriterien der Untersuchung erfüllen. Anschließend konnte mit der Datenauswertung begonnen werden. Die Ergebnisse der Befragung werden im nächsten Kapitel diskutiert.

6 Ergebnisse

Die erhobenen Daten der Befragung werden rein deskriptiv ausgewertet. Es werden keine Hypothesenprüfungen oder Generalisierungen auf größere Grundgesamtheiten durchgeführt. Im Rahmen der deskriptiven Statistik werden die erhobenen Daten mit Hilfe der Analyse-Software SPSS (Version 26) ausgewertet und die Ergebnisse beschrieben.

6.1 Deskriptive Statistik

6.1.1 Einschlusskriterien und demographische Daten

Zu Beginn der deskriptiven Statistik sollen die Einschlusskriterien der Befragung (siehe Fragebogen im Anhang, Frage 1-3) und die demographischen Daten der Untersuchungsteilnehmerinnen (siehe Fragebogen im Anhang, Frage 14-17) näher beschrieben werden.

Für die vorliegende Arbeit setzt sich die Stichprobe aus insgesamt 70 Probandinnen ($n=70$) zusammen, wovon alle Teilnehmerinnen weibliche Patienten darstellen. Ebenso wurde bei allen 70 Befragten das Erstdiagnose-Gespräch im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens von den OperateurInnen durchgeführt und fand bei 47 Patientinnen (67,1%) im Jahr 2018 und bei 23 Patientinnen (32,9%) im Jahr 2019 statt. Da das Alter der Patientinnen einen wesentlichen Faktor für die Untersuchung sowie für die Beantwortung der vierten Forschungsfrage darstellt, wird dieses in folgender Abbildung näher skizziert:

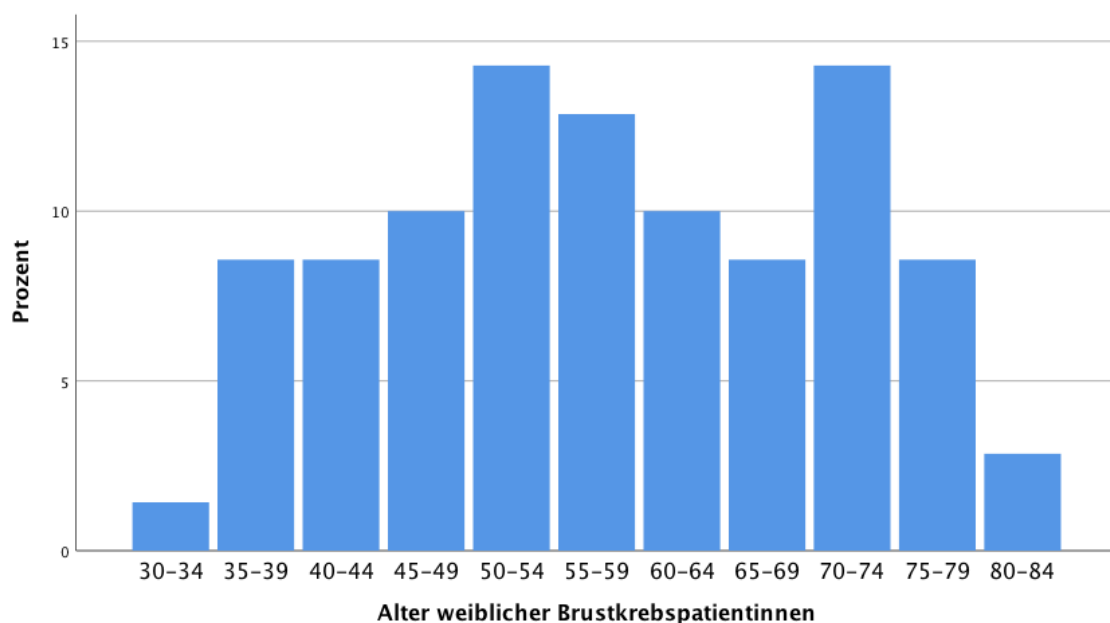


Abbildung 1: Alter weiblicher Brustkrebspatientinnen in %

Die Grafik in Abbildung 1 verdeutlicht, dass die meisten der Brustkrebspatientinnen bei dieser Befragung zwischen 50 - 54 Jahre (10 Patientinnen bzw. 14,3%) und 70 - 74 Jahre (10 Patientinnen bzw. 14,3%) alt waren. Ebenso wurden neun Patientinnen (12,9%) der 55 - 59-Jährigen erreicht. Jeweils sieben Probandinnen nahmen bei den 45 - 49-Jährigen (10%) und bei den 60 - 64-Jährigen (10%) teil. Die restlichen Teilnehmerinnen verteilten sich gleichermaßen auf die Altersgruppen der 35 – 39-Jährigen (sechs Probandinnen bzw. 8,6%), der 40 – 44-Jährigen (sechs Patientinnen bzw. 8,6%), der 65 – 69-Jährigen (sechs Patientinnen bzw. 8,6%) und der 75 – 79-Jährigen (sechs Teilnehmerinnen bzw. 8,6%). Zudem konnten zwei Patientinnen (2,9%) im Alter von 80 – 84 Jahre rekrutiert werden und eine Patientin (1,4%) war zwischen 30 – 34 Jahre alt. Die Altersstufen der 25 – 29-Jährigen, der 85 – 89-Jährigen und der 90 – 94-Jährigen konnten für eine Teilnahme nicht mobilisiert werden.

Anhand des oben angeführten Balkendiagramms wird außerdem ersichtlich, dass das Verhältnis zwischen den jüngeren Brustkrebspatientinnen (25 - 59 Jahre) und den älteren Brustkrebspatientinnen (60 – 94 Jahre) sehr ausgewogen ist. Denn 55,6% der Befragten zählen zu den jüngeren Brustkrebspatientinnen und 44,4% zu den älteren Patientinnen.

Aufgrund der Altersverteilung ergeben sich folgende Ergebnisse bezüglich der momentanen (hauptsächlichen) Tätigkeiten der Befragten: 27 Probandinnen (38,6%) sind bereits in Pension, 20 Befragte (28,6%) erwerbstätig, 13 Patientinnen (18,6%) aufgrund ihrer Erkrankung derzeit im Krankenstand, vier Probandinnen (5,7%) selbstständig, vier Patientinnen (5,7%) nicht erwerbstätig und zwei Teilnehmerinnen (2,9%) haben die Option „Sonstiges“ angegeben. Somit nahmen keine Patientinnen an der Befragung teil, welche in ihrer Tätigkeit hauptsächlich einer Lehre, einem Studium oder einer Karenz bzw. Elternzeit oder sonstiger Beurlaubung nachgehen.

Zudem haben die meisten der Probandinnen eine Lehre absolviert (21 Patientinnen bzw. 30,0%), gefolgt von einem Abschluss einer Fachhochschule bzw. Universität (17 Probandinnen bzw. 24,3%) oder Besitz der Matura (11 Patientinnen bzw. 15,7%). Hingegen haben sechs Teilnehmerinnen (8,6%) eine Handelsschule besucht und jeweils vier Patientinnen besitzen einen Abschluss einer Mittelschule ohne Matura (5,7%) oder eines Diploms (5,7%). Außerdem haben drei Probandinnen (4,3%) ein Kolleg abgeschlossen. Die übrigen vier Patientinnen besitzen entweder keinen Abschluss (2,9%) oder haben „Sonstiges“ (2,9%) angegeben.

6.1.2 Arzt-Patient-Kommunikation (patientenzentriert vs. nicht patientenzentriert)

Im Rahmen der Fragebogenuntersuchung wurden die Patientinnen hinsichtlich ihres Empfindens während ihres Erstdiagnose-Gesprächs befragt. Wichtig war dabei herauszufinden, inwiefern die Befundbesprechung als verständlich und empathisch beurteilt wird und ob in weiterer Folge eine patientenzentrierte Arzt-Patient-Kommunikation erzielt wird (siehe Fragebogen im Anhang, Frage 4).

Anhand der Häufigkeitstabellen ist ersichtlich, dass insgesamt 62 Probandinnen (88,6%) die Arzt-Patient-Kommunikation während ihres Erstdiagnose-Gesprächs als „sehr stark“ oder „stark“ informativ empfunden haben. Lediglich eine Probandin (1,4%) beantwortete die Frage mit der Option „kann mich nicht erinnern, weil geschockt“. Laut 66 Patientinnen (94,3%) wurde im Rahmen der Befundbesprechung auch auf eine deutliche Aussprache geachtet. Bei der Nennung medizinischer Fachausdrücke sind die OperateurInnen des Brustgesundheitszentrums eher zurückhaltend, da 64 Befragte (91,5%) die Antwortmöglichkeiten „teilweise“ bis „überhaupt nicht“ angegeben haben. Wurden im Rahmen der Befundbesprechung jedoch medizinische Fachausdrücke kommuniziert, dann haben die ÄrztInnen diese laut Auskunft von 44 Patientinnen (68,6%) auch erklärt. Von allen Befragten (n=70) gab lediglich eine Person an, dass sie sich bezüglich der Erklärung medizinischer Fachausdrücke nicht erinnern kann. Die Arzt-Patient-Kommunikation im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens erfüllt ebenso die Kriterien einer patientenzentrierten Kommunikation, wie verständlich (MW= 1,70), einfühlsam (MW=1,91), vertrauensvoll (MW=1,75), respektvoll (MW=1,57), fürsorglich (MW=1,85) und rücksichtsvoll (MW=1,80). Auffallend war, dass das Erstdiagnose-Gespräch zwar von 32 Patientinnen (45,7%) als „sehr stark“ bis „stark“ emotional empfunden wurde, jedoch stufte genau die Hälfte der Betroffenen (50%) die Befundbesprechung lediglich als „ein bisschen“ bis „überhaupt nicht“ emotional ein. Zusätzlich konnten drei Patientinnen (4,3%) vermerkt werden, welche die Frage nach der Emotionalität im Erstdiagnose-Gespräch ausgelassen haben und somit als fehlende Werte gelten.

6.1.3 Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen

Ebenso wurde das Wohlbefinden der Patientinnen eruiert, um dieses mit den Ergebnissen der Arzt-Patient-Kommunikation analysieren zu können (siehe Fragebogen im Anhang, Frage 5). Die meisten Patientinnen (52 Personen bzw. 74,3%) fühlten sich während des Erstdiagnose-Gesprächs sicher aufgehoben. Bei 26 Probandinnen (37,2%)

konnte die Reaktion Entspannung „sehr stark“ bis „stark“ erreicht werden, bei 28 Patientinnen (40%) wiederum nur „ein bisschen“ bzw. „teilweise“ und bei 15 der Befragten (21,5%) sogar „eher weniger“ bis „überhaupt nicht“. Auch eine innere Ruhe der Brustkrebspatientinnen konnte durch die Arzt-Patient-Kommunikation bei 31 Probandinnen (44,3%) „sehr stark“ oder „stark“ und bei 21 (30%) zumindest „ein bisschen“ oder „teilweise“ ausgelöst werden.

Mehr als die Hälfte der befragten Patientinnen (44 Personen bzw. 62,8%) gab an, durch die Kommunikation zwischen ihnen und den aufklärenden ÄrztInnen dazu bewegt zu werden, aktiv am Gespräch teilzunehmen. Bei 20 Patientinnen (28,6%) war die aktive Teilnahme am Gespräch dagegen nur „ein bisschen“ bzw. „teilweise“ ausgeprägt.

Anders sieht es jedoch bei der Reaktion „Angst“ der befragten Patientinnen aus:

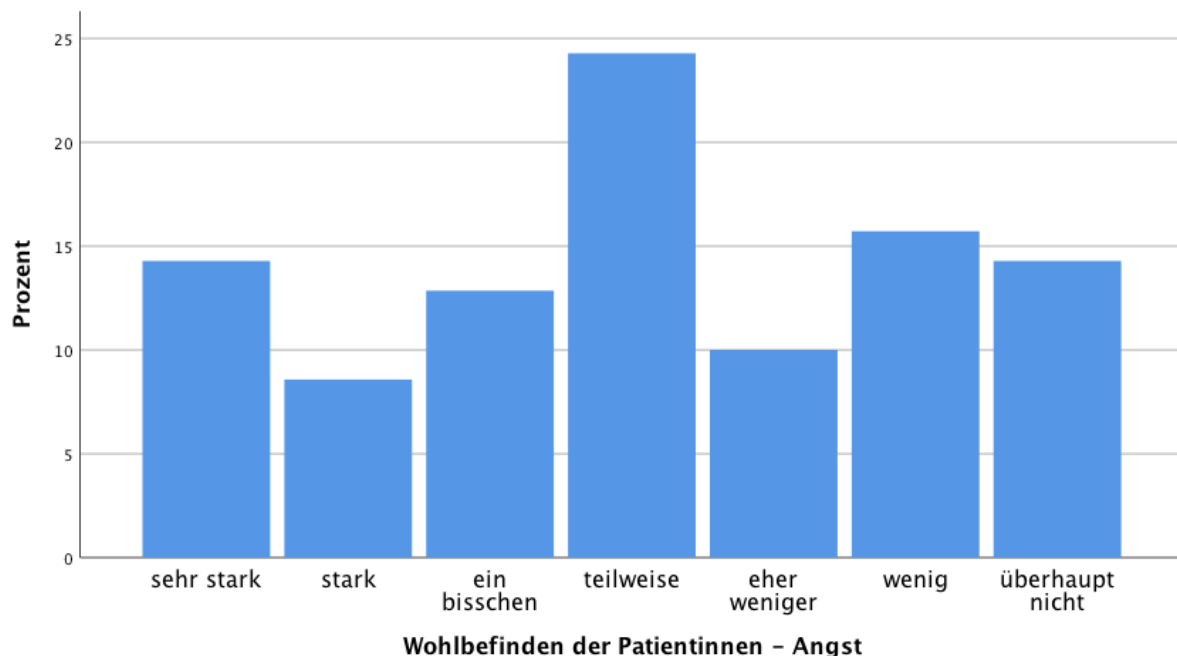


Abbildung 2: Wohlbefinden der Patientinnen – Angst in %

Anhand des Balkendiagramms kann festgestellt werden, dass die Reaktion Angst aufgrund der Kommunikation im Rahmen der Befundbesprechung bei den Patientinnen sehr unterschiedlich wahrgenommen wurde. Denn bei 25 Probandinnen (35,8%) wurde die Reaktion Angst „sehr stark“ bis „ein bisschen“ ausgelöst, bei 17 Patientinnen (24,3%) wiederum nur „teilweise“ und bei den restlichen 28 Teilnehmerinnen (39,9%) wurde die Reaktion Angst „eher weniger“ bis „überhaupt nicht“ ausgelöst.

Auch bei der Auswertung bezüglich des Wohlbefindens der Patientinnen, wurde die Antwortmöglichkeit „kann mich nicht erinnern, weil geschockt“ insgesamt nur dreimal ausgewählt.

6.1.4 Arzt-Patient-Kommunikation (gelingen vs. misslungen)

Für das Erkenntnisinteresse war es wichtig herauszufinden, ob die Patientinnen die Arzt-Patient-Kommunikation im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens als gelungen oder misslungen beurteilen. Dafür wurde eine Frage hinsichtlich der Gesprächsführung zwischen den aufklärenden ÄrztInnen und den Patientinnen gestellt. Anhand dieser soll eruiert werden, ob nach Ansicht der Patientinnen die Gesprächsführung als partizipativ und empathisch bezeichnet werden kann (siehe Fragebogen im Anhang, Frage 6).

Mit Hilfe der Häufigkeitsrechnungen ist ersichtlich, dass 43 Patientinnen (61,4%) im Zuge des Erstdiagnose-Gesprächs gemeinsame Entscheidungen mit den ÄrztInnen treffen konnten. 17 Probandinnen (24,3%) war dies nur „ein bisschen“ oder „teilweise möglich“ und 10 Patientinnen (14,3%) beurteilten diese Frage mit „eher weniger“ bis „überhaupt nicht“. Ob die Befundbesprechung für die Patientinnen gleichberechtigt empfunden wurde, beantworteten die meisten (49 Personen bzw. 70%) mit „sehr stark“ oder „stark“. Im Gegensatz dazu gaben 12 Betroffene (17,1%) an, dass dies nur mittelmäßig ausgeprägt war und sechs Probandinnen (8,6%) beurteilten die Gleichberechtigung als „eher weniger“ oder „wenig“ vorhanden. Außerdem beantworteten drei Patientinnen diese Frage gar nicht, wodurch ein fehlender Wert von 4,3% entsteht.

Die Gesprächsführung wurde aus Sicht der Patientinnen vor allem als handelnd (58 Personen bzw. 82,9%) und zielführend (62 Personen bzw. 88,6%) erachtet. Jeweils eine Patientin gab bei den beiden Eigenschaften „kann mich nicht erinnern, weil geschockt“ (jeweils 1,4%) an und zwei Probandinnen wurden als fehlend vermerkt (jeweils 2,9%). Außerdem wurden die Patientinnen hierbei direkt danach gefragt, ob sie die Arzt-Patient-Kommunikation als partizipativ beurteilen würden. Dabei stimmten 50 Probandinnen (71,4%) der Frage „sehr stark“ oder „stark“ zu, 14 Patientinnen (19,9%) nur „ein bisschen“ bis „wenig“ und lediglich eine Patientin (1,4%) kann sich nicht erinnern. Auch die fehlenden Werte von 7,1% (fünf Patientinnen) müssen hier berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der empathischen Komponente der Gesprächsführung, gaben 54 Teilnehmerinnen (77,1%) an, dass die ÄrztInnen aktiv zugehört haben. Außerdem konnte anhand von 50 Patientinnen (71,4%) festgestellt werden, dass sich die ÄrztInnen ihnen während des Erstdiagnose-Gesprächs ausreichend zugewendet haben und diese mit 78,5% (55 Probandinnen) auch überwiegend gesprächsoffen waren. Zusätzlich war es den ÄrztInnen möglich eine fürsorgliche (MW=2,16), vertrauensvolle (MW=1,96), respektvolle (MW=1,74) und einfühlsame (MW=2,13) Gesprächsbasis während der Patientenaufklärung zu schaffen.

6.1.5 Behandlungssituation der Brustkrebspatientinnen

Um feststellen zu können, ob für die betroffenen Patientinnen tatsächlich auch Vorteile aufgrund der Arzt-Patient-Kommunikation im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens hinsichtlich ihrer Behandlungssituation entstehen, wurde dies ebenfalls im Rahmen der Fragebogenerhebung ermittelt (siehe Fragebogen im Anhang, Frage 12).

Die Untersuchungsteilnehmerinnen erleben zu 87,2% (61 Patientinnen) während ihrer Behandlung im St. Josef Krankenhaus eine angenehme Atmosphäre. Insgesamt neun Probandinnen (12,8%) gaben an, dass dies nur „ein bisschen“ bis „wenig“ der Fall ist. Außerdem kann anhand der Häufigkeitstabelle erkannt werden, dass die Antwortmöglichkeit „überhaupt nicht“ von keiner der Patientinnen in Erwägung gezogen wurde.

