

5. Ergebnisteil

Im anschließenden Abschnitt wird die spezifische Situation der Patientin in der Diagnosephase dargestellt. Therapieentscheidungen bei neu erkrankten Patientinnen treffen nicht auf eine „Black box“, in der die Patientin unterschiedliche Informationen und deren Vor- und Nachteile abwägt, sondern auf einen Menschen, der sich aufgrund einer Diagnosestellung zunächst mit dieser Nachricht auseinandersetzen muss. Diese auch zeitliche Überschneidung und Verschränkung beeinflusst das Partizipationsverhalten der Beteiligten. Somit ist die Beachtung des jeweiligen Kontextes, in dem SDM vollzogen werden soll, von enormer Bedeutung.

5.1 Die Diagnosephase im Erleben der Betroffenen

Die Diagnosephase ist der Zeitraum, in den die Entscheidungsfindung über die operativen Maßnahmen fällt. Dieses zeitliche Aufeinandertreffen von Diagnosestellung und der Notwendigkeit weitreichender Therapieentscheidungen beeinflusst maßgeblich den Entscheidungsprozess. Das vorliegende Kapitel betrachtet die psychische Situation der betroffenen Frauen. In der Befragung gibt es große Unterschiede zwischen akut erkrankten Patientinnen und chronisch Betroffenen hinsichtlich ihres Partizipationsbedürfnisses an Therapieentscheidungen und deren jeweiliger Ausgestaltung. In der Phase der Diagnosestellung werden verschiedene Faktoren wirksam, die auch SDM betreffen:

- Diagnoseprozess
- Diagnoseschock
- Wahrnehmungsstörung
- Zeitdruck

5.1.1 Diagnoseprozess

Silke Kirschning (2001) untersucht in ihrer soziologischen Studie „Brustkrebs – Der Diagnoseprozess und die laute Sprachlosigkeit der Medizin“ den Diagnoseprozess bei Brustkrebspatientinnen. Zunächst verweist sie darauf, dass die Laienvorstellung bzw. die schulmedizinische Vorstellung – Diagnose induziert Therapie – in der Praxis der Behandlung von Brustkrebspatientinnen in dieser Form nicht zutrifft. Kirschning spricht hinsichtlich der Diagnose von Brustkrebs von einem Aneignungsprozess der betroffenen Frauen (Kirschning, 2001, S.119ff). Diese Aneignung vollzieht sich nicht einmalig, sondern prozesshaft. Ausdruck dieser Prozesshaftigkeit ist neben der aktiven Auseinandersetzung und der Integration der Diagnose in die lebensweltlichen Bezüge der Betroffenen, dass das ärztliche „Diagnose- bzw. Aufklärungsgespräch“ sich nicht auf ein einmaliges Gespräch konzentriert, sondern dass viele aufeinanderfolgende Gespräche von meist unterschiedlichen Fachdisziplinen geführt werden (a.a.O., S.116)

Der Aneignungsprozess wurde in dieser Form auch bei den befragten Betroffenen gefunden. Der Diagnoseprozess gestaltet sich je nach Verlauf von der Entdeckung des Knotens bis zur Operation sehr individuell.

Bei der Erkrankung Brustkrebs wird zunächst von einer Verdachtsdiagnose ausgegangen. Dieser Verdacht wird meist durch eine zweite Befundung verstärkt bzw. zurückgewiesen und wird erst durch eine Stanzbiopsie¹ bzw. den Befund der Operation bestätigt. Diese Zeitspanne vom ersten Verdacht bis zum endgültigen Befund erstreckt sich je nach Verlauf von einer Woche bis hin zu zwei Jahren. Manche Befragte entdeckten den Knoten selbst und ließen diesen Verdacht unmittelbar durch eine Zweitbefundung überprüfen. Wenige Befragte hatten schon länger eine Vermutung, verdrängten aber die Befürchtungen, bis sie den Verdacht abklären ließen. Bei einigen der Interviewten verzögerte sich die Behandlung durch Fehldiagnosen der Ärzte. In anderen Fällen wurde der Knoten bei Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte entdeckt, die die Patientinnen zur Abklärung weiter überwiesen.

In den Beschreibungen der Diagnosephase berichten die Frauen von teilweise großen Umwegen und Hindernissen auf ihrem Weg bis zur operativen Behandlung. Meist wird dies als individuelles Schicksal gedeutet. Erst durch den Austausch mit anderen Betroffenen bzw. durch die Auseinandersetzung mit der Erkrankung wird erkannt, dass diese Umwege eher die Regel als die Ausnahme sind.

In meiner Eingangsfrage fragte ich jede Frau nach ihrer Geschichte vom ersten Verdacht bis zur Operation. Die meisten Schilderungen beschrieben einen Weg mit vielen Hindernissen und Umwegen. Selbst wenn dieser Zeitraum nur eine Woche betrug, war diese Woche für die Befragten angefüllt mit vielen neuen, manchmal erschreckenden Erlebnissen. Die Erzählungen und Beschreibungen waren sehr dicht, und selbst bei Interviewpartnerinnen, deren Krankheit weit zurücklag, wirkten sie sehr präsent. Als Veranschaulichung werden hier zwei Fälle geschildert: Frau Fritz ist Studienpatientin und entschied sich für eine Chemotherapie vor der Operation. Das Interview führte ich mit ihr kurz nach der Strahlentherapie, also ein dreiviertel Jahr nach der Diagnosesicherung.

P.: Ja, ich war bei meinem Frauenarzt zu einer Kontrolluntersuchung und er sagte dann: ‚Ja, schauen wir mal, dass wir für Sie gleich einen Mammographietermin kriegen‘, was ich dann auch innerhalb von einer Stunde hat er da für mich einen besorgt. Ich bin also von ihm gleich zur Mammographie. Sie kamen dann zurück mit dem Ergebnis und sagten, das sieht überhaupt nicht gut aus, ich muss sofort zurück wieder zu meinem Frauenarzt, was ich ebenfalls am gleichen Tag gemacht habe. Ich war hin und her...

[Unterbrechung]

I.: Gut. Und dann...

P.: Und dann bin ich aber gleich, nachdem meine Krankenkarte aber noch nicht da war, die hatte ich zu dem Zeitpunkt einfach nicht, haben sie mich hier im Krankenhaus als Notfall aufgenommen. Hab dann vor dem Büro von der Frau Dr. Feller ungefähr drei Stunden gesessen, dann kam eine Ärztin zu mir und sagte: ‚Wir haben sofort einen Termin für, für den Dr. Schulz.‘ Was normalerweise wohl auch ungewöhnlich war, dass das so schnell ging. Dann kam ich zum Dr. Schulz und der hat dann gleich gesagt: ‚Ich erzähl Ihnen jetzt gleich

1 Gewebeentnahme mit einer Vakuumanlage unter örtlicher Betäubung

den Weg', und somit wusste ich, dass es also positiv war. Hab gleich eine Biopsie gemacht und sagte also mit hundertprozentiger Sicherheit: das ist Krebs.

