

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin der
Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. med. H.-H. Abholz

**Der Umgang von Patienten und Ärzten mit kontrollbedürftigen
Bauchaorten-Aneurysmen**

Eine quantitative und qualitative Studie zur Erfassung möglicher psychologischer
Nebenwirkungen eines Früherkennungs-Programmes

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Debora Langenberg

2002

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Gez.: Prof. Dr. med. Dr. phil. Alfons Labisch M.A.

Dekan

Referent: Univ.-Prof. Dr. H.H. Abholz

Koreferent: Univ.-Prof. Dr. Sandmann

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	1
1. EINLEITUNG	5
2. FRAGESTELLUNG UND PROBLEMHINTERGRUND	9
2.1 PROBLEMHINTERGRUND	9
2.1.1 FORSCHUNGSSTAND IN DEUTSCHLAND	9
2.1.2 KRITERIEN ZUR BEWERTUNG VON FRÜHERKENNUNGSPROGRAMMEN	10
2.1.3 PSYCHISCHE ASPEKTE	11
2.2 FRAGESTELLUNGEN DER STUDIE	12
2.2.1 EPIDEMIOLOGISCHE FRAGEN	12
2.2.2 DIAGNOSTISCHER UMGANG MIT DEM BAUCHAORTENANEURYSMA:	12
2.2.3 KENNTNISSTAND DER PATIENTEN ÜBER IHRE ERKRANKUNG	12
2.2.4 PSYCHISCHE BELASTUNG	13
2.2.5 UMGANG MIT DEM WISSEN UM DAS BAUCHAORTENANEURYSMA?	13
3. LITERATURÜBERSICHT:	14
3.1 EINFÜHRUNG	14
3.2 VORGEHENSWEISE	15
3.3 PSYCHOLOGISCHE EFFEKTE DES MAMMOGRAPHIE-SCREENINGS	18
3.4 PSYCHOLOGISCHE EFFEKTE DES PROSTATAKREBS-SCREENINGS	25
3.5 PSYCHOLOGISCHE EFFEKTE BEI RISIKOPERSONEN FÜR CHOREA HUNTINGTON	29
3.6 PSYCHOLOGISCHE EFFEKTE DES ANEURYSMA-SCREENINGS:	33
4. MATERIAL UND METHODEN	39
4.1 ÜBERBLICK ZU ART UND INHALT DER BEFRAGUNG	39
4.2 DER SOGENANNTEN „ALLGEMEINE ÄRZTEFRAGEBOGEN“	39
4.3 DER SOGENANNTEN „SPEZIELLE ÄRZTEFRAGEBOGEN“	40
4.4 PATIENTENFRAGEBOGEN	40
4.5 DAS INTERVIEW	40
4.6 ABLAUF DER STUDIE	41
4.6.1 MITWIRKUNG DER HAUSÄRZTE	41
4.6.2 MITWIRKEN DER PATIENTEN	44
4.7 DATENAUSWERTUNG	45
5. FRAGEBOGEN-ERGEBNISSE:	47
5.1 ERGEBNISSE DES PATIENTENFRAGEBOGENS:	47
5.1.1 FRAGE 13 UND 14	47

5.1.2	FRAGE 1:	47
5.1.3	FRAGE 2:	47
5.1.4	FRAGE 3:	49
5.1.5	FRAGE 4:	49
5.1.6	FRAGE 5:	53
5.1.7	FRAGE 6:	53
5.1.8	FRAGE 7:	54
5.1.9	FRAGE 8:	55
5.1.10	FRAGE 9:	55
5.1.11	FRAGE 10:	56
5.1.12	FRAGE 11:	57
5.1.13	FRAGE 12:	57
5.1.14	ZUSAMMENFASSUNG:	58
5.2	ALLGEMEINER FRAGEBOGEN FÜR ÄRZTE	59
5.2.1	FRAGE 1:	59
5.2.2	FRAGE 2:	60
5.2.3	FRAGE 3:	60
5.2.4	FRAGE 4:	61
5.2.5	FRAGE 5:	62
5.2.6	FRAGE 6:	63
5.3	ERGEBNISSE DES SPEZIELLEN ÄRZTEFRAGEBOGENS	65
5.3.1	FRAGE 1:	65
5.3.2	FRAGE 2:	66
5.3.3	FRAGE 3:	68
5.3.4	FRAGE 4:	68
5.3.5	FRAGE 5:	69
5.3.6	FRAGE 6:	70
5.4	ERGEBNISSE DES PATIENTEN- UND DES SPEZIELLEN ÄRZTEFRAGEBOGENS IM VERGLEICH:	72
5.5	ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE DER FRAGEBOGENSTUDIE	78
6. INTERVIEW METHODIK		79
6.1	ANSATZ DER QUALITATIVEN SOZIALFORSCHUNG	79
6.2	DER UNTERSUCHUNGSPLAN	81
6.3	DIE ERHEBUNG DER DATEN	82
6.4	DER INTERVIEWLEITFADEN	85
6.5	DIE DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS	86
6.6	DIE AUSWAHL DER ZU BEFRAGENDEN	87
6.7	DAS ERFASSEN UND AUFBEREITEN DER DATEN	88
6.8	DIE AUSWERTUNG UND INTERPRETATION DER DATEN	89
7. AUSWERTUNG DER INTERVIEWS		94
7.1	COPING	94
7.1.1	ZUM VERSTÄNDNIS DES COPINGBEGRIFFES	94
7.1.2	SITUATIVE EINFLUSSGRÖßEN	96
7.1.3	PERSONALE EINFLUSSGRÖßEN	98
7.1.4	PERSONALE RESSOURCEN	99
7.1.5	VERARBEITUNGSSTRATEGIEN	99

7.2	AUSWERTUNG DER INTERVIEWS COPING I	101
7.2.1	A) RATIONALER UMGANG ALS COPING (HK 1):	101
7.2.2	B) AKTIVES HANDELN DES ARZTES (HK 3):	103
7.2.3	C) AKTIVES HANDELNS DES PATIENTEN (HK4)	105
7.2.4	D) HOFFNUNG (HK 10 UND 16)	107
7.2.5	E) KRANKHEIT GEHÖRT ZUM LEBEN (HK 10 UND 15)	109
7.3	COPING II	111
7.3.1	F) ZUORDNUNG DER KRANKHEIT IN EIN SINNHAFTES SYSTEM (HK 2)	111
7.3.2	G) PASSIVES ERGEBEN (HK 5)	113
7.3.3	H) NEGIEREN/ VERLEUGNEN/ BAGATELLISIERUNG (HK 7)	114
7.3.4	I) RELATIVIERUNG ZU ANDEREN LEBENSEREIGNISSEN ODER PERSONEN (HK8)	115
7.4	ANGST:	117
7.4.1	J) VORSTELLUNG VOM STERBEN UND TOD (HK 6)	117
7.4.2	K) KRANKHEIT ALS BEDROHUNG/NEGATIVE ENTWICKLUNG IM KRANKHEITSVERLAUF (HK 9)	119
7.5	WEITERE SICHTWEISEN ZUR KRANKHEIT/BETREUUNG	120
7.5.1	L) VERTRAUEN/MISSTRAUEN GEGENÜBER ÄRZTEN, ZUFRIEDENHEIT/ UNZUFRIEDENHEIT MIT DEN ÄRZTEN (HK12)	120
7.5.2	M) SYMPTOMORIENTIERUNG (HK13)	122
7.5.3	N) MEDIZIN ALS REPARATURBETRIEB (HK14)	124
7.6	ZUSAMMENFASSENDE ERGEBNISAUSWERTUNG	125
7.7	WÜRDIGUNG DER INTERVIEWERGEBNISSE VOR DEM HINTERGRUND DER AKTUELLEN COPINGFORSCHUNG	127
7.8	ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE DER INTERVIEWS:	130
<u>8. ZUSAMMENFÜHRUNG DER BEIDEN TEILSTUDIEN</u>		<u>131</u>
8.1	DIE BEUNRUHIGUNG DER PATIENTEN IST WENIGER STARK ALS ERWARTET	131
8.2	DIE HAUSÄRZTE SCHÄTZEN DIE PSYCHISCHE BELASTUNG GRÖßER EIN ALS DIE PATIENTEN	131
8.3	KONTROLLE IST WICHTIG	132
8.4	VERTRAUEN IN DIE ÄRZTE ERLEICHTERT DEN UMGANG MIT DER KRANKHEIT	132
8.5	ZUFÄLLIGE ENTDECKUNG DES ANEURYSMAS IST DIE REGEL	132
8.6	UMGANGSSTRATEGIEN MIT DER KRANKHEIT SIND INTER- UND INTRAINDIVIDUELL VERSCHIEDEN	133
8.7	DIE HAUSÄRZTE BEFÜRWORDEN EIN SCREENING AUF BAUCHAORTENANEURYSMA	133
<u>9. DISKUSSION</u>		<u>135</u>
9.1	BEUNRUHIGUNG DER PATIENTEN	135
9.2	DIE EINSCHÄTZUNG DER PSYCHISCHEN BELASTUNG DURCH DIE HAUSÄRZTE	137
9.3	KONTROLLE	137
9.4	SCREENING – SINN ODER UNSINN?	139
9.5	ZUSAMMENFASSUNG	141
<u>10. LITERATURVERZEICHNIS:</u>		<u>142</u>

11.1	FRAGEBÖGEN	151
11.1.1	ALLGEMEINER ÄRZTEFRAGEBOGEN	151
11.1.2	SPEZIELLER ÄRZTEFRAGEBOGEN:	152
11.1.3	PATIENTENFRAGEBOGEN:	153
11.2	INTERVIEWAUSWERTUNG	155
11.2.1	PATIENT 1	155
11.2.2	PATIENT 2	156
11.2.3	PATIENT 3	159
11.2.4	PATIENT 4	160
11.2.5	PATIENT 5	161
11.2.6	PATIENT 6	162
11.2.7	PATIENT 7	164
11.2.8	PATIENT 8	166
11.2.9	PATIENT 9	168
11.2.10	PATIENT 10	170
11.2.11	PATIENT 11	171
11.2.12	PATIENT 12	173
11.2.13	PATIENT 13	174
11.2.14	PATIENT 14	176
11.2.15	PATIENT 15	178
11.2.16	PATIENT 16	179
11.2.17	PATIENT 17	181
11.2.18	PATIENT 18	182
11.2.19	PATIENT 19	184
11.2.20	PATIENT 20	185
11.2.21	PATIENT 21	186
11.2.22	PATIENT 22	187
11.2.23	PATIENT 23	190
11.2.24	PATIENT 24	191
11.2.25	PATIENT 25	195
11.2.26	PATIENT 26	196
11.3	BRIEFE AN DIE HAUSÄRZTE	198
11.3.1	1. BRIEF	198
11.3.2	2. BRIEF AN DIE HAUSÄRZTE	199

1. Einleitung

Das Aneurysma der Aorta abdominalis (im Folgenden: Bauchortenaneurysma, BAA) ist eine Erkrankung v.a. des älteren Menschen mit erheblicher und in den letzten Jahren zunehmender epidemiologischer und sozialmedizinischer Relevanz. So sterben in Großbritannien 1% der Männer im Alter über 65 Jahren an einem rupturierten Bauchortenaneurysma. Dies entspricht anderen Untersuchungen zufolge 600-10000 Menschen pro Jahr (Thomas, PR, Shaw JC et al, 1994). Nach einer in England und Wales zwischen 1967 und 1983 durchgeführten Studie soll das Bauchortenaneurysma bei älteren Männern die vierthäufigste Todesursache sein (Harris P, 1994). Es gibt Hinweise darauf, dass die Mortalität des Bauchortenaneurysmas gemeinsam mit den auf diese Erkrankung bezogenen Risikofaktoren in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat. Einzelheiten zur Epidemiologie des Bauchortenaneurysmas werden in Kapitel 1 besprochen.

Heutzutage werden deutlich mehr Menschen mit der Diagnose „Bauchortenaneurysma“ konfrontiert als früher. Denn in sehr vielen Arztpraxen gibt es inzwischen ein Ultraschallgerät und so entdecken Ärzte im Rahmen von gezielter Diagnostik auf andere Erkrankungen, bei Routineuntersuchungen oder bei einer „auf eigene Faust“ organisierte Früherkennung immer häufiger Bauchortenaneurysmen. Dies führt dazu, dass auch Patienten mit sehr kleinen Aneurysmen, die asymptomatisch bleiben und noch vor wenigen Jahren nie diagnostiziert worden wären, um ihren Befund mit den möglichen Folgen wissen. Nun gibt es bei dieser Erkrankung nur eine sehr eingeschränkte Möglichkeit der Therapie: letztlich bleibt nur die Option unter regelmäßiger Kontrolle abzuwarten und ggf. zu operieren.

Ist ein Aneurysma nicht so groß, dass es operiert werden sollte, so bleibt die Beeinflussung von Risikofaktoren für Rupturen. Dies sind besonders die konsequente Einstellung des Bluthochdrucks und der Hypercholesterinämie. Jedoch kann bestenfalls eine Verschlimmerung, d.h. eine weitere Zunahme des Durchmessers der Aorta, verzögert, in den seltensten Fällen verhindert werden.

Da ein Bauchortenaneurysm in der Regel bis zur –meist fatalen- Ruptur asymptomatisch bleibt, ist in den vergangenen Jahren immer wieder die Forderung nach Früherkennungsprogrammen für das Bauchortenaneurysma erhoben worden (Law MR, Morris J et al 1994; Harris P, 1994; Khoo DE, Ashton H et al 1994; Grimshaw GM, Thompson JM et al 1994). Insbesondere die einfache, kostengünstige und schnelle Möglichkeit der Diagnose per Ultraschall, die heutzutage flächendeckend zur Verfügung steht, spielt dabei eine Rolle (Lindholt JS, Eskild et al 1996; Pleumeekers, HJ, Hoes et al 1998). Daneben bietet sich beim Bauchortenaneurysma die Möglichkeit, durch einen einmaligen operativen Eingriff einen ansonsten meist tödlichen Ausgang der Erkrankung zu verhindern, während, wie oben ausgeführt, kaum Möglichkeiten bestehen, die Entwicklung oder Größenzunahme eines BAA auf konservativem Wege zu verhindern. Die Frage, ob das Bauchortenaneurysma in den Kreis der Erkrankungen aufgenommen werden sollte, nach denen im Rahmen von Screening-Programmen systematisch gesucht wird (wie z.B. eine Reihe von malignen Erkrankungen und Erkrankungen von Schwangeren und Neugeborenen), ist deshalb in der Vergangenheit unter verschiedenen Gesichtspunkten diskutiert worden.

Damit Früherkennung einen Sinn hat, muss das therapeutische Management der in Frage stehenden Erkrankung – also die Konsequenz, die aus dem Ergebnis eines positiven Screening-Ergebnisses zu ziehen ist, klar definiert sein. Angewandt auf das Bauchortenaneurysma bedeutet dies, genau zu wissen, zu welchem Zeitpunkt dem Patienten eine Operation empfohlen werden sollte. Letztlich ergibt sich die Antwort auf diese Frage aus der Abwägung von Risiken und Nebenwirkungen der Operation gegen das Risiko, eine Ruptur mit der Folge von Tod oder schwerer Behinderung zu erleiden. Hierzu liegen heutzutage gute Daten vor. Aufgrund epidemiologischer Untersuchungen in England und in den skandinavischen Ländern weiß man, dass bei asymptomatischen Bauchortenaneurysmen unter einer Größe von 45 mm das Risiko, bei der Operation zu versterben, größer ist, als das Risiko, eine Ruptur zu erleiden. Deshalb wird zur Zeit ab 5,5 cm maximaler Querdurchmesser des Aneurysmas eine Operationsindikation gesehen (Dt. Ges. f. Gefäßchirurgie, 1998). Allerdings muss man einschränkend hinzufügen, dass solche Untersuchungen nicht unbedingt an einer Früherkennungspopulation

stattgefunden haben, die wahrscheinlich gesündere Menschen beinhaltet, so dass die OP-Sterblichkeit aus diesem Kollektiv nicht unbedingt mit anderen übereinstimmen muss. Natürlich muss im Einzelfall auch das individuelle Operationsrisiko des jeweiligen Patienten in Abhängigkeit von seiner gesundheitlichen Gesamtsituation berücksichtigt werden. Individuell zu bewerten sind auch die nicht letalen Nebenwirkungen der Operation (wie z.B. Impotenz) für den einzelnen Patienten.

Ein weiterer Faktor, dem im Rahmen der Früherkennung Beachtung geschenkt werden muss, sind die psychischen Nebenwirkungen, die eine solche nach sich ziehen kann. Im Gegensatz zur Krebsfrüherkennung, wo nach frühzeitiger Diagnosestellung eine Therapie (z.B. Operation, Radiatio oder Chemotherapie) eingeleitet wird, kann bei der Diagnose: „Bauchaortenaneurysma“ in der Mehrzahl der Fälle nicht gehandelt werden, sondern es wird abwartend beobachtet. Die Frage, die sich mit dem Bauchaortenaneurysma besonders stellt, ist, wie groß die psychische Belastung ist, die das Wissen um eine „Zeitbombe“ im Bauch mit sich bringt. Wie belastend ist es einerseits für Patienten, die um ihrer Diagnose wissen, denen aber von ärztlicher Seite gesagt wird, dass man noch nichts tun kann, sondern abwarten muss und regelmäßig kontrollieren sollte, um festzustellen, ob das Bauchaortenaneurysma im Durchmesser gewachsen ist oder nicht. Zudem fragt man sich, wie Patienten damit umgehen, bei denen eine Operationsindikation besteht, die sich aber –aus welchen Gründen auch immer– nicht operieren lassen möchten. Es liegt auf der Hand, dass die psychische Belastung für solche Patienten höher liegen dürfte, die sich, entgegen ärztlichen Rates, gegen eine Operation entschieden haben.

Der Frage nach der psychischen Belastung als unerwünschter Wirkung von Screening-Untersuchungen auf Bauchaortenaneurysmen ist bisher wenig Beachtung geschenkt worden. In der Literatur finden sich lediglich zwei Studien, die sich mit diesem Problem auseinandersetzen (Lindholt JS, Vammen S et al, 2000; Lucarotti ME, Heather BP et al, 1997). Der spezielle Kontext hausärztlicher Versorgung und Betreuung hat dabei bis jetzt keine Beachtung gefunden. In diesem Bereich soll mit der vorliegenden Arbeit ein Beitrag geleistet werden.

So widmet sich der Hauptteil dieser Arbeit – der empirische Teil- folgenden fünf Grundfragen:

- 1) Wie werden BAA in den Praxen entdeckt, wie sind sie charakterisiert?
- 2) Was bedeutet –psychisch gesehen- die Feststellung eines BAA für den Patienten?
- 3) Wie gehen Patienten mit dem Befund eines Bauchaortenaneurysma über die Zeit um – und insbesondere mit einem Aneurysma, das „nur“ beobachtet werden muss?
- 4) Wie gehen Ärzte (Hausärzte) mit der Frage Früherkennung eines Bauchaortenaneurysma um, was ist ihre Grundposition, ihr Problembewusstsein?
- 5) Wie häufig wird schon heute in den Praxen ein Bauchaortenaneurysma entdeckt -dies verglichen zu den anzunehmenden Prävalenzen von Bauchaortenaneurysmen in epidemiologisch untersuchten Populationen?

2. Fragestellung und Problemhintergrund

2.1 Problemhintergrund

2.1.1 Forschungsstand in Deutschland

Wenn man eine Literaturrecherche zum Thema Screening des Bauchaortenaneurysmas durchführt, fällt auf, dass die meisten Untersuchungen in angelsächsischen Raum oder in skandinavischen Ländern durchgeführt wurden. Da es hierzulande diesbezüglich keine Studien gibt, muss man auf die der europäischen Nachbarländer zurück greifen.

Während z.B. dort einige groß angelegte Studien mit hohen Teilnehmerzahlen (z.B. mit knapp 12.000 65-80jährigen Männern und Frauen aus der Umgebung von Chichester/Großbritannien oder mit 13.500 65-73 jährige Männern aus Viborg/Dänemark) durchgeführt wurden (Lindholt, J S, Vammen, S et al, 2000; Lucarotti, M E, Heather B P et al; 1997), gibt es in Deutschland noch gar keine Untersuchungen zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen.