Auch die Kooperation zwischen den ÄrztInnen und Patientinnen ist im Zuge der Behandlung als „sehr stark“ (35 Patientinnen bzw. 50%) oder „stark“ (23 Patientinnen bzw. 32,9%) zu vernehmen. Von allen Befragten (n=70) gaben neun Probandinnen (12,9%) an, dass die Kooperation mit den ÄrztInnen nur „ein bisschen“ oder „teilweise“ funktionierte und bei drei Patientinnen (4,3%) wiederum „wenig“. Auch hier muss erwähnt werden, dass die Option „überhaupt nicht“ kein einziges Mal von den Patientinnen ausgewählt wurde.

Die Einigung über die Behandlungsziele mit den ÄrztInnen ist ebenfalls mit 84,3% (59 Patientinnen) „sehr stark“ oder „stark“ ausgeprägt. Lediglich acht Probandinnen (11,5%) beantworteten diese Frage mit „ein bisschen“ oder „teilweise“ und zwei Patientinnen (2,9%) meinten, dass diese sich „überhaupt nicht“ mit den ÄrztInnen über die Behandlungsziele einigen können. Bemerkenswert ist, dass die Optionen „eher weniger“ oder „wenig“ bei dieser Frage für die Patientinnen keine Rolle spielten.

Die Bedürfnisse der Patientinnen werden während der Behandlungsphase bei 77,2% (54 Probandinnen) „sehr stark“ oder „stark“ berücksichtigt. Ausschließlich 12 Teilnehmerinnen (17,2%) geben an, dass dies bei ihnen nur „ein bisschen“ oder „teilweise“ vorkommt und vier Probandinnen (5,7%) sehen es als „eher weniger“ bis „überhaupt nicht“ ausgeprägt an.

Zusätzlich wurde bei der Frage nach der Behandlungssituation auch die Einhaltung ethischer Grenzen berücksichtigt. Hier ist festzustellen, dass die meisten Patientinnen (57 Personen bzw. 81,4%) auch mit der Einhaltung der ethischen Grenzen im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens zufrieden sind. Bei neun Probandinnen (12,9%) ist dies geringer ausgeprägt und vier Patientinnen (5,7%) gaben keine Antwort auf diese Frage.

6.1.6 Vermittlung von Emotionen der ÄrztInnen

Das Erkenntnisinteresse zielt auch darauf ab, inwiefern die ÄrztInnen innerhalb des Erstdiagnose-Gesprächs Emotionen an die betroffenen Brustkrebspatientinnen vermitteln (siehe Fragebogen im Anhang, Frage 7). Wichtig war dabei herauszufinden, ob die aufklärenden ÄrztInnen Emotionen äußern, wenn ja ob sie diese auch benennen und eventuell den Patientinnen dadurch Verständnis, Anerkennung, etc. vermitteln.

Von allen Befragten (n=70) stimmen 59 Patientinnen (84,3%) zu, dass die aufklärenden ÄrztInnen innerhalb der Patientenaufklärung definitiv Emotionen äußerten. Nur ein geringer Teil der Probandinnen (drei Patientinnen bzw. 4,3%) gibt an, dass dies nur „ein bisschen“ bzw. „teilweise“ der Fall war. Aber auch die Meinung, dass die ÄrztInnen „eher weniger“ bis „überhaupt nicht“ Emotionen während des Erstdiagnose-Gesprächs vermitteln, wird von sieben Befragten (10%) vertreten. Eine Patientin (1,4%) konnte sich diesbezüglich nicht mehr erinnern.

Ob die OperateurInnen die Emotionen auch tatsächlich benennen, wurde von 46 Teilnehmerinnen (65,7%) als „sehr stark“ oder „stark“ bestätigt. Hingegen meinen 14 Probandinnen (20%), dass dies nur mittelmäßig ausgeprägt ist. Die restlichen neun Befragten (12,9%) stimmen dieser Frage eher gering oder gar nicht zu. Und lediglich eine Patientin (1,4%) hat die Beantwortung der Frage ausgelassen.

Wenn nun die Patientinnen Emotionen äußern, stellt sich die Frage, ob die ÄrztInnen des Brustgesundheitszentrums diese auch hinterfragen. 31 Patientinnen (44,3%) geben an, dass die ÄrztInnen während des Erstdiagnose-Gesprächs „sehr stark“ oder „stark“ auf ihre Emotionen eingehen. 18 Probandinnen (25,7%) erachten dies als „ein bisschen“ oder „teilweise“ vorhanden und fast dieselbe Patientenzahl (17 Probandinnen bzw. 24,3%) erwähnt, dass das Hinterfragen von Emotionen „eher weniger“ bis „überhaupt nicht“ berücksichtigt wird. Auch die fehlenden Werte sind bei dieser Frage etwas höher mit insgesamt 4,3% (drei Teilnehmerinnen) und schließlich wählte eine Probandin (1,4%) die Option „kann mich nicht erinnern, weil geschockt“.

Die OperateurInnen vermitteln außerdem an 51 Teilnehmerinnen (72,8%) „sehr stark“ oder „stark“ den Ausdruck von Verständnis. Wobei 14 Patientinnen (20%) angeben, dass die ÄrztInnen nur „ein bisschen“ oder „teilweise“ verständnisvoll sind und ausschließlich vier Probandinnen (5,7%) sagen, dass der Ausdruck von Verständnis an sie „eher weniger“ bis „überhaupt nicht“ vermittelt wurde. Die Antwortmöglichkeit „kann mich nicht erinnern, weil geschockt“ wurde hier nur von einer Patientin (1,4%) ausgewählt.

Ebenso wurde auch die Vermittlung von Anerkennung bei den Patientinnen festgehalten. Die Vermittlung von Anerkennung wurde bei 55 Teilnehmerinnen (78,6%) als sehr

ausgeprägt empfunden. An 11 Patientinnen (15,7%) wurde von den aufklärenden ÄrztInnen nur „ein bisschen“ oder „teilweise“ Anerkennung vermittelt und nur drei Probandinnen (4,2%) bemerkten dies während ihrer Befundbesprechung „eher weniger“ bis „überhaupt nicht“. Zudem wurde die Frage von einer Patientin (1,4%) ausgelassen.

Neben den oben erwähnten Aspekten, spielt auch das Angebot von Unterstützung eine Rolle bei der Vermittlung von Emotionen und wurde an 53 Patientinnen (75,7%) sehr gut vermittelt. 12 Teilnehmerinnen (17,1%) meinen, dass dies wiederum nur „ein bisschen“ oder „teilweise“ stattgefunden hat und die restlichen fünf Patientinnen (7,1%) konnten das Angebot von Unterstützung seitens der ÄrztInnen nur schwach oder überhaupt nicht wahrnehmen.

6.1.7 Vermittlung von Informationen der ÄrztInnen

Auch die vermittelten Informationen innerhalb des Erstdiagnose-Gesprächs sind für die vorliegende Untersuchung relevant und wurden daher im Fragebogen eruiert (siehe Fragebogen im Anhang, Frage 8). Dabei ist es interessant zu erfahren, ob die ÄrztInnen auch die für die Patientinnen relevanten Informationen über Diagnose, Therapie, etc. liefern und somit einen besseren Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs gewährleisten können. Die meisten Patientinnen (64 Personen bzw. 91,5%) fühlen sich bezüglich ihrer Diagnose gründlich aufgeklärt. Ausschließlich sechs Patientinnen (8,7%) empfinden, dass die OperateurInnen geringer über die Diagnose Brustkrebs informieren und meinen, dass die Aufklärung diesbezüglich „ein bisschen“, „teilweise“ oder „wenig“ ausgeprägt ist. Hervorzuheben ist auch, dass die Kategorien „eher weniger“ und „überhaupt nicht“ hinsichtlich dieser Frage von den Patientinnen nicht ausgewählt wurden.

Die Aufklärung der ÄrztInnen im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens über die Therapieoptionen wird ebenfalls von 63 Probandinnen (90%) als gelungen betrachtet. Das über die Therapiemöglichkeiten nur mittelmäßig informiert wird, meinen hingegen nur drei Teilnehmerinnen (4,3%). Die verbleibenden vier Probandinnen (5,7%) haben die Information über die Therapieoptionen wiederum als niedrig eingestuft. Auch hier wurde die Antwortmöglichkeit „überhaupt nicht“ von den Patientinnen ausgeschlossen.

Die Information über das Behandlungsziel verlief für 62 Patientinnen (88,5%) äußerst erfolgreich. Lediglich sechs Probandinnen (8,6%) sind der Meinung, dass die ÄrztInnen über das Behandlungsziel der Therapie nur „ein bisschen“ oder „teilweise“ aufgeklärt haben. Jeweils eine Patientin gab an, dass dies „überhaupt nicht“ der Fall war (1,4%) oder sie sich nicht erinnern konnte, da das Erstdiagnose-Gespräch zu lange her war

(1,4%). Bei der Auswertung dieser Frage fiel außerdem auf, dass die Patientinnen niedrig eingestufte Antworten, wie „eher weniger“ oder „wenig“ nicht berücksichtigt haben. Über den Behandlungsablauf wurden während der Befundbesprechung 61 Teilnehmerinnen (87,1%) optimal informiert. Ein geringer Anteil (sechs Probandinnen bzw. 8,6%) bewertete die Aufklärung über den Behandlungsablauf als „ein bisschen“ oder „teilweise“ vorhanden. Ebenso vertreten zwei Patientinnen (2,9%) die Ansicht, dass sie diesbezüglich „wenig“ informiert wurden und eine Patientin (1,4%) kann sich aufgrund des länger vergangenen Zeitraums, nicht mehr daran erinnern. Auch hier wurden bestimmte Antwortkategorien, wie „eher weniger“ oder „überhaupt nicht“ von den Probandinnen nicht ausgewählt.

Neben den oben beschriebenen Indikatoren, nimmt auch die Aufklärung über die Risiken einen hohen Stellenwert bei der Patientenaufklärung ein. Zu erkennen ist, dass 45 Teilnehmerinnen (64,2%) diese Information „sehr stark“ oder „stark“ von den aufklärenden ÄrztInnen erhielten. Hingegen 15 Patientinnen (21,4%) geben an, sich über die Information hinsichtlich der Risiken nur mittelmäßig mit den OperateurInnen ausgetauscht zu haben. Das dies nur „eher weniger“ bis „überhaupt nicht“ im Erstdiagnose-Gespräch vorgekommen ist, war bei neun Patientinnen (12,9%) der Fall. Eine Patientin (1,4%) wählte die Angabe „kann mich nicht erinnern, weil zu lange her“.

Die Information über das Behandlungsteam des Brustgesundheitszentrums verlief bei den meisten Patientinnen (40 bzw. 57,1%) sehr positiv. Einem geringeren Anteil von 14 Probandinnen (20%) konnte die Information über das Behandlungsteam nur durchschnittlich vermittelt werden. Bei 16 Patientinnen (22,8%) war diese Information nur „eher weniger“ bis „überhaupt nicht“ befriedigend.

Die OperateurInnen konnten außerdem bei 30 Patientinnen (42,8%) bezüglich der Behandlungsräumlichkeiten eine erfolgreiche Vermittlung erzielen. Wobei 17 Untersuchungsteilnehmerinnen (24,3%) der Meinung sind, dass diese über die Räumlichkeiten nur mittelprächtig informiert wurden und sogar 22 Patientinnen (31,5%) diese Information „eher weniger“ bis „überhaupt nicht“ vermittelt bekommen haben. Eine Patientin (1,4%) stellt einen fehlenden Wert dar, da die Beantwortung der Frage nicht erfolgte.

6.1.8 Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs

Um analysieren zu können, ob durch die vermittelten Emotionen und Informationen den Patientinnen ein besserer Umgang mit der Diagnose ermöglicht wird, wurde bei der Befragung auch die Situation mit der Erkrankung berücksichtigt (siehe Fragebogen im Anhang, Frage 9). Das Verstehen der Diagnose Brustkrebs gestaltete sich für 58 Patien-

tinnen (82,9%) als positiv. 11 Patientinnen (15,8%) konnten mit dieser Situation wiederum schlechter umgehen und eine Patientin (1,4%) nimmt diesbezüglich keine Stellungnahme.

45 Teilnehmerinnen (64,3%) konnten nach der Befundbesprechung die Diagnose Brustkrebs akzeptieren. Den restlichen Betroffenen (25 Personen bzw. 35,7%) fällt die Akzeptanz bezüglich der Diagnose schwieriger. Ebenso konnten 51 Patientinnen (72,9%) gegenüber der Diagnose Brustkrebs eine gewisse Verantwortung „sehr stark“ oder „stark“ übernehmen. Bei den übrigen 18 Betroffenen (25,8%) ist die Verantwortung gegenüber ihrer Erkrankung schwächer ausgeprägt. Einer Patientin (1,4%) wiederum war es nicht möglich, diese Frage zu beantworten.

Dass die eigene Handlungsfähigkeit der Patientinnen aufgrund der Diagnose Brustkrebs beeinträchtigt ist, stimmen 22 Probandinnen (31,5%) stärker zu. Jedoch meinen mehr Patientinnen (25 Personen bzw. 35,7%), dass ihre Handlungsfähigkeit nur mittelmäßig beeinflusst wird und 22 Probandinnen (31,4%) widersprechen dieser Annahme. Auch hier ist eine Patientin (1,4%) vorhanden, welche die Beantwortung der Frage ausließ.

Um mit der Diagnose Brustkrebs besser umgehen zu können, nehmen 31 Patientinnen (44,2%) soziale Unterstützung „sehr stark“ oder „stark“ an. 15 Teilnehmerinnen (21,4%) wollen von ihrem sozialen Umfeld nur zum Teil eine Unterstützung annehmen und 22 Patientinnen (31,4%) erachten dies nur als gering notwendig. Zwei Patientinnen (2,9%) werden als fehlende Werte vermerkt. Trotz der Diagnose Brustkrebs konnte bei den meisten Patientinnen (49 Personen bzw. 70%) „sehr stark“ oder „stark“ Optimismus bzw. Zuversicht verzeichnet werden, wo hingegen 21 Befragte (30,1%) dies nur beschränkt bejahen können. Zudem ist es 47 Probandinnen (67,2%) möglich, eine gewisse Normalität (z.B. im Alltag) zu bewahren. Im Gegensatz dazu lässt dies die Diagnose Brustkrebs bei 23 Patientinnen (32,8%) nur bedingt zu.

6.1.9 Wahrnehmung der von ÄrztInnen vermittelten Emotionen

Die Patientinnen wurden während der Befragung auch dazu aufgefordert anzugeben, inwiefern sie die durch die ÄrztInnen vermittelten Emotionen wahrnehmen (siehe Fragebogen im Anhang, Frage 10).

Dabei konnten 57 Patientinnen (81,4%) während der Befundbesprechung Vertrauen von den aufklärenden ÄrztInnen wahrnehmen. Bei 13 Probandinnen (18,6%) war dies nur „ein bisschen“ bis „wenig“ ausgeprägt. Ebenso konnte ein großer Anteil der Befragten Offenheit (58 Patientinnen bzw. 82,9%) und Sicherheit (57 Probandinnen bzw. 81,4%) verstärkt wahrnehmen. Die Kontrolle über die Situation durch die ÄrztInnen haben die Patientinnen auch größtenteils (63 Personen bzw. 90%) „sehr stark“ oder „stark“ erkannt.

fünf Probandinnen (7,1%) konnten die Kontrolle über die Situation nur schwach wahrnehmen und zwei Patientinnen (2,9%) beantworteten diese Frage nicht.

Die Reduktion von Hoffnungslosigkeit seitens der ÄrztInnen bemerkten 47 Patientinnen (67,1%) intensiv während der Patientenaufklärung. 12 Patientinnen (17,2%) haben angegeben, dass sie dies nur mittelmäßig wahrnehmen konnten und neun Teilnehmerinnen (12,8%) erkannten die Reduktion von Hoffnungslosigkeit nur minimal oder gar nicht. Außerdem gab es von zwei Patientinnen (2,9%) keine Rückmeldung auf diese Frage.

Auch die Reduktion von Hilflosigkeit war ziemlich stark ausgeprägt. Denn bei 43 Patientinnen (61,4%) wurde die Hilflosigkeit aufgrund der Arzt-Patient-Kommunikation erfolgreich reduziert. 25 Patientinnen (35,7%) konnten diese Eigenschaft von den ÄrztInnen nur „ein bisschen“ bis „überhaupt nicht“ wahrnehmen und zwei Patientinnen (2,9%) stellen fehlende Werte in der Datenauswertung dar. Aufgrund der erfolgreichen Vermittlung von Emotionen seitens der ÄrztInnen, konnten die meisten Patientinnen (45 Personen bzw. 64,3%) auch eine Reduktion ihrer Unsicherheit wahrnehmen. Die übrigen 24 Probandinnen (34,3%) haben dies weniger ausgeprägt wahrgenommen und eine Patientin (1,4%) hat die Beantwortung ausgelassen.

6.1.10 Wahrnehmung der von ÄrztInnen vermittelten Informationen

Ebenso ist für das Erkenntnisinteresse die Wahrnehmung der vermittelten Informationen relevant und wurde somit in der Befragung miteinbezogen (siehe Fragebogen im Anhang, Frage 11). Aufgrund der im Erstdiagnose-Gespräch vermittelten Informationen, war es 58 Patientinnen (82,9%) möglich die Diagnose Brustkrebs zu verstehen bzw. besser nachvollziehen zu können. Lediglich sechs Probandinnen (8,5%) konnten ihre Diagnose nur „ein bisschen“ oder „teilweise“ verstehen und bei fünf Befragten (7,2%) war dies nur sehr eingeschränkt möglich. Von allen Teilnehmerinnen (n=70) wurde diese Frage von einer Patientin (1,4%) nicht berücksichtigt.

Die Frage, ob die Patientinnen nach der Befundbesprechung die Therapiemöglichkeiten verstanden haben, wurde von 57 Probandinnen (81,4%) „sehr stark“ oder „stark“ bejaht. Acht Patientinnen (11,4%) meinten dagegen, die Therapieoptionen nur mittelmäßig verstanden zu haben und ein kleiner Teil der Patientinnen (fünf Personen bzw. 7,1%) konnte dies nur sehr gering nachvollziehen.

Aufgrund der positiven Vermittlung von relevanten Informationen konnten die meisten Patientinnen (59 Personen bzw. 84,3%) auch das Behandlungsziel sehr gut nachvollziehen. Nur bei einem geringen Anteil von 11 Patientinnen (15,6%) war dies eingeschränkt möglich. Ebenso konnten die Probandinnen überwiegend den Behandlungsablauf (55

Patientinnen bzw. 78,6%) und die Risiken (48 Teilnehmerinnen bzw. 68,6%) sehr gut verstehen.

Bei der Kenntnis über das Behandlungsteam war ersichtlich, dass dieses 38 Patientinnen (54,3%) gut nachvollziehen konnten. Jedoch war dies für einen erheblichen Teil der Probandinnen (32 Personen bzw. 45,7%) etwas komplexer zu verstehen. In etwa dasselbe Ergebnis war bezüglich der Behandlungsräumlichkeiten zu vernehmen. Denn 33 Teilnehmerinnen (47,2%) wussten über die Räumlichkeiten „sehr stark“ oder „stark“ Bescheid, allerdings wurde von 16 Patientinnen (22,9%) die Kenntnis darüber als mittelmäßig beurteilt und sogar 20 Probandinnen (28,6%) meinten, nur eine geringe oder gar keine Kenntnis über die Behandlungsräumlichkeiten zu besitzen. Eine Patientin (1,4%) wird bei dieser Frage als fehlender Wert verzeichnet.