I.: Haben Sie vorher den Knoten selber getastet?

P.: Ja, den hab ich, aber bei mir ist das eine etwas andere Situation. Wir leben ja in Amerika. Und ich hab diesen Knoten getastet und bin dort zu einem Arzt gegangen, der mir gesagt hat, ich soll mich nicht so anstellen, da ist nichts. Und daraufhin hab ich mir natürlich gedacht: Na ja, vielleicht stell ich mich wirklich so an, weil ich bin erstens alle halbe Jahre seit meinem 24. Lebensjahr in der Kontrolluntersuchung, weil ich ja mit 24 Jahren eine Brustoperation hatte. Vielleicht war ich etwas zu hysterisch und deswegen hab ich das eigentlich vergessen. Und dann bin ich ein halbes Jahr später nach Deutschland und bin aber wieder zu einem Arzt und der hat gesagt eben, er versteht das überhaupt nicht, dass der gesagt hat, da ist nichts, weil die Brustwarze die ging nach innen, der Knoten war spürbar, sehr groß sogar, und er hat das nicht verstanden, dass der das einfach so abgetan hat.

(Frau Fritz, B17, 28-71)

Frau Fritz schildert auf meine Frage nach der Diagnosestellung zunächst den medizinischen Ablauf: die Mammographie, die Notfallaufnahme im Krankenhaus, die Biopsie. Sie befindet sich derzeit seit einem dreiviertel Jahr in medizinischer Behandlung, Worte wie Biopsie sind für sie mittlerweile keine Fremdwörter mehr, sondern gehören zu ihrem Sprachgebrauch. Sie sitzt mir als Patientin gegenüber, denn unser Kontakt beruht aufgrund der Studie. Frau Fritz lebt normalerweise in Amerika. Während eines Deutschlandaufenthaltes lässt sie ihren Verdacht erneut durch eine Mammographie überprüfen, dabei wird dieser bestätigt. Frau Fritz bleibt während der gesamten Behandlungszeit in Deutschland, da sie hier durch ihre negativen Erfahrungen in Amerika mehr Vertrauen in die Behandlung und vor allem eine bessere finanzielle Absicherung besitzt.

Auf die Frage nach der Entdeckung des Knotens meint sie, das wäre bei ihr eine etwas andere Situation gewesen. Diese Aussage kann man in zwei Richtungen deuten. Zum einen teilt die Interviewte die Diagnosephase in zwei Abschnitte: in das eigene Entdecken des Knotens in Amerika und in die medizinische Bestätigung des Verdachts in Deutschland. Zum anderen stellt sie die Diagnosephase bei sich als einen speziellen Fall, eine Ausnahme dar. Die Regel hingegen sähe so aus: Die Frau selbst oder noch typischer der Arzt in der Vorsorge entdeckt den Knoten, dieser wird in einer Zweitbefundung erhärtet, es folgen die Biopsie, die Operation, die weiteren Behandlungen. Diesen Ablauf haben viele Befragte im Kopf und messen ihre eigene Geschichte daran. Dabei stellen sie häufig fest, das es bei ihnen anders verlief, nicht linear. Ähnlich schildert dies Frau Hicker:

Nein, das war also ganz eigenartig, das wird Ihnen so oft nicht unterkommen, wie das bei mir gelaufen ist. Und zwar hat man bei der Mammographie, hat der Radiologe, also ich hab alle zwei Jahre eine Mammographie gemacht, weil ich mir mit meiner Brust ein bisschen unsicher war. Und dann hat der Radiologe einen Drüsenknoten festgestellt und hat aber gesagt: ‚Das ist also jetzt gar nicht eilig, das ist ein Drüsenknoten, den sollten Sie aber mal irgendwann rausnehmen, damit er nicht entartet.‘ Und, ja, habe ich dann auch vor, und dann war aber ein Krankheitsfall in der Familie und hab ich das alles hinten angestellt. Also, meine Schwester hatte einen Gehirntumor, und wir haben das mit der Familie aufgefangen und ich wollt halt einfach da sein, ja, und hab meins zurückgestellt. Und das war dann doch fast ein Jahr, und als sie dann gestorben ist, bin ich zum Frauenarzt und hab gesagt: ‚Also,

ich möchte das jetzt machen.‘ Und der Radiologe hat zu mir gesagt: ‚Gehen Sie damit nicht in ein großes Krankenhaus, das kann jeder machen.‘ Und mein Frauenarzt, der hat gerade, ein Jahr vorher hat der angefangen, der kam aus dem UUK, war da Oberarzt, und da hab ich mir gedacht: Ja, okay, warum nicht. Oder er hat gesagt: ‚Ich kann das machen, wir gehen in die KKL und da machen wir das.‘ Okay. Ja und dann habe ich Probleme gehabt mit dem Herz, dann musste ich erst noch einen Herzkatheter über mich ergehen lassen, weil das EKG nicht so in Ordnung war, und dann bin ich halt der Meinung gewesen, der hat den Drüsenknoten rausoperiert. Und hat auch gesagt: Also, wir machen keine Biopsie – so zwischendurch – wir machen das, Schnitt, zu, und dann lassen wir das in Ruhe untersuchen. Der war genauso optimistisch wie der Radiologe. Also, wir hatten dann vor der Operation schon nochmal Mammographie gemacht. Ja, und ein paar Tage später kriege ich einen Anruf, ich soll kommen, und dann hat der Pathologe festgestellt, dass an diesem Drüsenknoten kleiner Krebs war. (Frau Hicker, B12, 36-77)

Frau Hicker lernte ich bei einem Patiententag in der Klinik kennen. An diesem Ort sprach ich bewusst Frauen an, die sich weder in einer Selbsthilfegruppe engagierten noch sich besonders für Mitbeteiligung interessierten, um auch deren Perspektive zur Entscheidungsfindung innerhalb der Therapie zu erfahren. Da sich Frau Hicker auf einer Informationsveranstaltung der Klinik befand, ist jedoch zu vermuten, dass es trotz Abschluss der Behandlung und dem Zeitraum von 9 Monaten seit der Diagnose weiterhin Informationsbedarf bei ihr gab. Obgleich der Ablauf der Diagnosestellung für sie verwirrend wirkte, fühlte sie sich über die Behandlungen gut aufgeklärt. Ihr weiteres Interesse an Informationen deutet jedoch darauf hin, dass sie sich noch in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung befand.

Ein weiteres Merkmal wird in der Schilderung von Frau Hicker deutlich: die Diagnose, bzw. hier zunächst die Fehldiagnose, trifft nicht auf ein „unbeschriebenes Blatt“, sondern auf die Lebenswelt der Betroffenen. Bei ihr stand die Schwester mit ihrer schweren Erkrankung im Vordergrund. Hinzu kamen weitere eigene Erkrankungen, die für sie vorrangig waren. Der Brustkrebs, der für die meisten Befragten Schock und Lebensbedrohung darstellt, trifft auf eine Lebenswelt, in der dafür zunächst kein Platz ist.