In zwei kürzlich veröffentlichten Studien wurde überprüft, ob es sinnvoll ist, ein Aneurysma frühzeitig, sozusagen „prophylaktisch“, elektiv zu operieren. Dazu wurden von Lederle et al. 1196 Patienten zwischen 50 und 79 Jahren mit einem Aneurysma zwischen 4,0 und 5,4 cm untersucht. 569 Patienten ließen sich sofort operieren, bei den anderen 567 wurde zunächst unter regelmäßiger Kontrolle (alle 6 Monate durch Ultraschall oder Computertomographie) abgewartet und erst bei Erreichen des Grenzwertes von 5,5 cm operiert. Primäres Zielkriterium war die Mortalität in beiden Gruppen (unabhängig von der Todesursache). In Bezug auf dieses Kriterium, wie auch bzgl. der Aneurysma-bedingten Mortalität ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Auch beim Vergleich verschiedener Untergruppen (z.B. nach Alter oder Aneurysmagröße bei Studieneintritt) ergab sich kein signifikanter Unterschied. Diese Ergebnisse wurden trotz einer niedrigen Mortalitätsrate der Operation von 2,7 % in der „Frühoperierten Gruppe“ gewonnen. Insgesamt verbesserte sich also die Überlebensrate durch die frühzeitige Operation nicht.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Brady, Brown et al. in der „United Kingdom Small Aneurysm Trial“, in der 1090 Patienten zwischen 60 und 76 Jahren mit einem Aneurysma zwischen 4,0 und 5,5 cm untersucht wurden. Auch hier unterzogen sich 563 Patienten einer sofortigen Operation, während 527 unter regelmäßiger Kontrolle abwarteten. Da die 30-Tage-Mortalität der „Frühoperierten“ mit 5,5% zunächst recht hoch erscheint, schien diese Gruppe zunächst einen Nachteil zu haben. Die Langzeitergebnisse zeigten allerdings nach 3 Jahren überhaupt keinen Unterschied in den beiden Vergleichsgruppen; nach acht Jahren verbesserte sich die Überlebensrate sogar zugunsten der „Frühoperierten“. Ein nach weiteren 5 Jahren zu beobachtender leichter Vorteil zugunsten der „Frühoperierten“ lässt sich nicht mit der frühen OP, sondern mit der in dieser Gruppe stärker ausgeprägten Änderungen der Lebensgewohnheiten in Verbindung bringen.

Zusammenfassend bestätigen beide Studien den Grundsatz, dass eine Aneurysma-Operation erst bei einer Größe von 5,5 cm erwogen werden sollte.

2.1.2 Kriterien zur Bewertung von Früherkennungsprogrammen

Früherkennungsprogramme können heute nicht mehr nur unter somatisch-medizinischen Aspekten bewertet werden, sondern müssen auch aus anderen Richtungen beleuchtet werden. Ein geläufiges Beispiel dafür sind gesundheitsökonomische Aspekte: Der individuelle Nutzen von Früherkennung und die damit verbundenen präventiven operativen Maßnahmen müssen im Verhältnis zu den Kosten analysiert und bewertet werden. Denn die Diskussion über eine Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen, das seit Jahren immer größerem Kostendruck unterliegt, kann auch hierbei nicht ganz unbeachtet bleiben.

Eine andere, bisher wenig beachtete Seite gewinnt in letzter Zeit zunehmend an Bedeutung: die der Nebenwirkungen von Früherkennung. Am Beispiel des Bauchortenaneurysma sollte diesen schon von vornherein, also noch vor Einführung eines generellen Früherkennungsprogramms, Beachtung geschenkt werden. Man muss dabei bedenken, dass mit Nebenwirkung einer Früherkennung nicht nur das gemeint ist, was auf den einzelnen Patienten an nachfolgender

Diagnostik und Therapie zukommt, sondern auch das, was für die gesamte Bevölkerung, die sich einer Früherkennung unterzieht, entsteht. Eine besondere und bisher oft zu wenig beachtete Komponente der Nebenwirkungen von Früherkennung sind die psychischen Effekte solcher Programme. Dies soll im folgenden Abschnitt für den besonderen Fall des Bauchaortenaneurysmas näher erläutert werden.

2.1.3 Psychische Aspekte

Im Allgemeinen dient Screening dazu, eine Krankheit frühzeitig zu erkennen, damit sie behandelt und geheilt oder zumindest die Lebenserwartung deutlich verlängert werden kann bzw. Folgeerkrankungen verhindert werden. Viele Menschen gehen regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen, weil sie wissen, dass das zwar keine Krankheiten verhindert, aber die rechtzeitige Diagnosestellung doch dazu führt, dass die Krankheit bekämpft und besiegt werden kann. So verbindet man mit der Vorsorgeuntersuchung die Hoffnung zu verhindern, dass eine schwere Krankheit z.B. Krebs erst in einem späten und damit unheilbaren Stadium entdeckt wird. Die Möglichkeit, helfend und heilend eingreifen zu können, gibt den Früherkennungsuntersuchungen ihre eigentliche Berechtigung.

Auf diesem Hintergrund ergibt sich bei der Früherkennung des Bauchaortenaneurysmas ein Problem: In diesem besonderen Fall ist es nämlich nicht so, dass die frühzeitige Diagnosestellung in der Regel dazu führt, dass bekannte Therapiemaßnahmen eingeleitet werden und somit ein Fortschreiten der Erkrankung verhindert wird oder sogar eine Heilung möglich wäre. Anders als bei den meisten anderen Erkrankungen bleibt hier nämlich meist nur die Option abzuwarten, regelmäßige Kontrollen durchzuführen und zu einem späteren Zeitpunkt, wenn das Aneurysma eine bestimmte Größe erreicht oder überschritten hat, zu operieren.

Für die Patienten bedeutet dies, dass sie zwar um die Erkrankung einschließlich deren möglicherweise lebensbedrohlichen Folgen wissen, ohne dass ihnen eine effektive Therapie angeboten werden kann. Meistens werden den Patienten zwar

einige Verhaltensmaßregeln mitgegeben, die sie vor einer plötzlichen Ruptur schützen sollen, wie z.B. nicht schwer heben, nicht stark husten oder pressen, den Blutdruck und den Cholesterinwerte gut einstellen oder mit dem Rauchen aufhören. Aber letztlich weiß der Patient doch, dass weder er noch sein Hausarzt irgendetwas tun können, dass das Bauchaortenaneurysma kleiner werden oder verschwinden lässt. So kann bei dem Patienten das Gefühl aufkommen, dass er mit einer „Zeitbombe im Bauch“ lebt, die jederzeit explodieren kann. Man kann sich daher vorstellen, dass dieses Wissen um die „Zeitbombe im Bauch“ eine erhebliche psychische Belastung darstellt.

2.2 Fragestellungen der Studie

Ausgehend von dem geschilderten Problemhintergrund wird die vorliegende Studie im einzelnen folgenden Fragen nachgehen:

2.2.1 Epidemiologische Fragen

- a. Wie viele Patienten mit Bauchaortenaneurysmen sind in den Praxen bekannt?
- b. Wie groß sind die bekannten Aneurysmen, wie ist das beobachtete Wachstumsverhalten?
- c. Welcher Anteil der Aneurysmen ist operationsbedürftig, welcher Anteil bereits operiert?

2.2.2 Diagnostischer Umgang mit dem Bauchaortenaneurysma:

- a. Bei welchen Gelegenheiten werden Bauchaortenaneurysmen entdeckt?
- b. Gibt es eine gezielte und damit zugleich eine inoffizielle Früherkennungsstrategie einzelner Ärzte in Richtung auf das Bauchaortenaneurysma?
- c. In welcher Weise werden –retrospektiv vom Arzt und Patienten beurteilt- die Aufklärungsgespräche über ein relevantes Aneurysma geführt?

2.2.3 Kenntnisstand der Patienten über ihre Erkrankung

- a. Wie groß ist der Informationsstand der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung?
- b. Wissen die Patienten um die Notwendigkeit der Kontrolle?

- c. Wissen die Patienten um die Möglichkeit der Ruptur mit letalen Folgen?

2.2.4 *Psychische Belastung*

- a. Besteht eine lebensbegleitende Angst, die sich auf das Bauchaortenaneurysma bezieht?

2.2.5 *Umgang mit dem Wissen um das Bauchaortenaneurysma?*

- a. Wie ordnen Patienten ihr BAA in ihr Leben ein? Wie gehen sie mit „ihrem Befund“ um?
- b. Gibt es Unterschiede zwischen den ärztlichen und den patientenseitigen Einschätzungen einer psychischen Belastung durch das BAA?
- c. Gibt es Unterschiede in der psychischen Belastung bei Patienten mit oder ohne Operationsindikation?

3. Literaturübersicht:

Bevor wir uns der eigentlichen Arbeit mit ihren Vorgehensweisen und Ergebnissen zuwenden, soll zunächst ein kurzer Überblick über die Literatur zum Thema gegeben werden, der auch Aspekte der o.g. Fragestellungen dieser Arbeit beleuchtet. Es erschien sinnvoll, dieses Kapitel den anderen voran zu stellen, da dies auch unserer Arbeitsweise entsprach: Zunächst wurde die Literatur zum Thema Screening und dessen psychologischen Konsequenzen gesichtet, um den aktuellen Forschungsstand auf jeder Stufe von Planung und Durchführung der vorliegenden Studie, angefangen von der Entwicklung der Fragestellung bis hin zur Diskussion der Ergebnisse, angemessen berücksichtigen zu können.

3.1 Einführung

Bisher wurden Screeninguntersuchungen anhand von Größen wie Mortalität, Morbidität und Gewinn an Lebensjahren bewertet. Zunehmend findet aber nun auch die Lebensqualität Beachtung. In diesem Zusammenhang wurde der Verdacht geäußert, dass Screening an sich die Lebensqualität reduzieren könnte.

Dieser Aspekt ist für Menschen, bei denen durch eine Screeninguntersuchung eine effektiv behandelbare Erkrankung aufgedeckt wird, kaum von Bedeutung; der Gewinn durch die Behandlung der Erkrankung wiegt in diesen Fällen eine Einschränkung der Lebensqualität durch den Screeningprozess in aller Regel mehr als auf. Dies gilt zumindest dann, wenn der durch das Screening erzielte „Zeitgewinn“ hinsichtlich der Diagnosestellung eine deutliche Verbesserung des Behandlungsergebnisses bedeutet. Hingegen muss die Frage der Lebensqualität bei der – meist weit größeren - Gruppe von Screeningteilnehmern berücksichtigt werden, bei denen sich aus dem Screening keine Behandlung einer Erkrankung ergibt. Dazu gehören zunächst Menschen mit Screeningergebnissen, deren Befunde nicht ganz eindeutig sind, bei denen eine weitere Kontrolluntersuchung durchgeführt werden muss (z.B. eine Wiederholung des Cervixabstrichs oder eine Biopsie nach einer suspekten Mammografie). Im weiteren sind zu dieser Gruppe Personen zu rechnen, bei denen zwar eine Erkrankung oder ein Erkrankungsrisiko festgestellt wird, ohne dass jedoch eine Behandlung zum aktuellen und/oder einem späteren Zeitpunkt erforderlich oder möglich ist. Schließlich sind auch jene

Screeningteilnehmer zu berücksichtigen, denen ein (korrekt) negatives Screeningergebnis mitgeteilt wird. Selbst solche Menschen werden allein durch den Prozess des Screenings an die Möglichkeit einer ernsten Erkrankung und an ihre Sterblichkeit erinnert. Daraus kann sich eine psychische Belastung ergeben, die die Lebensqualität vorübergehend oder dauerhaft reduziert; dies alles, ohne, dass sie vom Screening einen Nutzen haben.

Als Konsequenz aus diesen Überlegungen ist eine sorgfältige Analyse der psychologischen Konsequenzen von Screeninguntersuchungen empfohlen worden. In Dänemark wird inzwischen von Lindholt et al. eine entsprechende Analyse vor Einführung eines neuen Screening-programmes gefordert (Lindholt J S, Vammen S et al, 2000).

3.2 Vorgehensweise

Um den aktuellen Forschungsstand zu den psychologischen Effekten von Screeninguntersuchungen zu ermitteln, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Dazu wurde über die drei Systeme OVID, PUBMED und DIMDI in der MEDLINE gesucht. Immer wurde der Zeitraum von 1991 bis 2001 als ausreichend angesehen und bei der Suche angegeben. Grundsätzlich wurden zunächst die verschiedenen Suchbegriffe eingegeben, anschließend wurde über „freie Hand Suche“ und „related articles“ weiter gesucht.

Allerdings wurden darüber keine Artikel gewonnen, da die „related articles“ inhaltlich meist doch nicht so eng mit dem gesuchten Thema übereinstimmten. So gab es z.B. nur sieben Artikel unter den Suchworten „screening“ und „abdominal aortic aneurysm“ und „psychology“. Bei einem dieser Artikel waren z.B. über 240 „related articles“ angegeben. Diese bezogen sich dann aber ausschließlich auf Screening von Aortenaneurysmen, aber nicht auf die psychologischen Effekte, die dabei auftreten können. Und gerade dieser Punkt war für diese Arbeit von besonderem Interesse.

Da es zunächst ganz allgemein um psychologische Effekte gehen sollte, die durch Screening ausgelöst und verursacht werden könnten und um die Frage, wie Umgangsstrategien der Menschen mit (evt. belastenden)

Screeninguntersuchungen sind, wurden als Suchbegriffe „screening“ und „psychological consequences“ or “psychology“, bzw. „screening“ und „coping“ oder „depression“ eingegeben. Dabei wurden teils über mehrere Tausend Artikel ausfindig gemacht. Da dies einerseits recht viel erschien, es andererseits aber doch immer um ganz konkrete Erkrankungen, deren Screening und psychologische Konsequenzen ging, wurde beschlossen, die Suche einzuschränken auf einige wenige Erkrankungen: Gesucht wurden hier solche, die eine strukturell ähnliche Problematik wie die bei dem Screening auf Bauchaortenaneurysmen aufweisen: Dies besteht darin, dass man etwas entdeckt, was –erst einmal- nur beobachtet werden muss, also keine Therapie nach sich zieht. Eine Entdeckung der Erkrankung führt nicht unweigerlich zu einer sofortigen Operation oder medikamentösen Therapie, sondern es wird erst einmal abgewartet, wie sich die Krankheit (oder die vermeintliche Krankheit) weiter entwickelt, bevor entschieden wird, ob eine bestimmte Therapie sinnvoll und hilfreich ist. Ein Beispiel hierfür ist das Prostatakarzinom, bei dem bei Diagnosestellung oft nicht gesagt werden kann, welche Therapie (ob Operation oder Bestrahlung) oder ob abwartendes Offenhalten („watchful waiting“) das Beste für den Patienten ist. Auch bei einer Erkrankung wie Chorea Huntington, bei der es die Möglichkeit gibt, einen genetischen Test durchführen zu lassen, ist es so, dass nach Erhalt des Testergebnisses keine Beeinflussung der Erkrankung möglich ist und für die Betroffenen nur die Option bleibt abzuwarten. Ein anderer (aber in gewisser Hinsicht auch ähnlicher) Fall liegt bei Frauen vor, bei denen eine Mammografie mit einem möglichen, nicht aber sogleich belegbaren, positiven Ergebnis angefertigt wurde. Auch hier gibt es für die Betroffenen keine Möglichkeit, aktiv zu werden, die (vermeintliche) Krankheit zu „bekämpfen“, Medikamente zu nehmen oder ähnliches. Ihnen bleibt nichts zu tun, als z.B. die Feinnadelbiopsie oder eine erneute Untersuchung abzuwarten, die das Ergebnis bestätigen oder korrigieren soll.

Da sich dies mit dem deckt, was die Aneurysmapatienten wahrscheinlich erleben, wurde in der Literatur nach Artikeln gesucht, die sich mit oben genannten Erkrankungen beschäftigen.

Dabei wurden folgende Suchbegriffe eingegeben:

Screening	DIMDI	OVID	PUBMED
Screening und mammography und coping	9	10	7
Screening und mammography und psychology	37	36	41
Screening und mammography und psychology und study	35	36	31
Prostate cancer und coping	15	16	47
Prostate cancer und psychology	6	7	5
Prostage cancer und depression	35	25	10
Screening und prostate cancer und psychology	16	0	12
Screening und prostate cancer und watchful waiting	18	21	5
Screening und prostate cancer und coping	1	1	12
Screening und prostate cancer und watchful waiting und psychology	1	13	1
Screening und prostate cancer und watchful waiting und depression	1	2	0
Screening und prostate cancer und watchful waiting und coping	1	4	0
Prostate cancer und genetic test	1	1	21
Screening und (Chorea) Huntington und psychology	1	0	2
Screening und (Chorea) Huntington und coping	8	3	5
Screening und (Chorea) Huntington und psychology	15	2	0
Genetic test und Huntington und psychology	0	0	1
Genetic test und Huntington und coping	0	0	0
Genetic test und Huntington und depression	19	26	27
Screening und abdominal aortic aneurysm	14	17	13
Screening und abdominal aortic aneurysm und psychology	7	0	0
Screening und abdominal aortic aneurysm und coping	0	0	0
Screening und abdominal aortic aneurysm und depression	2	0	1

Die resultierende Titelliste wurde auf Relevanz überprüft. Dies bedeutete, dass bei vielen Artikeln schon anhand der Überschrift zu erkennen war, dass sie für die vorliegende Fragestellung keine Bedeutung haben. So ging zum Beispiel aus dem Titel hervor, dass es sich um bereits an Brustkrebs erkrankte und schon voroperierte Frauen handelte, oder solche Männer mit Prostata-Karzinom, die schon eine Chemotherapie und Bestrahlung hinter sich hatten. Alle Artikel, die irrelevant erschienen, wurden in die weitere Bearbeitung nicht mit einbezogen. Bei anderen Artikeln konnte erst nach Durchlesen der „abstracts“ beurteilt werden, dass sie für diese Arbeit nicht in Frage kämen. Bei anderen stellte sich nach dem Lesen des Volltextes heraus, dass sie mit dem eigentlichen Thema doch nicht so viel zu tun hatten. So reduzierte sich die anfangs teils hohe Zahl von Artikeln auf nur wenige wirklich relevante.

Im folgenden werden die Arbeiten nach ihren Screening-Ziel geordnet vorgestellt.

3.3 Psychologische Effekte des Mammographie-Screenings

Viele Artikel zu diesem Thema beschäftigten sich mit der Frage, wie die psychische Belastung von Frauen ist, die bei einer Screeninguntersuchung davon erfahren, dass sie an Brustkrebs leiden. Die Angst vor der bevorstehenden Operation, Chemotherapie oder Bestrahlung sind gewiss große psychische Belastungen. Trotzdem wurde auf diese Artikel verzichtet, da sie mit der eigentlichen Fragestellung, wie Menschen damit umgehen, eine Erkrankung zu haben, bei der man nichts tun kann, außer abzuwarten, wie es sich weiter entwickelt, nicht so viel zu tun haben. Auch die evt. veränderte Partnerbeziehung von z.B. Brust amputierten Frauen ist untersucht worden oder das Screeningverhalten von Frauen, die ein Mammakarzinom gehabt haben. Abgesehen von „reviews“, die für diese Arbeit nicht verwendet wurden, gab es auch etliche Artikel mit recht speziellen Fragestellungen, wie z. B. „das Brustkrebsscreeningverhalten von russischen Juden nach ihrer Auswanderung nach Israel“ oder „das Brustkrebsscreeningverhalten bei lesbischen oder bisexuellen Frauen“. Nach dem nun alle solche Artikel aus o.g. Gründen

aussortiert wurden, reduzierte sich der Bestand auf die im Folgenden ausgeführten Studien:

Olsson et al. fragten sich, wie Frauen mit falsch positiven Ergebnissen beim Mammografie-Screening umgehen (Olsson P, Armelius K et al., 1999).

Dazu wurde in Schweden eine prospektive Studie durchgeführt. Es wurden 252 Frauen, bei denen eine Mammografie durchgeführt wurde und die aufgrund eines fragwürdigen Befundes erneut zu einer weiteren Untersuchung eingeladen wurden, befragt. Diese 252 Frauen sollten zweimal einen Fragebogen ausfüllen: einmal eine Woche nachdem sie das Ergebnis erhalten hatten, dass doch alles in Ordnung sei, und einen sechs Monate später. Eine Stichprobe von 1104 Frauen mit negativen Mammografieergebnissen wurde als Kontrollgruppe gewählt und mit der anderen Gruppe verglichen. Der Fragebogen enthielt neben soziobiographischen Daten den „Psychological Consequences Questionnaire“, einen standardisierten Fragebogen.