6.1.11 Intensität der Arzt-Patient-Kommunikation

Um die vierte Forschungsfrage beantworten zu können, war es notwendig die Patientinnen, unabhängig vom tatsächlichen Verlauf ihres Erstdiagnose-Gesprächs, zu fragen, welche Eigenschaften sie sich im Rahmen der Arzt-Patient-Kommunikation wünschen (siehe Fragebogen im Anhang, Frage 13).

Die Akzeptanz innerhalb der Patientenaufklärung stellt für 64 Befragte (91,4%) einen hohen Stellenwert dar. Lediglich sechs Probandinnen (8,5%) sind der Meinung, dass die Akzeptanz „ein bisschen“ bis „eher weniger“ während des Erstdiagnose-Gesprächs eine Rolle spielt. Auch die Aufmerksamkeit wird von fast allen Patientinnen (68 Personen bzw. 97,1%) als sehr wichtig erachtet. Nur zwei Patientinnen (2,8%) wünschen sich diese „ein bisschen“ oder „eher weniger“. Der Augenkontakt stellt für 67 Patientinnen (95,7%) ebenso eine wichtige Komponente dar, wohingegen drei Probandinnen (4,3%) sich diesen nur „ein bisschen“ erwarten.

Außerdem erachten die Teilnehmerinnen ausreichend Zeit (68 Patientinnen bzw. 97,1%) und eine angenehme Atmosphäre (66 Probandinnen bzw. 94,2%) als unerlässlich. Dieselbe Notwendigkeit ist beim Verständnis (67 Patientinnen bzw. 95,7%), bei der Authentizität (67 Teilnehmerinnen bzw. 95,7%) und beim Interesse (68 Patientinnen bzw. 97,2%) als sehr stark zu vernehmen. Ebenso stellen die Offenheit bei 68 Befragten (97,1%) sowie die Wahrheit bei 69 Patientinnen (98,6%) bedeutungsvolle Aspekte während des Erstdiagnose-Gesprächs dar. Den Körperkontakt empfinden wiederum nur 36 Patientinnen (51,5%) als sehr bedeutsam, wohingegen 30 Probandinnen (42,9%) sich diesen nur mittelmäßig wünschen und die restlichen vier Teilnehmerinnen (5,7%) „eher weniger“ oder „wenig“ zustimmen.

6.2 Interpretation der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die beschriebenen Ergebnisse der jeweiligen Forschungsfrage interpretiert und zugleich mit dem aktuellen Forschungsstand verglichen.

6.2.1 Arzt-Patient-Kommunikation (patientenzentriert vs. nicht patientenzentriert)

Anhand der Datenanalyse kann behauptet werden, dass die Arzt-Patient-Kommunikation im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens überwiegend patientenzentriert abgewickelt wird. Die OperateurInnen erfüllen die Kriterien für eine patientenorientierte Kommunikation, da diese den Patientinnen die Möglichkeit geben, das Erstdiagnose-Gespräch aufgrund einer hohen Verständlichkeit und Empathie nachvollziehbar zu gestalten. Auch Roberts et al. (1994) haben mit Hilfe ihrer Studienergebnisse bewiesen, dass die Vermittlung von Empathie einen essentiellen Bestandteil einer patientenzentrierten Kommunikation darstellt. Ebenso können die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen, dass vor allem eine patientenzentrierte Arzt-Patient-Kommunikation eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden der Brustkrebspatientinnen spielt (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2003/ vgl. Sator et al., 2008/ vgl. Faller, 2012).

Außerdem wiesen Roberts et al. darauf hin, dass es seitens der ÄrztInnen wichtig ist, den Betroffenen zu vermitteln, dass eine Krebsdiagnose die Gefühle sehr stark beeinträchtigen kann und diese ihre Emotionen während des Gesprächs durchaus zum Ausdruck bringen können (vgl. Roberts et al., 1994: 340). Im Vergleich mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit fiel jedoch auf, dass die Patientinnen den emotionalen Faktor des Erstdiagnose-Gesprächs etwas geringer eingestuft haben ($MW=3,06$) als die restlichen Indikatoren für eine empathische Arzt-Patient-Kommunikation, auch unter Berücksichtigung der fehlenden Werte. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die OperateurInnen des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien den Patientinnen das Bewusstsein, ihre Emotionen während der Befundbesprechung auszudrücken, nicht intensiv genug vermitteln. Zudem ist es bei dem emotionalen Faktor wichtig, dass den Patientinnen ausreichend Zeit zur Verfügung steht, um die Diagnose erfassen und anschließend die dadurch entstandenen Emotionen äußern zu können. Die aufklärenden ÄrztInnen sollten hierbei auch zuerst emotional reagieren bevor diese mit medizinischen Erklärungen oder Informationen fortfahren (vgl. ebd.). Ist dies nicht der Fall, kann es bei manchen Patientinnen zu einer niedrigeren Einstufung der Emotionalität kommen. Ob den befragten Patientinnen tatsächlich ausreichend Zeit zur Diagnoseerfassung zur Verfügung stand und ob die aufklärenden ÄrztInnen in solchen Fällen zuerst

emotional oder informativ reagierten, wurde in der vorliegenden Fragebogenuntersuchung jedoch nicht analysiert und kann daher als Vermutung über die niedrigere Beurteilung der Emotionalität während des Erstdiagnose-Gesprächs im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens nicht ausgeschlossen werden.

6.2.2 Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen

Aufgrund der Untersuchungsergebnisse wird den Brustkrebspatientinnen des St. Josef Krankenhaus ein hohes bis neutrales Wohlbefinden zugeschrieben. Den Betroffenen wird vor allem Sicherheit während der Befundbesprechung vermittelt. Ebenso trägt die patientenzentrierte Kommunikation zu einer aktiven Teilnahme der Patientinnen am Erstdiagnose-Gespräch bei. Entspannung (MW=3,33) und innere Ruhe (MW=3,28) können die aufklärenden ÄrztInnen bei den meisten Betroffenen „sehr stark“ bis „teilweise“ erzielen.

Die Frage, ob die Reaktion Angst während des Erstdiagnose-Gesprächs durch die Arzt-Patient-Kommunikation ausgelöst wurde, bewerteten die Patientinnen mit einem Mittelwert von 4,11 sehr unterschiedlich und kann durch verschiedene Einflussfaktoren begründet werden (z.B. Charaktereigenschaften der Patientinnen, Tagesverfassung der ÄrztInnen, etc.). Insgesamt spielt der Einfluss der ÄrztInnen eine wichtige Rolle bei den Reaktionen der Patientinnen. Sollten die aufklärenden ÄrztInnen des Brustgesundheitszentrums St. Josef Krankenhaus Wien die Befundbesprechungen mit einer gewissen Art von Besorgnis durchgeführt haben, kann dies Angstzustände bei den Patientinnen verstärken bzw. auslösen (vgl. Shapiro et al., 1992: 61). Da die emotionale Verfassung der OperateurInnen des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien in dieser Arbeit nicht berücksichtigt wurde, kann hier nur vermutet werden, ob dies eine Erklärung für das Ergebnis hinsichtlich der ausgeprägten Angst der Patientinnen sein könnte.

Zusätzlich kann auch die Zuhörkompetenz der ÄrztInnen bei der Reaktion Angst eine Bedeutung haben. Denn hören die aufklärenden ÄrztInnen ihren Patientinnen nicht aktiv zu, kann dies dazu führen, dass diese die Signale der Betroffenen, wie Angst nicht wahrnehmen bzw. verstehen können und dadurch diese Reaktion bei den Patientinnen verstärkt ausgelöst wird (vgl. Lange, 2007: 107). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen jedoch, dass die OperateurInnen des Brustgesundheitszentrums den meisten Patientinnen aktiv zugehört haben (MW=2,07). Daher wird die Vermutung von Lange den Untersuchungsergebnissen dieser Arbeit nicht gerecht.

Laut Keller führt die Vermittlung von Sicherheit und Vertrauen innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation dazu, dass die Patientinnen ihre Angstzustände erfolgreich verarbeiten

können (vgl. Keller, 2013: 267). Im Rahmen dieser Untersuchung kann hinsichtlich des Erstdiagnose-Gesprächs kein Zusammenhang zwischen diesen Komponenten erkannt werden. Denn trotz vertrauensvoller Arzt-Patient-Kommunikation (MW=1,75) sowie Vermittlung von Sicherheit an die Brustkrebspatientinnen (MW=2,29), erzielt die Reaktion Angst innerhalb des Erstdiagnose-Gesprächs eher ein mittelmäßiges Ergebnis und wird schließlich von 35,8% der Patientinnen als „sehr stark“ bis „ein bisschen“ angegeben. Eventuell mag eine Verarbeitung der vorhandenen Angstzustände aufgrund der Vermittlung von Sicherheit und Vertrauen innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation im Laufe der Behandlung passieren, aber im Rahmen des Erstdiagnose-Gesprächs konnte hier kein Korrelat zur vorhandenen Literatur gefunden werden.

6.2.3 Arzt-Patient-Kommunikation (gelungen vs. misslungen)

Die Kommunikation zwischen den Patientinnen und ÄrztInnen im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens stellt sich vor allem als zielführend (MW=1,66) und handelnd (MW=1,90) dar. Zudem läuft das Erstdiagnose-Gespräch gleichberechtigt (MW=2,21) und partizipativ (MW=2,29) ab. Auch auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung (MW=2,60) wird im Rahmen der Arzt-Patient-Kommunikation stark geachtet. Somit ist festzuhalten, dass das Erstdiagnose-Gespräch partizipativ ausgerichtet ist und die ÄrztInnen überwiegend die Partizipationsbedürfnisse der Patientinnen erfüllen (vgl. Farin und Nagl, 2013: 283).

Ebenso gaben die meisten Patientinnen an, dass die ÄrztInnen während des Erstdiagnose-Gesprächs aktiv zuhören (MW=2,07), was wiederum ein Hinweis auf ein unterstützendes Verhalten seitens der aufklärenden ÄrztInnen ist. Bei zuhörenden ÄrztInnen erlangen die Patientinnen auch schneller Vertrauen, da sie dadurch merken, dass sie respektiert und ernst genommen werden (vgl. Lange, 2007: 107). Diese Annahme kann auch mit Hilfe der vorliegenden Erhebung bestätigt werden, da die OperateurInnen im Brustgesundheitszentrum innerhalb der Patientenaufklärung eine gute Zuhörkompetenz aufweisen und die Probandinnen dadurch ein starkes Vertrauen (MW=1,96) zu diesen gewinnen.

Den betroffenen Brustkrebspatientinnen wird auch der entsprechende Respekt entgegengebracht (MW=1,74), was wiederum einen sehr wichtigen Faktor der patientenzentrierten Kommunikation darstellt (vgl. Keller, 2013: 267). Damit die Patientinnen aber auch ihre Bedürfnisse während der Befundbesprechung äußern können, ist es notwendig, dass die ÄrztInnen eine gesprächsoffene Basis schaffen und zugleich Empathie ver-

mitteln (vgl. Roberts et al., 1994: 340/ vgl. (vgl. Neumann et al., 2009: 339). Das Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens erfüllt diese Kriterien, da die ÄrztInnen den Aspekt der Gesprächsoffenheit (MW=2,10) berücksichtigen und zudem auch einfühlsam (MW=2,13) agieren.

Außerdem kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse darauf geschlossen werden, dass die OperateurInnen des Brustgesundheitszentrums eine fürsorgliche Haltung (MW=2,16) und Zuwendung (MW=2,24) an die Patientinnen vermitteln. Roberts et al. verwiesen in ihrer Studie darauf, dass von den Frauen eine fürsorgliche Haltung der ÄrztInnen als am wichtigsten wahrgenommen wird (vgl. Roberts et al., 1994: 336).

Da die oben angeführten Ergebnisse nahelegen, dass alle Aspekte einer partizipativen und empathischen Gesprächsführung im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens berücksichtigt werden, kann angenommen werden, dass im Rahmen des Erstdiagnose-Gesprächs eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation erfolgt. Bei patientenzentrierten Kommunikationsprozessen ist vor allem eine respektvolle und empathische Arzt-Patient-Beziehung wichtig (vgl. Keller, 2013: 267). Diese Vermutung wird auch anhand der Fragebogenuntersuchung bestätigt, da im Brustgesundheitszentrum die Arzt-Patient-Kommunikation respektvoll und einfühlsam durchgeführt wird und dies auch einen Beitrag zu der dort vorhandenen patientenzentrierten Kommunikation leistet.

6.2.4 Behandlungssituation der Brustkrebspatientinnen

Die Behandlungssituation der befragten Brustkrebspatientinnen wird von diesen als sehr positiv erachtet. Vor allem die angenehme Atmosphäre (MW=1,71) wird von den Probandinnen geschätzt und stellt einen wesentlichen Faktor für die Behandlungssituation dar (vgl. Roberts et al., 1994: 339). Zudem kooperieren die Patientinnen mit den aufklärenden ÄrztInnen (MW=1,84) und können sich dadurch über die Behandlungsziele einigen (MW=1,84). Auch die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientinnen (MW=2,01) werden während der Behandlung von den ÄrztInnen ernst genommen. Zusätzlich werden die ethischen Grenzen im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens (MW=1,74) stark beachtet.

Während der Literaturrecherche fiel auf, dass die ExpertInnen zu dem Schluss kommen, dass die Bedürfnisse der Patientinnen in der klinischen Praxis oft noch nicht ausreichend thematisiert und befriedigt werden (vgl. Faller, 2012: 1108). Dies ist jedoch im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens nicht der Fall, wie anhand der Ergebnisse festzustellen ist. Wenn die Bedürfnisse der Patientinnen ausreichend befriedigt werden, kann dies nicht nur die Zufriedenheit, Lebensqualität und Wohlbefinden der Pa-

tientinnen positiv beeinflussen, sondern auch eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse zur Folge haben (vgl. ebd.). Auch Badura und Schellschmidt sind der Meinung, eine aktive Partizipation der Patientinnen und die Berücksichtigung ihrer persönlichen, körperlichen und seelischen Bedürfnisse innerhalb der gemeinsamen Entscheidung für eine optimale Therapie einfließen lassen zu müssen (vgl. Badura und Schellschmidt, 1999). Die Annahmen, dass die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse und eine aktive Partizipation eine positive Auswirkung auf das Wohlbefinden der Patientinnen haben, können hier größtenteils bestätigt werden. Aber ob tatsächlich auch ein positiver Zusammenhang mit den Behandlungsergebnissen der Patientinnen möglich wäre, kann in der vorliegenden Untersuchung nicht beschrieben werden, da dies nicht Teil des Erkenntnisinteresses ist.

In Zusammenschau der oben angeführten Datenergebnisse und aufgrund der optimalen Kommunikationsprozesse sowie Erfüllung der Partizipationsbedürfnisse der PatientInnen leisten die OperateurlInnen im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens eine Verbesserung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Betroffenen bei (vgl. Farin und Nagl, 2013: 283).

6.2.5 Vermittlung von Emotionen der ÄrztInnen

Die Vermittlung von Emotionen werden im Erstdiagnose-Gespräch durch die aufklärenden ÄrztInnen durchaus berücksichtigt. Dies wird angenommen, da die Datenergebnisse zeigen, dass die ÄrztInnen im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens Emotionen stark äußern (MW=2,04) und die geäußerten Emotionen durchaus auch benennen (MW=2,64). Das Hinterfragen von Emotionen der Patientinnen wird jedoch etwas geringer innerhalb der Patientenaufklärung durchgeführt (MW=3,31). Zudem ist es den ÄrztInnen möglich, den Patientinnen Verständnis (MW=2,19), Anerkennung (MW=2,00) und das Angebot von Unterstützung (MW=2,11) stark zu vermitteln.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit korrelieren daher auch mit dem aktuellen Forschungsstand, dass die vermittelten Emotionen der ÄrztInnen einen wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden der Brustkrebspatientinnen haben (vgl. Shapiro et al., 1992: 61). Auch der Wandel, dass die ÄrztInnen dazu aufgefordert werden, emotionale Unterstützung zu leisten, kann durch die Befragung festgestellt werden (vgl. Faller, 2012: 1108). Durch die Vermittlung von Emotionen seitens der ÄrztInnen, wird den Patientinnen auch gezeigt, dass die Emotionen innerhalb der Patientenaufklärung von hoher Bedeutung sind und die Betroffenen auf jeden Fall auf die vermittelten Emotionen der ÄrztInnen reagieren können bzw. sollen (vgl. Roberts et al., 1994: 340).

Da die ÄrztInnen des Brustgesundheitszentrums auf die Vermittlung von Emotionen während des Erstdiagnose-Gesprächs achten, kann dies auch als Teil von psychosozialer Intervention angesehen werden, bei welcher die ÄrztInnen versuchen auf den emotionalen Stress der Patientinnen einzugehen und vorherrschende Belastungen zu identifizieren (vgl. Kruse et al., 2003: 93).

6.2.6 Vermittlung von Informationen der ÄrztInnen

Bei der Vermittlung der Informationen fällt auf, dass die Patientinnen ihre Antworten gut überdacht haben, da die Auswahl der Antwortkategorien („sehr stark“ – „überhaupt nicht“) geringer aufgeteilt war.

Die OperateurInnen konnten die relevanten Informationen im Rahmen des Erstdiagnose-Gesprächs insgesamt gut an die Patientinnen vermitteln. Herausragend funktionierte dies vor allem bei der Aufklärung über die Diagnose (MW=1,61), Therapiemöglichkeiten (MW=1,67), Behandlungsziel (MW=1,69) und Behandlungsablauf (MW=1,80). Auch auf mögliche Risiken (MW=2,39) wurde in der Befundbesprechung eingegangen. Eine geringe Abnahme der positiven Beurteilung wurde letztendlich bei der Information über das Behandlungsteam im Brustgesundheitszentrum (MW=2,90) und bezüglich der Behandlungsräumlichkeiten bemerkt (MW=3,30). In diesem Zusammenhang muss auch erwähnt werden, dass der Schock einer Krebsdiagnose die Informationsverarbeitung wesentlich beeinflussen kann, sodass es den Betroffenen gar nicht möglich ist, alle im Erstdiagnose-Gespräch vermittelten Informationen bewusst zu registrieren (vgl. Kerr et al., 2003: 424). Daher kann es als Erklärung angesehen werden, dass die Patientinnen die Information über das Behandlungsteam sowie Behandlungsräumlichkeiten als nebensächlich betrachtet haben, dieses daher geringer eingestuft wurden und sich somit auf ihre Diagnose, Therapie, Behandlung und Risiken konzentriert haben.

Die deutsche Krebshilfe kam außerdem zu dem Schluss, dass durch die Vermittlung von Informationen bei den Patientinnen die Reaktion Angst reduziert werden kann (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2003). In der vorliegenden Untersuchung kann dies jedoch nicht als Vermutung aufgestellt werden, da die Informationsvermittlung durch die ÄrztInnen äußerst positiv verlief und die Patientinnen während des Erstdiagnose-Gesprächs trotz dessen teilweise das Gefühl von Angst aufweisen (MW=4,11).