Eine Frau aus den Filmaufnahmen zum Beispiel muss zu Hause ihren Mann pflegen, ihre Brustkrebserkrankung ist für sie „nur“ eine weitere Belastung. Während des Aufklärungsgesprächs ist die Frage, wie sie die häusliche Pflege fortführen soll, innerlich für sie von wesentlicher Bedeutung (Cap12, genauer beschrieben bei Klein, 2006). Ein weiteres Beispiel sind junge Mütter, die kleine Kinder zu versorgen haben (Cap2²).

Die Diagnosephase wird durch solche Auseinandersetzungen gekennzeichnet. Holmberg beschreibt in Bezug auf Kirschning (2001) die Diagnosestellung als eine Zäsur, welche die Gegenwart als therapeutisches Handeln begreift, richtungsweisend für die Zukunft ist und bei den Frauen eine Umschreibung der Vergangenheit initiiert, da die Krankheit schon im Körper, jedoch nicht als Krebs erkannt beziehungsweise benannt war (Holmberg, 2005, S.110). Was bei Kirschning als Aneignungsarbeit der Frauen bezeichnet wird, begreift Holmberg als Interaktion zwischen der Lebenswelt der Frauen und der Biomedizin. Sie beschreibt die Diagnosestellung als eine soziale Interaktion. Die Diagnosestellung ist demnach

2 Cap2 bezeichnet die zweite Filmaufnahme – ein Aufklärungsgespräch zwischen einem Oberarzt und einer Patientin. Diese Aufnahme wurde in der Diplomarbeit von Klein (2006) analysiert.

ein Prozess innerhalb der Institution Krankenhaus, in dem die Frau zur Patientin wird. Die Bilder, die Beschreibungen der Erkrankung und der Sprachgebrauch werden vom medizinisch-wissenschaftlichen Sektor übernommen und in das bisherige Leben integriert. Die eigene Geschichte wird umgeschrieben, und die Brustkrebserkrankung nimmt Einzug als Teil dieser Geschichte.

Die einerseits schemenhaften, aber auch ausdrucksreichen Erzählungen können so meist erst im Rückblick entstehen. In der Diagnosephase selbst dagegen werden Bilder wie die folgenden gebraucht: „das Neben-sich-Stehen“, „das Nicht-sagen-Können“, „das Unbegreifliche“, „eine Kluft“. Diese Ausdrucksweise erinnert an eine dissoziative Störung, wie sie bei traumatischen Erlebnissen auftreten kann.

5.1.2 Diagnoseschock

Trauma und Schock beschreiben psychische Zustände als Reaktion auf äußere Erlebnisse und Verletzungen. Etwas stößt den Betroffenen zu, etwas Unerwartetes und Bedrohliches, das sie aus ihrem Alltag reißt und zunächst nicht zu integrieren ist. Beim Brustkrebs sind es nicht die Symptome der Erkrankung, die die Frau verletzen, sondern es ist die Nachricht von der Erkrankung. Ein Arzt schilderte dies in einem Interview, in dem er sich mit Hiob verglich: Der Krebs ist erst Wirklichkeit, wenn er ausgesprochen wird (Dr. Bollmann, A4, 322).

„Diagnoseschock“ (vgl. Sellschopp, 1990; Schweitzer, 2000) ist eine Laienbezeichnung und bezieht sich auf ein Konstrukt der posttraumatischen Belastungsstörung, die je nach Bewältigungsmöglichkeiten akut oder langfristig auftreten kann. Eine Klassifikation mit Krankheitswert wird von vielen psychosozialen Therapeuten abgelehnt, da sie die Ansicht vertreten, dass der Diagnoseschock in diesem Kontext auch eine „normale“ Reaktion auf eine Lebensbedrohung darstellt. Trotzdem ist die akute Belastungsstörung aufgrund der Diagnose Brustkrebs eine der häufigsten Begründungen für eine psychoonkologische Betreuung.

Für Holmberg ist der Diagnoseschock und das Trauma dadurch gekennzeichnet, dass „[...] im Diagnoseprozess einer Krebserkrankung sich Momente der subjektiven Erfahrung entziehen. Dies steht im Einklang mit Arbeiten zum ‚Trauma‘, die Traumata als Ereignisse bezeichnen, die sich der Erinnerung versperren. Subjektive Erfahrung und Erinnerung braucht einen Objektivierungsprozess des zu verarbeitenden Ereignisses. Für viele Frauen ist ein solcher Prozess für bestimmte Momente nicht möglich.“ (Holmberg, 2005, S.211).

Dass die Diagnose diese Schockerlebnisse auslösen kann, erklärt sich die Autorin in ihrer ethnographischen Studie zu Brustkrebs nur im Zusammenhang damit, dass Brustkrebs für die Betroffenen mit Sterben und Tod assoziiert wird. Indem man mit Sterben und Tod konfrontiert wird, bricht die „Normalität“ des Lebens in sich zusammen. Alles, was man bis dahin gelebt hat, wird in Frage gestellt, die Endlichkeit des Lebens wird offenbar. Alles wird neu bewertet, erscheint in einer anderen Perspektive, was als wichtig galt, wird aus dieser Sichtweise irrelevant. Der Tod bei einer Krebserkrankung wird dabei als schrecklicher Tod assoziiert, mit einem leidvollen und schmerzhaften Dahinsiechen. Die Vorstellungen zum Krebstod unterscheiden sich von einem „natürlichen“ Tod – was auch immer das darstellen soll – in der Hinsicht, dass der Tod verfrüht kommt und leidvoll ist.

Eine Beobachtung, die ich während meiner Tätigkeit in einer Rehabilitationsklinik machte, beschreibt diesen Unterschied. In dieser Rehabilitationsklinik wurden sowohl Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen, hier meist Patienten nach einem Herzinfarkt, als auch Krebspatienten versorgt. Die Auseinandersetzung mit ihren lebensbedrohlichen Erkrankungen wurde von beiden Patientengruppen sehr unterschiedlich geschildert. In den jeweiligen Krankheitsverarbeitungsgruppen („Leben mit Herz“ für die Herzerkrankten bzw. Patientenseminar bei Krebserkrankten) berichteten die Herzpatienten von ihrem Herzinfarkt als Drama. Die Geschichte bahnte sich an, der Höhepunkt war der Herzinfarkt, der zum Glück durch eine längere Operation wieder „repariert“ werden konnte. Häufig wurde die Metapher vom Auto in der Werkstatt zur Beschreibung verwendet, ein mechanisches Bild von der Erkrankung wurde vermittelt. Die Notfallsituation spiegelte sich durch schnelles, stakkatoartiges Erzählen wider. Der Patient war trotz Einsatz von Hochleistungsmedizin (Herz-Lungen-Maschine) der Hauptdarsteller seiner Erlebnisse. Bei Krebspatienten hingegen wurde meist eine Geschichte erzählt, die mit Ungewissheiten, Hindernissen und Rückschlägen verbunden ist. Sie besitzt weder einen klaren Anfang noch ein deutliches Ende.

