

In der palliativen Situation, in der grundsätzlich das Erreichen einer Remission und eine Besserung der Lebensqualität von entscheidendem Interesse ist, wird ohnehin, schon zur Vermeidung/Behandlung des Fatigue-Syndroms auf einen ausreichenden Hämoglobinspiegel geachtet.

Welcher Pathomechanismus diesem G-CSF-Effekt zugrunde liegt, ist noch nicht eindeutig geklärt. Angenommen wird, dass Granulopoese und Erythropoese bei der Entwicklung aus der pluripotenten in die determinierte Stammzelle mit einander konkurrieren, und Wachstumsfaktoren eine Zelllinie zu Lasten der anderen begünstigen. Hierfür sprechen die von P. Papaldo et al. vorgetragenen Daten. Nicht ausgeschlossen ist aber eine, erst später, in der sich differenzierenden Erythropoese, einsetzende Hemmung.

Fazit

„Grundlinie für den Kliniker“ – so wird in einem Editorial resümiert [5] – ist der Rat, Wachstumsfaktoren, speziell G-CSF, mit Bedacht einzusetzen und mögliche Folgen, frühzeitig zu bedenken. ■

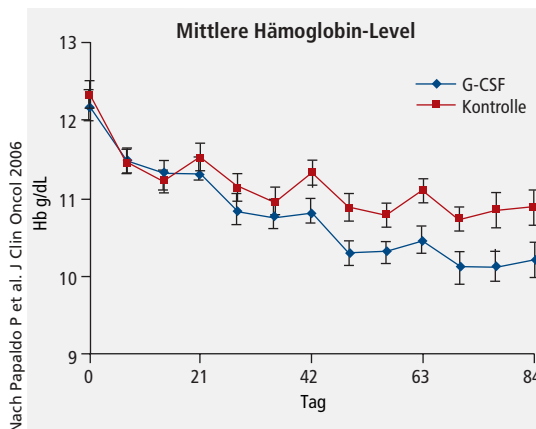


Abbildung. Mittlere Hämoglobin-Level (Balken: KI 95%) für den G-CSF-Arm (n = 246) verglichen mit dem Kontrollarm (n = 240) während der vier Zyklen Epirubicin und Cyclophosphamid.

Literatur

1. Park K et al. Osaka City Med J 1991; 37:123–32.
2. Miles SA et al. Blood 1990;75:2137–42.
3. Kojima S et al. Blood 1991;77:937–41.
4. Fukutani H et al. Gan To Kagaku Ryoho 1989;16:2005–12.
5. Dang C et al. J Clin Oncol 2006;24:2985–6.

Umgang mit Krebspatienten und ihren Angehörigen

Ist offene Kommunikation wirklich üblich?

Fragestellung

Die Italian Survey of Dying Of Cancer (ISDOC) ist eine italienische Untersuchung, in der vier bis sechs Monate nach dem Tod von Krebspatienten Informationen von denjenigen Personen erhoben wurden, die sich primär um die Versorgung gekümmert hatten. Im Einzelnen sollte geklärt werden:

1. Der Anteil von an Krebs verstorbenen Patienten, der klar über seine Krankheitssituation informiert worden war, oder trotz fehlender Aufklärung über Art und Prognose seiner Erkrankung Bescheid wusste.
2. Umstände der Aufklärung, insbesondere wann und durch wen.
3. Eine evtl. Assoziation von Patienten-, Krankheits- oder Helfermerkmalen mit der Aufklärung.

Hintergrund

Die Mehrheit der Krebskranken wünscht sich detaillierte Informationen über ihre Krankheit. Unklar ist, inwieweit diesem Wunsch in der Praxis tatsächlich entsprochen wird.

Material und Methodik

Um verlässliche Informationen zu den rund 190 000 jährlichen Todesfällen an Krebs in Italien zu erhalten wurden repräsentativ nach vier Regionen stratifiziert 2000 Krebstodesfälle zwischen März und Juni 2003 ausgewählt. Für sie wurde jeweils die engste Bezugsperson („Non-Professional Caregiver“) für ein Interview identifiziert, die über die letzten drei Lebensmonate am besten informiert war. Bei Verstorbenen ohne einen solche Bezugsperson wurde ein entsprechend orientierter professioneller Helfer („Professional Caregiver“) identifiziert. 1271 valide semistrukturierte Interviews zu Art und Umfang der Aufklärung konnten ausgewertet werden.

Ergebnisse

Nach den Berichten der interviewten Bezugs- und Betreuungspersonen (meist Familienangehörige des verstorbenen Krebskranken) waren nur 37% der Krebskranken über ihre Diagnose aufgeklärt worden und nur 13% waren auch über die schlechte Prognose informiert worden. Andererseits

Constantini M, Morasso G, Montella M et al. on behalf of the ISDOC Study Group. Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. Results from an Italian mortality follow-back survey. Ann Oncol 2006; 17:853–9.

wussten 29% der nicht aufgeklärten Patienten über die Natur ihrer Erkrankung Bescheid und 50% hatten auch ihre schlechte Prognose erkannt. Es fanden sich erhebliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Grades und des Umgangs der Aufklärung und des Wissens um Diagnose (6–63%) und Prognose (0–48%). Ältere Krebspatienten waren signifikant seltener über die Diagnose informiert.