Mit Hilfe der Ergebnisse kann festgestellt werden, dass die ÄrztInnen bei den meisten Patientinnen das richtige Maß an Informationen vermitteln und auch das Bedürfnis der Erkrankten nach Information berücksichtigen (vgl. Faller, 2012: 1108). Schließlich trägt die Vermittlung von Emotionen der ÄrztInnen auch dazu bei, dass die Patientinnen aktiv am Erstdiagnose-Gespräch bzw. an der Entscheidungsfindung teilnehmen können (vgl.

Fallowfield, 2001: 1144). Dieses Studienergebnis von Fallowfield ist auch in der vorliegenden Untersuchung vorzufinden, da die Patientinnen über relevante Informationen gut informiert wurden und dadurch aktiv am Gespräch teilnehmen (MW=2,46) sowie mit den ÄrztInnen gemeinsam Entscheidungen treffen konnten (MW=2,60).

6.2.7 Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs

Der Umgang der betroffenen Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs gestaltete sich für viele Patientinnen mit gemischten Gefühlen, aber kann insgesamt als relativ gut bezeichnet werden. Das Verstehen der Diagnose war bei den meisten Patientinnen stark ausgeprägt (MW=2,03) und sie konnten größtenteils auch eine Verantwortung gegenüber der Diagnose übernehmen (MW=2,26). Trotz der ernstzunehmenden Diagnose waren nach dem Erstdiagnose-Gespräch viele der Probandinnen optimistisch bzw. zuversichtlich (MW=2,34). Anhand der Arzt-Patient-Kommunikation im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens war es für die Patientinnen durchaus möglich die Normalität in ihrem Alltag zu bewahren (MW=2,53) sowie die Diagnose Brustkrebs zu akzeptieren (MW=2,56). Etwas schwieriger war es für die Patientinnen soziale Unterstützung anzunehmen (MW=3,41) oder ihre Handlungsfähigkeit ohne Beeinträchtigung fortzusetzen (MW=3,70).

Aufgrund der insgesamt positiven Vermittlung der aufklärenden ÄrztInnen von Emotionen und Informationen können die Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs besser umgehen. Dies zeigt, dass die ÄrztInnen mit Hilfe von psychotherapeutischen Techniken, wie Äußerung von Emotionen, Benennung von Emotionen, Ausdruck von Anerkennung, etc., die Situation der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs positiv beeinflussen bzw. eine bessere psychologische Anpassung erzielen (vgl. Roberts et al., 1994: 336). Aber auch die Vermittlung der für die Patientinnen relevanten Informationen spielt beim Umgang mit der Diagnose eine wichtige Rolle, wie anhand der vorliegenden Daten festzustellen ist.

6.2.8 Wahrnehmung der von ÄrztInnen vermittelten Emotionen

Aufgrund der zuvor durchgeführten Literaturrecherche ist festzustellen, dass die vermittelten Emotionen einen wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden der Patientinnen haben (vgl. Shapiro et al., 1992: 61) und dadurch ein besserer Umgang mit der Diagnose Brustkrebs gewährleistet werden kann. Nun war es für die vorliegende Untersuchung wichtig herauszufinden, ob die angeführten Aspekte der Literatur auch im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens berücksichtigt werden. Dies kann aber

nur dann eruiert werden, wenn die Patientinnen die vermittelten Emotionen der ÄrztInnen tatsächlich auch wahrnehmen und soll mit Hilfe der angeführten Ergebnisse ermittelt werden.

Besonders stark bemerken die Patientinnen, dass die OperateurInnen des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien die Situation unter Kontrolle haben (MW=1,66). Dazu kommt, dass die Wahrnehmung durch die Probandinnen von Sicherheit (MW=1,81), Offenheit (MW=1,83) und Vertrauen (MW=1,83) aufgrund der gelungenen und patientenzentrierten Arzt-Patient-Kommunikation ebenso positiv ausfällt. Die meisten Patientinnen merken auch die Reduktion von Hoffnungslosigkeit (MW=2,50), Hilflosigkeit (MW=2,63) und Unsicherheit (MW=2,65), wodurch die Wahrnehmung der von ÄrztInnen vermittelten Emotionen erneut bestätigt werden kann.

Die Ergebnisse der Befragung im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens zeigen, dass die betroffenen Patientinnen auf jeden Fall die vermittelten Emotionen der ÄrztInnen während des Erstdiagnose-Gesprächs wahrnehmen. Da die ÄrztInnen während des Erstdiagnose-Gesprächs die Emotionen stark äußern, diese auch durchaus benennen und Verständnis, Anerkennung und Unterstützung an die Patientinnen vermitteln, ist den Betroffenen dadurch die Möglichkeit gegeben die vermittelten Emotionen dementsprechend zur Kenntnis zu nehmen.

Schließlich kann aufgrund der Resultate angenommen werden, dass die ÄrztInnen so gut wie möglich versuchen, auf den emotionalen Stress der Patientinnen einzugehen und bestehende Belastungen, wie Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit, etc., gemeinsam mit den Patientinnen herauszuarbeiten (vgl. Kruse et al., 2003: 93). Da die vermittelten Emotionen von den Patientinnen im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens sehr deutlich zur Kenntnis genommen werden, kann neben einer gelungenen und patientenzentrierten Arzt-Patient-Kommunikation, das relativ positive Wohlbefinden der Patientinnen auch darauf zurückzuführen sein und würde mit dem Forschungsstand einhergehen (vgl. Shapiro et al., 1992: 61).

6.2.9 Wahrnehmung der von ÄrztInnen vermittelten Informationen

Hinsichtlich der Wahrnehmung der von ÄrztInnen vermittelten Informationen, konnten die Patientinnen nach der Befundbesprechung vor allem das Behandlungsziel besser nachvollziehen (MW=1,89). Aber auch das Verstehen der Diagnose (MW=2,03), des Behandlungsablaufs (MW=2,03), der Therapieoptionen (MW=2,10) sowie der Risiken (MW=2,33) war für die meisten Patientinnen gut machbar. Die Informationen über das Behandlungsteam (MW=2,89) und über die Behandlungsräumlichkeiten (MW=3,25)

wurde im Vergleich zu den anderen Werten von den Patientinnen niedriger wahrgenommen.

Zusammenfassend werden die von den ÄrztInnen vermittelten Informationen von den Patientinnen zufriedenstellend registriert. Lediglich bei dem Behandlungsteam und Behandlungsräumlichkeiten könnte darauf geachtet werden, dass die Vermittlung intensiver stattfindet. Die Ergebnisse der durch die ÄrztInnen vermittelten Informationen (siehe Kapitel 6.2.6) korrelieren in etwa mit den Resultaten der Wahrnehmung durch die Patientinnen. Denn die Vermittlung der Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Behandlungsziel, Behandlungsablauf und Risiken wurde von den Patientinnen besser bewertet und konnte somit auch besser verstanden werden. Im Gegensatz dazu wurden die Informationen bezüglich des Behandlungsteams und Behandlungsräumlichkeiten weniger ausgeprägt an die Brustkrebspatientinnen vermittelt und werden dadurch auch etwas schlechter wahrgenommen.

Letztendlich kann aber behauptet werden, dass die OperateurInnen des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien die psychische Belastung der Patientinnen gut einschätzen und daher auch meistens das richtige Maß an Informationen vermitteln. Nur mit Hilfe der richtigen Informationen und das gleichzeitige Verstehen dieser, ist es den Patientinnen möglich aktiv an Entscheidungsfindungen bzw. am Gespräch teilzunehmen (vgl. Fallowfield, 2001: 1144). Auf diese Erkenntnis kann hier verwiesen werden, da die vermittelten Informationen von den Patientinnen durchaus stark wahrgenommen werden und zugleich eine aktive Teilnahme am Erstdiagnose-Gespräch verzeichnet wird.

Die Annahme, dass die von den ÄrztInnen vermittelten Informationen für die PatientInnen wesentlich sind, um eine Verbesserung des Wohlbefindens zu gewährleisten und eine durch die Erkrankung ausgelöste Unsicherheit zu mildern (vgl. ebd.), kann größtenteils zugestimmt werden. Denn das Wohlbefinden der befragten Patientinnen ist befriedigend und die Unsicherheit konnte ebenfalls einigermaßen reduziert werden. ExpertInnen konnten außerdem herausfinden, dass einerseits zu wenig Informationen zu Angst führen können und andererseits zu viele Informationen die Patientinnen mit mehr Sorgen belasten als zuvor (vgl. Kerr et al., 2003: 424). Da jedoch aufgrund der vorliegenden Ergebnisse die Patientinnen des Brustgesundheitszentrums die vermittelten Informationen zufriedenstellend wahrnehmen konnten und trotz alledem das Gefühl von Angst (MW=4,11) teilweise vorhanden ist, kann keine sinnvolle Behauptung im Zusammenhang mit der Literatur aufgestellt werden. Ausschließlich die Wahrnehmung hinsichtlich des Behandlungsteams und der Behandlungsräumlichkeit war geringer, was eventuell das Gefühl von Angst beeinflussen könnte. Hier müsste jedoch anhand einer weiteren

Untersuchung abgeklärt werden, inwieweit eine geringe Kenntnis oder Unkenntnis über das Behandlungsteam und Behandlungsräumlichkeiten zu der Reaktion Angst führen kann.

6.2.10 Intensität der Arzt-Patient-Kommunikation und Alter der Brustkrebspatientinnen

Alle Aspekte einer intensiven Arzt-Patient-Kommunikation werden von den Patientinnen als essentiell betrachtet. Dabei ist die Wahrheit (MW=1,27) und die Offenheit (MW=1,29) am stärksten ausgeprägt. Aber auch Aufmerksamkeit (MW=1,30), Verständigung (MW=1,39) und ausreichend Zeit (MW=1,31) wünschen sich die Patientinnen während des Erstdiagnose-Gesprächs. Dass den Patientinnen ausreichend Zeit während der Patientenaufklärung zur Verfügung steht, kann viele Vorteile beinhalten. Denn dadurch ist ihnen die Möglichkeit gegeben, die Diagnose ausreichend zu erfassen, sich mit der vorgeschlagenen Therapie auseinanderzusetzen und dadurch entstandene Fragen zu stellen (vgl. Roberts et al., 1994: 340). Da die meisten Patientinnen bei dieser Befragung die Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Behandlungsziel, Behandlungsablauf und Risiken stark wahrgenommen haben, kann vermutet werden, dass die ÄrztInnen des Brustgesundheitszentrums den Betroffenen genügend Zeit für das Erstdiagnose-Gespräch einräumen.

Zusätzlich sollten die aufklärenden ÄrztInnen Authentizität (MW=1,35) und Interesse (MW=1,36) zum Ausdruck bringen. Auch eine angenehme Atmosphäre (MW=1,38) sollte auf jeden Fall innerhalb der Befundbesprechung geschaffen werden, bei welcher die ÄrztInnen auf einen geeigneten Raum, einen möglichst idealen Zeitpunkt und ein ungestörtes Umfeld achten sollten (vgl. Roberts et al., 1994: 339). Außerdem empfinden es die Patientinnen als wichtig, dass sie von den ÄrztInnen akzeptiert werden (MW=1,59). Zusätzlich ist es für die befragten Brustkrebspatientinnen unabdingbar, dass ein kontinuierlicher Augenkontakt (MW=1,44) besteht, da dieser auf eine fürsorgliche Haltung seitens der ÄrztInnen hinweisen kann (vgl. Roberts et al., 1994: 340).

Von allen Faktoren einer intensiven Arzt-Patient-Kommunikation wurde ausschließlich der Körperkontakt, wie z.B. Hände schütteln, von den Befragten als etwas weniger wichtiger eingestuft (MW=2,53). Obwohl auch hier darauf verwiesen wird, dass das Berühren der Patientinnen eine fürsorgliche Haltung der ÄrztInnen vermitteln kann (vgl. ebd.)

Es war zusätzlich wichtig, die Intensität der Arzt-Patient-Kommunikation hinsichtlich des Alters (siehe Kapitel 6.1.1) der befragten Brustkrebspatientinnen zu überprüfen, um feststellen zu können, ob es diesbezüglich einen Unterschied zwischen jüngeren (25 - 59 Jahre) und älteren (60 – 94 Jahre) Probandinnen gibt. Daher wurde hierfür eine Summe der Intensität der Arzt-Patient-Kommunikation gebildet und diese in eine „hohe“ und „niedrige“ Intensität umkodiert bzw. neukodiert. Mit Hilfe dieser Vorgehensweise war es möglich, eine übersichtliche Grafik zu erstellen, welche auf das Erkenntnisinteresse der vierten Forschungsfrage näher eingeht:

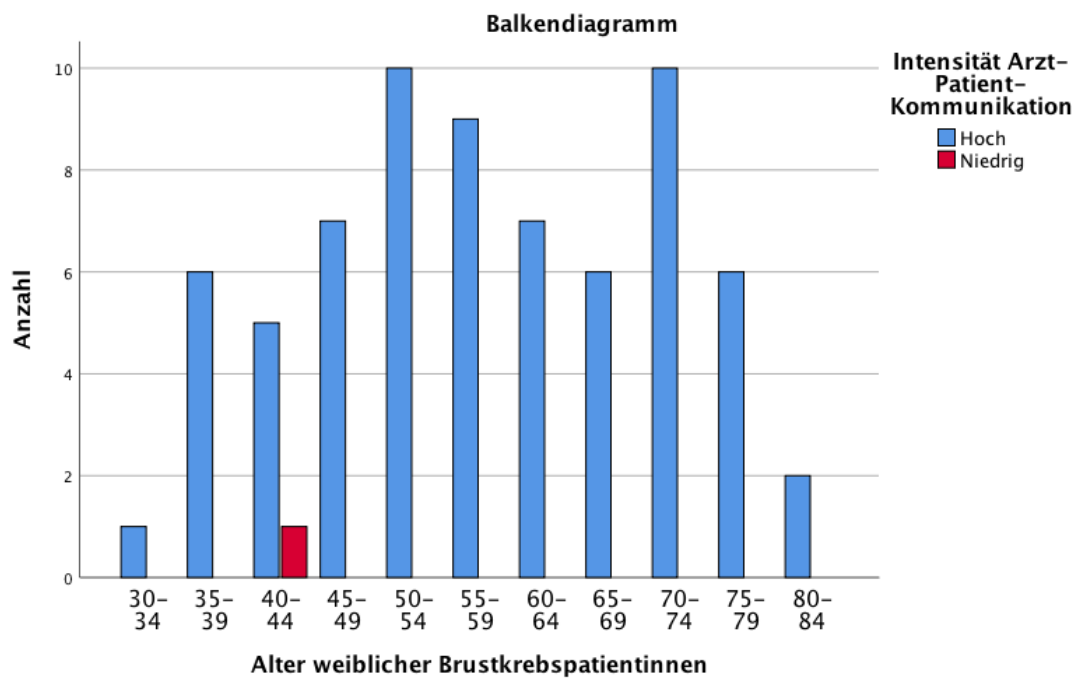


Abbildung 3: Kreuztabelle „Alter weiblicher Brustkrebspatientinnen*Intensität Arzt-Patient-Kommunikation“

Anhand der Abbildung 3 ist ersichtlich, dass sich von allen Befragten (n=70) 69 Patientinnen unabhängig ihres Alters eine hohe Intensität der Arzt-Patient-Kommunikation wünschen. Lediglich eine Patientin im Alter von 40 – 44 Jahre wäre auch mit einer niedrigen Intensität der Patientenaufklärung zufrieden. Zudem war innerhalb der Untersuchung die Altersverteilung zwischen den jüngeren Brustkrebspatientinnen mit 55,6% und den älteren Brustkrebspatientinnen mit 44,4% ziemlich ausgewogen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die Altersgruppen der 25 – 29-Jährigen, der 85 – 89-Jährigen und der 90 – 94-Jährigen für eine Teilnahme an der Befragung nicht mobilisiert werden konnten.

Aufgrund des Forschungsstandes ist festzustellen, dass vor allem den jungen Brustkrebspatientinnen eine intensive Arzt-Patient-Kommunikation aufgrund der speziellen und altersspezifischen Bedürfnisse zugeschrieben wird sowie ausreichend Zeit für Diagnostik und Beratung zur Verfügung stehen sollte. Allerdings verweisen die ExpertInnen

auch darauf, dass hinsichtlich junger Brustkrebspatientinnen und onkologischer Diagnostik sowie Therapie, Vermeidung einer Über- oder Untertherapie als auch bezüglich ihrer Lebensqualität, keine ausreichenden Studiendaten vorhanden sind. Außerdem spielt das Alter der Brustkrebspatientinnen neben anderen Faktoren, wie Tumorgroße, Fernmetastasierung, etc., eine entscheidende prognostische und prädiktive Rolle. Oft wird bei jungen Patientinnen auf die Relevanz der Betreuung und Unterstützung in Brustgesundheitszentren bzw. in Kliniken aufmerksam gemacht, da auch die Familienplanung eventuell noch nicht abgeschlossen ist (vgl. Würstlein et al., 2014: 671f).

Mit Hilfe der erhobenen Daten der Fragebogenuntersuchung ist aber auf jeden Fall anzunehmen, dass trotz der altersspezifischen Bedürfnisse, alle Patientinnen eine sehr intensive Arzt-Patient-Kommunikation vorziehen und dies nicht nur für junge Brustkrebspatientinnen gültig ist.

6.3 Beantwortung der Forschungsfragen

In diesem Kapitel erfolgt nun die Beantwortung der Forschungsfragen. Somit kann festgestellt werden welche Relevanz die Arzt-Patient-Kommunikation auf das Wohlbefinden der betroffenen Brustkrebspatientinnen hat, welche Vorteile durch eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation entstehen können, inwiefern die ÄrztInnen Emotionen und Informationen innerhalb der Patientenaufklärung an die Brustkrebspatientinnen vermitteln, ob diese auch tatsächlich von den Betroffenen wahrgenommen werden und ob ein Unterschied innerhalb der Patientenaufklärung zwischen jüngeren und älteren Brustkrebspatientinnen besteht.

6.3.1 Forschungsfrage 1

Welche Relevanz hat die Arzt-Patient-Kommunikation bei der Diagnose Brustkrebs für das Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen (am Beispiel des Brustgesundheitszentrums St. Josef Krankenhaus)?

Wenn die Ergebnisse hinsichtlich der Art der Arzt-Patient-Kommunikation und jene bezüglich des Wohlbefindens der betroffenen Patientinnen analysiert werden, ist festzustellen, dass die Arzt-Patient-Kommunikation eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden der Patientinnen spielt. Die aufklärenden ÄrztInnen des Brustgesundheitszentrums achten darauf, dass die Arzt-Patient-Kommunikation verständlich mit Hilfe von Informationen, deutlicher Aussprache, Vermeidung medizinischer Fachausdrücke, Erklärung medizinischer Fachausdrücke, etc. durchgeführt wird. Neben der Verständlichkeit achten

die OperateurInnen zudem auf die Empathie (einfühlsam, fürsorglich, rücksichtsvoll, etc.), welche sie während des Erstdiagnose-Gesprächs an die Patientinnen vermitteln. Die Emotionalität hingegen ist innerhalb der Patientenaufklärung nur ein bisschen ausgeprägt. Vor allem durch eine patientenzentrierte Kommunikation, wie im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens, fühlen sich die Patientinnen sicher und werden dazu motiviert aktiv am Gespräch teilzunehmen. Auffallend ist jedoch, dass die OperateurInnen trotz einer patientenzentrierten Kommunikation teilweise die Reaktion Angst bei den Betroffenen auslösen bzw. nicht verhindern können. Dementsprechend wird auch die Entspannung und innere Ruhe durch die Patientinnen etwas geringer eingestuft.