Obwohl Herzpatienten statistisch gesehen eine höhere Sterbenswahrscheinlichkeit besitzen als Krebspatienten,³ wird hier wahrscheinlich der Herztod als der bessere, einfachere oder auch natürlichere Tod angesehen. Noch deutlicher wurde dies in der Erzählung einer Brustkrebspatientin in dieser Klinik. Sie teilte sich das Zimmer mit einer Herzpatientin, welche ihr immer wieder von den Ereignissen ihres Herzinfarktes erzählte, und wie schlimm dieses Erlebnis für sie war. In der letzten Woche des Aufenthaltes fragte die Herzpatientin zurück, was denn sie hätte, und die Patientin erklärte: Brustkrebs. Daraufhin äußerte die Herzpatientin: „Ach Gott, wie schlimm, das möchte ich ja nie im Leben haben.“ Für die Brustkrebspatientin war dieser Kommentar ein Schlag, der für sie schwer zu verarbeiten war. Diese Erfahrungen waren mit ein Grund, keine gemeinsame Gruppe von Herz- und Krebspatienten anzubieten.

Fast alle Betroffenen berichten in ihrer Diagnosephase von einem Schock- oder Traumaerfahrungen bei der Mitteilung der Diagnose oder eines Verdachts. Für die meisten kam die Brustkrebserkrankung „aus heiterem Himmel“, „es war ein Schlag mit einem nassen Handtuch ins Gesicht“ oder „es lief ab wie in einem Film, das bin nicht ich...“.

Ich kriege die Diagnose: „Sie haben Brustkrebs!“ am Freitagmittag. Am Freitagmittag gibt's kein Arzt mehr, man ist alleine gelassen. Wartet, voll Panik – also mein Mann und ich, wir haben beide die Panik gekriegt – bis Montag früh. (Frau Lachmann, B4, 62-67)

Aus der Zeit der Diagnosestellung werden sehr widersprüchliche Gefühle geschildert. Zum einen ein psychischer Zusammenbruch, etwas Unbeschreibliches, gleichzeitig aber auch ein gezieltes Handeln. Wie bei Frau Hahn:

Dann hab ich erst noch, war ich noch ganz stark, es ging überhaupt nicht in mich rein, diese Information, und der Frauenarzt hat auch dann gleich entwarnt, so ungefähr: Bei Ihnen ist ja sowieso nichts, Sie sind keine Risikopatientin, nie geraucht, keine Pille, drei Kinder ganz lang gestillt, vor allem links, nicht übergewichtig und zu jung. Dann hab ich mich erst mal wieder ein bisschen beruhigt, aber als ich dann aus dem Arztzimmer rauskam und die

3 Wobei die Statistik für den einzelnen Krankheitsverlauf natürlich keinerlei Aussagekraft besitzt.

Sprechstundenhilfe, die ich bisschen näher kannte, schneeweiß vor mir stand, musste ich sofort weinen, und das hat mich dann irgendwie, hab ich gedacht, das ist doch mehr. Hab dann, ja, wie ein, wie eine Maschine reagiert, bin sofort in Lebensmittelmarkt gefahren, ich hab Großeinkauf gemacht, weil ich gedacht hab: Wenn ich weg bin von zu Hause, brauchen die alle was. Habe mir da noch allerhand besorgt und hab dann meine Kinder wieder abgeholt, die ich nur schnell wo deponiert hab in dieser Hektik. Und bin heim, hab gepackt, war alles noch ganz mechanisch, und plötzlich, plötzlich kam mir dann: Also, das kann ja wohl nicht sein, dass ich irgendwas in der Brust hab. Hab dann selber das erste Mal hingelangt und nichts gespürt und hab dann gedacht: Nicht aufregen, die irren sich alle, dass, und wie eben der Doktor gesagt hat, keine Risikopatientin. Aber während ich dann meine Tasche gepackt hab für den nächsten Tag, für die Klinik, kam mir dann noch: Mensch, jetzt sind zwar Ferien, aber du musst dich ja unbedingt in der Schule abmelden. Und dann war eben die Schulleitung dran und der hat dann gesagt: Ja, was ist denn mit dir los. Und dann ging es psychisch total los. Dann hab ich loslassen können und hab nur noch geweint und gedacht: Mei, wenn es alle so schlimm finden, dann wird es wohl auch schlimm sein. Dann kam mein Mann heim, und der hat dann auch gesagt: Beruhige dich, da ist ganz sicher nichts, du lebst so gesund, immer Sport, gut gekocht, da kann nichts sein, das ist sicher, es liegt an der Aufnahme, da ist bestimmt nichts. (Frau Hahn, B10, 38-85)

Im ersten Satz: „war ich noch ganz stark, es ging überhaupt nicht in mich rein“, beschreibt Frau Hahn den Schutz vor dieser bedrohlichen Information. Die Beschreibung dieser Empfindungen, stark zu sein oder durch etwas durch zu müssen, wird auch in anderen Befragungen geschildert. Frau Gulsch lässt sich erst fallen, als sie die Wege für die Behandlung gebahnt hat (vgl. Kap. 5.3.5). Eine mechanische Handlungsfähigkeit bleibt zum Eigenschutz erhalten, bis die Dinge soweit sicher sind, dass die Erkrankten die Bodenlosigkeit ertragen können.

Gerdes analysiert die Situation Krebskranker im sozialen Kontakt folgendermaßen: „Der ‚Sturz aus der normalen Wirklichkeit‘, der durch die Krebsdiagnose ausgelöst wird, stellt die Betroffenen vor ein grundsätzliches Dilemma: Einerseits ist der gewohnten Wirklichkeits-sicht einschließlich des eigenen Selbstbildes plötzlich der Boden entzogen worden und alles ist auf einmal brüchig und ungewiss und bedrohlich; andererseits gelten auch für einen Krebskranken, der mit anderen Menschen in Interaktion treten will (oder muss), die normalen Regeln sozialer Interaktionen: Man muss dem Anderen eine definierte Identität des eigenen Selbst anbieten, damit er überhaupt etwas hat, auf das er sich beziehen kann [...]. Eben diese sozial präsentierbare eigene Identität aber ist zerfallen – jedenfalls in der bisher gewohnten Form; was also soll man jetzt den anderen als Bild des eigenen Selbst zeigen? Diesen Abgrund von Fassungslosigkeit, Verwirrung und Todesangst, der das eigene Erleben faktisch beherrscht? Das ist weder kommunizierbar noch für die anderen zumutbar oder verständlich: Sie leben ja in einer ganz anderen Wirklichkeit. Also bleibt nur eine Möglichkeit: Die innere Fassungslosigkeit zu verdecken und ein für andere akzeptables Selbstbild vorzuspielen, das eine einigermaßen normale Interaktion erlaubt. Es ist allerdings unwahrscheinlich, dass dies bruchlos gelingen kann: Das unter solchen Umständen präsentierte Selbst kann ja nur eine ‚Fassade‘ sein, die angestrengt über der Bodenlosigkeit des wirklichen Erlebens errichtet werden muss.“ (Gerdes, 2005, S.26)

Damit weist der Autor auf einen partiellen Identitätsverlust als eine Erklärung für das Zustandekommen der häufig vorgefundenen „emotionalen Ambivalenz“ im Kontakt mit Krebspatienten hin.