Es antworteten 93% aus der 1. Gruppe und 89% aus der Kontrollgruppe. Dabei stellte sich heraus, dass der psychische Stress auch noch sechs Monate nach der „guten Nachricht“ bei den Frauen, die diese nicht sofort nach der Mammografie, sondern erst nach einer erneuten Untersuchung erhielten, signifikant höher war, als bei den anderen Frauen. Frauen mit niedrigem Bildungsstand, solche, die in hoch besiedelten Gebieten wohnten und solche, die nur ein Kind oder gar keines hatten, waren besonders betroffen. So war es möglich, anhand der Studie eine Gruppe von Frauen zu definieren, die mit einem falsch positiven Ergebnis schlechter umgehen können als andere Frauen. Schlussfolgernd heißt es, dass diesen Frauen eine Beratung oder unterstützende Begleitung angeboten werden sollte.

Auch **Lindfors et al.** untersucht Frauen mit falsch positiven Ergebnissen beim Mammografie-Screening und den Einfluss von sofortigen oder späteren Untersuchungen zur Überprüfung der Richtigkeit des Ergebnisses (Lindfors KK, O’Conner J, 2001). Dazu wurde eine Umfrage bei Frauen durchgeführt, bei denen sich bei der Kontrolluntersuchung ein harmloser, benigner Befund zeigte. Diese Frauen wurden in zwei Gruppen eingeteilt und zwar in diejenigen, bei denen beim 1. Arzttermin der positive Befund sofort überprüft wurde, und in diejenigen, die

später zu einer weiteren Untersuchung einbestellt wurden. Die Umfrage umfasste Fragen zum psychischen Stress im Zusammenhang mit dem Screening. Dies wurde gemessen anhand der „five-point Likert-type-scale“, auf der zwischen „gar nicht“, „wenig“, „mäßig“, „sehr“ und „extrem“ „stressfull“ unterschieden werden konnte. Es antworteten 50% der Frauen, die sofort und 40% der Frauen, die erst später noch weitergehend untersucht wurden. Dabei stellte sich heraus, dass der Stress in der letzten Gruppe signifikant höher war als in der ersten. Außerdem zeigte sich, dass die psychische Belastung bei Frauen unter 50 Jahren und bei Verwandten 1. Grades von Brustkrebspatientinnen waren, besonders hoch war. Als Konsequenz dieser Studie heißt es, dass die sofortige Überprüfung eines positiven Mammografieergebnisses den psychischen Stress bei den betroffenen Frauen erheblich reduzieren könnte.

Auch **Cockburn et al.** interessierten sich für die psychologischen Konsequenzen des Mammografie-Screenings und führten in Melbourne, Australien eine Pilotstudie durch (Cockburn J, Staples M et al.; 1994). Dabei füllten Frauen, die am Screening teilnahmen, einen Fragebogen aus, der sowohl emotionale und soziale als auch physiologische Aspekte erfassen sollte. Dabei handelte es sich um den –auch schon von Olsson verwendeten– „Psychological Consequences Questionnaire“, der auf Reliabilität und Validität überprüft ist. Es wurden zwei Gruppen gebildet: in der ersten Gruppe waren 142 Frauen, bei denen in der Mammografie kein auffälliger, suspekter Befund zu finden war. Diese Frauen füllten den gleichen Fragebogen vier mal aus: 1. zum Zeitpunkt des Screening, 2. kurz vor Erhalt des Ergebnisses, 3. eine Woche nach dem Bescheid, dass alles in Ordnung sei und 4. acht Monate nach dem Screening. In der zweiten Gruppe („recall-group“) waren 52 Frauen, bei denen zunächst ein suspekter Befund diagnostiziert wurde, und die daraufhin zu einer weiteren Untersuchung einbestellt wurden. Diese Frauen füllten den Fragebogen zu den gleichen Zeitpunkten aus, wie die Frauen der ersten Gruppe und zusätzlich während sie auf den Termin zur Kontrolluntersuchung warteten. Eine Kontrollgruppe von Frauen, ohne verdächtigen Befund, beantworteten den Fragebogen eine, zwei und drei Wochen und 8 Monate nach der Zustimmung zur Teilnahme an der Studie.

Die Auswertung der Ergebnisse ergab, dass sich die emotionalen, sozialen und physiologischen Funktionen in der ersten Screening-Gruppe über den Zeitraum hinweg nicht veränderten und auch im Vergleich zur Kontrollgruppe kein Unterschied vorhanden war. Dagegen lagen die Werte von emotionaler und physiologischer Dysfunktion in der „recall-group“ signifikant höher als in der Vergleichsgruppe. Sie waren am höchsten während des Wartens auf die Kontrolluntersuchung. Die Differenz innerhalb dieser Gruppe und im Vergleich zu den anderen Gruppen war acht Monate nach dem Screening nicht mehr nachweisbar. Soziale Dysfunktionen veränderten sich über den Zeitraum hinweg nicht; auch gab es in dieser Hinsicht keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Wenn man nun davon ausgeht, dass ca. 10% der Frauen nach einer Mammografie aufgrund suspekter Befunde zu einer weiteren Untersuchung einbestellt werden, wird deutlich, wie viele Frauen unter negativen psychologischen Konsequenzen zu leiden haben.

Auch **Lerman et al.** setzten sich mit den psychologischen Nebenwirkungen von Brustkrebsscreening auseinander (Lerman C, Trock B et al., 1991). Die Autoren beschäftigten sich mit der Frage, welchen Einfluss der Befund einer auffälligen Mammografie sowohl auf die Ängstlichkeit der Frauen als auch ihre Sorge, an Brustkrebs zu erkranken, sowie die Häufigkeit der Selbstuntersuchung und die Absicht, weitere Mammografien durchführen zu lassen, hat.

Es wurde ein Telefonumfrage bei 308 Frauen über 50 Jahren durchgeführt, dies ungefähr drei Monate nach einem Mammografie-Screening. In dieser Gruppe waren Frauen mit einem suspekten, krankhaften, einem nicht-suspekten und einem normalen Mammografiebefund eingeschlossen.

Dabei zeigte sich, dass bei Frauen mit einem suspekten Befund der Grad an Ängstlichkeit und die Sorge, Brustkrebs zu haben, deutlich und signifikant erhöht war. Dies schlug sich auf ihre Stimmung und auch ihr körperliches Wohlbefinden nieder. Der Befund bestand auch noch, wenn mittels einer Kontrolluntersuchung eine Brustkrebserkrankung ausgeschlossen war.

Außerdem fand man heraus, dass Frauen mit nur mäßiger Angst vor Brustkrebs häufiger Selbstuntersuchungen der Brust vornahmen, als Frauen mit einerseits ganz starker oder andererseits sehr geringer Angst.

Die Sorge vor Brustkrebs, ein suspekter Befund bei der Selbstuntersuchung und die Ermutigung des Arztes wurden als unabhängige Faktoren identifiziert, die die Absicht, eine Mammografie durchführen zu lassen, positiv beeinflussen.

Obwohl die Häufigkeit der Teilnahme von Frauen an Brustkrebscreening in den letzten Jahren in den USA zugenommen hat, bleiben die Zahlen doch immer noch unter dem angestrebten Ziel. **Curry et al.** wollten untersuchen, ob vermehrtes Wissen über Risikofaktoren oder die Art der Einladung zum Screening (mehr allgemein gehalten oder persönlich) Einfluss hat auf die Teilnahme am Screening. Dazu wurden 2076 Frauen, über 50 Jahre, die Mitglieder einer „health maintenance organization“ waren, in 4 vergleichbare Gruppen eingeteilt. Die Gruppe 1 erhielt eine sehr allgemein gehaltene Einladung zum Screening, die Gruppe 2 eine Einladung, die allgemeine Informationen über Risikofaktoren für Brustkrebs enthielt, die Gruppe 3 bekam zusätzlich einen Fragebogen über individuelle Risikofaktoren zugeschickt und die Gruppe 4 erhielt neben dem Fragebogen auch eine persönliche Einladung. Innerhalb der nächsten zwölf Monate wurde mit Hilfe der elektronischen Patientenverwaltung erfasst, wie viele und welche Frauen an einem Mammografiescreening teilgenommen hatten. Dabei stellte sich heraus, dass die durchschnittliche Teilnehmerrate bei 37,5% lag und sich in den vier Gruppen nicht signifikant unterschied. Am höchsten war die Rate bei Frauen zwischen 60 und 69 (42,7%) verglichen zu den Frauen zwischen 50 und 59 Jahren (35%), am niedrigsten lag sie bei den über 70jährigen (33%). Frauen mit einer positiven Familienanamnese, die ihr persönliches Risiko für größer hielten als diejenigen ohne eine positive Familienanamnese, nahmen deutlich häufiger am Screening teil, als die anderen Frauen (67%).

Die Autoren konnten also zeigen, dass die Bereitschaft an einem Mammografiescreening teilzunehmen, mit der Einschätzung des persönlichen Risikoprofils korreliert. Die Art der Einladung zum Screening spielt dagegen weniger eine Rolle.

Lowe et al. untersuchten den psychologischen Stress von Frauen mit abnormalen Befunden beim Mammografie-Screening (Lowe JB, Balande KP et al., 1999).

In dieser prospektiven Studie wurde bei Frauen, die an einem Mammografie-Screening teilgenommen hatten, mittels eines Fragebogens physiologisches, soziales und emotionales Wohlbefinden gemessen. Dafür wurde sowohl der „General Health Questionnaire“, einem standardisierten Instrument, mit dem man vorwiegend „Wohlbefinden“ misst, als auch der „Psychological Consequences Questionnaire“ benutzt. In dieser Gruppe waren zum Teil auch Frauen, die aufgrund der Unsicherheit des Befundes zu einer Kontrolluntersuchung erneut einbestellt wurden (im Folgenden „recall-group“ genannt). Von den 224 angeschriebenen Frauen, antworteten 182. Die Messungen erfolgten mehrfach und zwar vor dem Screening, zum Zeitpunkt der Einladung zur erneuten Vorstellung in der Klinik und einen Monat später. Diese Daten wurden mit denen einer Kontrollgruppe verglichen, deren Frauen nicht noch einmal einbestellt werden mussten („non-recall-group“).

Im Gegensatz zu der letzten Gruppe stieg in der „recall-group“ der Grad an Beunruhigung und Sorge während der Zeit bis zur erneuten Einbestellung an und sank auch nach einem Monat nicht ab, selbst dann nicht, wenn der Brustkrebsverdacht unbegründet blieb. Ebenso nahm bei diesen Frauen in der Zeit das körperliche und soziale Wohlbefinden ab.

Frauen mit normalen Ergebnissen beim Screening erlebten keinen Anstieg an psychischem Stress; im Gegenteil: die Sorge, an Brustkrebs zu leiden, nahm ab. Zu einem signifikanten Anstieg des Grades der Beunruhigung kam es hingegen in der „recall-group“. Dies bestätigte sich auf dem Fragebogen auch noch einen Monat später.

Sutton et al. untersuchten, ob eine Mammografie im Routinescreening bei Frauen, die ein negatives Ergebnis erhalten, Ängste hervor ruft. Dazu füllten die Frauen einen Fragebogen aus und zwar einmal bevor sie die Einladung zum Screening erhielten, einmal direkt vor oder nach dem Screening und als letztes neun Monate später. Nähere Angaben zu dem Fragebogen fehlten in dem vorliegenden Text.

Die Umfrage wurde bei zwei verschiedenen Stichproben durchgeführt. Stichprobe A umfasste 1500 Frauen, zwischen 50 und 64 Jahren, die telefonisch zu einer Mammographie in einer „mobilen Screeningeinheit“ eingeladen wurden. Davon füllten zunächst 1021 Frauen einen Fragebogen aus, nach neun Monaten antworteten nur noch 795. Von diesen Frauen hatten 100 nicht am Screening teilgenommen, von den 695 Teilnehmerinnen erhielten 24 ein falsch positives Ergebnis.

In der Stichprobe B wurden 868 Frauen, die in einem Zeitraum von 3 Monaten eine Mammografie in einem Zentrum durchführen ließen, befragt; davon füllten 732 Frauen den Fragebogen aus. Insgesamt erhielt man nur in 306 Fällen vollständig auswertbare Daten, 10 davon von Frauen, die falsch positiv getestet wurden. Die hauptsächliche Analyse basierte auf den Antworten dieser 306 Frauen und der 100 Nichtteilnehmer aus Stichprobe A.

Es stellte sich heraus, dass zu keinem Zeitpunkt der Untersuchung nennenswerte Ängste vorhanden waren. Die allgemeine Ängstlichkeit (gemessen vor der Einladung zum Screening) hat keinen Einfluss auf die Teilnahme am Mammographiescreening. Es gab keinen Unterschied zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern bezüglich des Ängstlichkeitsgrades. Wie erwartet, zeigte sich, dass die Ängstlichkeit bei Frauen mit einem falsch positiven Ergebnis am höchsten war zu dem Zeitpunkt, als sie von dem kontrollbedürftigen Befund erfuhren, also in einem Stadium der Unsicherheit.

Zusammenfassung: Ängstlichkeit scheint bei Frauen mit einem negativen Testergebnis beim Routinescreening kein wirkliches Problem zu sein. Dies steht im Gegensatz zu dem Hauptkritikpunkt gegen Brustkrebsscreeningprogramme. Da die Angst bei Frauen mit einem falsch positiven Ergebnis am größten in der Phase der Unsicherheit ist, wird von den Autoren gefordert, den Zeitraum zwischen Untersuchung und Ergebnismitteilung so kurz wie möglich zu halten.

Aus all diesen Untersuchungen geht hervor, dass nicht nur der Befund „Brustkrebs“ Ängste bei Frauen auslöst, sondern schon der Verdacht darauf. Selbst wenn er später nicht bestätigt wird, führt er bei den Betroffenen auch teils

zu länger anhaltender Beunruhigung. Die Zeit bis zur endgültigen Diagnosestellung kann für die Frauen, die in Unsicherheit bezüglich ihrer Befundes leben, mit besonders großer psychischer Belastung verbunden sein, so dass gefordert wird, diese so kurz wie möglich zu halten.

3.4 Psychologische Effekte des Prostatakrebs-Screenings

Bei der Suche nach Artikeln zu diesem Thema fiel auf, dass sich viele mit schon operierten, bestrahlten oder chemotherapeutisch behandelten Patienten befassen. Einige beschäftigten sich mit der Partnerbeziehung, die Sicht der Ehefrauen wurde mit untersucht. Manche Artikel gingen so gut wie gar nicht auf die „psychologischen Aspekte“ der Krankheit ein, obwohl unter o.g. Suchbegriffen gesucht wurde. Andere Artikel befassten sich mit hier randständigen Fragestellungen oder waren als „reviews“ für die vorliegende Arbeit nicht geeignet. So reduzierte sich auch hier die anfängliche Zahl der, für diese Arbeit interessanten, Artikel ganz erheblich.

Annähernd 5-10 % von Prostatakrebskrankungen beruhen auf einer dominant erblichen Anfälligkeit für diese Krankheit. Und obwohl sich die Forschung heutzutage mit den genetischen Mechanismen der Vererbung von Prostatakrebs beschäftigt, ist bisher wenig über die psychologischen Konsequenzen solcher Tests für Männer mit einem erhöhten Prostatakrebs-Risiko bekannt.

Bratt et al. beschäftigen sich mit der Risikowahrnehmung, dem Interesse an genetischen Tests, der „Krebs-Angst“ und dem Screeningverhalten von nicht an Prostatakrebs erkrankten Männern. Die untersuchten Probanden waren zwischen 40 und 72 Jahren alt, in ihrem Stammbaum war durchgängig erblich bedingter Prostatakrebs zu finden und ihr geschätztes Lebenszeitrisko, am Prostatakarzinom zu erkranken betrug 35-45% (Bratt O, Damber JE et al.; 2000). Die „Krebs-spezifische Angst“ wurde einerseits durch direkte Fragen erfasst (z.B. Haben Sie Angst an erblich bedingten Prostatakrebs zu erkranken? Antwortmöglichkeiten: Ja, oft; Ja, manchmal; Ja, selten; Nein, nie.) andererseits durch die „Impact of Event Scale“, diese misst Reaktionen auf einen spezifischen Stressor, in diesem Fall das „Prostata-Ca“. Auf einer 4-Punkte-Scala kann

zwischen „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ gewählt werden. Außerdem wurde die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ verwendet, diese misst mit je sieben „items“ Angst und Depressionen auf einer 4-Punkte Scala von 0-3).

Die Fragebögen wurde an 120 Männer geschickt, von denen 110 antworteten. Von diesen befürchteten 82%, Prostatakrebs „geerbt“ zu haben, 31% fühlten sich von dieser Sorge in ihrem Alltag beeinträchtigt Mehr als 40% schätzten das Risiko, in ihrem Leben an Prostatakrebs zu erkranken, höher als 2/3 ein. Dies ging bei einigen Männern nach eigenen Angaben mit „depressiven Symptomen“ wie z.B. Grübeleien, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit einher. An einer regelmäßigen Screeninguntersuchung nahmen 2/3 der über 50jährigen teil. Interessanterweise gingen diejenigen mit der größten Sorge und dem höchsten Grad an (durch Krebsangst ausgelösten) Stress weniger häufig zu den Vorsorgeuntersuchungen. Allerdings sagten 94% aller befragten Männer, sie seien an einem genetischen Test interessiert.

Aus dieser Studie wurde geschlossen, dass erhöhte vererbliche Empfänglichkeit für Prostatakrebs bei den Betroffenen signifikant nachweisbare psychische Konsequenzen nach sich zieht. Die Autoren weisen auf die Wichtigkeit hin, den Männern mit erhöhten Risiko, von dieser Krankheit befallen zu werden, gründliche und wiederholte Informationen zu geben.

Mit einem ähnlichen Thema beschäftigen sich wieder **Bratt et al.**, indem sie Männer mit Prostatakrebs (n=69) und ihre nicht erkrankten Söhne (n=101) befragten (Bratt O, Kristoffersson U et al.; 1997). Dabei bekamen alle Teilnehmer einen Fragebogen zugeschickt und wurden außerdem noch telefonisch interviewt. Neben soziodemografischen Daten (Alter, Familienstand, Zahl und Geschlecht der Kinder, Beruf) ging es bei der Befragung hauptsächlich um die Erkrankung des Vaters (lokale Begrenzung des Tumors, Metastasen, bisherige Behandlung, Symptome der Erkrankung). Die Antwortrate war sehr hoch, sie betrug 99% bei den Söhnen und 94% bei den Vätern. 60% der Söhne berichteten, sie seien wegen des erhöhten Risikos, an Prostatakrebs zu erkranken, beunruhigt. Über 90% wüssten gerne, ob die Erkrankung des Vaters erblich sei oder nicht und wären nicht abgeneigt, sich einem genetischen Test zu unterziehen oder an einem

Screening teilzunehmen. Das Interesse, ob der Prostatakrebs des Vaters erblich sei oder nicht, war in einigen Subgruppen von Söhnen besonders hoch: Söhne jüngeren Alters, mit größerer Sorge auch zu erkranken. Außerdem waren Söhne, die selbst Väter waren, besonders solche von Söhnen, besonders interessiert an der Frage der Erbllichkeit des Prostatakrebs und besonders auch Söhne, deren Väter kurativ behandelt wurden.

Die Autoren schließen aus den beschriebenen Ergebnissen, dass genetische Beratung und ein Screeningprogramm für die Betroffenen einen erheblichen psychologischen Nutzen in den Familien mit gehäuften Auftreten von Prostatakrebs haben könnte.

Gustafsson et al. beschäftigten sich außerhalb der Frage genetischer Belastung mit den psychologischen Reaktionen von Männern, die an einem Screening für Prostatakrebs teilgenommen haben; speziell mit denen, die ein falsch positives oder ein richtig positives Testergebnis erhielten (Gustafsson O, Theorell T et al., 1995). Es wurden 2400 Männer randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt. Die eine Hälfte nahm am Screening teil, die andere diente als Kontrollgruppe. Die psychophysische Reaktionen wurden durch Messungen des Serum-Cortisolspiegels eingeschätzt und die psychologischen Reaktionen durch einen Fragebogen erfasst. Dabei handelte es sich um den hier schon mehrmals erwähnten „Psychological Consequences Questionnaire“. Die Messungen wurden zum Zeitpunkt des Screenings und zwei Wochen später durchgeführt. Bei denjenigen, bei denen noch eine Biopsie zur Sicherung der Diagnose durchgeführt werden sollte, wurden die Messungen zwei Wochen nach dem Screening, aber bevor sie über das Ergebnis der Biopsie informiert wurden, und außerdem vier und 16 Wochen nach dem Screening durchgeführt. Es stellte sich heraus, dass der Serum Cortisolspiegel bei den Männern während der Zeit der Screeninguntersuchung signifikant höher lag als bei einer Vergleichsgruppe schwedischer Männer mit normaler alltäglicher Belastung. Zwei Wochen nach dem Screening lag der Spiegel bei den untersuchten Männern wieder im Normalbereich. Am höchsten lag der Cortisolgehalt bei den Männern, bei denen noch eine Biopsie durchgeführt werden musste, kurz bevor sie das Ergebnis dieser Untersuchung erhielten. Anschließend sank der Spiegel ab, ganz unabhängig

davon, ob das Testergebnis positiv oder negativ war. Analog verhielt es sich mit dem -durch den Fragebogen erfassten- psychologischen Stress.