Mit Hilfe der Erkenntnis der ersten Forschungsfrage kann daher folgende Hypothese generiert werden:

Hypothese 1:

Die Arzt-Patient-Kommunikation hat bei der Diagnose Brustkrebs eine hohe Relevanz für das Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen.

Vor allem aufgrund einer patientenzentrierten Arzt-Patient-Kommunikation, welche verständlich und empathisch erfolgt, wird das Wohlbefinden der Patientinnen beeinflusst. Eine patientenorientierte Kommunikation gewährt den Patientinnen primär Sicherheit und ermöglicht eine aktive Teilnahme am Gespräch. Jedoch zeigen die vorliegenden Ergebnisse auch, dass die Reaktion Angst trotz einer patientenzentrierten Arzt-Patient-Kommunikation oft nicht vermieden werden kann. Dadurch werden die innere Ruhe und die Entspannung der Betroffenen mäßig beeinträchtigt.

Die positiven Auswirkungen einer patientenzentrierten Kommunikation sowie Sicherheit, aktive Teilnahme am Gespräch, etc. können für die weitere Behandlungssituation Vorteile mit sich bringen, welche bei der Forschungsfrage 1.1 näher betrachtet werden.

6.3.2 Forschungsfrage 1.1

Welche Vorteile können aus der Sicht der Brustkrebspatientinnen durch eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation entstehen (am Beispiel des Brustgesundheitszentrums St. Josef Krankenhaus)?

Bei der Beantwortung dieser Forschungsfrage ist wichtig zu erwähnen, dass im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens eine gelungene Arzt-Patient-

Kommunikation stattfindet. Denn die ÄrztInnen achten darauf, eine partizipative (gleichberechtigt, handelnd, zielführend, etc.) und empathische (fürsorglich, respektvoll, vertrauensvoll, etc.) Gesprächsführung zu erzielen. Aus Sicht der Brustkrebspatientinnen entstehen dadurch Vorteile hinsichtlich ihres Wohlbefindens und ihrer Behandlungssituation. Denn die Beantwortung des Fragebogens durch die Probandinnen zeigt, dass das Wohlbefinden während des Erstdiagnose-Gesprächs hoch bis neutral angesiedelt war. Hier soll nochmals erwähnt werden, dass die Arzt-Patient-Kommunikation vor allem Sicherheit und eine aktive Teilnahme am Gespräch für die Patientinnen gewährleistet. Allerdings lösen die ÄrztInnen trotz einer patientenzentrierten und gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation teilweise die Reaktion Angst aus.

Die Behandlungssituation (angenehme Atmosphäre, Kooperation mit den ÄrztInnen, Einigung über Behandlungsziele mit ÄrztInnen, Berücksichtigung von Bedürfnissen, Einhaltung ethischer Grenzen) der Betroffenen gestaltet sich aufgrund der gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation sehr positiv und stellt somit einen Vorteil für diese dar. Vor allem die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse spielt eine große Rolle, da dadurch eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht wird (vgl. Faller, 2012: 1108). Dies lassen auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit vermuten, denn die Bedürfnisse der Patientinnen werden stark berücksichtigt, wodurch für die Betroffenen eine Kooperation mit den ÄrztInnen ermöglicht wird und diese zugleich dazu animiert werden gemeinsam Entscheidungen zu treffen.

In diesem Fall kann folgende Hypothese generiert werden:

Hypothese 1.1:

Wenn innerhalb der Patientenaufklärung eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation stattfindet, dann entstehen für die betroffenen Brustkrebspatientinnen Vorteile.

Die Vorteile einer gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation beziehen sich in dieser Untersuchung vor allem auf die Behandlungssituation der Patientinnen. Auch das Wohlbefinden kann dadurch bedingt positiv beeinflusst werden. Vor allem wenn sich Brustkrebspatientinnen mit ihrer „neuen“ Lebenssituation überfordert fühlen, ist es seitens der ÄrztInnen wichtig, diese über ihre Erkrankung und verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten sorgfältig aufzuklären, um dadurch eine aktive Teilnahme der Betroffenen zu erzielen. Mit Hilfe einer aktiven Partizipation der Patientinnen, wie es im Brustgesundheitszentrum der Fall ist, entsteht wiederum eine Steigerung der Zufriedenheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität, da sich die Betroffenen damit ihre Autonomie bewahren können (vgl. Roberts et al., 1994).

6.3.3 Forschungsfrage 2

Inwiefern versuchen die ÄrztInnen innerhalb der Patientenaufklärung Emotionen und Informationen an die Brustkrebspatientinnen zu vermitteln (am Beispiel des Brustgesundheitszentrums St. Josef Krankenhaus)?

Im Rahmen des Erstdiagnose-Gesprächs werden von den aufklärenden ÄrztInnen des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien erfolgreich Emotionen und Informationen an die Patientinnen vermittelt. Dabei achten die OperateurInnen darauf, dass sie die Emotionen äußern und benennen, wodurch es den Patientinnen möglich ist, diese auch zu verstehen. Auch die Vermittlung von Verständnis, Anerkennung und Unterstützung gegenüber den betroffenen Patientinnen wird dabei zum Ausdruck gebracht. Ebenso werden die Patientinnen durch die ÄrztInnen mit allen relevanten Informationen über Diagnose, Behandlung, etc. versorgt. Wobei die Information bezüglich des Behandlungsteams und Räumlichkeiten etwas geringer ausgeprägt ist.

Wenn man nun die Vermittlung der Emotionen und Informationen mit dem Umgang der Patientinnen hinsichtlich ihrer Erkrankung gegenüberstellt, kann angenommen werden, dass durch die Erfüllung dieser beiden Faktoren insgesamt zu einem besseren Umgang mit der Diagnose beigetragen wird. Lediglich die Beeinträchtigung der eigenen Handlungsfähigkeit sowie die Annahme von sozialer Unterstützung wird etwas geringer beeinflusst. Das bedeutet, dass der Einsatz von psychotherapeutischen Techniken und das richtige Maß an Informationen während des medizinischen Aufklärungsgesprächs dazu führt, dass die Patientinnen die Situation besser einschätzen bzw. verstehen können und dadurch der Umgang mit der Diagnose Brustkrebs für die Patientinnen einfacher fällt (vgl. Roberts et al., 1994: 336).

Somit kann eine weitere Hypothese generiert werden:

Hypothese 2:

Wenn die ÄrztInnen mehr Emotionen und Informationen innerhalb der Patientenaufklärung an die Brustkrebspatientinnen vermitteln, dann können die Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs besser umgehen.

Der Einsatz von psychotherapeutischen Techniken während medizinischen Aufklärungsgesprächen führt dazu, dass die Patientinnen eine bessere psychologische Anpassung und einen besseren Umgang mit der Diagnose erzielen. Die Vermittlung von Emotionen und Informationen stellen für die Patientinnen relevante Komponenten innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation dar (vgl. Roberts et al., 1994). Des Weiteren wird von

den Patientinnen die Vermittlung von Empathie als wichtig erachtet. Durch die Vermittlung von Empathie können ÄrztInnen ihre Arzt-Patient-Kommunikation optimieren und folglich bessere Gesundheitsergebnisse bei den onkologischen Patientinnen erzielen. Zusätzlich ist es den Patientinnen dadurch möglich, mit ihrer Krebserkrankung besser umzugehen bzw. diese besser zu verstehen und zu akzeptieren (vgl. Neumann et al., 2009). Die durch ÄrztInnen vermittelten Informationen mindern wiederum kommunikative Defizite und gibt den Patientinnen die Möglichkeit, sich besser orientieren zu können (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2003).

6.3.4 Forschungsfrage 3

Inwiefern werden die von ÄrztInnen vermittelten Emotionen und Informationen von den Brustkrebspatientinnen innerhalb der Patientenaufklärung wahrgenommen (am Beispiel des Brustgesundheitszentrums St. Josef Krankenhaus)?

Die Patientinnen des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien nehmen die von den ÄrztInnen vermittelten Emotionen und Informationen tatsächlich auch intensiv wahr. Die Patientinnen können vor allem im Rahmen der Patientenaufklärung eine Kontrolle über die Situation, Sicherheit, Offenheit und Vertrauen aufgrund der Arzt-Patient-Kommunikation wahrnehmen. Jedoch bemerken die Patientinnen die Reduktion von Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und Unsicherheit etwas geringer. Hinsichtlich der vermittelten Informationen war es den Patientinnen möglich, vor allem das Behandlungsziel, die Diagnose, den Behandlungsablauf, die Therapiemöglichkeiten und die möglichen Risiken zu verstehen. Die Informationen über das Behandlungsteam sowie Behandlungsräumlichkeiten wurden durch die ÄrztInnen geringer vermittelt und konnten infolgedessen von den Patientinnen etwas schwächer wahrgenommen werden.

Letztendlich kann vermutet werden, dass die Wahrnehmung der durch die ÄrztInnen vermittelten Emotionen und Informationen für den Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs relevant sind. Denn wie anhand der Ergebnisse zu sehen ist, werden die vermittelten Emotionen und Informationen zumeist deutlich wahrgenommen und der Umgang der Patientinnen mit der Diagnose kann ebenso als gut bewertet werden. Auch die ExpertInnen schreiben der Informationsvermittlung eine bedeutende Rolle zu, mit welcher den Patientinnen ein Gefühl der Kontrolle gegeben werden kann (vgl. Kerr et al., 2003: 424). Dies kann bei dieser Untersuchung durchaus angenommen werden, da die Kontrolle über die Situation im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens als sehr gut bewertet wurde. Insgesamt zeigt die vorliegende Arbeit außerdem,

dass die Patientinnen im Gegensatz zu den informellen Aspekten die emotionalen Faktoren etwas stärker wahrnehmen.

Anhand der Beantwortung der dritten Forschungsfrage, kann die nachfolgende Hypothese generiert werden:

Hypothese 3:

Je mehr die betroffenen Brustkrebspatientinnen innerhalb der Patientenaufklärung, die von den ÄrztInnen vermittelten Emotionen und Informationen wahrnehmen, desto besser können die Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs umgehen.

Die Wahrnehmung der von den ÄrztInnen vermittelten Emotionen und Informationen leistet für die Patientinnen einen wesentlichen Beitrag zum Umgang mit der Diagnose Brustkrebs (vgl. Roberts et al., 1994; Neumann et al., 2009; Deutsche Krebshilfe, 2003). Wenn die Patientinnen innerhalb des Aufklärungsgesprächs die von den ÄrztInnen vermittelten Emotionen und Informationen wahrnehmen, sind diese motiviert, aktiv an Behandlungsentscheidungen und Kommunikationsprozessen teilzunehmen und Mitverantwortung zu übernehmen. Außerdem können ÄrztInnen, wenn die Wahrnehmung der Patientinnen gegeben ist, einen möglichen Mitwirkungswunsch seitens der Patientinnen eher deuten und diesen auch erfüllen (vgl. Ernst et al., 2006).

Schließlich kann eine Wahrnehmung von unterstützenden Emotionen und Informationen den Patientinnen helfen, ihre persönliche Sichtweise, Erwartungen und Sorgen während der Arzt-Patient-Kommunikation einzubringen (vgl. Zandbelt et al., 2007).

6.3.5 Forschungsfrage 4

Inwiefern besteht innerhalb der Patientenaufklärung bzw. Arzt-Patient-Kommunikation ein Unterschied zwischen jüngeren und älteren Brustkrebspatientinnen (am Beispiel des Brustgesundheitszentrums St. Josef Krankenhaus)?

Bezüglich der Intensität der Arzt-Patient-Kommunikation im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens besteht kein Unterschied zwischen jüngeren und älteren Brustkrebspatientinnen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich alle Patientinnen, unabhängig ihres Alters, eine intensive Patientenaufklärung wünschen. Auch wenn für die ÄrztInnen die Arzt-Patient-Kommunikation bei jungen Brustkrebspatientinnen aufgrund von speziellen und altersspezifischen Bedürfnissen (z.B. Genetik, Kinderwunsch) im klinischen Alltag noch eine Herausforderung darstellt (vgl. Würstlein et al., 2014), kann

anhand dieser Untersuchung festgestellt werden, dass eine intensive Arzt-Patient-Kommunikation von allen Patientinnen, unabhängig davon welcher Altersgruppe sie angehören, erwartet wird. Dies trifft auf alle Aspekte (Wahrheit, Offenheit, Interesse, angenehme Atmosphäre, etc.) einer intensiven Patientenaufklärung zu.

Somit kann vermutet werden, dass die Notwendigkeit eines individuellen Therapieplans als auch ausreichend Zeit für die Beratung (vgl. ebd.) für jede einzelne Patientin als wichtig erachtet wird. Daher ist es während des Erstdiagnose-Gesprächs relevant, dass die aufklärenden ÄrztInnen unabhängig vom Alter der Patientinnen die Elemente einer intensiven Arzt-Patient-Kommunikation berücksichtigen und sich mit diesen bei jeder Patientin individuell auseinandersetzen.

6.4 Schlussfolgerungen zu den angewandten Modellen

Letztendlich werden in diesem Kapitel nochmals Rückschlüsse zu den angeführten Modellen der Arzt-Patient-Interaktion (siehe Kapitel 2.10) und zu den kommunikationstheoretischen Modellen (siehe Kapitel 2.11) gezogen, um herauszufinden inwieweit die erhobenen Ergebnisse dieser Arbeit Gemeinsamkeiten oder Kontroversen aufweisen.

6.4.1 Ergebnisse der Arzt-Patient-Interaktion Modelle

Die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung zeigen, dass die ÄrztInnen des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien das partnerschaftliche Modell, auch als „shared-decision-making“ Ansatz bekannt, verfolgen. Das partnerschaftliche Modell gewährleistet bei einer richtigen Umsetzung eine bestmögliche medizinische Versorgung der Betroffenen. Das Modell sieht eine gemeinsame Diskussion zwischen ÄrztInnen und Patientinnen vor, in welcher diese auf das Problem eingehen und die Ziele der Behandlung festlegen. Die Patientinnen vermitteln ihre Bedürfnisse und die ÄrztInnen die vorliegende medizinische Evidenz. Grundsätzlich stehen im partnerschaftlichen Modell die Wertvorstellungen, Ziele, Erwartungen und Ängste der Patientinnen im Fokus. Dies bedeutet, dass eine bestimmte Gesprächsatmosphäre geschaffen werden muss, die es den Patientinnen ermöglicht ihre eigene Sichtweise und Bedürfnisse zu vermitteln. Allerdings ist es Aufgabe der ÄrztInnen die gewünschte Rolle der Patientinnen bei der Entscheidungsfindung herauszufinden und richtig einzuordnen. Denn nicht alle Betroffenen wollen an der Entscheidungsfindung aktiv teilnehmen (vgl. Faller und Lang, 2006: 167f).

In Bezug auf die Resultate der Befragung, war zu erkennen, dass die Patientinnen im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens aktiv am Erstdiagnose-Gespräch teilnehmen und gemeinsame Entscheidungsfindungen mit den ÄrztInnen treffen. Ebenso werden die Bedürfnisse der Patientinnen berücksichtigt, wodurch eine Einigung mit den ÄrztInnen über die Behandlungsziele gewährleistet wird. Auch die medizinische Evidenz wird durch die OperateurInnen des Brustgesundheitszentrums ausreichend vermittelt, wodurch die Patientinnen das Erstdiagnose-Gespräch als handelnd und zielführend empfinden. Obwohl das Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens die Umsetzung des „shared-decision-making“ Ansatzes anstrebt, konnten die aufklärenden ÄrztInnen die Reaktion Angst bei den Patientinnen jedoch nur teilweise verhindern. Um das Gefühl von Angst zu reduzieren oder gar zu vermeiden, ist es notwendig, dass die ÄrztInnen den Hintergrund ihrer Fragen und den Sinn von bestimmten Untersuchungen plausibel und nachvollziehbar erklären (vgl. ebd.: 169). Eventuell könnte diese Annahme als Erklärung für die verstärkte Auslösung von Angst für die vorliegende Untersuchung herangezogen werden.

Ebenso zeigt die Anwendung eines partnerschaftlichen Modells, dass eine Verbesserung der Compliance (= kooperatives Verhalten) der Patientinnen und eine Erleichterung des Alltagstransfers möglich ist. Laut Studien erlangen Patientinnen sogar ein stärkeres Gefühl der Kontrolle über den Behandlungsprozess und entwickeln zugleich eine höhere Zufriedenheit (vgl. ebd.: 168). Auch hier wird die Annahme, dass das Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens die Kriterien eines partnerschaftlichen Modells erfüllt bestätigt. Denn die Patientinnen kooperieren mit den ÄrztInnen und haben zugleich das Gefühl, dass die Situation kontrolliert abläuft. Dahingehend ist auch das Wohlbefinden der Patientinnen zufriedenstellend.

Das „shared-decision-making“ Modell verweist ebenso darauf, dass eine Gesprächsführung, in welcher die Patientinnen ihre Fragen, Erwartungen und Ängste äußern können und darauf die gewünschten Informationen und emotionale Unterstützung erhalten, zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, Symptomverminderung, etc. führen kann (vgl. ebd.). Auch die OperateurInnen des Brustgesundheitszentrums achten auf eine patientenzentrierte Gesprächsführung, indem sie auf die Bedürfnisse der Patientinnen eingehen, ihnen die relevanten Informationen bezüglich Diagnose, Therapie, Behandlungsziel, etc. vermitteln und zugleich ein unterstützendes Verhalten aufzeigen, bei welchem sie ihre Emotionen äußern und benennen sowie Verständnis und Anerkennung ausdrücken. Aber auch die übrigen Merkmale einer patientenzentrierten Gesprächsführung, wie Empathie, Wertschätzung und Echtheit (vgl. ebd.: 169), werden innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien miteinbezogen.

6.4.2 Ergebnisse der kommunikationstheoretischen Modelle

Bei der Verfassung der vorliegenden Arbeit wurde die Theorie der kognitiven Dissonanz (siehe Kapitel 2.11.1) und die Verständigung nach der Theorie des kommunikativen Handelns (siehe Kapitel 2.11.2) herangezogen. Diese beiden kommunikationstheoretischen Modelle werden nun den Resultaten der Fragebogenuntersuchung gegenübergestellt.