Bei Frau Hahn bricht der Schutz zusammen, als sie die Nachricht ihrem Vorgesetzten mitteilen muss. Durch das Aussprechen der Diagnose wird diese einmal mehr zu einem Teil der Wirklichkeit. Die Sprache beschreibt damit nicht nur eine „Realität“, sondern schafft sie in diesem Moment.

Das Hoffen und Bangen, das in der Diagnosephase beschrieben wird, ist ein Hin und Her massiv gegensätzlicher Gefühle. Da die Diagnose erst nach einer Gewebeentnahme bestätigt wird, erleben alle Betroffenen diese Zeit als eine Zeit der Ungewissheit, die als schrecklich empfunden wurde. Häufig wurde sogar gesagt, dass die Ungewissheit weit schwieriger auszuhalten war, als die Zeit, nachdem die Krebserkrankung zur Gewissheit wurde.

Aber diese Zeit der Ungewissheit ist eine schreckliche [...] Und am Mittwoch früh kam dann auch der Anruf, und ja, da hieß es dann, ich muss operiert werden. Und das war dann eine Tatsache, ich meine, da findet man sich auch damit ab, weil das sind einfach Tatsachen und ich will ja, ich will ja vorankommen. (Frau Joker, B18, 106-111)

Mit der Gewissheit beginnt auch die Zeit für Handlung und Entscheidung, zuvor ist die Zeit des Wartens und der Ungewissheit. Gerdes bezeichnet das „Grübeln“ von Krebspatienten als einen Versuch, den Sturz aus der normalen Wirklichkeit für sich als sinnstiftend zu deuten: „Bei dem als so quälend empfundenen Grübeln geht es wahrscheinlich um den Versuch, der Unerträglichkeit des Unbekannten zu entkommen und Anschluss an die bekannte, normale Welt mit ihrer Geborgenheit, fraglosen Sinnhaftigkeit und überschaubaren Sicherheit zu behalten. Das Grübeln probiert immer neue Wege, wie dies zu bewerkstelligen sei. Es versucht eine Sinnwelt zu konstruieren, die wieder eine Verbindung zur normalen Wirklichkeit herstellt. Dieser Versuch ist jedoch grundsätzlich zum Scheitern verurteilt – jedenfalls solange, wie ein Betroffener unter der realen Todesdrohung steht: für die Normalen, die mit ihrem ungestörten Weiterleben rechnen, einerseits und einem Todeskandidaten andererseits gibt es keine gemeinsame Wirklichkeit. Der Versuch, sie trotzdem herzustellen, beginnt deshalb zwangsläufig immer wieder von vorne und kommt zu keiner Lösung: Das Grübeln dreht sich zwanghaft und quälend im Kreise der schon zimal durchprobierten Lösungen und findet keinen Ausweg, der in die bekannte Welt zurückführt.“ (Gerdes, 2005, S.23f)

Gerdes beschreibt, wie ein Krebskranker eine Brücke zu den „Normalsterblichen“ und deren Wirklichkeit schlagen will. Das Unaussprechliche soll durch das Grübeln sinnstiftend formuliert werden. In der Diagnosephase wird in massiver Form von diesem Grübeln berichtet. Hier ist das Grübeln Ausdruck des Versuchs, eine Brücke zu seinem eigenen Leben vor und nach der Diagnose zu schlagen. Das Grübeln in der Diagnosephase führt aufgrund der Ungewissheit der Situation zu endlosen Schleifen. Vielleicht hat man Brustkrebs, es besteht aber ein kleiner Funke Hoffnung, dass alle sich irren und es doch nichts Böses ist. Wenn es ein Brustkrebs ist, wie schlimm steht es dann um mich, wie wird es weitergehen? – Fragen, die die Patientin in dieser Zeit nicht beantworten kann, Fragen, die ins Nichts führen, Fragen, die sich immer im Kreise drehen.

Das Grübeln ist eine Ausdrucksform, panikartige Zustände sind eine andere. Die Angst ist nicht permanent da, sondern kann zwischenzeitlich verdrängt werden, kommt wie eine Woge wieder zurück und wird erneut niedergedrückt. Dieses Verdrängen der Angst, um nicht völlig davon überrollt zu werden, ist mit enormer Kraftanstrengung verbunden.

Diese beiden Merkmale, das ständige Grübeln und der Kampf gegen die Angst, haben zur Folge, dass für die Patientinnen eine Informationsaufnahme und das Treffen einer Entscheidung nur erschwert möglich ist. Viele Befragte berichten neben dissoziativen Gefühlen in dieser Zeit auch von Wahrnehmungsstörungen.

5.1.3 Wahrnehmungsstörungen

Trotz äußerlich aufrechterhaltener Fassung kommt es innerlich zu einer starken Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Manche Frauen beschreiben dies als Parallelwelt, in der sie vordergründig gezielt agieren, sich dabei aber innerlich mit ganz anderen Fragen beschäftigen.

Und irgendwie ich habe tausend Fragen gehabt, und immer wieder ist mir etwas anderes halt durch den Kopf gekommen, was kann ich machen? Mein Gott, man möchte im Grunde genommen, innerhalb kurzer Zeit habe ich nach vielen Informationen gesucht, die ich einfach dadurch, dass ich durcheinander war, total, konnte ich überhaupt nicht mehr denken. Durch lauter Heulen, es war alles zu bei mir und ich habe nur gedacht: Mei, Krebs. Tod halt. Bis dato soundso. Ich find, das ist überhaupt das Schlimmste an Krebs, halt, weil es geht einem gut und plötzlich kommt die Diagnose und zugleich dieser Vergleich: ja, also, Krebs, hm, Tod. Und das ist bei mir auch so gewesen und man kann einfach dann, irgendwie Hirn ist blockiert, man kann da einfach nicht mehr denken.

(Frau Reschke, B7, 182-200)

Durch die starken Ängste ist das Denken blockiert. Es gibt einen Wunsch nach Informationen, aber diese können nicht aufgenommen werden, die innere Auseinandersetzung mit der Todesangst verhindert dies.

In dem Artikel „Information und emotionale Unterstützung“ beschreiben die Autoren Schlömer-Doll und Doll, dass, während der aufklärende Arzt ein Programm an Informationen abarbeitet, die Patienten mit ganz anderen Fragen beschäftigt sind, wie z.B.: Wie konnte das geschehen? Muss ich nun sterben? Bin ich bisher falsch behandelt worden? (Schlömer-Doll & Doll, 2000; Klusmann, 1998). Dadurch können wesentliche Informationen gar nicht erst aufgenommen werden. Während der Aufklärungsgespräche befinden sich beide Akteure in unterschiedlichen Erlebniswelten. Für den Arzt ist das Aufklärungsgespräch ein Teil seiner Arbeit. Das Aufklärungsgespräch legitimiert sein Vorgehen. Für ihn ist dies Alltag, wohingegen dieses Gespräch für die Patientin etwas Einmaliges darstellt, wo für sie wichtige Entscheidungen mit Konsequenzen für ihr weiteres Leben getroffen werden. Durch diese grundverschiedenen Erlebniswelten von Ärzten und Patienten sind Kommunikationsprobleme vorprogrammiert.