Schlussfolgerungen

Die Autoren konstatieren, dass ihre Untersuchung im Vergleich mit der internationalen Literatur zu diesem Thema der letzten 20 Jahre nicht einmal einen Trend in Richtung einer offenen Kommunikation mit Krebskranken erkennen lässt. ■

Schlüsselwörter: Krebspatienten – Angehörige – Arzt-Patient-Kommunikation

Kommunikation nicht am informierten Patienten ausrichten

Kommentar von Herbert Kappauf



**Dr. med.
Herbert Kappauf**
Niedergelassener
Onkologe, Starnberg
E-Mail: onkologie.
starnberg@t-online.de

Verlässliche Information ist eine der entscheidenden Hilfen bei der psychischen Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung. Sie ist quasi die Landkarte, die im unbekanntem Terrain der diagnostizierten Krankheit Orientierung und Re-Orientierung im Sinne einer Krankheitsbewältigung ermöglicht. Dementsprechend wird besonders in der Onkologie ärztliche kommunikative Kompetenz in ihrer Bedeutung zunehmend erkannt und fortbildungsmäßig thematisiert [2, 3].

Der Patientenwunsch ist auch in Deutschland sehr eindeutig: Trotz regionaler Unterschiede wünscht sich die sehr große Mehrheit der Bevölkerung (84%) im Fall einer unheilbaren Krankheit von ihren Ärzten eine wahrheitsgemäße Information und offene Kommunikation [1]. Dem entsprechen auch die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung: „Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgetreu sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und seinen Ängsten Rechnung tragen“ [4].

Auf Deutschland übertragbar

Die wichtige Untersuchung der italienischen Kollegen stimmt sehr nachdenklich: Sie zeigt eindringlich, dass „es unrealistisch ist, zu denken, dass ein beobachteter kultureller Wandel hin zu weniger Paternalismus in der medizinischen Betreuung auch schon eine wirkliche Änderung hinsichtlich der Quantität und Qualität der Information bedeutet, die Patienten übermittelt wird“.

Man darf diese Untersuchung auch nicht mit Verweis auf „besondere italienische Verhältnisse“ als irrelevant für die bundesdeutsche Wirklichkeit abtun. Der Aufklärungswunsch der italienischen Bevölkerung im Fall einer unheilbaren Erkrankung unterscheidet sich keineswegs von der deutschen Situation: Nur 14% wünschten in einer nationalen Repräsentativbefragung keine Aufklärung [5] im Vergleich zu 16% in Deutschland [1]. Und hinsichtlich

juristischer Vorgaben zum Prinzip „Informed Consent“ und ärztlichem Selbstverständnis bei der informationellen Patientenselbstbestimmung sind ebenso wenig gravierende Unterschiede zwischen Italien und Deutschland auszumachen. Somit ist eher anzunehmen, dass auch in Deutschland bei Patienten in palliativen Situationen zumindest in vielen Bereichen eine breite Lücke zwischen der dort realisierten kommunikativen Unterstützung bei der Krankheitsauseinandersetzung und dem Anspruch eines informationellen Selbstbestimmungsrechts klafft.

Die beidseitigen Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Kommunikation sind vielfältig und oft gegeben: unterschiedliches Alter, unterschiedliche soziale Gruppen, unterschiedlicher kultureller Hintergrund mit unterschiedlicher Sprache oder unterschiedlicher Bedeutung von Sprache, und Gruppen mit reduzierter Fähigkeit der verbalen Kommunikation. Hinsichtlich des Umgangs mit Information gibt es in Deutschland in der Medizin – unterschiedlich motiviert – wohl ähnlich viele „Subkulturen“ wie im Methodenspektrum von unkonventioneller Medizin und Schulmedizin.

Fortbildungen, die die ärztliche kommunikative Kompetenz und die dahingehende ärztliche Unterstützung ihrer Patienten in der Krankheitsauseinandersetzung und Krankheitsbewältigung fördern wollen, dürfen sich somit nicht allein an der kleinen Gruppe der Internet surfenden „informierten“ Patienten ausrichten. ■

Literatur

1. Schröder C, Schmutzer G, Brähler E. Psychother Psychol Med 2002;52:236–43.
2. Kappauf H. Kommunikation in der Palliativmedizin und Sterbebegleitung. In: Prof. J. Student (Hrsg). Sterbende begleiten. Das praktische Handbuch zu Sterben, Tod und Trauer. Freiburg i. B. 2004 Herder Verl., S. 47–52.
3. Kappauf H. Onkologie 2004;10:1251–60.
4. Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 2004;101(19).
5. Di Mola G, Crisci MT. Palliative Med 2001;15:372–8.