Hinsichtlich der Theorie der kognitiven Dissonanz von Leon Festinger (1957) kann in der vorliegenden Arbeit festgestellt werden, dass durch die Arzt-Patient-Kommunikation während des Erstdiagnose-Gesprächs teilweise die Reaktion Angst ausgelöst wurde bzw. nicht vermieden werden konnte. Daher kann angenommen werden, dass manche Patientinnen durchaus eine kognitive Dissonanz aufgrund widersprüchlicher Kognitionen, wie Wünsche, wahrgenommenes eigenes Verhalten, Kenntnisse, etc., innerhalb der Patientenaufklärung empfunden haben und keine kognitive Konsistenz herstellen konnten. Denn die Reaktion Angst wird, wie die kognitive Dissonanz, als unangenehm empfunden und infolgedessen versucht zu umgehen (vgl. Kreddig und Karimi, 2013: 93). Diese Widersprüche, durch welche die Reaktion Angst bei den Patientinnen ausgelöst wurde, können jedoch auch Kognitionen betreffen, welche sich auf Annahmen über die aufklärenden ÄrztInnen sowie deren Verhaltensweisen oder auf das empfundene Beziehungsverhältnis zu den ÄrztInnen beziehen. Die kognitive Dissonanz bzw. Reaktion Angst der Probandinnen kann aufgrund der getroffenen Entscheidungen und Handlungen, welche diese im Rahmen des Erstdiagnose-Gesprächs treffen müssen, entstehen. Denn die Patientinnen müssen zwischen zwei oder mehreren Alternativen wählen (z.B. die Wahl zwischen unterschiedlichen Therapieoptionen) und anschließend die gewählte Option rechtfertigen (vgl. Festinger, 1957: 34ff). Allerdings muss erwähnt werden, dass das Gefühl Angst auch positive und lebenswichtige Eigenschaften aufweist und im Zusammenhang mit dem Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit nicht unbedingt als negative Reaktion zu werten sein muss. Denn Angst kann bei den betroffenen Patientinnen als Schutzreflex zu deuten sein und ein relevantes Warnsignal für Fremd- und Selbstgefährdung darstellen. Schließlich mobilisiert Angst den Organismus und verhilft zur Flucht oder zur Verteidigung. Somit kann festgehalten werden, dass die Reaktion Angst bei den Brustkrebspatientinnen eine Verhaltensanpassung an die bedrohliche Situation bedeuten kann und dadurch unverzichtbar für die Betroffenen ist (vgl. Kreddig und Karimi, 2013: 93f).

Letztendlich steht die kognitive Dissonanz auch im Zusammenhang mit dem anschließendem Informationsbeschaffungs und -verhaltensverhalten der Patientinnen. Wenn

eine Patientin kognitive Dissonanz empfindet, dann wird diese beispielsweise Informationen oder Handlungen meiden, welche zu einer Verstärkung der Dissonanz beitragen können. Daher beeinflusst die kognitive Dissonanz das Wahrnehmungs- und Informationsverhaltensverhalten (vgl. Festinger, 1957: 1ff). Bei der Informationsverarbeitung der befragten Patientinnen war zu erkennen, dass die Kenntnisse über das Behandlungsteam und die Behandlungsräumlichkeiten schwächer ausgeprägt waren, was eventuell durch die kognitive Dissonanz bedingt sein könnte. Wiederum wurden von den Patientinnen die relevanten Informationen bezüglich Diagnose, Therapie, Behandlungsziel, etc. stark wahrgenommen. Allerdings ist in angespannten Situationen, durch welche Angst ausgelöst werden kann, die Konzentration und Aufmerksamkeit der Patientinnen auf bestimmte Inhalte reduziert (vgl. Kreddig und Karimi, 2013: 15). Daher kann es durchaus sein, dass die Patientinnen wichtige Informationen hinsichtlich Diagnose, Therapie, etc. bewusst wahrgenommen haben, aber jedoch die Informationen über das Behandlungsteam und Behandlungsräumlichkeiten als nebensächlich betrachtet und somit auch schwächer wahrgenommen haben.

Bezüglich der weiteren Handlungen der befragten Patientinnen, ist im Zuge der Ergebnisse ersichtlich, dass bei manchen Teilnehmerinnen die eigene Handlungsfähigkeit teilweise beeinträchtigt war und eine soziale Unterstützung von manchen Betroffenen nur teilweise oder wenig angenommen wurde. Dieses Verhaltensmuster kann als Folge der kognitiven Dissonanz bzw. Reaktion Angst auftreten, da die Patientinnen aufgrund der unangenehmen Spannungen ständig unter Druck stehen bzw. versuchen diese abzubauen und dadurch die eigene Handlungsfähigkeit beeinträchtigt werden kann. Zudem vermeiden die von kognitiver Dissonanz betroffenen Patientinnen eine soziale Unterstützung, um Informationen ausweichen zu können, welche die Widersprüche verstärken könnten.

Bei der Verständigung nach der Theorie des kommunikativen Handelns von Jürgen Habermas (1981), ist eindeutig festzustellen, dass das Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens versucht die Geltungsansprüche (Wahrheit, Wahrhaftigkeit, Richtigkeit) einer verständlichen Kommunikation zu erfüllen.

Das Erstdiagnose-Gespräch gestaltet sich im Brustgesundheitszentrum aufgrund einer deutlichen Aussprache sehr verständlich, sodass die Patientinnen dem Gesprächsverlauf auch folgen können. Schließlich werden von den ÄrztInnen medizinische Fachausdrücke während der Patientenaufklärung vermieden bzw. bei einer Nennung von diesen zumindest verständlich erklärt. Zudem werden laut den Untersuchungsergebnissen, die Bedürfnisse der Patientinnen stark berücksichtigt, wodurch anzunehmen ist, dass die

Probandinnen ihre Beschwerden, Wünsche, etc. deutlich zum Ausdruck bringen, sodass die ÄrztInnen diese erkennen und darauf reagieren können.

Zugleich wird der Anspruch der Wahrheit während des Erstdiagnose-Gesprächs beachtet, da die aufklärenden ÄrztInnen auf gewisse Vorstellungen, Wünsche, etc. der Patientinnen eingehen und diese erweitern, korrigieren oder bestätigen. Auch aufgrund der Beurteilung der Behandlungssituation durch die Patientinnen kann die Berücksichtigung des Wahrheitsanspruches durch die ÄrztInnen angenommen werden, da die Patientinnen diese als angenehm bewerten, sowie mit den ÄrztInnen kooperieren und sich über die Behandlungsziele einigen können. Auch die Diagnose Brustkrebs wird von beiden Parteien anerkannt, da die Patientinnen die Diagnose größtenteils verstehen und akzeptieren. Auch der Anspruch der Wahrhaftigkeit wird innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens miteinbezogen. Denn die aufklärenden ÄrztInnen bringen ihre tatsächlichen Absichten (z.B. Therapieplan) zum Ausdruck und schaffen dadurch eine hohe Vertrauensbasis. Ebenso wird damit eine gemeinsame Entscheidungsfindung und Kooperation mit den aufklärenden ÄrztInnen erzielt. Zudem wird der Anspruch der Richtigkeit bzw. Legitimität durch die ÄrztInnen eingehalten, indem anhand der Befragung zu erkennen ist, dass die ethischen Grenzen eingehalten werden und auch geltende Werte, wie Respekt im Erstdiagnose-Gespräch, verwirklicht werden.

Daher kann angemerkt werden, dass die kognitive Dissonanz nach Festinger und die Verständigung nach der Theorie des kommunikativen Handelns von Habermas geeignete kommunikationstheoretische Modelle für die Arzt-Patient-Kommunikation darstellen. Die in dieser Arbeit angeführten Überlegungen bedürfen selbstverständlich einer genaueren Ausführung, welche in zukünftigen Forschungsarbeiten vorgenommen werden kann.

6.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden nun die Resultate der Untersuchung zusammengefasst. Innerhalb der Befragung nahmen 70 Patientinnen (n=70) des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien teil. Anhand der Fragebogenergebnisse können nun Rückschlüsse darauf gezogen werden, ob die Arzt-Patient-Kommunikation eine Relevanz für das Wohlbefinden der betroffenen Brustkrebspatientinnen hat, welche Vorteile durch eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation entstehen können, inwiefern die ÄrztInnen Emotionen und Informationen innerhalb der Patientenaufklärung an die Brustkrebspati-

entinnen vermitteln, ob diese auch tatsächlich von den Betroffenen wahrgenommen werden und ob ein Unterschied innerhalb der Patientenaufklärung zwischen jüngeren und älteren Brustkrebspatientinnen besteht. Zusätzlich wird nochmals kurz erwähnt, inwieweit die angeführten Modelle (siehe Kapitel 2.10 und 2.11) im Zusammenhang mit dem Erkenntnisinteresse der Arbeit stehen.

Die Arzt-Patient-Kommunikation spielt eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden der Patientinnen im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens. Die aufklärenden ÄrztInnen achten bei der Arzt-Patient-Kommunikation vor allem darauf, dass diese verständlich und empathisch gestaltet wird. Trotz ausgeprägter Empathie, zeigen die Ergebnisse aber, dass die Patientinnen das Erstdiagnose-Gespräch nur ein bisschen emotional empfinden. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die OperateurInnen des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien den Patientinnen das Bewusstsein, ihre Emotionen während der Befundbesprechung auszudrücken, nicht intensiv genug vermitteln. Außerdem ist es bei dem emotionalen Faktor wichtig, dass den Patientinnen ausreichend Zeit zur Verfügung steht, um die Diagnose erfassen und anschließend die dadurch entstandenen Emotionen äußern zu können. Zudem ist anhand der Untersuchungsergebnisse ersichtlich, dass die ÄrztInnen die Emotionen nur teilweise hinterfragt haben, wodurch es bei manchen Patientinnen ebenfalls zu einer niedrigeren Einstufung der Emotionalität gekommen sein kann.

Vor allem durch eine patientenzentrierte Kommunikation, wie im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens, fühlen sich die Patientinnen sicher und werden dazu motiviert aktiv am Gespräch teilzunehmen. Auffallend ist jedoch, dass die OperateurInnen trotz einer patientenzentrierten Kommunikation teilweise die Reaktion Angst bei den Betroffenen auslösen bzw. nicht verhindern können. Die Reaktion Angst kann aber durch verschiedene Faktoren (z.B. emotionale Verfassung der aufklärenden ÄrztInnen, Schutzreflex der Betroffenen, etc.) bei den Patientinnen ausgelöst werden und spielt vor allem dann eine wichtige Rolle, wenn die Betroffenen während der Patientenaufklärung kognitive Dissonanz empfinden. Ebenso durch die Angst bedingt, wurde die Entspannung und innere Ruhe innerhalb des Erstdiagnose-Gesprächs bei den Patientinnen etwas geringer ausgelöst. Zugleich beeinträchtigt die Diagnose Brustkrebs teilweise die Handlungsfähigkeit der Patientinnen und erschwert ihnen soziale Unterstützung anzunehmen. Somit kann auch die in der theoretischen Verortung behandelnde Thematik bezüglich der Rollenbilder der Patientinnen (siehe Kapitel 2.3) nochmals anhand der vorliegenden Ergebnisse herangezogen werden, in welcher beschrieben wird, dass das Wohlbefinden ein wichtiges Kriterium für die Patientinnen darstellt und viele

Patientinnen aufgrund einer Erkrankung gleichzeitig eine Einschränkung ihrer eigenen Handlungsfähigkeit vernehmen. Zudem spielen vor allem Kognitionen (z.B. Gedanken, Interpretationen, etc.) und Emotionen (z.B. Angst, Depressivität, etc.) der Patientinnen eine wichtige Rolle (vgl. Faller und Lang, 2006: 3f).

Im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens findet ebenso, nach Auffassung des aktuellen Forschungsstandes, eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation statt. Denn die ÄrztInnen achten darauf, eine partizipative und empathische Gesprächsführung zu erzielen. Aus Sicht der Brustkrebspatientinnen entstehen dadurch Vorteile hinsichtlich ihres Wohlbefindens und ihrer Behandlungssituation. Denn diese empfinden vor allem Sicherheit und nehmen aktiv am Gespräch teil. Ebenso werden die Bedürfnisse der Patientinnen berücksichtigt, wodurch eine angenehme Atmosphäre, Kooperation mit den ÄrztInnen, Einigung über die Behandlungsziele sowie die Einhaltung ethischer Grenzen gewährleistet wird.

Im Rahmen des Erstdiagnose-Gesprächs werden von den aufklärenden ÄrztInnen des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien auch erfolgreich Emotionen und Informationen an die Patientinnen vermittelt. Wenn nun die Vermittlung der Emotionen und Informationen mit dem Umgang der Patientinnen hinsichtlich ihrer Erkrankung gegenübergestellt wird, kann angenommen werden, dass durch die Erfüllung dieser beiden Faktoren zu einem besseren Umgang mit der Diagnose beigetragen wird. Zudem nehmen die Patientinnen die von den ÄrztInnen vermittelten Emotionen und Informationen tatsächlich auch wahr, wodurch der Umgang der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs ebenfalls gesteigert wird. Lediglich die Information hinsichtlich des Behandlungsteams und der Behandlungsräumlichkeiten wurden von den Patientinnen geringer zur Kenntnis genommen.

Innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens besteht kein Unterschied zwischen jüngeren und älteren Brustkrebspatientinnen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich alle Patientinnen, unabhängig ihres Alters, eine intensive Patientenaufklärung wünschen. Daher ist es während des Erstdiagnose-Gesprächs relevant, dass die aufklärenden ÄrztInnen bei allen Patientinnen die Elemente einer intensiven Arzt-Patient-Kommunikation berücksichtigen und sich mit diesen bei jeder Patientin individuell auseinandersetzen.

Ebenso fiel während der Datenauswertung auf, dass die befragten Patientinnen die angeführten Optionen „kann mich nicht erinnern, weil geschockt“ oder „kann mich nicht erinnern, weil zu lange her“ sehr selten ausgewählt haben. Daher kann behauptet wer-

den, dass das Erstdiagnose-Gespräch definitiv ein gravierendes Erlebnis für die Betroffenen darstellt, welches in jeder Hinsicht unvergesslich bleibt. Auch die fehlenden Werte hielten sich bei der Befragung in Grenzen. Daraus kann geschlossen werden, dass den Patientinnen die Kommunikation zwischen ihnen und den aufklärenden ÄrztInnen ein Anliegen ist und diese ihre Meinung dazu vertreten möchten.

Zu guter Letzt kann festgestellt werden, dass die ÄrztInnen im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens das partnerschaftliche Arzt-Patient-Interaktion Modell verwirklichen, dass bei einer richtigen Umsetzung eine bestmögliche medizinische Versorgung der Betroffenen gewährleistet. Schließlich wird auch versucht, die Geltungsansprüche (Wahrheit, Wahrhaftigkeit, Richtigkeit) einer verständlichen Kommunikation zu gewährleisten. Wobei aber anzumerken ist, dass die Erfüllung der Geltungsansprüche aufgrund des Fragebogaufbaus nur von Seiten der ÄrztInnen nachvollzogen werden kann. Da die Erfüllung der Geltungsansprüche durch die Patientinnen anhand dieser Untersuchung nicht beurteilt werden kann, kann daher nach der Theorie von Habermas keine zuverlässige Aussage getroffen werden, ob tatsächlich für beide Parteien eine verständliche Kommunikation stattgefunden hat. Denn diese wäre nur dann möglich, wenn die kommunikativ Handelnden (ÄrztInnen und Patientinnen) an der Erfüllung dieser Ansprüche nicht zweifeln, was anhand dieser Ergebnisse nicht evaluiert werden kann.

7 Methodenkritik

Im Rahmen der Untersuchung wurde die Methode der quantitativen Befragung herangezogen und aufgrund des heiklen Themas, sowie Zielgruppe und deren Erreichbarkeit, eine schriftliche (Paper&Pencil) Befragung in Form eines standardisierten Fragebogens als Untersuchungsinstrument ausgewählt. Schließlich entstehen aber bei der quantitativen Befragung Herausforderungen für die Forschenden, auf welche in diesem Kapitel näher eingegangen werden soll.

Obwohl mit einer schriftlichen Befragung generell ein geringer Personalaufwand verbunden ist (vgl. Möhring und Schlütz, 2010: 127ff), kann dies in der vorliegenden Untersuchung nicht behauptet werden. Denn aufgrund der spezifischen Zielgruppe war die Unterstützung des medizinischen Personals des Brustgesundheitszentrums sowie der Assistentinnen der onkologischen Ambulanz bei der Rekrutierung der Patientinnen notwendig, um auch die Höhe des Rücklaufs positiv zu beeinflussen. Die geringe Ausschöpfung stellte vor allem zu Beginn ein Problem dar, wodurch die Rekrutierung der Patientinnen erweitert wurde und auch jene Patientinnen des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien befragt wurden, welche sich in stationärer oder onkologischer Behandlung befanden. Jedoch kann die geringe Ausschöpfung auch durch andere Faktoren beeinflusst worden sein, wie Thematik, Erhebungssituation (z.B. Einflüsse durch Dritte) oder zu geringe Motivation (vgl. ebd.: 129f).

Da der standardisierte Fragebogen ausschließlich geschlossene Fragen beinhaltete, hatten die Patientinnen keine Möglichkeit konstruktive Kritik an der Arzt-Patient-Kommunikation im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens zu äußern. Somit konnten keine Wünsche, Verbesserungsvorschläge, etc. der Betroffenen eruiert werden, welche weitere Erkenntnisse für das Forschungsvorhaben liefern hätten können. Zudem können aufgrund geschlossener Fragen, eine durch die Standardisierung erzeugte künstliche Situation, mögliche Antwortverzerrung sowie eine geringere Spontaneität der Befragten entstehen. Auch die soziale Erwünschtheit könnte im Rahmen dieser Fragebogenuntersuchung eine Rolle spielen und ist schwer zu vermeiden bzw. zu erkennen (vgl. ebd.: 74f). Zudem besteht das Brustgesundheitszentrum im St. Josef Krankenhaus Wien aus einer kleinen Personengruppe, bei welcher die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung einfacher zuzuordnen sind, sodass dies einen Einfluss auf die Beantwortung der Befragung haben kann.

Bei der Reflexion hinsichtlich der kommunikationstheoretischen Modelle wurde festgestellt, dass die Erfüllung der Geltungsansprüche einer verständlichen Kommunikation

nach Habermas zwar aus Sicht der ÄrztInnen beantwortet werden kann, jedoch nicht aus jener der Patientinnen. Denn die Frageformulierungen waren so ausgelegt, dass die Patientinnen die Kommunikation der ÄrztInnen innerhalb der Patientenaufklärung beurteilen konnten und dadurch auch die Erfüllung der Geltungsansprüche durch die ÄrztInnen nachvollziehbar war. Allerdings kann durch die Befragungsergebnisse nicht sicher festgestellt werden, inwiefern die Patientinnen die Ansprüche gewährleisten und somit Aussagen über Wirklichkeiten treffen (Wahrheit), tatsächliche Absichten äußern (Wahrhaftigkeit) und sich hinsichtlich geltender Werte und Normen legitim verhalten (Richtigkeit). Somit wäre es im Rahmen der Fragebogenuntersuchung vorteilhaft gewesen, mehr Fragen bezüglich des kommunikativen Verhaltens der Patientinnen einzubauen, um dadurch Rückschlüsse darauf ziehen zu können.

Außerdem fiel auf, dass die emotionale Verfassung oder auch der persönliche Charakter der ÄrztInnen eine große Rolle während des Erstdiagnose-Gesprächs spielen bzw. Einfluss auf die Arzt-Patient-Kommunikation haben können. Diese Komponenten wurden bei der Fragebogenuntersuchung nicht berücksichtigt, sodass die Auswahl der Methodik um qualitative Leitfadeninterviews (Experteninterviews) ergänzt werden hätte sollen. Denn letztendlich liegt der Fokus auf der Arzt-Patient-Kommunikation und betrifft somit beide Parteien. Daher hätten die Experteninterviews als zusätzliche Quelle dienen können, um die persönlichen Sichtweisen der ÄrztInnen zu analysieren und diese als Vergleich zu der Patientinnen-Befragung heranzuziehen.