Frau Fritz erlebte ihr Aufklärungsgespräch demnach so:

Das war, ich weiß auch nicht. Der bombardierte mich da mit allem Möglichen, und mein Hirn hat total abgeschaltet in dem Moment. Ich hab das nicht, ich hab das wirklich nicht richtig wahrgenommen. Er hat nur gesagt, es ist, dass wir, ich hab das Ergebnis, es ist positiv. Und dann ging das eigentlich auch sofort, da kamen mir die Tränen, weil in dem Moment hab ich einfach das nicht verstanden, weil bei mir in der Familie gibt es halt keinen Krebs, und ich hab dann immer gefragt: Wieso? Wie kann das sein und warum eigentlich? Ich bin ständig in der Kontrolle, und das waren alles diese Fragen, die in dem Moment aufkamen, aber ich kann nicht genau sagen, weil ich dann plötzlich neben mir stand. Es war da und er redete und redete und redete, aber im Endeffekt weiß ich überhaupt nicht, was der gesagt hat. Das kann ich gar nicht nachvollziehen. (Frau Fritz, B17, 121-133)

Doch ist die Aufnahmefähigkeit nicht nur aufgrund des Diagnoseschocks erschwert, sondern Informationen können auch bedrohliche Inhalte vermitteln. Solche Befürchtungen erschweren zusätzlich eine Aufnahme neuer Informationen. Beispielsweise betreute ich eine Patientin in der Tagesklinik (ambulante Chemotherapie), die laut Aufklärung des Arztes keine Chemotherapie benötigte. Sie hörte nur das Wort „Chemo“, und alles andere schaltete sich bei ihr ab. Der Arzt wiederholte mehrere Male, dass sie keine Chemotherapie durchführen müsse, aber diese gute Nachricht erreichte die Patientin nicht. Erst in einer ruhigen Minute und in einem anderem Raum konnte das Missverständnis aufgeklärt werden. Im Folgenden beschreibt eine andere Patientin, warum sie positive Nachrichten nicht aufnehmen konnte:

Und bei mir war es aber dann so, dass der Arzt sagte: ‚Sie haben keinen Krebs.‘ Aber irgendwie habe ich das im ersten Moment gar nicht begriffen, weil man ja das Schlimmste eigentlich erwartet, und er sagte dann: ‚Das weiß ich hundertprozentig, Sie brauchen keine Chemotherapie, Sie brauchen keine Bestrahlung.‘ Und dann allmählich kapiert man erst, was das dann heißt, aber es hieß dann: ‚Ich schlage eine Hormontherapie vor.‘ (Frau Joker, B18, 199-208)

Weil, bei mir war es so, dass ich selbst die gute Nachricht im ersten Moment auch gar nicht so ertragen konnte jetzt. Ich mein, ich hätte Luftsprünge eigentlich machen müssen, aber ich war so, vorher so ganz klein, weil ich ja nicht wusste, erwartet mich das Schlimmste, dass ich mich im ersten Moment darüber auch gar nicht freuen konnte. (Frau Joker, B18, 459-466)

Doyle et al. (2001) untersuchten die Erwartungen von Patientinnen und deren Einfluss auf ihre Wahrnehmung von Therapiezielen – hier im Hinblick auf den Nutzen einer Chemotherapie. In dieser Studie wurden bei 27 Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom Aufklärungsgespräche bezüglich einer Chemotherapie per Tonband aufgezeichnet. Doyle et al. erhoben in einem Fragebogen die Erwartungen gegenüber der Chemotherapie vor, kurz nach der Aufklärung sowie nach der Behandlung.

Die Ärzte klärten dabei ihre Patientinnen über den geringen Nutzen einer Chemotherapie auf, die in diesem Stadium nur Symptome lindern kann. Zudem erhielten die Patientinnen ein Informationsblatt, das den palliativen Charakter der Behandlung hervorhob.

Vor der Aufklärung glaubte ein Großteil der Patientinnen, dass ihnen eine Chemotherapie nutzen würde. Kurz nach der Aufklärung waren noch 62% der Ansicht, dass die Chemothe-

rapie das Fortschreiten der Erkrankung vermindern könne, 65% glaubten, dass eine Behandlung ihr Leben verlängern könnte, und sogar 42% der Patientinnen glaubten an eine Heilung durch Chemotherapie. Da es sich um eine relativ kleine Stichprobe handelt, ist diese Studie nur bedingt aussagekräftig. Sie zeigt aber auf, welche Rolle die Erwartungen der Behandelten in der Aufklärung spielen können.

Dieses Ergebnis würde auch die Forschungsarbeiten von Slevin et al. (1990) erklären. In dieser Studie wurden onkologische Patienten zu ihrem Entscheidungsverhalten befragt. Dazu wurden die Patienten vor eine hypothetische Wahl zwischen einer sehr belastenden Chemotherapie oder einer mildereren Therapie gestellt. Die Patienten sollten die Chance auf Heilung, Lebensverlängerung und Beschwerdeminderung angeben, für welche sie bereit wären, die Nachteile der Behandlung in Kauf zu nehmen. Als Vergleichsgruppe wurden Professionelle (Radiologen, Onkologen, Krankenschwestern, Allgemeinärzte) befragt. Dabei zeigte sich, dass die Patienten eine belastende Behandlung bereits bei minimalem Benefit der mildereren Therapie vorziehen würden – anders als die Vergleichsgruppe.

Patienten würden sich für die belastende Chemotherapie entscheiden:

- für eine Heilungschance von 1%
- für eine Lebensverlängerung von 12 Monaten (Professionelle: 12-60 Monate)
- für eine 10-prozentige Chance der Symptomkontrolle (Professionelle: 50-70%)

Diese Ergebnisse zeigen die Schwierigkeiten von Informationsvermittlung in psychisch sehr stark belastenden Situationen auf. Zum einen sind Patienten durch ihre existenziellen Ängste in ihrer Aufmerksamkeit beeinträchtigt, zum anderen spielen ihre Erwartungen eine wesentliche Rolle dafür, welche Informationen aufgenommen werden können. In fast jedem Interview wurde die große Bedeutung von Angst und Diagnoseschock bei der Informationssuche hervorgehoben.

Viele der Befragten waren alleine in den Aufklärungsgesprächen. Nicht immer empfanden es die Betroffenen als hilfreich, wenn Angehörige und Partner anwesend waren. Das Gefühl, die Partner und Angehörigen stützen und trösten zu müssen, erlebten sie als zusätzliche Belastung und entschieden sich, diese Schritte lieber alleine zu gehen.