Diese Studie zeigt, wie wichtig es ist, die Anzahl der falsch positiven Ergebnisse deutlich zu reduzieren, um die emotionale Belastung der Betroffenen zu senken. Dazu müssten diagnostische Tests mit höherer Spezifität gefunden werden. Außerdem sollte das Intervall zwischen dem Test und dem Mitteilen des Testergebnisses minimiert werden, da auch in diesem Zeitraum die emotionale Belastung besonders ansteigt.

Mit Kurzzeiteffekten des Screenings für Prostatakrebs beschäftigten sich **Essink-Bot et al.** Sie führten eine Longitudinalstudie durch, bei der sie 626 Teilnehmer und 500 Nicht-Teilnehmer eines Screeningprogrammes untersuchten. Alle füllten einen Fragebogen aus, in dem sie Fragen zum gesundheitsbezogenen und emotionalen Wohlbefinden und ihrem allgemeinen Gesundheitsstatus beantworteten. Zusätzlich beantworteten sie Fragen zur Angst bezüglich Prostatakrebs. Dazu wurde ein selbst entworfener Fragebogen und der „Medical Outcome Study 36-Item Short-Form Health Survey“ benutzt, ein Fragebogen, der den allgemeinen Gesundheitsstatus erfragt.

Von 37% der Befragten wurde über körperliche Beschwerden während der digital-rektalen Untersuchung und während des transrektalen Ultraschall berichtet. Sonst gab es während des Screenings keine Änderungen bezüglich des Gesundheitsstatus, der Angst vor Krebs oder anderen psychologischen und sozialen Funktionen. Nur bei Männern mit hoher Prädisposition zu Ängstlichkeit, stieg die Angst während des Screenings.

Schlussfolgernd heißt es, dass es keinen Hinweis dafür gibt, dass Prostatakrebs-Screening negative Kurzzeiteffekte bezüglich des Gesundheitsstatus verursacht. Man vermutet, dass unerwünschte Effekte doch erst hauptsächlich in der Behandlungsphase auftreten.

Zusammenfassend kann man diesen Studien entnehmen, dass erhöhte, vererbliche Empfänglichkeit für Prostatakrebs eine erhebliche psychische Belastung der Betroffenen nach sich zieht und daher ein Screeningprogramm und genetische Beratung für solche Männer und deren Familien von Nutzen sein könnte.

Wenngleich auch das Prostatakrebs-Screening an sich keine negativen Effekte mit sich bringt, ist doch die emotionale Belastung, für diejenigen mit einem positiven Ergebnis erheblich. Die falsch positiven Tests zu reduzieren und die Zeit zwischen dem Test und der Ergebnismitteilung zu minimieren, da in diesem Zeitraum die emotionale Belastung besonders ansteigt, scheint daher geboten.

3.5 Psychologische Effekte bei Risikopersonen für Chorea Huntington

Die Chorea Huntington, früher auch als Veitstanz bekannt, ist eine dominant vererbte, chronisch progrediente, neuropsychiatrische Krankheit mit motorischen, kognitiven und affektiven Funktionsstörungen, die nach einigen Jahren (10 bis 20) zum Tod führt.

Die Erkrankung manifestiert sich im mittleren Erwachsenenalter, wenn die Betroffenen meist selbst schon Kinder haben. Zu 50% sind auch diese im Sinne der Weitergabe des Gens betroffen. Eine ursächliche Therapie ist nicht möglich, man kann nur symptomatisch mit Krankengymnastik, logopädischer Behandlung und kognitiven Trainingsverfahren arbeiten.

Seit einigen Jahren ist es möglich, bei den Kindern von Erkrankten die Erbanlage bereits präsymptomatisch und pränatal fest zu stellen. Dazu müssen allerdings einige Familienmitglieder unterschiedlicher Generationen untersucht werden. Erst 1993 wurde das Gen, das für die Chorea Huntington verantwortlich ist, entdeckt.

Dass dies für die betroffenen Familien vielschichtige psychosoziale Auswirkungen hat, lässt sich leicht vorstellen.

Wie gehen Patienten mit dem Wissen um, eine (hier nicht nur potentiell, sondern sicher) lebensbedrohliche Erkrankung zu haben, auf deren Verlauf sie keinen Einfluss haben? Für diese Fragestellung interessieren am meisten „noch nicht

erkrankte“ Kinder von Eltern mit Chorea Huntington, die aufgrund eines durchgeführten genetischen Testes wissen, dass sie in einigen Jahren auch selber an dieser Krankheit leiden werden oder solche, die sich selber als Risikopersonen einschätzen, da sie über den Vererbungsmodus genau informiert sind.

Mit den psychosozialen Problemen bei Huntingtonscher Chorea beschäftigten sich **Jarka, Brosig et al.** In einem fünfjährigen Projekt kontaktierten die Autoren 131 Personen aus 78 betroffenen Familien. Davon waren 32 Personen an Chorea Huntington erkrankt. Mit allen Personen wurden halbstrukturierte Interviews geführt, die anschließend qualitativ-hermeneutisch analysiert und ausgewertet wurden.

Es ging dabei um Fragen der Diagnoseklärung, der weiteren Krankheitsverarbeitung, die Veränderung der Partner- und der Eltern-Kind-Beziehungen, ebenso um die Verwandtenbeziehungen und das soziale Umfeld. Auch das Verhältnis zu öffentlichen Institutionen und die sozioökonomischen Veränderungen wurden erfasst. Ein für uns wichtiger Punkt sind die Erfahrungen und der Umgang mit der Risikosituation. Da diese Studie von Oktober 1987 bis 1992 durchgeführt wurde, gab es nur wenige bekannte Genträger, da das für diese Krankheit verantwortliche Gen erst im März 1993 entdeckt wurde und vorher nur durch aufwendige Untersuchungen mehrere Familienmitglieder unterschiedlicher Generationen Gewissheit über die Erbanlage geschaffen werden konnte. Trotzdem ließ sich auch hier eine Gruppe von Risikopersonen definieren, nämlich alle Kinder von betroffenen Eltern, die um den Vererbungsmodus und den Verlauf der Krankheit und somit auch um ihr eigenes 50%iges Risiko, an Chorea Huntington zu erkranken, wissen.

Es stellte sich heraus, dass bei -von den Autoren als sensibel bezeichnete- Personen mit eher hohem Bildungsstand (ohne nähere Erläuterung, wie dies gemessen wurde), in deren Herkunftsfamilien oft große Probleme mit dem Umgang mit der Krankheit bestehen, häufiger neurotische bzw. psychopathologische Symptome (z.B. Angstneurose, hypochondrische Selbstbeobachtung, Depression, Essstörung, Suchterkrankung bis hin zu Psychosen) auftraten als in der Normalbevölkerung.

Im Vergleich zu der o.g. Gruppe gibt es andere Personen (auch solche mit eher hohem Bildungsstand), die über einen langen Prozess der inneren Auseinandersetzung mit der Risikosituation berichten. Dadurch sind solche Personen psychisch reflektiert und reflektieren ebenso ihre gesellschaftliche Situation als potentiell Erkrankte. Sie engagieren sich in Selbsthilfegruppen und wehren sich gegen Datenerfassung und Äußerungen, die Krankheit müsse eliminiert werden.

Das Thema „prädiktive Diagnostik“ stieß bei allen Risikopersonen auf breites Interesse. Im Zeitraum des Projektes war nur die Methode der „indirekten Genotypdiagnose“ verfügbar. Dabei gaben aus den 78 kontaktierten Familien 19 Personen Interesse an prädiktiver Diagnostik an und konnten sich vorstellen, die Untersuchung in absehbarer Zeit oder später in Anspruch zu nehmen. Dabei sind psychotherapeutische Hilfen unbedingt erforderlich.

Zusammenfassend stellte sich also heraus, dass die psychischen Strategien der Verarbeitung des genetischen Risikos bei den Betroffenen sehr unterschiedlich waren. Sie variierten von konstruktiver Auseinandersetzung über Verleugnung bis zu dem Wunsch nach genetischer Untersuchung der eigenen Kinder und psychoneurotischer Symptombildung (Jarka M, Brosig et al, 1996). Das Interesse an prädiktiver Diagnostik war bei der Mehrheit der Betroffenen sehr groß. Bei Inanspruchnahme eines Gentestes, wären allerdings psychotherapeutische Hilfen dringend notwendig.

Almqvist et al. untersuchten die Häufigkeit von katastrophalen Lebensereignissen („catastrophic events“) nach einem prädiktiven Test auf Chorea Huntington (CH). Als „catastrophic event“ wurden Selbstmord, Selbstmordversuch und Klinikaufenthalt in der Psychiatrie nach Erhalt eines Chorea Huntington Testergebnisses verstanden. Dazu wurden alle 175 Zentren in 26 Ländern angeschrieben, die einen präsymptomatischen Test für Chorea Huntington anbieten. Diese Zentren sollten für alle ihre Teilnehmer einen Fragebogen ausfüllen, der neben demographischen Daten auch das Testergebnis abfragte. Ausgeschlossen wurden diagnostische Tests von Personen, die bereits symptomatisch waren. Für Personen, bei denen ein „catastrophic event“ eintrat, musste ein zusätzlicher Fragebogen ausgefüllt werden, der über Art und Zeitpunkt

des Ereignisses, klinisches Bild der Erkrankung und Art des präsymptomatischen Tests (Stammbaumanalyse oder Gentest) informierte.

Von 4527 Teilnehmern hatten 44 Personen (0,97%) einen „catastrophic event“: 5 Suizide, 21 Suizidversuche und 18 Klinikeinweisungen in die Psychiatrie. Alle Personen, die einen Suizid durchführten, litten schon an Symptomen von Chorea Huntington, wohingegen nur 52% derjenigen, die einen Selbstmord versuchten, und nur 44% derjenigen, die stationär in einer Psychiatrie aufgenommen wurden, symptomatisch waren. 85% der asymptomatischen Personen, die einen „catastrophic event“ während der ersten fünf Jahre nach dem präsymptomatischen Test erlebten, hatten ein positives Testergebnis (Gentest) bzw. ein erhöhtes Risiko (Stammbaumanalyse) mitgeteilt bekommen.

Faktoren, die mit einem größeren Risiko, einen „catastrophic event“ zu erleiden assoziiert sind, sind a) die psychiatrische Vorgeschichte der letzten fünf Jahre vor dem Test und b) Arbeitslosigkeit. Die Häufigkeit von „catastrophic events“ unterschied sich nicht bei Personen, die von ihrem erhöhten Risiko für Chorea Huntington durch Stammbaumanalyse erfuhren, von solchen, die aufgrund der Genanalyse definitiv davon wussten. Diese Ergebnisse, so die Autoren, fördern die Kenntnis von Häufigkeit, Zeitpunkt und assoziierenden Faktoren von „catastrophic events“. So kann man eine Gruppe von Personen definieren, für die eine unterstützende, psychologische Begleitung wichtig und notwendig wäre.

Zusammenfassung: Insgesamt ist der Anteil, derjenigen, die einen „catastrophic event“ erleiden, mit unter 1% recht gering. Ein Suizid ist immer, die anderen „catastrophic events“ sind häufig mit Auftreten von Symptomen verknüpft. Die Art des präsymptomatischen Tests spielt für das Erleiden von „catastrophic event“s keine Rolle. Arbeitslosigkeit und vorangegangene psychiatrische Erkrankungen sind hingegen Kofaktoren für die Auslösung von „catastrophic events“.

3.6 Psychologische Effekte des Aneurysma-Screenings:

Im zweiten Teil dieses Kapitels werden Arbeiten vorgestellt, die sich mit den psychologischen Auswirkungen von Screening beim Bauchaortenaneurysma beschäftigen. Dabei fanden sich nach Eingabe der Suchbegriffe „abdominal aortic aneurysm“ und „screening“ und „psychology“ oder „coping“ sieben Artikel. Allerdings waren davon nur vier für unsere Fragestellung relevant: ein Artikel bezog sich auf bereits operierte Patienten, in den zwei anderen ging es mehr um epidemiologische als psychologische Aspekte des Screenings.

Dass Screening schwerwiegende psychologische Folgen haben kann, ist ein Argument, das auch gegen das Aneurysma-Screening verwendet wird. **Khaira et al.** behaupten, dass diese These nicht evidenzbasiert ist. Sie untersuchten Männer, die sich einem Aneurysma-Screening unterzogen (Khaira HS, Herber LM et al., 1998). Dabei wurden nur solche Männer in die Studie eingeschlossen, bei denen noch kein Aneurysma bekannt war. Diejenigen, die ein kleines Aneurysma hatten und regelmäßig zur Kontrolle kamen bzw. solche, die auf eine Operation warteten wurden ausgeschlossen. Die Männer beantworteten einen Fragebogen, mit dem ihre psychische Verfassung, z.B. der Grad an Ängstlichkeit oder Depression eingeschätzt werden sollte (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS). Der gleiche Fragebogen wurde einer Kontrollgruppe vorgelegt, die in Alter und Zahl und Art der Begleiterkrankungen mit der 1. Gruppe übereinstimmte. Es zeigte sich keine Differenz im psychischen Befinden zwischen den beiden Gruppen. Dies lässt die Autoren schließen, dass das Aneurysma-Screening keinen Anstieg an Angst oder Depressionen bewirkt, entgegen dem Argument, das bisher gegen das Screening verwendet wurde.

In den Niederlanden wurden von **van der Graaf et al.** (van der Graaf Y, Akkersdijk GJ et al., 1998) Brüder von Patienten mit einem bekannten Bauchaortenaneurysma untersucht, da vermutet wurde, dass diese ein erhöhtes Risiko für die gleiche Krankheit haben. Es wurden Brüder von Patienten zum Screening eingeladen, die sich einer elektiven Aneurysmaoperation unterzogen hatten. Dabei wurden alle Brüder über 50 Jahre zu einer Ultraschalluntersuchung einbestellt. Sie wurden darum gebeten, einen standardisierten Fragebogen zu

ihrem „psychologischen Wohlbefinden“ auszufüllen. Dies sollten sie einmal vor und einmal drei Monate nach dem Screening tun. Von 571 Brüdern, die in Frage kamen, waren 251 bereits verstorben, 35 lebten im Ausland, 16 konnten aus anderen Gründen nicht erreicht werden, von 13 war bekannt, dass auch sie ein Bauchaortenaneurysma hatten und 46 lehnten die Teilnahme am Screening ab. So nahmen 210 Männer die Möglichkeit des Screenings wahr. Es wurde bei 26 Teilnehmern ein Aneurysma erstmals diagnostiziert, das sind 12,6%, bei acht betrug der Durchmesser über 5 cm, und fünf Patienten wurde zu einer elektiven Operation geraten. Die psychischen Auswirkungen (Depression, Ängstlichkeit, Stress oder Wohlbefinden) änderten sich nicht signifikant in den drei Monaten nach dem Screening, auch nicht bei den Patienten, bei denen ein Bauchaortenaneurysma entdeckt wurde. Die Autoren schließen daraus, dass das Screening keinen negativen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden nimmt.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen **M.E. Lucarotti et al.** Sie führten von 9/1990 bis 6/1994 in Gloucestershire bei 10.145 Männern eine recht groß angelegte Studie durch (Lucarotti, ME, Heather BP et al.; 1997).

Dieser Studie lagen als Vermutungen zugrunde, dass schon allein die Einladung zu einem Screening beunruhigend wirkt und dass die Entdeckung eines kleinen, nicht operationsbedürftigen Aneurysmas die Ängstlichkeit der Patienten erhöht und sie in ihren Alltagsaktivitäten beeinträchtigt. Dementsprechend sollten andauernde oder vorübergehende psychische Belastungen als Folge der Teilnahme an einer Reihenuntersuchung oder der Diagnosestellung: „Bauchaortenaneurysma“ erfasst werden.

Um die psychische Morbidität zu erfassen, wurde der „General Health Questionnaire“ (GHQ) mit 28 Items verwendet. Dieser wurde von den Studienteilnehmern kurz vor der Screeninguntersuchung und einen Monat später ausgefüllt. Parallel dazu wurde eine „anxiety linear analogue scale“ verwendet. (Auf dieser Scala von 1-80 soll der Grad der Ängstlichkeit von den Patienten angegeben werden, dabei bedeutet 1= gar keine Angst und 80= sehr große Angst).

Das Ergebnis zeigte keinen Unterschied bezüglich des Ängstlichkeitslevels zwischen den gesunden Männern und denen, bei denen ein Bauchaortenaneurysma diagnostiziert worden war. Allein die Einladung zum

Bauchaortenaneurysma-Screening erzeugt bei allen Teilnehmern eine geringe Ängstlichkeit. Dies ist aber nur ein vorüber gehender Zustand, der selbst dann nicht anhält, wenn ein Aneurysma diagnostiziert wurde. In beiden Gruppen zeigt sich einen Monat nach der Screeninguntersuchung eine Abnahme der Angst, dies war statistisch signifikant.

Zu einem anderen Schluss kommen **Lindholt et al.** durch eine aufwendige Untersuchung in Viborg in Dänemark. Dort wurden 8887 65-73jährige Männer zwischen 1994 und 1996 in eine prospektive und einfach randomisierte Studie eingeschlossen. Eine Gruppe von Männern wurde zum Screening eingeladen, die andere nicht. Alle Teilnehmer wurden gebeten, einen Fragebogen zur (selbst eingeschätzten) Lebensqualität auszufüllen. Dabei stellte sich heraus, dass die Lebensqualität der Männer, die zum Screening eingeladen wurden, vor dem Screening (aber nach der Einladung dazu) von ihnen signifikant niedriger beurteilt wurde als nach dem Screening, außerdem wurde sie von diesen Männern niedriger beurteilt als von denen der Kontrollgruppe (Lindholt JS, Vammen S et al.; 2000).

So wurde festgestellt, dass allein das Angebot, an einem Screening teilzunehmen, vorübergehenden psychologischen Stress verursacht, selbst bei denjenigen, bei denen kein Bauchaortenaneurysma gefunden wurde. Die Diagnosestellung scheint jedoch eine dauerhafte und fortschreitende Beeinträchtigung der Lebensqualität darzustellen, wenn nur eine konservative Behandlung des Aneurysmas angeboten werden kann. Diese Beeinträchtigung scheint durch die Operation zwar reversibel zu sein, muss aber dennoch beim Umgang mit Bauchaortenaneurysmapatienten und bei der Beurteilung von diesbezüglichen Screeninguntersuchungen berücksichtigt werden.

So stehen sich nun unterschiedliche Ergebnisse gegenüber: Einmal gibt es die Aussage, dass Screening keinerlei Ängste oder Depressionen hervor ruft (Khaira et al.), selbst nicht bei Patienten, deren Brüder an einem Aneurysma operiert werden mussten (van der Graaf et al.). Auch heißt es, dass zwar allein die Einladung zum Screening leichte Ängste hervor ruft, diese aber –selbst bei Diagnosestellung eines Aneurysmas- nur von vorüber gehender Dauer sind (Lucarotti et al.). Andererseits wurde heraus gefunden, dass die Entdeckung eines Bauchaortenaneurysmas eine dauerhafte und fortschreitende Beeinträchtigung der

Lebensqualität bedeutet, die erst durch eine erfolgreiche Operation rückgängig gemacht werden kann (Lindholt et al.).

Bei oberflächlicher Betrachtung dieser letzten Studien zum Thema „psychische Belastung durch Bauchortenaneurysma-Screening“ wundert man sich über die deutlich differierenden Ergebnisse. Beim näheren Hinschauen fallen aber auch größere Unterschiede in Hinblick auf Methodik und Fragestellung auf.

Interessant ist, dass Lucarotti et al. zwar 10.145 Männer zum Screening eingeladen haben (die Einladung erfolgte über die Hausärzte), allerdings nur 174 Personen dieser Einladung gefolgt sind. Nur 161 füllten einen Fragebogen aus. Von diesen wurde bei 100 eine normal große Aorta gefunden, bei 61 war diese vergrößert. Schon diese Tatsache, dass bei ca. 32% der Screeningteilnehmer ein Aneurysma gefunden wurde, deutet auf eine Selektion hin, da die Prävalenz des Aneurysma mit zwischen 4 und 9% doch wesentlich niedriger liegt.