8 Implikationen und Fazit

In der vorliegenden Arbeit wurden mit Hilfe der quantitativen Befragung in Form eines standardisierten Fragebogens 70 Patientinnen (n=70) des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhaus Wien befragt. In Bezug auf das Erkenntnisinteresse ist festzustellen, dass die Arzt-Patient-Kommunikation eine hohe Relevanz für das Wohlbefinden der Patientinnen darstellt. Die aufklärenden ÄrztInnen sollten diesbezüglich ein besonderes Augenmerk auf den emotionalen Faktor einer empathischen Arzt-Patient-Kommunikation richten und zugleich die Patientinnen dazu auffordern ihre Emotionen während des Erstdiagnose-Gesprächs auszudrücken sowie den Patientinnen genügend Zeit einzuräumen die Diagnose Brustkrebs zu erfassen. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass die aufklärenden ÄrztInnen die Emotionen der Patientinnen nicht immer hinterfragen, wodurch das Gefühl von Angst durch die ÄrztInnen nicht erkannt werden kann und diese dadurch auch nicht agieren. Auch bezüglich der Beeinträchtigung der eigenen Handlungsfähigkeit der Patientinnen und der Annahme von sozialer Unterstützung wurde ersichtlich, dass diese eventuell aufgrund der ausgeprägten Angst der Betroffenen negativ beeinflusst werden können. Hier wäre es notwendig, dass die ÄrztInnen innerhalb der Befundbesprechung auch auf Erschwernisse durch die Diagnose im Alltag eingehen, beispielsweise mit Hilfe von Erfahrungsberichten der Patientinnen. Denn dadurch können die ÄrztInnen den Betroffenen Tipps geben, Herausforderungen im Alltag zu umgehen sowie die Patientinnen dazu motivieren, wenn von diesen erwünscht, Unterstützung von ihrem sozialen Umfeld anzunehmen.

Auch die Informationen bezüglich des Behandlungsteams und Behandlungsräumlichkeiten haben einen wichtigen Stellenwert für die Patientinnen und wurden in dieser Erhebung etwas niedriger von den ÄrztInnen vermittelt und infolgedessen von den Patientinnen auch schwächer wahrgenommen. Diese Informationen sind jedoch, neben der Diagnose, Therapie, Risiken, etc., für die Betroffenen von hoher Bedeutung, da durch diese den Patientinnen eine Orientierungshilfe gewährleistet werden kann. Denn schließlich befinden sich die Patientinnen in einer völlig unbekannten sowie neuen Situation und benötigen die Unterstützung des Behandlungsteams. Zudem führt die Unwissenheit über die Behandlungsräumlichkeiten die Patientinnen in eine zusätzliche Stresssituation. Wenn nun die Kenntnis über das Behandlungsteam und Räumlichkeiten niedrig ist, kann dadurch die Reaktion Angst ebenfalls verstärkt werden.

Wenn die ÄrztInnen letztendlich die oben angeführten Handlungsweisen verwirklichen, könnte dadurch die Reaktion Angst abgeschwächt und die Entspannung und innere Ruhe der Patientinnen erhöht werden. Daher sollte in zukünftigen Forschungsprojekten

untersucht werden, inwieweit die Reaktion Angst das Erstdiagnose-Gespräch beeinflusst, welche Faktoren das Gefühl verstärken oder reduzieren und welche Auswirkungen dies auf das weitere Informations- und Wahrnehmungsverhalten sowie auf den Alltag der Patientinnen hat (siehe auch Theorie der kognitiven Dissonanz). Außerdem sollte erforscht werden, inwieweit die Patientinnen während der Arzt-Patient-Kommunikation kognitive Dissonanz empfinden. Und in weiterer Folge, ob die getroffenen Entscheidungen und Handlungen innerhalb der Patientenaufklärung oder sogar während des Behandlungsverlaufs durch das Empfinden einer kognitiven Dissonanz beeinflusst werden.

Im Rahmen dieser Arbeit fiel auf, dass sowohl die emotionale Verfassung als auch der persönliche Charakter der ÄrztInnen eine große Rolle während des Erstdiagnose-Gesprächs spielt. Diese Aspekte wurden jedoch innerhalb der Untersuchung nicht berücksichtigt und konnten folgend nicht evaluiert werden. Somit stellt es für künftige Forschungsdesigns eine Herausforderung dar, auch die persönliche Sichtweise der ÄrztInnen hinsichtlich der Arzt-Patient-Kommunikation zu untersuchen. Mit Hilfe von qualitativen Leitfadeninterviews (Experteninterviews) kann eine zusätzliche wissenschaftliche Quelle entwickelt werden, welche darauf Bezug nimmt und neue Erkenntnisse schaffen kann. Denn die Arzt-Patient-Kommunikation betrifft stets beide Parteien und muss daher auch die Sicht der ÄrztInnen miteinfließen lassen.

Zudem wurde ersichtlich, dass zwar durch die Kommunikation der ÄrztInnen eine gelungene Arzt-Patient-Interaktion festgestellt werden konnte, allerdings fehlt hierbei das Indiz, ob auch die Patientinnen die Geltungsansprüche einer verständlichen Kommunikation nach Jürgen Habermas erfüllen. Daher können in nachfolgenden Forschungen Untersuchungen durchgeführt werden, welche Bezug auf die Verständigung nach der Theorie des kommunikativen Handelns nehmen. Denn dadurch wäre es möglich festzustellen, inwieweit die Patientinnen die Geltungsansprüche (Wahrheit, Wahrhaftigkeit, Richtigkeit) einer verständlichen Kommunikation beachten, einen dieser Ansprüche anzweifeln oder verletzen und welcher Diskurs als Reparaturmechanismus herangezogen wird. Denn nur, wenn ÄrztInnen und Patientinnen, mit diesen kommunikativen Geltungsansprüchen einverstanden sind, kann eine verständliche Kommunikation gewährleistet werden.

Zusätzlich wurde die vorliegende Untersuchung ausschließlich an Frauen durchgeführt. Allerdings wäre es auch interessant zu erforschen, in welcher Weise die männlichen Brustkrebspatienten die Arzt-Patient-Kommunikation erleben und in weiterer Folge ihr Wohlbefinden oder ihre Behandlungssituation positiv oder negativ beeinflusst werden.

In Bezug auf die oben erwähnten Problematiken kann festgestellt werden, dass diese Herausforderungen trotz einer patientenzentrierten sowie gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation auftreten können und die ÄrztInnen diese bei jeder Patientin individuell berücksichtigen müssen. Mit Hilfe einer gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation können für Patientinnen Vorteile hinsichtlich ihres Wohlbefindens sowie der Behandlungssituation entstehen. Die Vermittlung von Emotionen und Informationen stellen für den Umgang mit der Diagnose Brustkrebs einen wichtigen Anhaltspunkt dar, wobei diese von den Patientinnen auch wahrgenommen werden müssen. Denn dadurch ist den Patientinnen möglich, die Diagnose zu verstehen, zu akzeptieren, eine Verantwortung gegenüber der Erkrankung zu übernehmen, Optimismus zu bewahren sowie ihren Alltag in gewohnter Weise fortzuführen.

Die deskriptiven Erkenntnisse der Untersuchung sowie die aufgrund der Ergebnisse generierten Hypothesen (siehe Kapitel 6.3) können in weiterer Folge als Ausblick und Thema einer wissenschaftlichen, breiter aufgestellten Studie als Basis herangezogen werden. Die vorliegende Arbeit leistet einen wesentlichen Beitrag zur Ergänzung der Forschungslücke hinsichtlich des Phänomens Arzt-Patient-Kommunikation. Zudem leistet die Erhebung eine Unterstützung für die Arzt-Patient-Kommunikation im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens. Denn sowohl die ÄrztInnen als auch die Patientinnen können die Resultate als Orientierungshilfe betrachten und ihre kommunikativen Kompetenzen dadurch erweitern.

9 Literaturverzeichnis

Alten, R./ Schneider M. (2014): Der Patient im Mittelpunkt. Patient-reported outcome. In: Zeitschrift für Rheumatologie, Vol. 73 (8): 696-697.

Andersen, M. R./ Bowen, D. J./ Morea, J./ Stein, K. D./ Baker, F./ Kaplan, R. M. (2009): Involvement in Decision-Making and Breast Cancer Survivor Quality of Life. In: Health Psychology, Vol. 28 (1): 29-37.

Badura, B./ Schellschmidt, H. (1999): Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Herausforderung und Chance für das Arzt-Patienten-Verhältnis. In: Feuerstein, G./ Kulmann, E. (Hrsg.): Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patienten-Verhältnis. Bern: Hans Huber Verlag. 153-162.

Bechmann, S. (2014): Medizinische Kommunikation. Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung. Stuttgart: UTB GmbH, Bern, A. Francke.

Beushausen, J. (2013): Gesundheit und Krankheit in psychosozialen Arbeitsfeldern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.

Brause, M./ Ludwig, A./ Langness, A./ Lierse, M./ Lukas-Nülle, M./ Ryl, L./ Tiesmayer, K./ Hehlmann, T. (2006): Der Einfluss sozialer Faktoren auf das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. 2., überarbeitete Auflage. Bielefeld: Hans-Böckler-Stiftung, Universität Bielefeld.

Competence Center Integrierte Versorgung (2012): Diagnose Brustkrebs. Eine Analyse der Versorgungssituation in Österreich. Wien: Competence Center Integrierte Versorgung, WGKK.

Deutsche Krebshilfe (2003): FORMaCa Brustkrebs-Basisstudie. Bericht zur Befragung bei Krebspatientinnen. Bonn: Stiftung Deutsche Krebshilfe.

Eicher, M./ Marquard, S. (2008): Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Ernst, J./ Krauß, O./ Schwarz, R. (2006): Die Einbeziehung von Tumorpatienten in medizinische Entscheidungsprozesse. Empirische Ergebnisse zum „shared decision making“. In: Der Onkologe, Vol. 12 (1): 48-54.

Faller, H./ Lang, H. (2006): Medizinische Psychologie und Soziologie. 2., vollständig neu bearbeitete Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Faller, H. (2012): Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Vol. 55 (9): 1106-1112.

Fallowfield, L. (2001): Participation of patients in decisions about treatment for cancer. In: BMJ, Vol. 323 (7322): 1144.

Farin, E./ Nagl, M. (2013): The patient-physician relationship in patients with breast cancer. Influence on changes in quality of life after rehabilitation. In: Quality of Life Research, Vol. 22 (2): 283-294.

Festinger, L. (1957): A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford, California: University Press.

Fischer, A./ Sibbel, R. (2011): Der Patient als Kunde und Konsument. Wie viel Patientensouveränität ist möglich? Wiesbaden: Gabler Verlag/ Springer Fachmedien Verlag.

Gellner, W./ Schmöller, M. (Hrsg.): Neue Patienten - Neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Geue, K./ Richter, D./ Leuteritz, K./ Schröder, C./ Tavlaridou, I./ Beutel, M. E./ Brähler, E./ Stöbel-Richter, Y. (2011): Familienplanung junger onkologischer Patienten. Rolle im ärztlichen Gespräch. In: Psychotherapeut, Vol. 56 (5): 371-378.

Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Erster Band. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Hehlmann, T. (2006): Zur Qualität der Arzt-Patientinnen-Kommunikation bei Brustkrebs unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Status. Welchen Einfluss haben Schichtgradient und gelungene Kommunikation auf den Prozess der Krankheitsbewältigung? In: Brause, M./ Ludwig, A./ Langness, A./ Lierse, M./ Lukas-Nülle, M./ Ryl, L./ Tiesmayer, K./ Hehlmann, T. (Hrsg.): Der Einfluss sozialer Faktoren auf das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. 2., überarbeitete Auflage. Bielefeld: Hans-Böckler-Stiftung, Universität Bielefeld.

Hillebrand, J. (2008): Das Arztbild im Wandel. In: Gellner, W./ Schmöller, M. (Hrsg.): Neue Patienten - Neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 61-97.

Horch, K./ Hölling, G./ Klärs, G./ Maschewsky-Schneider, U./ Sängler, S./ Schellschmidt, H./ Dierks, M.-L. (2009): Ansätze zur Evaluation des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Vol. 52 (10): 889-896.

Keller, M. (2013): Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie. In: Imago Hominis, Vol. 20 (4): 267-276.

Kerr, J./ Engel, J./ Schlesinger-Raab, A./ Sauer, H./ Holze, D. (2003): Communication, quality of life and age. Results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. In: Annals of Oncology, Vol. 14 (3): 421-427.

Koch-Gromus, U./ Kreß, H. (2012): Arzt-Patienten-Verhältnis. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Vol. 55 (9): 1081-1084.

Kreddig, N./ Karimi, Z. (2013): Psychologie für Pflege- und Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag.

Kruse, J./ Grinschgl, A./ Wöller, W./ Söllner, W./ Keller, M. (2003): Psychosoziale Interventionen bei Patientinnen mit Brustkrebs. In: Psychotherapeut, Vol. 48 (2): 93-99.

Lange, A. (2007): Arzt-Patient-Beziehung. Gelungene Kommunikation fängt mit gutem Zuhören an. Warum der liebe Gott uns zwei Ohren, aber nur einen Mund gegeben hat. In: Deutsches Ärzteblatt, Vol. 104 (40): 107.

Little, P./ Everitt, H./ Williamson, I./ Warner, G./ Moore, M./ Gould, C./ Ferrier, K./ Payne, S. (2001): Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. In: BMJ, Vol. 323 (7318): 908-911.

Möhring, W./ Schlütz, D. (2010): Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft. Eine praxisorientierte Einführung. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Neumann, M./ Bensing, J./ Mercer, S./ Ernstmann, N./ Ommen, O./ Pfaff, H. (2009): Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of cliniclempathy. A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. In: Patient Education and Counseling, Vol. 74 (3): 339-346.

Nittel, D./ Seltrecht, A. (2013): Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Österreichische Krebshilfe Wien (2012): 100 Antworten auf Ihre Fragen zum Thema Brustkrebs. Wien: Österreichische Krebshilfe.

Parsons, T. (1951): Illness and the role of the physician: a sociological perspective. In: American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 21 (3): 452-460.

Parsons, T. (1975): The sick role and the role of the physician reconsidered. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, Vol. 53 (3): 257-278.

Pohl, G./ Seemann, H./ Zojer, N./ Ochsner, C./ Luhan, C./ Schemper, M./ Ludwig, H. (2007): "Laying on of hands" improves well-being in patients with advanced cancer. In: Supportive Care in Cancer, Vol.15 (2): 143-151.

Prill, M.-A. (2006): Balanced-Scorecard-Gestaltung für Krankenhäuser. Melsungen: Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH.

Raab, G./ Unger, A./ Unger, F. (2016): Marktpsychologie. Grundlagen und Anwendung. 4., vollständig überarbeitet Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag.

Roberts, C. S./ Cox, C. E./ Reintgen, D. S./ Baile, W. F./ Gibertini, M. (1994): Influence of physician communication on newly diagnosed breast cancer patients' psychologic adjustment and decision-making. In: Cancer. Diagnosis, Treatment and Research, Vol. 74 (S1): 336-341.

Sator, M./ Gstettner, A./ Hladschik-Kermer, B. (2008): "Seitdem mir der Arzt gesagt hat 'Tumor' - Das war's." Arzt-Patient-Kommunikation an der onkologischen Ambulanz. Eine sprachwissenschaftliche Pilotstudie zu Problemen der Verständigung. In: Wiener klinische Wochenschrift, Vol. 120 (5): 158-170.

Schelling, P./ Erlinger, R. (2003): Die Aufklärung über Behandlungsalternativen. In: Medizinrecht, Vol. 21 (6): 331-334.

Schütz, F./ Sohn, C. (2018): Erste Hilfe bei Brustkrebs. Universitätsfrauenklinik Heidelberg. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Seel, L. (2009): Kommunikation in der Praxis. Das Arzt-Patient- und Patient-Arzt-Gespräch. In: Blickpunkt DER MANN, 7 (Sonderheft 1): 28-29.

Shapiro, D. E./ Boggs, S. R./ Melamed, B. G./ Graham-Pole, J. (1992): The effect of varied physician affect on recall, anxiety, and perceptions in women at risk for breast cancer: An analogue study. In: Health Psychology, Vol. 11 (1): 61-66.

Sibbel, R. (2011): Rahmenbedingungen für mehr Patientensouveränität – das Arzt-Patienten-Verhältnis als Ausgangspunkt. In: Fischer, A./ Sibbel, R. (Hrsg.): Der Patient als Kunde und Konsument. Wie viel Patientensouveränität ist möglich? Wiesbaden: Gabler Verlag/ Springer Fachmedien Verlag. 187-209.

Söllner, W./ Devries, A. / Steixner, E. / Lukas, P./ Sprinzi, G./ Rumpold, G./ Maislinger, S. (2001): How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? In: British Journal of Cancer, Vol. 84 (2): 179-185.

Stewart, M. A. (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes. A review. In: Canadian Medical Association Journal, Vol. 152 (9): 1423-1433.

Watzlawick, P./ Beavin, J. H./ Jackson, D. D. (1972): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 3., unveränderte Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Weltgesundheitsorganisation (2002): Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Genf: WHO.

Winkler, E./ Schildmann, J. (2015): Entscheidungsfindung bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung. In: Der Onkologe, Vol. 21(7): 630-636.

Würstlein, R./ Farr, A./ Burgmann, D. M./ Van Meegen, F./ Heiduschka, A./ Hermelink, K./ Harbeck, N. (2014): Die junge Mammakarzinom-Patientin. Relevantes für die Praxis (Teil 1). In: Frauenarzt, Vol. 55 (6): 550-558.

Würstlein, R./ Farr, A./ Burgmann, D. M./ Van Meegen, F./ Heiduschka, A./ Hermelink, K./ Harbeck, N. (2014): Die junge Mammakarzinom-Patientin. Relevantes für die Praxis (Teil 2). In: Frauenarzt, Vol. 55 (7): 666-672.

Zandbelt, L. C./ Smets, E. M. A./ Oort, F. J./ Godfried, M. H./ De Haes, H. C. J. M. (2007): Patient participation in the medical specialist encounter. Does physicians' patient-centred communication matter? In: Patient Education and Counseling, Vol. 65 (3): 396-406.