Andere Patientinnen bedauerten, niemanden zu den Gesprächen mitgenommen zu haben. Zum einen, um die Informationen besser verstehen zu können, aber auch, um die langen Wartezeiten vor den Gesprächen und Untersuchungen überbrücken zu können.

Dass es aber auch sehr hilfreich sein kann, das Gespräch mit dem Partner durchzugehen, geht aus folgender Interviewpassage hervor:

Also, ich muss schon sagen, es war sehr hilfreich, dass mein Mann bei den Gesprächen dabei war, weil also, als ich nach LLM kam und als es, sagen wir mal, klar war, dass das schon ein großes, große Wahrscheinlichkeit da ist, dass es bösartig sein könnte, ist in dem Moment bei mir also alles Mögliche, eben dieser berühmte Film abgelaufen mit Kindern und allem, Ängste, die dann aufkommen eben von wegen: War es das jetzt und so? Und ich habe eigentlich von den Erklärungen wirklich nur Bruchstücke mitbekommen. Und auch im Gespräch dann anschließend mit meinem Mann, wo er dann sagte: ‚Ja, was hältst du denn von dem, was sie vorschlagen haben?‘ habe ich gesagt: ‚Wieso, darüber haben wir doch gar

nicht gesprochen.‘ Das war also überhaupt gar nicht aufgenommen worden von mir. Weil ich denke, so im ersten Moment, wo man dann realisiert, dass es doch wirklich was sein kann – man hofft ja die ganze Zeit noch, es ist vielleicht, stellt sich raus, es ist ja nix oder so – und ich glaube, dass da einfach so viel vom Kopf her über einem einstürzt, dass man von diesen wirklich teilweise sehr guten und ausführlichen Erklärungen wirklich nur Teile mitbekommt. Und dass eben dadurch dann vielleicht auch das Gefühl oft entsteht, dass über Sachen gar nicht gesprochen wurde. Obwohl sie eigentlich erwähnt wurden, aber man hat sie halt schlicht und ergreifend gar nicht mitbekommen. (Frau Helle, BE16, 192-222)

Die Angehörigen fungieren hier als Vermittler zwischen dem Erleben der Patientinnen und der Informationsgabe der medizinischen Aufklärer. In Form eines Hilfs-Ichs können so die neuen, bedrohlichen Informationen in die Lebens- und Gedankenwelt der Patientin transformiert werden. Meist findet dabei der Dialog statt, in dem die Entscheidungsfindung der Patientin vorbereitet wird.

5.1.4 Zeitdruck

Nicht nur der Diagnoseschock, die Angst und in deren Folge die Wahrnehmungsstörungen beeinträchtigten die Informationsaufnahme der Betroffenen, sondern zudem der extreme Zeitdruck, der in vielen Interviews geschildert wurde.

I.: Und wie haben Sie sich vorher informiert, also welche Wege sind Sie gegangen?

P.: Eigentlich kaum, weil das ging ja so ruckzuck. Ich war am Donnerstag bei der Mammographie, dann stellte man fest, also der Radiologe sagt: Also, das wird wahrscheinlich bösartiger Krebs sein. Und dann bin ich sofort zu meinem Gynäkologen zurück, der mich da hingeschickt hat. Wir haben ein Bett bestellt und am Montag war ich schon drin. Ich meine, ich habe gar nicht lange darüber nachdenken können. Und ich mein, was Brustkrebs heißt, was man letztlich dann zu dem Zeitpunkt, was man da machen würde, dass wusste ich nicht. Ich mein, ob mir jetzt die Brust abgenommen werden muss oder nicht, aber das hat man mir dann gesagt, also, das ist die Möglichkeit. Und wie gesagt, die Bekannte von mir, die Freundin, die Assistentin vom Professor Huwer ist, die sagte mir auch, also das und das sind die Möglichkeiten, also schon im Vorhinein, und damit war das eigentlich für mich klar, was ich machen wollte. Aber wie gesagt, es gab auch keine andere Alternative.

I.: Und dass es so schnell ging, das war auch in Ihrem Sinne, oder?

P.: Ja, auf jeden Fall, auf jeden Fall. Ich mein, es kann ja nur wachsen, es kann ja nur schlechter werden. Ich meine, von alleine soll er sich abkapseln, die Möglichkeit ist ja wohl sehr gering, dass er sich von alleine wieder auflöst. Nee, nee, also das war schon in meinem Sinne.

(Frau Mann, B9, 136-167)

Wird der Verdacht oder die Diagnose Krebs ausgesprochen, fühlen sich die meisten Befragten unter Handlungsdruck. Auch wenn die Diagnose zuvor verschleppt wurde, fühlen sich die Patientinnen, sobald die Diagnose ausgesprochen wurde, gedrängt, schnell etwas gegen den Tumor zu unternehmen. Nur wenige Patientinnen geben sich die nötige Zeit, vorab ausreichende Informationen einzuholen. Eine schnelle Tumorentfernung stellt neben dem

Wunsch nach Sicherheit und Brusterhaltung somit auch die dritthöchste Priorität für eine Therapieentscheidung dar.⁴

I.: Und welche Informationen waren dafür notwendig, um sich zu entscheiden?

P.: Also, den Ausschlag hat nachher eigentlich die Information gemacht, dass ich für die, wenn man erst mit Chemo anfängt, auch zwei Wochen quasi warten muss, bis was passiert, weil die Untersuchungen laufen müssen, und ich in einer, zwei Wochen davor deutlich mehr Symptome gespürt habe und mir das dann zu lang war, noch mal zwei Wochen zu warten, bis irgendetwas einsetzt...

Und da hatte ich Angst dann, weil ich die Lymph-, weil ich dicke Lymphknoten habe und die so immer mehr geworden sind, dass ich sie mehr gespürt habe, dass mir da zu viel dazukommt, dass mir das zu sehr, dass das zu sehr streuen wird. Da hatte ich Angst.

I.: Und da war Ihnen diese schnelle...

P.: Da war mir die schnelle OP wichtig.

(Frau Mensinger, B19, 50-56)

Eine schnelle Einweisung ins Krankenhaus wurde von den meisten Patientinnen begrüßt, und Wartezeiten innerhalb der Diagnosephase wurden als negativ erlebt. Diese Schilderung steht zunächst im Widerspruch zum Befund, dass die Patientinnen auf die Frage hin, was sie beim nächsten Mal anders machen beziehungsweise anderen Patientinnen raten würden, häufig Folgendes antworteten:

Deshalb würde ich also im Rückblick mir mehr Zeit lassen für die Entscheidung, weil ich bin ja innerhalb fünf Tagen im Krankenhaus gelegen, also mit dem Wissen von heute würde ich mir mehr Zeit lassen. (Frau Gulsch, BE 5, 412-417)

Ja, dass man sich schon Zeit lässt, aber wenn man noch zwei Tage Zeit haben will, dass man sich das nimmt und sich wirklich ausführlich informiert und Gespräche führt, also mit so vielen Leuten wie möglich reden, also wenn man unsicher ist und das nicht so richtig findet, was ein Arzt sagt, dann eine andere Meinung einholen. (Frau Ottmann, B2, 338-344)

Also, grundsätzlich denke ich jetzt aufgrund meiner Erfahrungen, dass es wichtig ist, dass Patientinnen überhaupt mal erfahren, dass auch eine Woche keinen Unterschied mehr macht. Also, dass man eine Woche, sagen wir mal, zuwarten kann, wenn man sich eben noch erkundigen möchte. (Frau Helle, BE16, 132-135)

Erfährt die Frau von einem verdächtigen Befund, bzw. wird ihr die Diagnose mitgeteilt, erlebt sie einen inneren Entscheidungs- und Handlungsdruck. Realisiert die Frau die Diagnose, was, wie beschrieben, mit einem Schockerlebnis beginnt, bricht eine innere Unruhe aus. Dieser Druck entstammt jedoch nicht nur der Erlebenswelt der Frau, sondern wird vom äußeren Rahmen, der eine Bedrohung vermittelt, mit initiiert.