Es ist möglich, dass dies dadurch bedingt ist, dass die Einladung über die Hausärzte erfolgte, vielleicht haben diese bestimmten „Risikopersonen“, nämlich Rauchern oder Hypertonikern eher empfohlen an dem Screening teilzunehmen als anderen.

Auch die positive Bewertung des Bauchortenaneurysma-Screening durch die Autoren kann die Patientensicht beeinflusst haben. Da der Untersucher beim Ultraschall direkt dem Patienten die Diagnose mitteilt, dabei aber auch gleich auf Fragen, die sich daraus ergeben – z.B. zum weiteren Vorgehen, zur Krankheit selber, zur Prognose und Behandlung eingehen kann (also eine Doppel-blinde-Studie unmöglich ist), kann natürlich die Einstellung des jeweiligen Untersuchers für die Patienten von großer Bedeutung sein.

Auch die doch relativ kleine Anzahl von Patienten, die an der Studie teilnahmen, kann die Ergebnisse verändern. Man könnte annehmen, dass sowieso nur solche Männer daran teilnahmen, die insgesamt weniger ängstlich sind, bzw. gerade die, die sich schnell Sorgen um ihre Gesundheit machen, daran eben nicht teilnehmen wollen.

Repräsentativ kann eine Studie, an der von über 10.000 eingeladenen Männern nicht einmal 2% teilnehmen, jedenfalls nicht sein. Diese Ergebnisse übertragen zu wollen, scheint gewagt, zumal die Auswahlkriterien dieser Gruppe (161 von über 10.000 Männern) wahllos erscheinen.

Die Studie von Lindholt et al. scheint dagegen doch etwas zuverlässiger zu sein.

Eine Gruppe von 8887 Männern aus Viborg wurde randomisiert und 4404 wurden zum Screening ins nächst gelegene Krankenhaus eingeladen. An dem Screening nahmen 3344 Männer teil. Von allen befragten Personengruppen war der Rücklauf je über 80%. So z.B. auch von den 149 Patienten, bei denen im Rahmen des Screenings ein kleines Bauchaortenaneurysma (3-5 cm) entdeckt wurde, füllten 85% einen Monat nach Diagnosestellung und jeweils einen Monat vor der jährlichen Kontrolluntersuchung (über 3 Jahre) einen Fragebogen aus.

Schon alleine aufgrund der großen Teilnehmerzahl und der hohen Rücklaufquote (meist über 80%) wirkt diese Studie vertrauenswürdiger.

Trotzdem gibt es auch hier von den Autoren selbst dargestellte Kritikpunkte: es heißt, dass die Lebensqualität der Männer, die zum Screening eingeladen wurden, vor dem Screening (aber nach der Einladung dazu) von ihnen signifikant niedriger beurteilt wurde, als nach dem Screening und der Kontrollgruppe. Trotzdem kann man nicht ganz einfach schließen, so die Autoren, dass das Angebot, am Screening teilzunehmen, die Lebensqualität reduziert, da man nicht genau weiß, wie die Lebensqualität vor der Einladung beurteilt worden wäre. Man nimmt einfach an, dass dies mit dem Ergebnis der Kontrollgruppe übereingestimmt hätte.

Das Ergebnis von niedriger Lebensqualität von Teilnehmern des Screenings vor diesem, suggeriert, dass das Screening psychologischen Stress auslöst. Eine andere Erklärung hingegen wäre, dass diejenigen, die am Screening teilnehmen, einen höheren Grad an Ängstlichkeit bez. ihrer Gesundheit aufweisen, oder dass es Menschen mit erhöhter Ko-Morbidität, also mit vermehrten Begleiterkrankungen oder Risikofaktoren sind. Aufgrund der hohen Teilnehmerzahl dieser Studie und der Tatsache, dass über 75% der 4404 Eingeladenen am Screening teilgenommen haben, wird dieses Argument allerdings sehr geschwächt.

Lindholt kommt zu dem Schluss, dass die Lebensqualität von Patienten mit einem Bauchaortenaneurysma permanent und progressiv negativ beeinflusst wird.

Die Untersuchungsmethode, den betroffenen Patienten jeweils einen Monat vor der Kontrolluntersuchung einen Fragebogen zu Lebensqualität zuzuschicken, könnte auch kritisiert werden. Es ist möglich, dass die Patienten ein knappes Jahr unbeschwert und ohne Einschränkung der Lebensqualität mit ihrer Erkrankung leben, aber die Erinnerung daran, dass in vier Wochen wieder eine Kontrolle stattfindet und die damit verbundene Sorge, diesmal könnte das Aneurysma gewachsen sein, ihre Lebensqualität vorüber gehend (nämlich bis zur Kontrolluntersuchung mit einem beruhigenden Befund) vermindert. Ein Zuschicken des Fragebogens jeweils kurz nach der Kontrolle hätte evt. ein ganz anderes Ergebnis hervor gebracht. Ob dieses dann allerdings dann das „bessere“ oder „richtigere“ Ergebnis wäre, bleibt fraglich. Denn wenn dann von der psychischen Belastung, die die Patienten vor dem Screening empfanden, keine Rede mehr ist, ist das Ergebnis auch nicht unbedingt auf jeden anderen Zeitpunkt des Jahres übertragbar. Vielleicht wäre es besser, die Patient zu unterschiedlichen Zeitpunkten (z.B. zwei, sechs und zehn Monate nach dem Screening) zu befragen.

Dass trotz dieser teilweise recht groß angelegten Studien keine eindeutiges Ergebnis zu verzeichnen ist, zeigt nur, dass in diesem Bereich weiterhin Forschungsbedarf besteht.

4. Material und Methoden

4.1 Überblick zu Art und Inhalt der Befragung

Um die o.g. Fragen (Kapitel 2) zu beantworten, wurden einerseits Patienten mit nicht operierten Bauchortenaneurysmen und andererseits deren Hausärzte befragt. Die **Hausärzte** füllten jeder einen *allgemeinen Fragebogen* zu ihrem ärztlichen Umgang mit Bauchortenaneurysmapatienten aus (siehe 4.2.). Zusätzlich beantworteten sie einen *Fragebogen über jeden einzelnen Patienten* ihrer Praxis mit einem BAA, der an der Studie teilnahm (siehe 4.3.).

Auch jeder **Patient** füllte selbst einen Fragebogen aus (siehe 4.4.). So existierten also pro Patient zwei ausgefüllte Bögen, der vom Patienten ausgefüllte und der vom dazugehörigen Hausarzt ausgefüllte. Dies erlaubt einen Vergleich der Selbsteinschätzung des Patienten und der Fremdeinschätzung durch den Hausarzt.

Zusätzlich zu den drei Fragebögen wurde ein **Interview** mit offenen Fragen entwickelt. Dies wurde mit einer Stichprobe der **Patienten** geführt (siehe 4.5.). Die Vorteile eines Fragebogens sind darin zu sehen, dass man mit relativ geringem Aufwand und in kurzer Zeit etliche Informationen erhalten kann und diese auch gut –nämlich standardisiert- auswertbar sind. Der Nachteil eines Fragebogens ist jedoch, dass man nur das beantwortet bekommt, was man fragt, also schon vorher bedacht hat. „Neues“ ist damit nicht zu finden. Hier aber bietet ein Interview mit offenen Fragen Vorteile: Denn ein solches Interview erlaubt mehr von dem zu "entdecken", was die befragten Personen denken und fühlen. Dies geschieht darüber, dass die Interviewten nicht in Antwortkategorien beeinflussend gebracht werden. Zudem kann es Aspekte des Themas geben, die vom Untersucher bisher nicht bedacht worden sind, also bei reinen Fragebogen-Studien nie »abgefragt" werden würden.

4.2 Der sogenannte „Allgemeine Ärztefragebogen“

Mit diesem Fragebogen wurde jeder Arzt zu seinem allgemeinen ärztlichen Umgang mit BAA-Patienten befragt. Der Fragebogen umfasste sechs Fragen. Zunächst wurden Fragen mit statistischen Charakter gestellt: Anzahl der bekannten Patienten mit einem Bauchortenaneurysma, Größenverteilung der in

der Praxis bekannten Bauchaortenaneurysmen. Im Weiteren ging es um die Frage nach der Art der Patientenaufklärung bei kleineren oder größeren Aneurysmen. Zuletzt wurden die Ärzte gefragt, ob sie Screeninguntersuchungen für sinnvoll halten oder nicht und gebeten, ihre Meinung in freier Form zu begründen. Von diesem Fragebogen ist eine Kopie im Anhang zu finden.

4.3 Der sogenannte „Spezielle Ärztefragebogen“

Die Hausärzte füllten für jeden der von ihnen genannten Patienten einen Fragebogen mit acht Fragen aus. Zunächst wurden Zeitpunkt und Art der Erstdiagnostik sowie Größe und eventuelle Größenzunahme des Aneurysmas erfragt. Dann sollten die Hausärzte auf einer Skala den Grad der Beunruhigung des Patienten zum Zeitpunkt der Diagnosestellung einschätzen. Nur für diejenigen Patienten, die sich entgegen ärztlichem Rat nicht operieren ließen, sollte die Frage nach dem Grund hierfür und der Beurteilung der Patientenentscheidung durch den Hausarzt beantwortet werden. Im Anhang findet sich eine Kopie dieses Fragebogens.

4.4 Patientenfragebogen

Alle Patienten, die an der Studie teilnahmen, füllten einen Fragebogen mit 15 Fragen aus. Dabei wurden einige grundsätzliche Daten (Alter, Geschlecht, Zeit seit Diagnosestellung) erfasst. Um die individuelle Situation des Patienten näher zu charakterisieren, wurde nach der Art der Diagnosestellung (zufällig oder aufgrund von Beschwerden), nach dem Vorhandensein von Beschwerden und nach dem Informationsstand bzgl. der möglichen Folgen der Erkrankung gefragt. Mehrere Fragen beschäftigen sich in Form von Selbsteinschätzungsskalen mit dem Grad der Beunruhigung durch die Diagnose zum aktuellen Zeitpunkt und - erinnert - zum Zeitpunkt der Diagnosestellung. Schließlich wurde, teils in geschlossenen, teils in offenen Fragen, auf Bewältigungsstrategien und die Art, wie die ärztliche Beratung erlebt wurde, eingegangen. Auch von diesem Fragebogen findet sich eine Kopie im Anhang.

4.5 Das Interview

Bei einem Teil der Patienten wurde zusätzlich zum Fragebogen ein qualitatives Interview durchgeführt. Das Interview bestand aus fünf offenen Fragen, die alle

auf die kognitive und emotionale Verarbeitung der Erkrankung durch den Patienten abzielten. Das Interview fand in der häuslichen Umgebung des Patienten statt. Beim Interview wurde auf freies Erzählen geachtet, d.h., dass die Patienten ermutigt wurden, einfach „drauf los“ zu reden. Pausen im Redefluss wurden nicht dazu genutzt, gleich die nächste Frage zu stellen. Vielmehr wurde durch aktives Zuhören und die Ermunterung, „Erzählen Sie einfach“, versucht, die Patienten zu ausführlichem Reden zu bringen.

Im einzelnen lauteten die Fragen:

1. Erinnern Sie sich einmal, wie ist es Ihnen gegangen ist, als man Ihnen Ihren Befund der erweiterten Bauchaorta mitgeteilt hatte. Wie ist es Ihnen gegangen, welche Gedanken sind Ihnen durch den Kopf gegangen?
2. Denken Sie jetzt manchmal noch an Ihren Befund?
3. Was bedeutet für Sie die erweiterte Bauchaorta in Ihrem Leben?
4. Wie ist Ihre Einstellung zu Ihrem Befund?
5. Macht Ihnen der Befund Angst oder nicht?

Das Gespräch wurde mit einem Mini-Tonbandgerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Gespräche dauerten zwischen vier und 18 Minuten.

Zur Detaillierung der Methodik siehe Kapitel 6. Diese geordnete und ausführliche Darstellung des Interview-Teiles erfolgt dort, weil die Methodik in der Medizin bisher nicht so verbreitet ist, also ausführlicher Erklärungen bedarf.

4.6 Ablauf der Studie

4.6.1 Mitwirkung der Hausärzte

Da sich das Hauptinteresse der vorliegenden Studie auf die psychische Situation von BAA-Patienten im Kontext hausärztlicher Versorgung richtet, wurde der Zugang zu den Patienten über die behandelnden Hausärzte gesucht. Als Zielvorgabe wurde die Beteiligung von 30 Ärzten an der Studie gewählt. Damit

verband sich die Erwartung, auf diese Weise 100 - 150 Patienten in die Studie einschließen zu können (also drei bis fünf pro beteiligtem Arzt).

Um die angestrebte Zahl von Ärzten für eine Studienteilnahme zu gewinnen, wurden in drei benachbarten Städten in Nordrheinwestfalen -Langenfeld/Rheinland, Solingen, Remscheid- alle hausärztlich tätigen Ärzte angeschrieben, die in der Ärzttafel des örtlichen Telefonbuches verzeichnet waren. Insgesamt handelte es sich um 180 Ärzte (Internisten, Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte). Bei 13 der angeschriebenen Ärzte stellte sich allerdings heraus, dass sie fachärztlich tätig (Pulmonologen, Kardiologen, Onkologen) bzw. spezialisiert auf Naturheilverfahren waren. Die Ärzte wurden gefragt, ob sie an einer kleinen Studie mit für sie wenigen Minuten Aufwand sich beteiligen könnten. Ihnen wurde mitgeteilt, dass Patienten befragt werden sollten, die ein Bauchortenaneurysma haben, bei denen aber entweder (noch) keine Operationsindikation besteht oder eine vorgeschlagene Operation abgelehnt worden war. Dabei spielte der Zeitpunkt der Diagnosestellung keine Rolle

Den Ärzten wurde dann dargestellt, was als Arbeit auf sie zukäme. Sie sollten alle Patienten mit der Diagnose Bauchortenaneurysma in ihren Praxen per EDV heraussuchen lassen. Sie sollten dann Kontakt zu diesen Patienten aufnehmen und sie um Teilnahme an einer Befragung über ihre Krankheit bitten. Bei Einverständnis der Patienten sollten die Hausärzte deren Name, Adresse und Telefonnummer an die Doktorandin weitergeben.

Außerdem wurden die Hausärzte darauf hingewiesen, dass sie selber einen kurzen Fragebogen pro Patient und einen allgemeinen zum Thema "Bauchaortenaneurysma und Screening" auszufüllen hätten. Die Aufwandsentschädigung pro Patient betrug 10,- DM.

Um den Ärzten eine Studienteilnahme zu erleichtern, wurde etwa eine Woche nach Versenden des Briefes damit begonnen, in den Praxen telefonisch nachzufragen, ob eine Vermittlung von Patienten möglich sei. Dabei waren - aus praxisorganisatorischen und terminlichen Gründen- meist mehrere (durchschnittlich fünf) Anrufe erforderlich, um eine definitive Auskunft zu erhalten. Diejenigen Ärzte, die sich nach einer grundsätzlichen Zusage nicht mehr meldeten und telefonisch schwer erreichbar waren, wurden zusätzlich ein zweites Mal angeschrieben.

Die telefonischen Kontaktaufnahmen wurden konsekutiv solange weiter geführt, bis die angestrebte Zahl von 30 teilnehmenden Ärzten erreicht war. Bis zu diesem Zeitpunkt waren alle Hausärzte in Solingen und Langenfeld und ca. ein Drittel der Remscheider Hausärzte angerufen worden, insgesamt 124. Nach Ende der telefonischen Kontaktaufnahmen, jedoch vor Beginn der Auswertung erhöhte sich die Zahl der beteiligten Ärzte durch nachträgliche Zusagen von 30 auf 32.

Zusammenfassend wurden also 180 Ärzte angeschrieben, davon 124 mehrfach telefonisch kontaktiert und teils nochmals angeschrieben, um schließlich 32 Ärzte für eine Studienteilnahme zu gewinnen.

Die Gründe, die bei 148 der angeschriebenen Ärzte zu einer Nicht-Teilnahme an der Studie führten, werden in Tabelle 1 zusammenfassend dargestellt.

Gründe für die Nicht-Teilnahme	Anzahl der Ärzte
Keine Reaktion, Grund unbekannt	12
Kein Interesse an der Studie	10
Keine Bauchortenaneurysma-Patienten	76
Patienten mit Bauchortenaneurysma alle schon operiert oder verstorben	12
Fachärzte wie Pulmonologen, Onkologen, deshalb keine Patienten	13
Patienten waren nicht zur Mitarbeit bereit	1

Tab. 1

Die 32 teilnehmenden Ärzte benannten jeweils zwischen einem und vier Patienten; insgesamt 67 Patienten. Davon kamen 6 Patienten nicht für eine Studienteilnahme in Frage, da sie doch schon operiert waren oder die Operation kurz bevor stand. Weitere Ausschlussgründe waren: „der deutschen Sprache nicht mächtig“ oder „sich ihrer Erkrankung nicht bewusst sein“. So konnten schließlich

61 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Dies war deutlich weniger als die erwartete Zahl von 100-150 Patienten bzw. drei bis fünf Patienten pro Arzt.

Um zu klären, ob die Zahl der in den Praxen bekannten Patienten mit nicht operierten BAA tatsächlich so viel geringer als erwartet war oder ob evtl. nicht wirklich alle Patienten von den Ärzten genannt wurden, wurden die beteiligten Ärzte nochmals nach Abschluss der Rekrutierung angeschrieben. Sie wurden darum gebeten anzugeben, ob sie die Patienten nach der Erinnerung ausgewählt (und somit möglicherweise einige "vergessen") hätten oder ob die Auswahl systematisch per PC erfolgt sei. Nur sechs der Hausärzte sandten diesen Brief allerdings zurück. Bei zwei von ihnen erfolgte die Patientengewinnung durch systematische Suche im PC, bei zweien erfolgte die Auswahl nur per Erinnerung und bei zweien durch systematische Suche im PC und zusätzliche Erinnerung an Patienten, deren Daten nicht im PC erfasst waren.

Den teilnehmenden Hausärzten wurde, sofort nachdem sie die Patientendaten weiter gegeben hatten, der „allgemeine“ und der „spezielle“ Ärztefragebogen zugeschickt. Auch hier war in den meisten Fällen mehrfaches telefonisches Mahnen nötig, bevor die Bögen zurück gesendet wurden. Bis zuletzt fehlten die Antworten von sieben Ärzten, so dass letztlich nur von 25 der insgesamt 32 Ärzte die Fragebögen zur Auswertung zur Verfügung standen.

4.6.2 Mitwirken der Patienten

Während es also sehr schwierig war, die Ärzte zur Mitarbeit zu motivieren und eine genügende Anzahl von in Frage kommenden Patienten zu erreichen, waren die ausgewählten Patienten im Allgemeinen zur Mitarbeit bereit. Es gab nur einen Patienten, der seiner Hausärztin die Teilnahme verweigerte. Zwei Patienten erklärten sich zunächst bereit, waren dann aber nach telefonischer Rücksprache nicht mehr willens, einen Fragebogen auszufüllen oder ein Interview zu führen (diese Patienten gehören also nicht zu den 61 Befragten). Eine Patientin befürchtete, während des Gesprächs zur Operation überredet zu werden und bestellte extra für den Termin ihre Tochter als Beistand. Ansonsten waren alle Patienten gerne zur Auskunft bereit, unabhängig davon, ob sie durch das Bauchortenaneurysma belastet waren oder nicht. Teilweise waren die Patienten zunächst etwas kritisch: so tauchte schon einmal die Frage auf, was das Ganze denn solle. Aber nach kurzen Erklärungen, verliefen die Gespräche

unproblematisch, so dass trotz der kurzen Interviewzeiten von vier bis 18 Minuten, die „Hausbesuche“ durchschnittlich eine Stunde dauerten, da die Patienten nach dem aufgezeichneten Gespräch noch viel von sich, ihren anderen Krankheiten oder auch nur von ihren Familien und Enkelkindern erzählten.

Während alle an der Studie teilnehmenden Patienten einen Fragebogen ausfüllten, sollten nur 35 Patienten zusätzlich durch ein Interview die Möglichkeit bekommen, über ihre Erkrankung und die evt. damit verbundenen Ängste und Belastungen frei zu sprechen.