10 Internetquellen

Ärztekammer Nordrhein: Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. 2015. In: <https://www.aekno.de/downloads/aekno/leitfaden-kommunikation-2015.pdf> (21.05.2018)

Brustgesundheitszentrum St. Josef Krankenhaus Wien: Folder Brustgesundheitszentrum. 2017. In: https://www.sjk-wien.at/fileadmin/user_upload/sjk_wien/BGZ_2017_A5_FINAL_WEB.pdf (29.03.2019)

Egger, Josef W.: Arzt-Patienten-Kommunikation - Das Ärztliche Gespräch. 16.05.2014. In: https://www.researchgate.net/publication/242694726_Arzt-Patienten-Kommunikation_-_Das_Arztliche_Gesprach (15.05.2018)

Krebshilfe Wien: Arzt-PatientInnen Kommunikation. 2007. In: <https://www.krebshilfe-wien.at/psychoonkologie/arzt-patientinnen-kommunikation/> (21.05.2018)

RIS – Rechtsinformationssystem des Bundes: Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015, Fassung vom 03.02.2019. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009186> (03.02.2019)

St. Josef Krankenhaus Wien: Unsere Geschichte. 2019. In: <https://www.sjk-wien.at/ueber-uns/unsere-geschichte/> (25.03.2019)

Statistik Austria. 23.03.2018. In: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html (08.07.2018)

Tumorregister München. 04.01.2018. In: https://www.tumorregister-muenchen.de/facts/surv/sC50f_G-ICD-10-C50-Mammakarzinom-Frauen-Survival.pdf (10.07.2018)

WGKK – Wiener Gebietskrankenkasse: Früh erkennen. Österreichisches Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. 2018. In: <https://www.frueh-erkennen.at/ueber-frueh-erkennen> (24.03.2019)

WHO - Weltgesundheitsorganisation: Gesundheit 2020 und die Bedeutung der Messung von Wohlbefinden: Faktenblatt 09.2012. In: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/185310/Health-2020-and-the-case-Fact-Sheet-Ger-final.pdf?ua=1 (16.05.2018)

WHO - Weltgesundheitsorganisation: Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Stand am 8. Mai 2014. In: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> (22.03.2019)

WHO - Weltgesundheitsorganisation: Breast cancer. 2019. In:
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2012/2/early-detection-of-common-cancers/breast-cancer>
(24.03.2019)

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alter weiblicher Brustkrebspatientinnen in %	75
Abbildung 2: Wohlbefinden der Patientinnen – Angst in %	78
Abbildung 3: Kreuztabelle „Alter weiblicher Brustkrebspatientinnen*Intensität Arzt- Patient-Kommunikation“	97

12 Anhänge

12.1 Informationsschreiben



12.2 Fragebogen



Sehr geehrte Teilnehmerin,

vielen Dank, dass Sie sich für die Teilnahme an der Befragung entschieden haben. Das Ziel dieser Befragung ist es herauszufinden, welche Relevanz die Arzt-Patient-Kommunikation im Rahmen der Befundbesprechung bei der Diagnosestellung Brustkrebs hat. Dazu werden Ihnen Fragen hinsichtlich Ihrer Brustkrebsdiagnose, Erstdiagnose-Gespräch sowie demographischen Daten gestellt.

Falls Ihr Erstdiagnose-Gespräch zu der Diagnose Brustkrebs länger zurückliegt, möchte ich Sie darum bitten, sich so gut wie möglich an das Gespräch zurückzuerinnern und zu versuchen, diesen Fragebogen von diesem Blickwinkel aus zu betrachten und zu beantworten.

Die Beantwortung des Fragebogens wird ca. 15 Minuten in Anspruch nehmen. Selbstverständlich sind Ihre Daten anonym, somit ist ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich. Bitte füllen Sie den Fragebogen aufmerksam und vollständig aus. Ebenso soll darauf hingewiesen werden, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt.

Angaben zu der Diagnose Brustkrebs

1. Fand Ihr Erstdiagnose-Gespräch bezüglich der Diagnose Brustkrebs im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens statt?	Ja	Nein *
	☐	☐

* Wenn Sie die erste Frage mit „Nein“ beantwortet haben, möchte ich Sie darauf hinweisen, dass Ihre Teilnahme an der Befragung abgeschlossen ist.

2. Wurden Sie im Rahmen Ihres Erstdiagnose-Gesprächs bezüglich der Diagnose Brustkrebs von den OperateurlInnen des Brustgesundheitszentrums aufgeklärt?	Ja	Nein *
	☐	☐

* Wenn Sie die zweite Frage mit „Nein“ beantwortet haben, möchte ich Sie darauf hinweisen, dass Ihre Teilnahme an der Befragung abgeschlossen ist.

3. In welchem Jahr fand Ihr Erstdiagnose-Gespräch bezüglich der Diagnose Brustkrebs im Brustgesundheitszentrum des St. Josef Krankenhaus Wiens statt?	
2018	☐
2019	☐
Anderes Jahr *	☐

* Wenn Sie die dritte Frage mit „Anderes Jahr“ beantwortet haben, möchte ich Sie darauf hinweisen, dass Ihre Teilnahme an der Befragung abgeschlossen ist.

Angaben zu dem Erstdiagnose-Gespräch

4. Wie haben Sie während Ihrem Erstdiagnose-Gespräch die Kommunikation zwischen Ihnen und den aufklärenden ÄrztInnen empfunden? (Bitte kreuzen Sie für jede Aufzählung den entsprechenden Wert auf der Skala an)									
	sehr stark	stark	ein bisschen	teilweise	eher weniger	wenig	überhaupt nicht	kann mich nicht erinnern, weil geschockt	kann mich nicht erinnern, weil zu lange her
Informativ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Deutliche Aussprache	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nennung von medizinischen Fachausdrücken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Erklärung von medizinischen Fachausdrücken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verständlich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einfühlsam	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vertrauensvoll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Respektvoll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fürsorglich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rücksichtsvoll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Emotional	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Welche der folgenden Reaktionen wurden während Ihres Erstdiagnose-Gesprächs durch die Kommunikation zwischen Ihnen und den aufklärenden ÄrztInnen ausgelöst? (Bitte kreuzen Sie für jede Aufzählung den entsprechenden Wert auf der Skala an)									
	sehr stark	stark	ein bisschen	teilweise	eher weniger	wenig	überhaupt nicht	kann mich nicht erinnern, weil geschockt	kann mich nicht erinnern, weil zu lange her
Sicherheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Entspannung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Innere Ruhe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aktive Teilnahme am Gespräch	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Angst	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Wie würden Sie die Gesprächsführung zwischen Ihnen und den aufklärenden ÄrztInnen während Ihres Erstdiagnose-Gesprächs beschreiben?
(Bitte kreuzen Sie für jede Aufzählung den entsprechenden Wert auf der Skala an)

	sehr stark	stark	ein bisschen	teilweise	eher weniger	wenig	überhaupt nicht	kann mich nicht erinnern, weil geschockt	kann mich nicht erinnern, weil zu lange her
Gemeinsame Entscheidungsfindung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gleichberechtigung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Handelnd	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zielführend	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aktives Zuhören	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zuwendung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gesprächsoffen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fürsorglich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vertrauensvoll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Respektvoll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einfühlsam	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Partizipativ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Was wurde während Ihres Erstdiagnose-Gesprächs von den aufklärenden ÄrztInnen an Sie vermittelt?
(Bitte kreuzen Sie für jede Aufzählung den entsprechenden Wert auf der Skala an)

	sehr stark	stark	ein bisschen	teilweise	eher weniger	wenig	überhaupt nicht	kann mich nicht erinnern, weil geschockt	kann mich nicht erinnern, weil zu lange her
Äußerung von Emotionen (z.B. freundliche Begrüßung)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Benennung von Emotionen (z.B. „es tut mir leid Ihnen mitteilen zu müssen, dass ...“)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hinterfragen von Emotionen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ausdruck von Verständnis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	sehr stark	stark	ein bisschen	teilweise	eher weniger	wenig	überhaupt nicht	kann mich nicht erinnern, weil geschockt	kann mich nicht erinnern, weil zu lange her
Ausdruck von Anerkennung (z.B. Wertschätzung Ihrer Person)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Angebot von Unterstützung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Über welche der folgenden Aspekte wurden Sie von den aufklärenden ÄrztInnen während Ihres Erstdiagnose-Gesprächs informiert?
(Bitte kreuzen Sie für jede Aufzählung den entsprechenden Wert auf der Skala an)

	sehr stark	stark	ein bisschen	teilweise	eher weniger	wenig	überhaupt nicht	kann mich nicht erinnern, weil geschockt	kann mich nicht erinnern, weil zu lange her
Aufklärung über Diagnose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aufklärung über Therapiemöglichkeiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aufklärung über Behandlungsziel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aufklärung über Behandlungsablauf	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aufklärung über Risiken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information über Behandlungsteam	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information über Behandlungsräumlichkeiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Wie würden Sie nach Ihrem Erstdiagnose-Gespräch Ihre Situation mit der Diagnose Brustkrebs beschreiben? (Bitte kreuzen Sie für jede Aufzählung den entsprechenden Wert auf der Skala an)							
	sehr stark	stark	ein bisschen	teilweise	eher weniger	wenig	überhaupt nicht
Verstehen der Diagnose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Akzeptanz der Diagnose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verantwortung gegenüber der Diagnose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beeinträchtigung der eigenen Handlungsfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annahme von sozialer Unterstützung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vorhandensein von Optimismus / Zuversicht	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bewahrung der Normalität (z.B. im Alltag)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Welche der folgenden Eigenschaften haben Sie während Ihres Erstdiagnose-Gesprächs von den aufklärenden ÄrztInnen wahrgenommen? (Bitte kreuzen Sie für jede Aufzählung den entsprechenden Wert auf der Skala an)							
	sehr stark	stark	ein bisschen	teilweise	eher weniger	wenig	überhaupt nicht
Vertrauen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Offenheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sicherheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kontrolle über Situation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Reduktion von Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Reduktion von Hilflosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Reduktion von Unsicherheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Welche der folgenden Aspekte konnten Sie nach Ihrem Erstdiagnose-Gespräch besser nachvollziehen bzw. verstehen? (Bitte kreuzen Sie für jede Aufzählung den entsprechenden Wert auf der Skala an)							
	sehr stark	stark	ein bisschen	teilweise	eher weniger	wenig	überhaupt nicht
Verstehen der Diagnose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verstehen der Therapiemöglichkeiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verstehen des Behandlungsziels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verstehen des Behandlungsablaufs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verstehen der Risiken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kenntnis über Behandlungsteam	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kenntnis über Behandlungsräumlichkeiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. Wie würden Sie Ihre Behandlungssituation insgesamt beurteilen? (Bitte kreuzen Sie für jede Aufzählung den entsprechenden Wert auf der Skala an)							
	sehr stark	stark	ein bisschen	teilweise	eher weniger	wenig	überhaupt nicht
Angenehme Atmosphäre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kooperation mit ÄrztInnen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einigung über Behandlungsziele mit ÄrztInnen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Berücksichtigung von Bedürfnissen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einhaltung ethischer Grenzen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

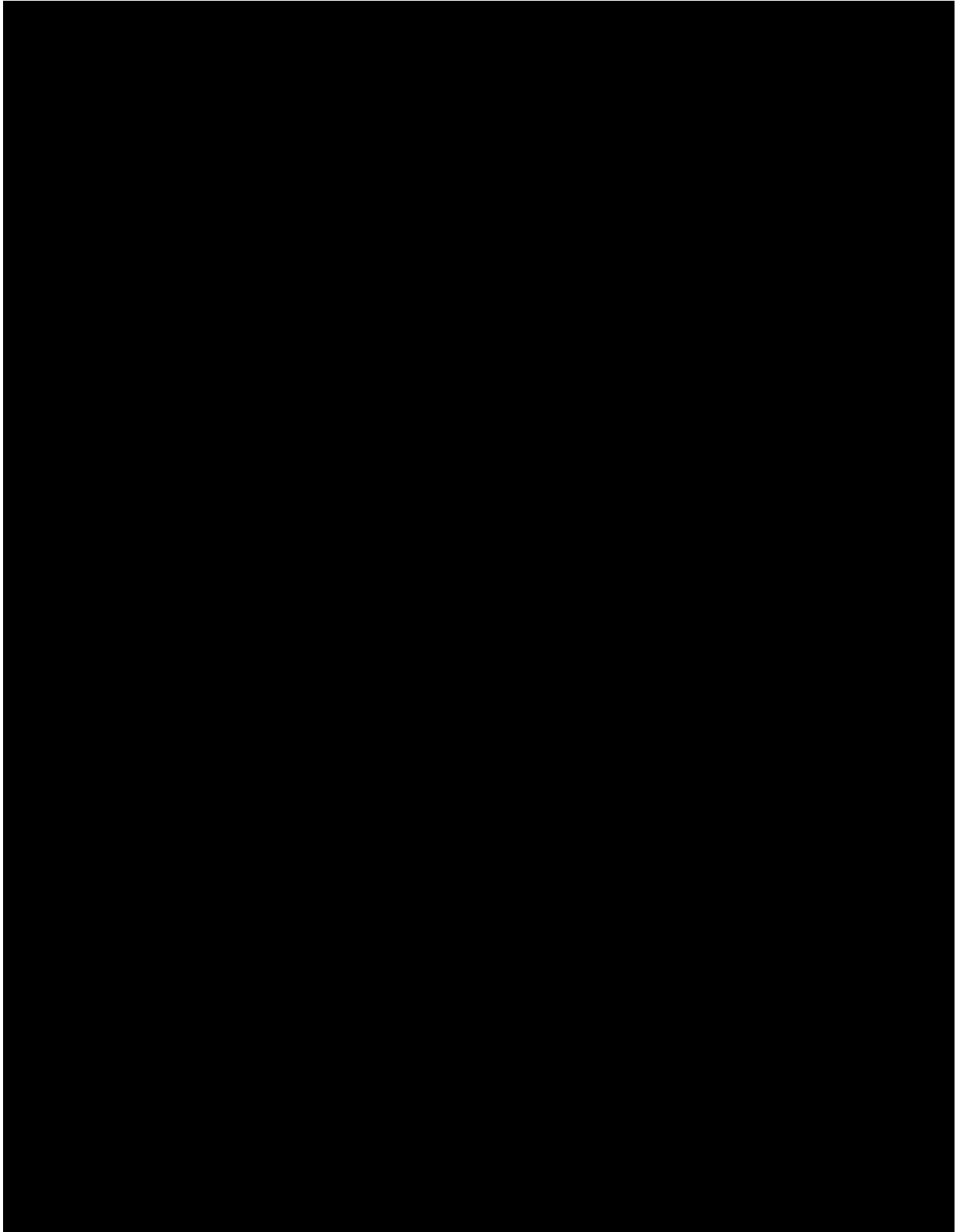
13. Welche der folgenden Eigenschaften würden Sie sich von den aufklärenden ÄrztInnen während Ihres Erstdiagnose-Gesprächs wünschen? Bitte beurteilen Sie diese Frage unabhängig vom tatsächlichen Verlauf Ihres Erstdiagnose-Gesprächs. (Bitte kreuzen Sie für jede Aufzählung den entsprechenden Wert auf der Skala an)

	sehr stark	stark	ein bisschen	teilweise	eher weniger	wenig	überhaupt nicht
Akzeptanz	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aufmerksamkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Augenkontakt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Körperkontakt (z.B. Hände schütteln)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ausreichend Zeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Angenehme Atmosphäre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verständnis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Authentizität	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Interesse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Offenheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wahrheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Demografische Daten

14. Ihr Geschlecht?	Weiblich	Männlich
	☐	☐

15. Wie alt sind Sie?	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



13 Abstracts

13.1 Abstract (Deutsch)

Die vorliegende Masterarbeit analysiert die Relevanz der Arzt-Patient-Kommunikation im Rahmen der Befundbesprechung nach der Diagnosestellung Brustkrebs am Beispiel des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhauses Wien. Konkret soll festgestellt werden, welche Auswirkungen und Vorteile die Arzt-Patient-Kommunikation auf das Wohlbefinden und die Behandlungssituation der Patientinnen hat und inwiefern die ÄrztInnen Emotionen und Informationen innerhalb der Patientenaufklärung an die Brustkrebspatientinnen vermitteln, sowie ob diese von den Betroffenen tatsächlich wahrgenommen werden. Zudem ist es wichtig herauszufinden, ob ein Unterschied innerhalb der Patientenaufklärung zwischen jüngeren und älteren Brustkrebspatientinnen besteht.

Nach Erläuterung der Forschungsthematik folgt der theoretische Teil, der auf diverse Themengebiete genauer eingeht. Es handelt sich hierbei um Themenbereiche, welche für das Erkenntnisinteresse sowie für das Fach der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft von Bedeutung sind. Diese beschäftigen sich mit dem Gesundheitsbegriff, den Arzt- und Patientenrollen, der Diagnose und Behandlung von Brustkrebs, der Arzt-Patient-Kommunikation sowie mit der Geschichte der Institution. Zudem wird auf die Modelle der Arzt-Patient-Interaktion und auf kommunikationstheoretische Modelle, wie die Theorie der kognitiven Dissonanz und die Verständigung nach der Theorie des kommunikativen Handelns eingegangen. Anschließend wird der aktuelle Forschungsstand erläutert, mit welchem die Forschungsfragen definiert wurden.

Im Rahmen der Untersuchung wurde die quantitative Befragung in Form eines standardisierten Fragebogens als empirische Methode ausgewählt. An der Befragung nahmen 70 Patientinnen ($n=70$) des Brustgesundheitszentrums im St. Josef Krankenhauses Wien teil, wodurch die Ergebnisse deskriptiv ausgewertet wurden und die Beantwortung der Forschungsfragen möglich war. Die Ergebnisse der Untersuchung legen nahe, dass die aufklärenden ÄrztInnen auf eine patientenzentrierte und gelungene Arzt-Patient-Kommunikation achten und dadurch das Wohlbefinden sowie die Behandlungssituation der Patientinnen beeinflussen. Ebenso kann festgestellt werden, dass die ÄrztInnen den Betroffenen Emotionen und Informationen vermitteln und diese auch dementsprechend von den Patientinnen wahrgenommen werden. Dadurch wird den Patientinnen ein besserer Umgang mit der Diagnose Brustkrebs gewährleistet. Anhand der Befragung kann außerdem behauptet werden, dass sich die Patientinnen, unabhängig ihres Alters, ein intensives Erstdiagnose-Gespräch wünschen.

13.2 Abstract (english)

This master's thesis analyzes the relevance of the doctor-patient-communication during the first conversation after the diagnosis of breast cancer. The empirical analysis is using the example of the Breast Health Center at the St. Josef Hospital in Vienna. Specifically, it should be determined which effects and advantages the doctor-patient-communication has on the well-being and the treatment situation of the patients. In addition, it will be examined if the physicians communicate emotions and information to the patients and whether they are also perceived by the affected persons. It is also important to find out if there is a difference in diagnosis conversation between younger and older breast cancer patients.

After an explanation of the research topic the theoretical part follows, which deals with various topics in more detail. This concerns main topics which are of importance for the scientific work and the subject of journalism and communication science. And includes the concept of health, the roles of doctors and patients, the diagnosis and treatment of breast cancer, doctor-patient-communication and the history of the institution. In addition, the doctor-patient-interaction models and the communication theory models, such as the theory of cognitive dissonance and the understanding of the theory of communicative action are discussed. Subsequently, the current state of research with which the research questions were defined will be explained.

As an empirical method, the quantitative survey was selected. 70 patients (n=70) of the Breast Health Center in the St. Josef Hospital in Vienna answered the standardized questionnaire. Afterwards, the results were evaluated descriptively and the research questions were answered. The results of the study suggest that the doctors pay attention to a patient-centered and successful doctor-patient-communication and thereby influence the well-being and the treatment situation of the patients. It can also be stated that the doctors convey emotions and information to the affected patients and these are also perceived by the patients accordingly. This will help patients to better manage the diagnosis of breast cancer. The interviewed patients also wish, regardless of their age, an intensive initial diagnosis interview.