Und da drängt die Zeit, weil man wird immer gedrängt, und es heißt ja, Sie müssen sich gleich operieren lassen und gleich mit der Chemo anfangen, sonst kann was passieren. Und ich glaube, man wird ein wenig in Panik versetzt, ich hab keine Zeit, ich muss es sofort machen lassen, ich kann mich nicht informieren. (Frau Ottmann, B2, 269-274)

4 Unveröffentlichtes Ergebnis einer retrospektiven Erhebung von Brustkrebspatientinnen im Klinikum Großhadern. Erhebungszeitpunkt 2001-2003.

Ich hatte das Gefühl, dass es zu 80 Prozent oder wenn nicht noch mehr klar war. So wie sie zeitlich Druck gemacht haben, so wie sie geschaut haben, dass sie es auf die Reihe kriegen mit Untersuchungen oder mich einweisen können. (Frau Mensinger, B19, 127-131)

Die Ernsthaftigkeit der Erkrankung wird der Patientin somit nicht nur durch die Diagnose vermittelt, sondern häufig auch durch eine ausgeprägte Handlungsbereitschaft der Ärzte: durch schnelle Untersuchungstermine, eine schnelle stationäre Einweisung und einen schnellen Operationstermin. In einer der Filmaufnahmen (Cap2) betonte der Arzt immer wieder, dass das jetzt „zügig über die Bühne geht“. Der schon vorhandene innere Druck und die Angst der Frauen, die Diagnose schon zu spät erhalten zu haben, wird dadurch noch weiter verstärkt.

Also, mir ist das so vermittelt worden, dass das eben sehr eilig ist, dass eben keine Zeit mehr da ist, die man vergeuden sollte, und insofern war ich also ganz schnell in dieser Mühle drin, na? Und dann bin ich am nächsten Tag operiert worden, ohne dass wir also wussten, ob es gutartig oder bösartig ist, weil ich gesagt hab, dass ich es auf jeden Fall raushaben will. (Frau Helle, BE16, 68-75)

Die Patientin beschreibt mit dem Bild der „Mühle“ das Medizinsystem. Gerät sie in diese Mühle, ist nicht mehr zu trennen, was ihrer eigenen Panik entstammt bzw. ihre eigenen Präferenzen sind und was von anderen an sie herangetragen wird.

Diese notfallmäßigen Aufklärungen und Behandlungen gehörten zu den ersten Beobachtungen im Feld, alles wirkt sehr gehetzt (Caspari et al., 2003). Das schnelle Vorgehen stellt sich zunächst als Konsens von Patientin und Arzt dar. Psychisch kann dieses eilige Handeln jedoch häufig von den Befragten nicht verarbeitet werden und scheint in der Retrospektive als etwas Unerklärliches zurückzubleiben.

Dementsprechend fordert Leslie Degner in ihrer Empfehlung für eine Entscheidungsfindung bei Brustkrebs Folgendes: „Remember breast cancer is an emotional not a medical emergency. You should take time to take the right decision for you with the right information“ (Leslie Degner auf <http://cope.uicc.org/Updates/decisionmaking.html>, August 2002).

Warum werden Patientinnen erst am Vortag der Operation aufgeklärt und Untersuchungstermine in aller Eile durchgeführt? Von Seiten der Mediziner wurden hier abrechnungstechnische Gründe und das Verhindern eines Tumorwachstums als Begründungen genannt. Gleichzeitig wird aber durch dieses Vorgehen den Patientinnen die Bedrohlichkeit des Befundes verdeutlicht; wenn sie sich erst einmal im Medizinbetrieb befinden, ordnen sie sich diesem Rhythmus unter.

5.1.5 Zusammenfassung

Brustkrebs ist eine Erkrankung, die nicht aufgrund von Symptomen, Schmerzen oder einer Beeinträchtigung, sondern erst durch ein bildgebendes Verfahren oder einen Tastbefund entdeckt wird. Der Krankheitsprozess, der mit der Übermittlung der Diagnose beginnt, hat somit für die Betroffenen einen konstruierten Charakter. Die Diagnose wird durch soziale Interaktion zur Wirklichkeit. Diesen Prozess bezeichnet Kirschning als „Aneignungsprozess“ (Kirschning, 2001, S.119). Brustkrebs wird von den Betroffenen zunächst nicht als Krank-

heit empfunden, erst durch die Vermittlung der Diagnose werden sie zu „Brustkrebspatientinnen“. Damit beginnt die „Krankheitskonzeptionalisierung“ (Holmberg, a.a.O., S.212). Die Frau beginnt ihre Vergangenheit und ihre Zukunft aufgrund der Krankheit neu zu überdenken. Medizinische Beschreibungen übernehmen Erklärungsmuster für den eigenen Körper. Eine biomedizinische „Wahrheit und Realität“ wird geschaffen. Wesentlich dafür sind Prinzipien einer Medizin, die handlungsorientiert Möglichkeiten zur Heilung anbietet. Damit wird eine Hoffnung geschaffen, nach der Durchführung der Behandlung wieder geheilt zu werden und in ein normales Leben zurückzukehren. Dies ist die Beschreibung der biomedizinischen Realität der Brustkrebspatientinnen.

Aus Sicht der Brustkrebspatientinnen gestaltet sich der Ablauf gegenläufig. So fühlen sie sich zu Beginn der Erkrankung gesund, werden durch die Behandlungen krank und mit der freudigen Mitteilung der wahrscheinlichen Heilung nach Beendigung der Behandlung fühlen sie sich krank und bezeichnen sich als Krebspatientinnen (Kappauf, 2001, 2004).

Holmberg zeigt weiter auf, dass erst durch die Transformation der biomedizinischen Realität in die eigene Geschichte der Frau eine Handlungsfähigkeit (Behandlung) durch die Medizin ermöglicht wird. Die Ärzte sind dabei die Instruktoren dieser Realität, indem sie der Frau die Bedrohung durch die Krankheit und die Hoffnung auf Behandlung und Heilung vermitteln (Holmberg, 2005, S.155ff).