Ursprünglich sollten Interviews mit 25 Patienten *ohne* OP-Indikation durchgeführt werden und weitere 10 Interviews mit Patienten, bei denen *eine klare* Indikationsstellung besteht, die sich aber -aus welchen Gründen auch immer- nicht operieren lassen wollen. Es stellte sich jedoch heraus, dass es nicht möglich war, überhaupt Patienten der letzten Gruppe in den Praxen zu finden. Nur ein Hausarzt konnte von einem einzigen Patienten berichten, der die Operation ablehnte. Allerdings war bei ihm die Diagnose auch erst vor wenigen Tagen gestellt worden. Doch dieser lehnte jedes Gespräch ab. Bei einem weiteren Patienten bestand eine fragliche OP-Indikation. Allerdings waren sich bei ihm die verschiedenen Ärzte (Krankenhaus, Radiologen, Gefäßchirurgen) nicht einig, so dass sich der Patient letztlich an den Rat seines Hausarztes hielt und sich nicht operieren ließ. Ansonsten konnte mir kein Arzt solche Patienten nennen, die sich entgegen ärztlichen Ratens nicht operieren ließen.

Daher konnten wir die ursprünglich geplanten 10 Interviews mit solchen Patienten nicht durchführen. Faktisch wurden dann 26, nicht wie geplant 25 Interviews geführt, was dadurch zustande kam, dass ein Interviewtermin schon ausgemacht war, als durch Zusage des vorherig vorgesehenen Patienten, schon 25 Interviews durchgeführt waren.

4.7 Datenauswertung

Die mittels der o.a. Fragebögen erhobenen Daten wurden zunächst tabellarisch erfasst. Sie werden im Kapitel 5 im Text genannt und erläutert; zur Veranschaulichung und um Zusammenhänge zwischen verschiedenen Parametern erkennbar zu machen, werden die erhobenen Daten teils auch in unterschiedlichen Diagrammen (Punkt-, Säulen-, Kreisdiagramme) dargestellt. In einem Fall

(Kapitel 5.1.5) wurde der Zusammenhang zwischen zwei abgefragten Parametern nicht nur graphisch dargestellt, sondern auch eine *lineare Regressionsgerade* mit dem dazugehörigen *empirischen linearen Korrelationskoeffizienten* bestimmt. Dabei entspricht die *lineare Regressionsgerade* derjenigen Geraden der Form $y=a+bx$, die einen angenommenen linearen Zusammenhang zwischen zwei Variablen mit dem geringst möglichen Fehler (gemessen als Summe der quadratischen Abweichungen der tatsächlichen Werte von der gewählten Geraden) beschreibt. Der *empirische lineare Korrelationskoeffizient* ist ein Maß dafür, wie weit die Messwerte um die Regressionsgerade streuen, also gewissermaßen ein Maß für die „Stärke“ der Korrelation, ohne dass damit eine Aussage zur Kausalität verbunden wäre. Zur ausführlichen Beschreibung der beiden statistischen Größen und zum Berechnungsverfahren siehe Werner, J.; 1984.

Die Vorgehensweise bei der Auswertung der durchgeführten Interviews wird in Kapitel 6 eingehend erläutert.

5. Fragebogen-Ergebnisse:

5.1 Ergebnisse des Patientenfragebogens:

5.1.1 Frage 13 und 14

Alter und Geschlecht der Patienten

Bei den 61 befragten Patienten handelt es sich um 9 Frauen und 52 Männern, d.h. dass es 85% männliche Teilnehmer und nur 15% weibliche Patienten gab.

Der jüngste Patient war 45 Jahre alt und die ältesten Patienten zählten 86 Jahre. Damit betrug das Durchschnittsalter (und der Median) 71 Jahre, wobei es bei den Frauen mit 74 Jahren etwas höher lag als bei den Männern.

5.1.2 Frage 1:

Wann haben Sie das erste Mal von der Erweiterung Ihrer Bauchaorta gehört?

Vor Jahr(en)

Weiß ich nicht

Die Diagnose „Bauchaortenaneurysma“ wurde bei den Patienten im Mittel vor 3,24 Jahren gestellt. Dabei schwanken die Angaben von „vor einem Monat“ bis zu „vor 18 Jahren“.

Mehr als die Hälfte aller Patienten, nämlich 32, hatten vor 2-5 Jahren von Ihrer Erkrankung zum 1. Mal gehört. Nur fünf Patienten wussten länger als acht Jahre von ihrer Krankheit, so dass der Median des Zeitpunktes der Erstdiagnose bei drei Jahren lag.

5.1.3 Frage 2:

Wie haben Sie den Arzt damals verstanden? Haben Sie mit der erweiterten Bauchaorta ein ernstes Leiden, oder ein eher leichtes Leiden?

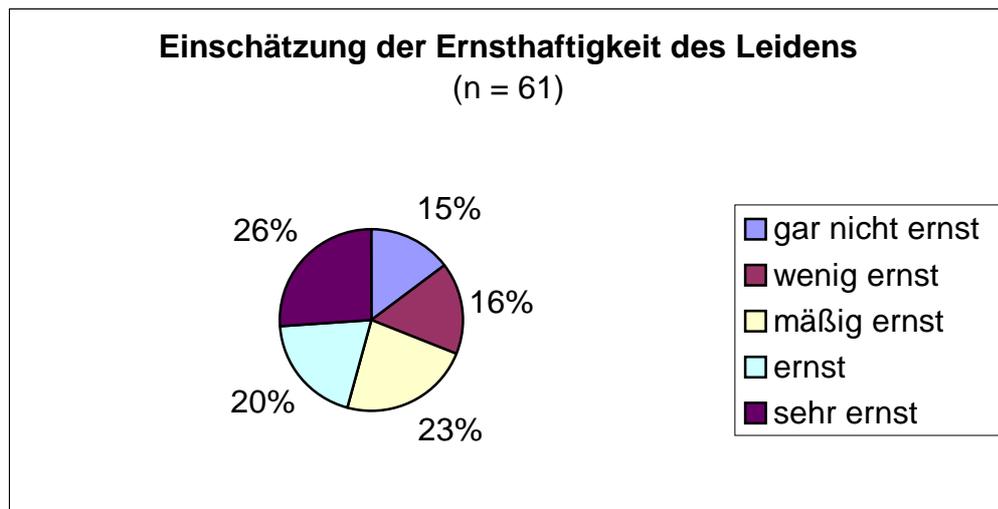
Bitte kreuzen Sie auf der Linie von 1 bis 5 die Ernsthaftigkeit Ihres Leidens an.

Dabei ist 1 „wenig ernst“ und 5 „sehr ernst“.

1.....2.....3.....4.....5

Auf die Frage, wie sie den Arzt damals, also bei Diagnosestellung, verstanden hätten, wie ernst ihre Erkrankung sei (anzukreuzen auf einer Scala von 1-5, wobei

1= gar nicht ernst und 5= sehr ernst ist), gaben 9 Patienten an, sie dächten ihr Leiden sei gar nicht ernst, 10 Patienten hielten es damals für wenig, 14 für mäßig ernst. 12 verstanden den Arzt so, dass sie ein ernstes Leiden hätten und 16 hielten ihre Krankheit für sehr ernst. D.h. dass mehr als 45% der Patienten ihren Arzt so verstanden, dass sie ein ernstes bzw. sehr ernstes Leiden hätten. Nur weniger als 1/8 gewannen den Eindruck, ihr Leiden sei gar nicht ernst.



Der errechnete Mittelwert lag bei 3,23, d.h. dass sich hier letztlich keine eindeutige Tendenz zeigt, obwohl man sich vorstellen kann, dass ein beginnendes Bauchaortenaneurysma von 30 mm vom Arzt natürlich weniger dramatisch dargestellt wird, als eines, das bei Diagnosestellung schon 5,5 cm beträgt.

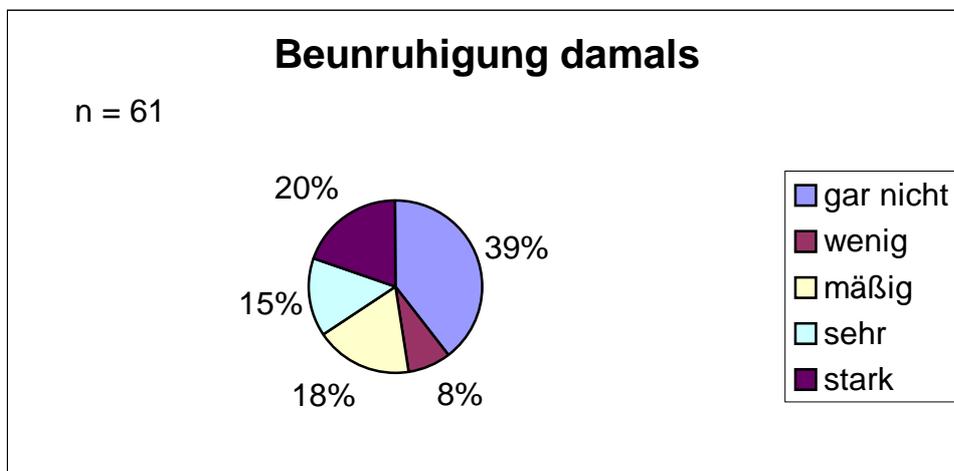
Bei Einzelanalyse zeigte sich, dass z.B. Patientin Nr. 30, deren Bauchaortenaneurysma einen Anfangsdurchmesser von 50 mm betrug, bei der Frage nach der Ernsthaftigkeit des Leidens angab, ihren Arzt so verstanden zu haben, dass sie ein sehr ernstes Leiden hätte (auf der Scala kreuzte sie 5 an), während Patienten Nr. 18 mit einem Durchmesser von 30 mm, die Ernsthaftigkeit ihres Leidens eher niedrig (auf der Scala 2) einschätzte.

Es gibt aber auch Gegenbeispiele, z.B. Patient Nr. 32, der trotz des geringen Durchmessers von 30 mm seine Krankheit eher ernst (4) einschätzt, oder Patient Nr. 4, der trotz einer Größe von 51 mm bei Erstdiagnose, sein Leiden als wenig ernst (2) betrachtet.

5.1.4 Frage 3:

Wie haben Sie sich damals, als der Arzt Ihnen den Befund mitteilte, gefühlt? Bitte kreuzen Sie auf der Linie von 1 bis 5 an, wie beunruhigt sie waren. Dabei ist 1 „gar nicht“ und 5 „sehr stark“ beunruhigt

Nach dem Maß der Beunruhigung damals gefragt -ebenfalls auf einer Scala von 1-5 zum Ankreuzen- gaben 24 Patienten an bei der Erstdiagnose gar nicht und fünf nur wenig beunruhigt gewesen zu sein, elf waren mäßig beunruhigt zwölf waren sehr stark und neun stark beunruhigt. Das bedeutet, dass über ein Drittel (34%) stark oder sehr stark beunruhigt waren.

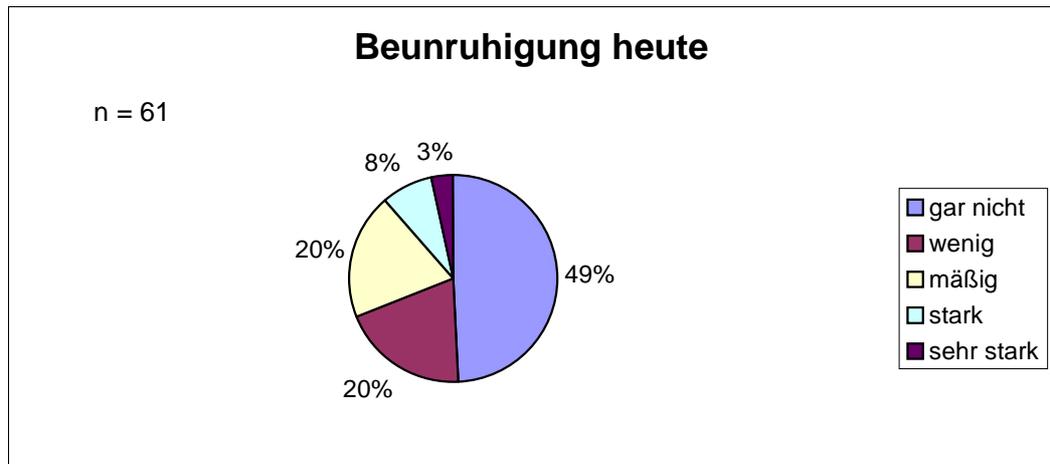


5.1.5 Frage 4:

Wie schätzen Sie Ihr Leiden heute ein? Sind Sie heute durch den Befund beunruhigt? Bitte kreuzen Sie auf der Linie von 1 bis 5 an wie beunruhigt Sie jetzt sind. Dabei ist 1 „gar nicht“ und 5 „sehr stark“ beunruhigt

Zum jetzigen Zeitpunkt (des Ausfüllens des Fragebogens) sind 30 Patienten gar nicht und zwölf wenig beunruhigt, nur noch zwei sind sehr stark und fünf stark beunruhigt. 12 Patienten sind mäßig beunruhigt.

Insgesamt sind also heute 14 Patienten weniger als damals stark oder sehr stark beunruhigt, entsprechend sind heute 14 Patienten mehr gar nicht oder nur sehr wenig beunruhigt.



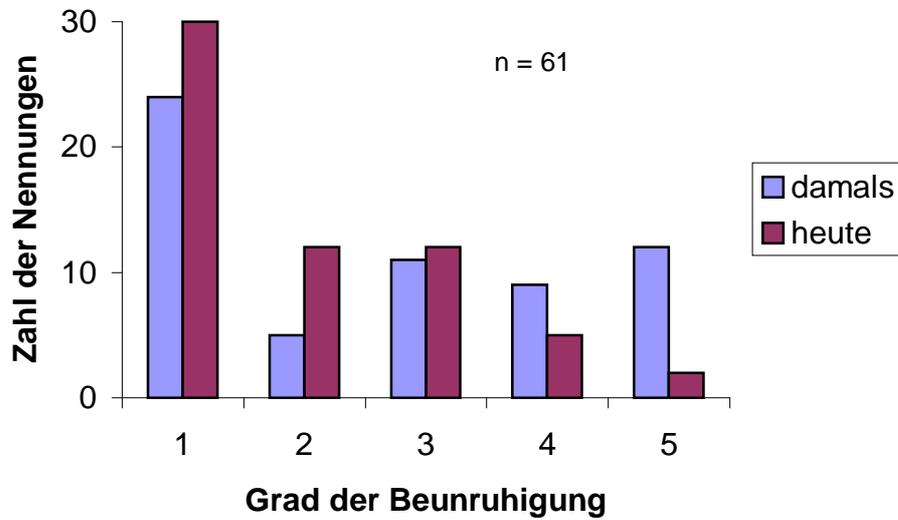
Anhand des Diagramms wird deutlich, dass heute über zwei Drittel der Patienten (69%) gar nicht oder nur wenig beunruhigt sind, während es damals nur weniger als die Hälfte waren (28 von 61). Insgesamt sind auch heute nur noch 11% der Patienten stark oder sehr stark beunruhigt.

Die Patienten gaben also als Maß der Beunruhigung durchschnittlich 2,6 für „damals“ und 1,99 für „heute“ an. Der Median betrug 3 für „damals“ und 2 für „heute“.

Die Tendenz ist damit eindeutig rückläufig, d.h. die meisten Patienten waren bei Diagnosestellung offensichtlich stärker beunruhigt, als Monate oder Jahre später.

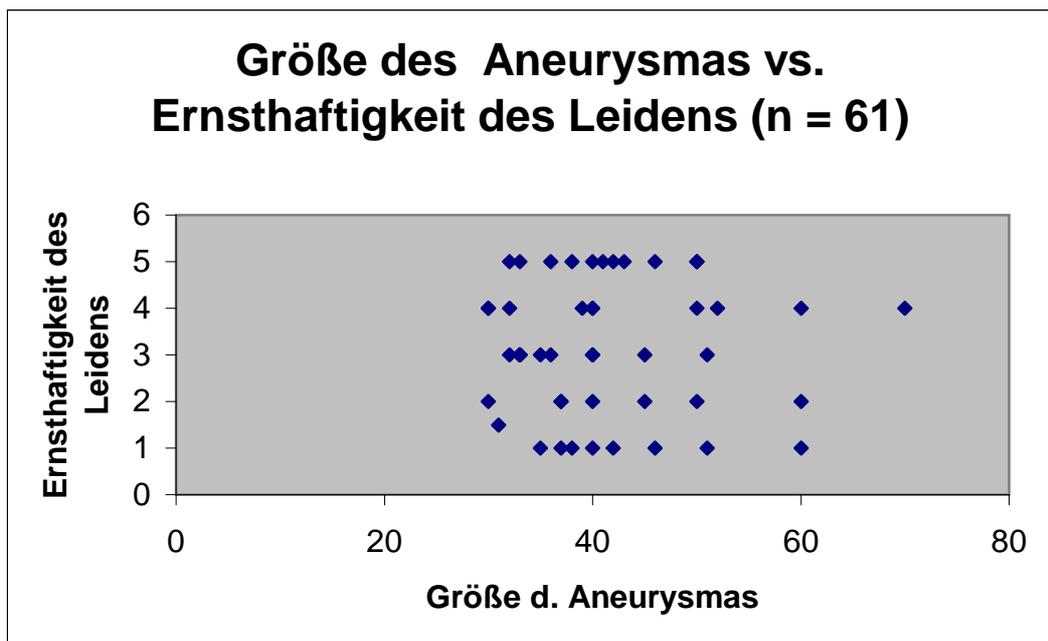
Bei der Einzelanalyse zeigt sich, dass überhaupt nur fünf Patienten, das sind rund 8 %, heute stärker beunruhigt sind als zum Zeitpunkt der Erstdiagnose. Meistens steigt das Maß der Beunruhigung nur um einen Punkt auf der Scala an, d. h. von 1 auf 2 oder von 3 auf 4; nur bei einem Patienten steigt es von 1 auf 5 an.

Beunruhigung damals und heute

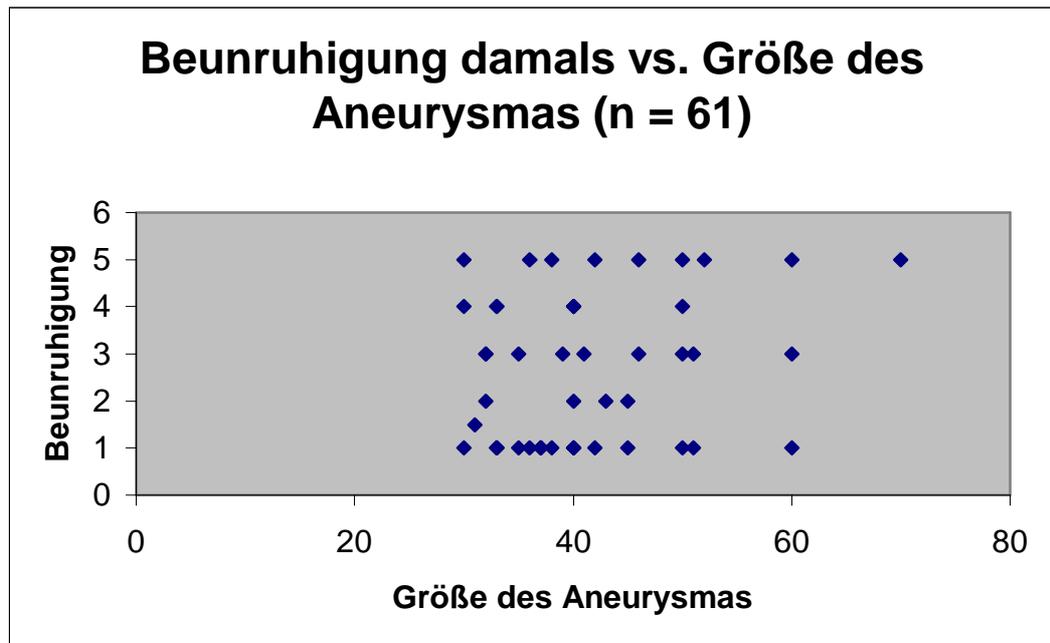


Da bei der Frage nach der Beunruhigung 39 Patienten, also fast 2/3 angaben, „gar nicht“ (28 Patienten) oder nur „sehr gering“ (11 Patienten) beunruhigt zu sein, entfiel hier die Antwort auf die Frage, ob sie etwas gegen die Beunruhigung unternehmen würden.

Anders als man es erwarten könnte, zeigte sich bei einer Gegenüberstellung aller Einzeldaten keine Korrelation der Größe des Aneurysmas zur Einschätzung der Ernsthaftigkeit des Leidens.



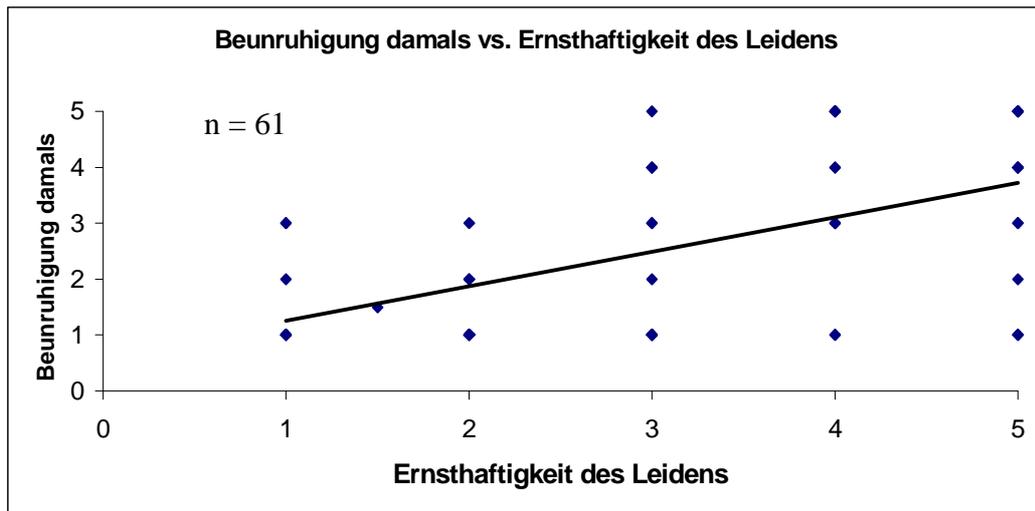
Eine ähnliche Gegenüberstellung von Bauchaortenaneurysmagröße und der Beunruhigung der Patienten ergab den gleichen Befund. Auch hier veränderte sich der Grad der Beunruhigung nicht in Abhängigkeit von der Größe des Aneurysmas.



Bei diesem und den anderen Punktdiagrammen kann es zu Überlappung der Punkte kommen, sodass trotz $n=61$ nicht immer 61 Punkte zu sehen sind.

Vergleicht man jedoch das Maß der Beunruhigung mit dem der geschätzten Ernsthaftigkeit des Leidens, zeigt sich allerdings doch eine Tendenz in folgende Richtung:

Je ernster ein Patient sein Leiden einschätzt, desto größer ist das Maß der Beunruhigung. Im folgenden Punktdiagramm wird die Korrelation graphisch dargestellt.



Die eingezeichnete Linie entspricht der linearen Regressionsgeraden. Der empirische lineare Korrelationskoeffizient beträgt 0,55 (siehe Kapitel 4.7).

5.1.6 Frage 5:

Falls Sie beunruhigt sind, was tun Sie dagegen? Bitte in eigenen Worten angeben, was Sie tun!

Die Umgangsstrategien der übrigen Patienten sind vielfältig und im Folgenden im Einzelnen aufgelistet:

Von den Patienten, die „beunruhigt“ in ihrer Antwort mitteilten, wurde angegeben, sie würden nicht daran denken (1), sich ablenken (1), durch Spaziergänge (1), Gartenarbeit (1), verdrängen (2), sich richtig verhalten (4), vorsichtig (5) sein. Zwei Patienten gaben an, ihren Arzt zu konsultieren, zwei nahmen bei Bedarf, zwei regelmäßig Beruhigungsmittel (Spritzen, bzw. Tabletten) ein. Ein Patient hilft sich, indem er regelmäßig Blutdruck misst.

5.1.7 Frage 6:

Wodurch ist die Erweiterung der Bauchaorta entdeckt worden?

zufällig

aufgrund von Beschwerden

andere Gründe, nämlich...

Über 80%, nämlich 51 der Patienten gaben an, dass das Bauchaortenaneurysma zufällig diagnostiziert worden sei, elf davon im Rahmen der üblichen Vorsorge

bzw. beim Check up durch ihren Hausarzt, vier im Krankenhaus (ohne nähere Angaben). Bei vier Patienten fiel das Bauchaortenaneurysma im Rahmen des Staging nach voraus gegangener Tumorerkrankung (zweimal Colocarzinom, zweimal Nierenzellcarcinom) auf. Bei sechs Patienten wurde die Diagnose im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in der Kardiologischen Klinik entdeckt, nämlich einmal durch die Transesophageale Echokardiografie, dreimal nach Bypass-OP, einmal bei Z.n. Hinterwandinfarkt, bzw. vor PTCA. Je einmal wurde das Bauchaortenaneurysma durch eine Farbduplexuntersuchung wegen pAVK bzw. beim Röntgen der LWS diagnostiziert. Weiterhin wurde es je einmal im Rahmen einer Diagnostik bei Dumping-Syndrom, einer Leistenhernie, einer Hypertonieabklärung und einer Facialisparesie diagnostiziert. Ein Patient (Stomaträger bei Z.n. Hemicolektomie) erhielt in der Kur ein CT, wobei die Diagnose gestellt wurde. Eine Patientin nannte „Klopfen im Bauch“ als Grund für die „zufällige Entdeckung“ des Aneurysmas, sie suchte speziell wegen dieser Symptomatik ihren Hausarzt auf, der daraufhin eine gezielte Suche mittels Ultraschalluntersuchung vornahm.

Die Patienten, die angekreuzt hatten, ihr Bauchaortenaneurysma sei aufgrund von Beschwerden entdeckt worden, machten größtenteils keine weitere Angaben; nur ein Patient nannte „Magenbeschwerden“ als Grund, einer nannte „Sensibilitätsstörungen“ der Beine.

5.1.8 Frage 7:

Macht Ihnen die erweiterte Bauchaorta Beschwerden?

1.....2.....3.....4.....5

Dabei ist 1 „keinerlei Beschwerden“ und 5 „regelmäßig Beschwerden

Bitte geben Sie an, welche Art von Beschwerden Sie haben!

Von allen 61 Patienten klagten nur vier über geringe Beschwerden, ein Patient leidet an Völlegefühl beim Bücken, einer an Bauchschmerzen, einer hat ab und zu

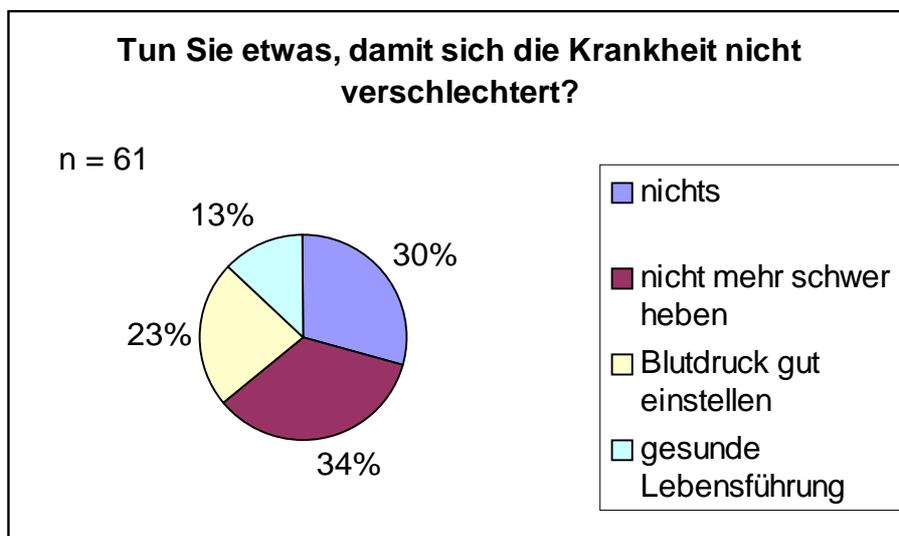
Rückenschmerzen und ein Patient leidet an Potenzstörungen. Alle anderen 57 Patienten beantworteten die Frage: „Macht Ihnen die erweiterte Bauchaorta Beschwerden?“ mit „Nein, gar nicht.“

5.1.9 Frage 8:

Tun Sie etwas, damit sich das Krankheitsbild nicht verschlechtert?
Nein

Ja Wenn ja, was?:

Diese Frage verneinten 18 (=30%) der Patienten . Von denen, die etwas tun, das sind 43, gaben knapp 50% (=21) an, nicht mehr schwer zu heben, sehr viele (15) sind darauf bedacht, den Blutdruck gut einzustellen. Von diesen nehmen einige von ihnen regelmäßig Tabletten gegen Hypertonie. Zwei Patienten hätten deswegen mit dem Rauchen aufgehört, drei treiben deswegen regelmäßig Sport, einer achtet deswegen auf seinen Cholesterinwert und einer hat sein Gewicht reduziert.



5.1.10 Frage 9:

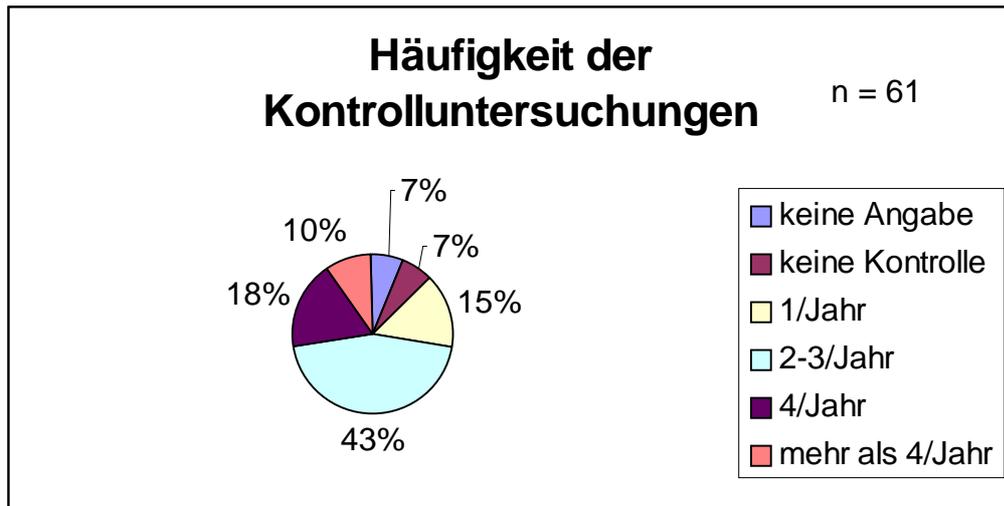
Sollen Sie den Befund kontrollieren lassen?

Nein

Ja, und zwarmal pro Jahr, zuletzt vor..... Monat(en)

Weiß ich nicht

Vier der Patienten müssen nicht zu einer regelmäßigen Befundkontrolle, ebenso vier machten zu dieser Frage keine Angabe. Die Mehrheit der Patienten, nämlich 26, d.s. 50% der übrigen 53, geht halbjährlich, neun Patienten gehen jährlich zur Kontrolluntersuchung. Einmal im Quartal lassen sich 11 Patienten nachuntersuchen; vier Patienten gehen dreimal pro Jahr, ein Patient, dessen Aneurysma eine Größe von 60 mm aufweist, sechs mal zum Kontrollieren des Bauchaortenaneurysmas zum Arzt.



Die letzte Kontrolluntersuchung lag im kürzesten Fall zwei Tage zurück, im längsten Fall (bei 2 Patienten) ein Jahr. Im Durchschnitt lag die letzte Untersuchung drei Monate (2,98) zurück.

5.1.11 Frage 10

Waren Sie wegen Ihrer erweiterten Bauchaorta nochmals bei einem anderen als ihren behandelnden Arzt?

Nein

Ja, bei welchem?

Diese Frage verneinten 26 der 61 Patienten. Von denen, die diese Frage bejahten, gaben fünf Patienten an, in der Universitätsklinik (4 in Düsseldorf, 1 in Bochum) untersucht worden zu sein; einer im örtlichen Krankenhaus. Einer nannte speziell Prof. Sandmann. Sechs Patienten waren beim Kardiologen, 15 wurden zum Radiologen überwiesen, sechs zum Gefäßchirurgen, einer zum Internisten. Einer machte keine Aussage zu dieser Frage.

5.1.12 Frage 11:

Falls Sie einen anderen Arzt aufgesucht haben, gab der Ihnen einen anderen Rat als Ihr Hausarzt?

Nein

Ja, ich sollte mich operieren lassen

Ja, ich sollte die Sache noch beobachten, mich nicht operieren lassen.

Von den 35 Patienten, die neben ihrem Hausarzt noch von einem oder mehreren anderen Ärzten gesehen, untersucht und beraten wurden, erhielten nur 3 einen anderen Rat bezüglich der Operation als den von ihrem Hausarzt. Zweien wurde seitens eines Kardiologen, bzw. der Uniklinik Düsseldorf –entgegen dem Raten des Hausarztes- zu Operation geraten, einem wurde von der Operation durch die Krankenhausärzte abgeraten

Der Konsens der Ärzte bezüglich der Entscheidung bzw. des Ratschlages, ob der Patienten operiert werden soll oder nicht, lag also mit 92% recht hoch.

5.1.13 Frage 12:

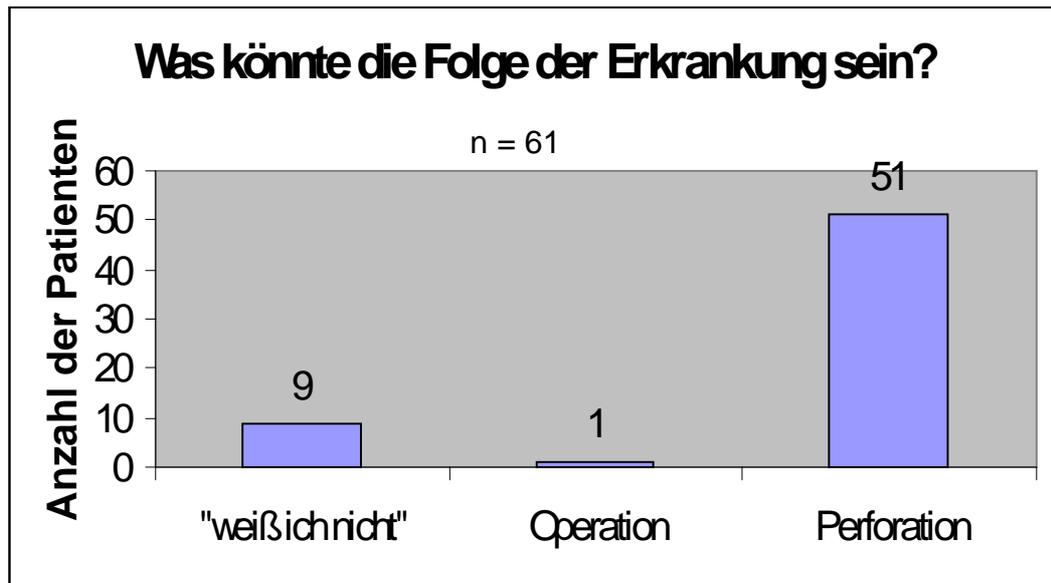
Was können die Folgen einer erweiterten Bauchaorta sein?

Weiß ich nicht:

Bitte mit eigenen Worten angeben, was Folgen sein können:.....

Auf die Frage nach den Folgen ihrer Erkrankung, reagierten neun Patienten mit Unwissenheit, sie kreuzten die Antwortmöglichkeit: „Weiß ich nicht“ an.

Ein Patient nannte nur die Operation als möglich Folge, alle anderen (=51 Patienten, das sind 83%), wussten um die Möglichkeit des Platzens der Aorta mit lebensbedrohlichen Folgen Bescheid und haben das z.T. mit drastischen oder verharmlosenden Worten beschrieben.



5.1.14 Zusammenfassung:

Im Rahmen dieser Studie wurden also überwiegend männliche Patienten befragt. Das Durchschnittsalter lag bei 71 Jahren.

Im Mittel wurde die Diagnose „Bauchaortenaneurysma“ vor ca. 3 Jahren gestellt.

Knapp die Hälfte aller Patienten verstand den Arzt bei Erstdiagnose so, dass sie ein recht ernstes Leiden hätten. So war auch fast ein Drittel der Patienten damals stark oder sehr stark beunruhigt. Mehr als ein Drittel war allerdings damals schon nicht beunruhigt. Heute sind dies fast die Hälfte; nur noch wenige sind stark beunruhigt. Im Laufe der Zeit nahm die Belastung durch das Wissen um die Erkrankung durchschnittlich ab. Der Grad der Beunruhigung ist nicht abhängig von der Größe des Aneurysmas jedoch von der Einschätzung der Ernsthaftigkeit des Leidens: Je ernster ein Patient sein Leiden einschätzt, desto größer ist das Maß der Beunruhigung.

Bei den meisten Patienten (80%) wurde das Bauchaortenaneurysma zufällig entdeckt. Ebenso bei fast allen Patienten macht das Aneurysma keine Beschwerden.

Nur weniger als ein Drittel der Patienten unternimmt nichts, damit sich das Aneurysma nicht verschlechtert. Von den anderen wurden besonders häufig genannt, nicht mehr schwer zu heben und den Blutdruck gut einzustellen.

Die überwiegende Mehrheit der Patienten (86%) geht regelmäßig zur Kontrolluntersuchung, durchschnittlich lag diese knapp 3 Monate zurück.

Etwas mehr als die Hälfte aller Betroffenen hat neben ihrem Hausarzt noch einen anderen Arzt aufgesucht. Besonders häufig wurden Radiologen und Gefäßchirurgen genannt, aber auch Kardiologen. In den wenigsten Fällen nur (bei 3 Patienten) gaben diese einen anderen Rat als der Hausarzt.

Die meisten Patienten (83%) waren über die Möglichkeit des Platzens der Aorta mit den potentiell lebensbedrohlichen Folgen aufgeklärt.

5.2 Allgemeiner Fragebogen für Ärzte

Von den 124 Ärzten, die telefonisch darum gebeten wurden, Patienten mit einem nicht operierten Bauchortenaneurysma zu nennen und selber Fragebögen auszufüllen, meldeten sich 32 Ärzte, um Patienten mit der Diagnose zu nennen. Diese bekamen dann pro Patient einen Fragebogen und zusätzlich einen sog. Ärztefragebogen mit allgemeinen Fragen zum Thema Bauchortenaneurysma und Screening. Von diesen 32 wiederum schickten allerdings nur 25 Ärzte den Bogen zurück.

5.2.1 Frage 1:

Wie viele Patienten mit Bauchortenaneurysma (BAA) sind Ihnen bekannt?

Bei der Frage, wie viele Patienten mit Bauchortenaneurysma dem Arzt bekannt seien, schwankten die Angaben von zwei bis 15 Patienten. Durchschnittlich nannte ein Arzt fünf Patienten mit dieser Diagnose.

Die Tatsache, dass dann von den Ärzten durchschnittlich nur knapp zwei Patienten gewonnen werden konnten, ist auf diesem Hintergrund zu sehen. In der gestellten Frage ist nach Patienten generell, nicht nach denen, die noch in Betreuung sind gefragt worden. Dies könnte die Differenz der Zahlen erklären. Zudem war bei der Gewinnung der Patienten nach solchen gefragt, die nicht operiert sind.

Drei der Ärzte differenzierten so auch selbstständig und schrieben z.B. dazu, dass sie zwei nicht operierte und zehn operierte Patienten kennen.

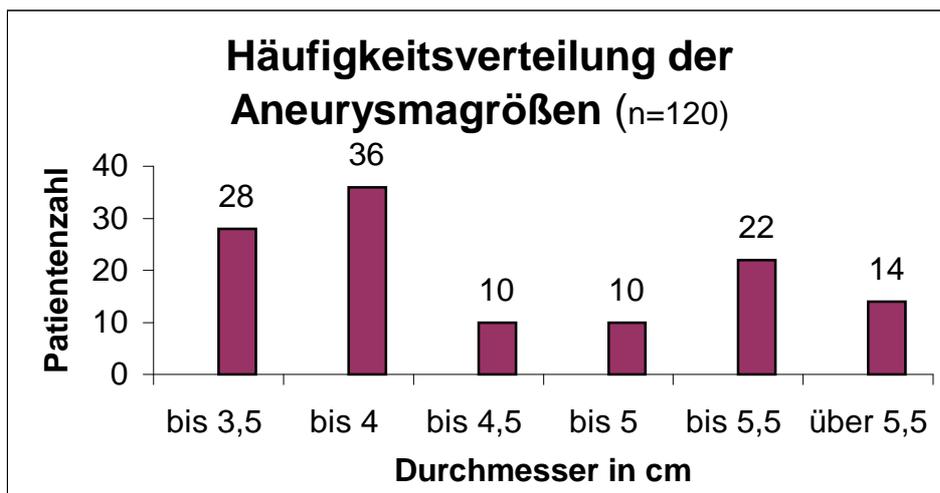
5.2.2 Frage 2:

Wie viele davon haben einen Durchmesser

$\leq 3,5$ $\leq 4,0$ $\leq 4,5$ cm
 $\leq 5,0$ $\leq 5,5$ $> 5,5$ cm?

Von den genannten 120 Bauchaortenaneurysmen sind 28 bis 3,5 cm, 36 bis 4 cm und zehn bis 4,5 cm groß. Einen Durchschnitt von bis zu 5 cm weisen zehn Patienten, bis 5,5 cm 22 Patienten auf. Bei 14 Patienten findet man eine Größe von mehr als 5,5 cm.

Anhand des Diagramms soll eine Übersicht über Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Aneurysmagrößen graphisch dargestellt werden. Hierbei fällt auf, dass mehr als 50%, nämlich 64 der Bauchaortenaneurysmen, kleiner sind als 4 cm. Nur etwa 12% sind größer als 5,5 cm.



5.2.3 Frage 3:

Wie klären Sie die Patienten über den Befund eines kleinen AAA auf?

ich stelle das AAA in der Regel als einen rel. harmlosen, aber kontrollbedürftigen Befund dar

ich stelle das AAA als wesentlichen Befund dar, der unbedingt regelmäßig kontrolliert werden muss, um eine Ruptur durch frühzeitige OP zu verhindern

andere Möglichkeit, nämlich:

Bei der Frage, wie sie die Patienten über den Befund eines kleinen Bauchaortenaneurysma aufklären würden, antworteten neun Ärzte, sie stellen das Bauchaortenaneurysma in der Regel als einen relativ harmlosen, aber kontrollbedürftigen Befund dar.

16 Ärzte hingegen gaben an, sie stellten das Bauchaortenaneurysma als wesentlichen Befund dar, der unbedingt regelmäßig kontrolliert werden muss, um eine Ruptur durch frühzeitige Operation zu verhindern.

5.2.4 Frage 4:

Wie klären Sie die Patienten über den Befund eines großen AAA auf?

ich rate dem Patienten sich dringend operieren zu lassen

ich rate dem Patienten zur OP, versuche ihn aber nicht zu sehr unter

Druck zu setzen

andere Möglichkeit, nämlich:

Auf die Frage, wie sie die Patienten über den Befund eines großen Bauchaortenaneurysma aufklären, antworteten elf, sie rieten den Patienten, sich dringend operieren zu lassen.

Neun Ärzte raten ihrem Patienten zur Operation, versuchen ihn aber nicht zu sehr unter Druck zu setzten.

Fünf Ärzte nannten noch anderer Möglichkeiten, nämlich

1. die Entscheidung durch den Gefäßchirurgen,
2. die Konsiliaruntersuchung durch den Angiologen, also das Einholen einer zweiten Meinung,
3. Vorstellung beim Gefäßchirurgen, dann erst Abklärung des weiteren Vorgehens (zweifach Nennung) und
4. wurde genannt: „Vorausgesetzt keine schnelle Größenzunahme, veranlasse ich ab 40 mm ein CT Abdomen, bei 45-50 mm stell ich den Pat der Chirurgie (Uni Düsseldorf und Leverkusen) vor zur Indikationsstellung.“

5.2.5 Frage 5

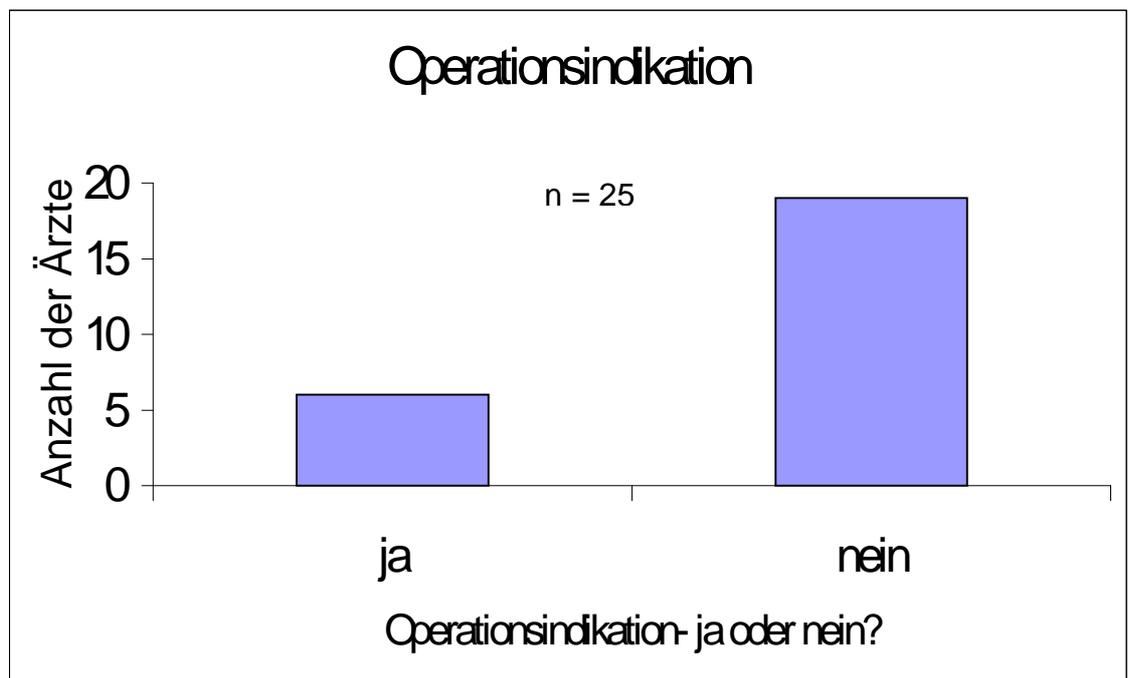
Haben Sie einen Patienten, bei dem eine OP-Indikation besteht, der sich aber nicht operieren lässt?

Ja

Nein

Die Frage, ob sie einen oder mehrere Patienten hätten, bei dem eine Operationsindikation besteht, bejahten sechs und verneinten 19 Ärzte.

Dies korreliert mit den Angaben aus dem Speziellen Fragebogen, bei dem auch sechs Ärzte jeweils von einem ihrer Patienten angaben, dass bei diesem eine Operationsindikation bestünde. Da bei diesen Patienten aber gleichzeitig Kontraindikationen vorliegen oder die Meinungen zur Notwendigkeit einer Operation von verschiedenen behandelnden Ärzten auseinander gehen, stellt sich für die Patienten die Frage nach einer Operation gar nicht mehr. Selbst in den durchgeführten Interviews war dies kaum ein Thema mehr



Diejenigen, die die Frage bejahten, ergänzten teilweise die Antwort um eine Erklärung. So schrieb z.B. ein Arzt, dass das Bauchaortenaneurysma seines Patienten aufgrund der Größe von mehr als 5,5 cm operationsbedürftig sei, aber aus anderen Gründen, Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III-IV, Kontraindikationen bestünden.

5.2.6 Frage 6:

Denken Sie, dass ein generelles Screening durch Ultraschall bei Patienten über 65 Jahren in Deutschland sinnvoll wäre?

Ja

Nein

Begründung:

Die Frage, ob sie ein generelles Screening in Deutschland sinnvoll fänden, verneinten sechs der Ärzte als Begründung wurden folgende Argumente genannt:

- 1)...weil Suchtest auf alle möglichen Erkrankungen den finanziellen Rahmen unseres Gesundheitssystem sprengen würden.
- 2)...zu aufwendig, Kosten-Nutzen-Relation steht in keinem Verhältnis.
- 3) ...allein von der Anzahl nicht machbar und auch nicht sinnvoll, falls keine Risikofaktoren bzw. Vorerkrankungen vorhanden; sinnvoll nur bei anderen bekannten Gefäßerkrankungen z.B. KHK, pAVK, Carotisstenose oder schlecht eingestellte Hypertonie, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung.
- 4) Wer soll das bezahlen? Ein allgemeines Sono-Screening des Bauches empfehle ich Patienten über 50 Jahre als privat zu zahlende Individuelle Gesundheitsleistung.
- 5) Ausreichend bei jeder sonografischen Kontrolle aus anderen Gründen.

Ein Arzt begründete seine ablehnende Haltung zum Screening nicht.

Die Mehrheit der befragten Ärzte, nämlich 19, sprach sich für ein Screening aus. Hier wurden folgende Überlegungen in die Diskussion eingebracht:

- 1.) Schnell, kostengünstig, rasch für den Betroffenen mit weit reichender positiver Konsequenz.
- 2.) Weil immer wieder Patienten daran sterben oder nicht mehr operabel sind.

- 3.) Gehört m.E. zu einer vernünftigen „Gesundheits-Vorsorgeuntersuchung“ ,
Ergebnis der Sonographie dürfte anschaulich Grundlage für Diskussion über
„gesundes Leben/Ernährung etc. sein!
- 4.) Screening wäre auch aus anderen Gründen (Leber/Niere) sinnvoll. Allerdings
habe ich keinen Patienten, der so alt ist und der noch nicht sonografiert wurde.
- 5.) Kein großer Zeitaufwand, zumal mindestens einmal jährlich bei jedem
Patienten eine Ultraschalluntersuchung des Abdomens angezeigt ist. Keine
wesentlichen Kosten. Dafür ist keine Gesundheitsreform nötig!
- 6.) Frühe Diagnosestellung!
- 7.) Die Früherkennung auch anderer pathologischer abdomineller Befunde
dadurch gefördert werden könnte und Notfälle hierdurch vermieden werden
können. Die Methode ist ja nicht kostenintensiv, setzt jedoch Erfahrung voraus.
- 8.) Das würde die Rate von Rupturen und Notoperationen verhindern. Ein guter
Bekannter von mir ist kürzlich mit 48 Jahren an einem rupturierten
Bauchaortenaneurysma gestorben!!
- 9.) Früherkennung rupturgefährdeter Bauchaortenaneurysmen (größer als 5 cm).
- 10.) Sehr viele unentdeckte Befunde könnten frühzeitig diagnostiziert werden.
- 11.) Häufigkeit des Bauchaortenaneurysma in dieser Altersgruppe.
- 12.) Meiner Ansicht nach spricht eine positives Kosten/Nutzen-Verhältnis für ein
Screening.
- 13.) Häufig unentdeckte Bauchaortenaneurysma erlebt.
- 14.) Befunddokumentation und Diagnostik von Bauchaortenaneurysma,
Nierentumoren, Gefäßstatus, bei Bauchbeschwerden, Beurteilung, kardialer
Erkrankungen (Pleuraerguss, Stauung).

5.3 Ergebnisse des Speziellen Ärztefragebogens

Dieser Bogen bezog sich auf die genannten Patienten und sollte die Sicht des Arztes zum jeweiligen Patienten darstellen.

Insgesamt schickten 25 der 32 Ärzte, die uns Patienten genannt hatten, für jeden ihrer Patienten den Fragebogen zurück, ein Arzt füllte nur für einen der beiden von ihm genannten Patienten einen Bogen aus. Diese 25 Ärzte machten damit Angaben zu 50 der 61 Patienten, die selber einen Fragebogen ausgefüllt hatten. Von sieben Ärzten fehlten die Angaben zu den restlichen elf Patienten.

Bei der Darstellung der Ergebnisse des speziellen Ärztefragebogens, d.h. des Fragebogens, der sich auf die speziell von dem Hausarzt genannten Patienten bezieht, muss man berücksichtigen, dass nicht alle Hausärzte die Fragebögen beantwortet haben und scheinbare Differenzen in den Angaben zwischen Ärzten und Patienten teilweise dadurch zu erklären sind.

So findet man z.B. bei der Frage nach dem Zeitpunkt der Erstdiagnose bei den Ärzten als längsten Zeitraum 11 Jahre angegeben, während eine Patient 18 Jahre angeben hat. Dies bedeutet weder, dass sich der Patienten noch dass sich der Arzt bezüglich des Diagnosezeitpunktes geirrt hätten, sondern dass der Hausarzt des Patienten, dessen Bauchortenaneurysma vor 18 Jahren entdeckt wurde, keinen Fragebogen ausgefüllt hat.

Wenn daher am Schluss Patienten und Ärzteangaben miteinander verglichen werden, sind nur die Patienten eingeschlossen, deren Hausarzt auch einen Fragebogen ausgefüllt haben, so dass ein direkter Vergleich möglich ist.

Zunächst einmal werden jedoch nur die Ergebnisse des Speziellen Fragebogens dargestellt:

5.3.1 Frage 1:

Wann wurde das Bauchortenaneurysma (BAA) bei ihrem Patienten entdeckt?

Vor ca. Jahren

Auf die Frage nach dem Zeitpunkt der Erstdiagnose gaben die Ärzte von drei Monate bis 11 Jahre an.

Im Durchschnitt hatten sie das Bauchaortenaneurysma vor knapp vier Jahren (3,96) entdeckt.

5.3.2 Frage 2:

Wie wurde von Ihnen, bzw. auf Ihre Veranlassung hin, das BAA entdeckt?

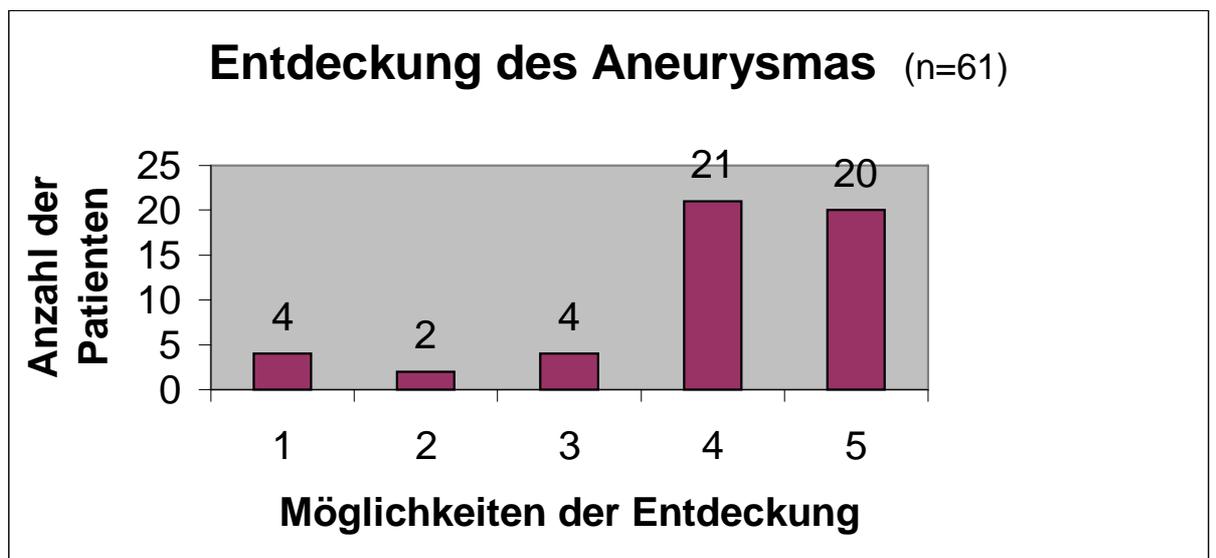
- *durch gezielte Suche*
- *eigenes Screening (ich mache immer ein Sono-Abdomen bei meinen Patienten)*
- *eigenes Screening bei älteren Patienten abJahren*
- *bei einem Sono im Rahmen der Diagnostik abdomineller Beschwerden*
- *andere Möglichkeiten, nämlich:*

Auf die Frage, wie das Bauchaortenaneurysma entdeckt worden sei, wurde bei vier Patienten die gezielte Suche als Grund genannt. Nur für zwei Patienten wurde eine altersunabhängige Ultraschalluntersuchung des Abdomens als Ursache für die Entdeckung des Aneurysmas angegeben, bei vier Patienten war ein „eigenes Screening“ durch den Hausarzt bei älteren Patienten (z.B. über 65 Jahre bzw. 55-65 Jahre) der Grund für die Erstdiagnose. Interessanterweise konnten die beiden Ärzte, die angaben immer eine Ultraschalluntersuchung bei ihren Patienten durchführen, jeweils nur einen Patienten mit einem nicht operierten Bauchaortenaneurysma nennen. Von den anderen vier Ärzten, die ein Screening bei älteren Patienten durchführen, waren tatsächlich zwei dabei, die überdurchschnittliche viele Aneurysmapatienten kannten. Beide Ärzte nannten jeweils vier Patienten.

Bei 21 Patienten wurde das Aneurysma im Rahmen der Diagnostik bei abdominellen Beschwerden entdeckt wurde, für 20 Patienten wurden noch andere Möglichkeiten beschrieben. Dies sind im Folgenden zitiert:

- Im Rahmen der Diagnostik bei Dyspnoe.
- Bei Tumornachsorge nach Colonicarcinom/ Nierencarcinom.
- Im Rahmen der Abklärung einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit.
- Vom vorher behandelnden Arzt.
- Bei einer Sonographie der Oberbauchorgane wegen V.a. Fettleber.

- Sono vor Bypass-Operation.
- Bei der Abklärung einer koronaren Herzkrankheit.
- CT-Abdomen wegen Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen.
- Generelle Kontrolle bei Patienten mit Gefäßerkrankungen und Hypertonie.
- Zufallsbefund bei Herzkatheteruntersuchung.
- Im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme nach Colonresektion.
- Eisenmangelanämie.
- Untersuchung durch Kollegen wegen Bauchbeschwerden.
- Zufallsbefund bei Kontrolle einer Harnstaunier.
- Während einer stationären Behandlung bei bekannter KHK.
- Im Krankenhaus.



1= gezielte Suche

2= eigenes Screening (ich mache immer ein Sono-Abdomen bei meinen Patienten)

3= eigenes Screening bei älteren Patienten abJahren

4= im Rahmen der Diagnostik abdomineller Beschwerden

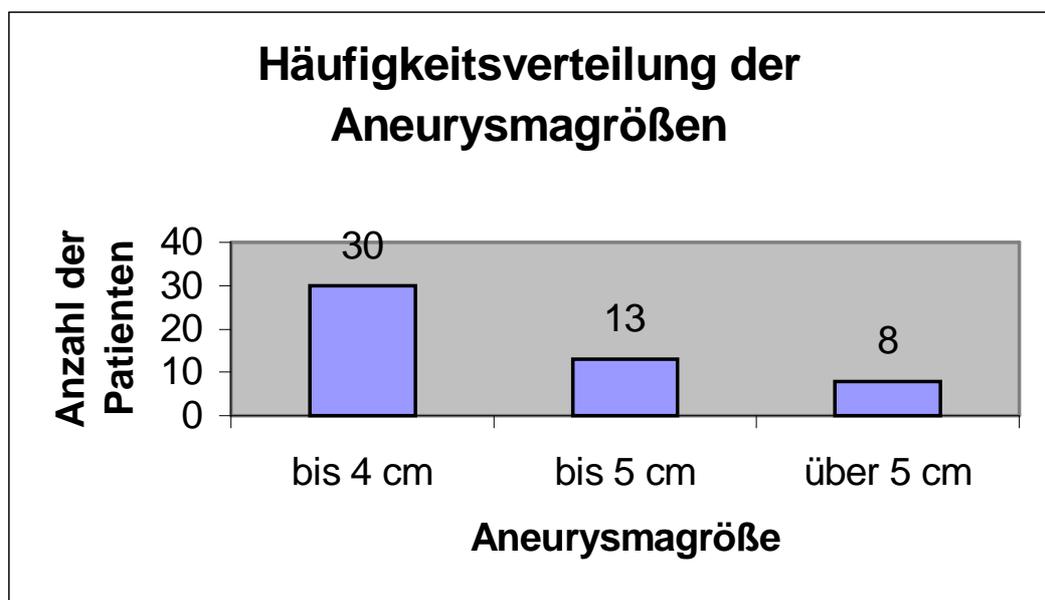
5= andere Möglichkeiten

5.3.3 Frage 3:

Wie groß ist das BAA jetzt?

Ca.mm Ø

Die Größe der Bauchaortenaneurysma reicht von 30 bis 70 mm Durchmesser. Im Durchschnitt betrug die Weite 42,25 mm.



5.3.4 Frage 4:

Hat es am Durchmesser zugenommen?

Nein

Ja, ca.mm

Auf die Frage, ob das Bauchaortenaneurysma an Größe zugenommen hätte, wurde für zwei Patienten genannt, dass noch keine Kontrolle stattgefunden hätte, da das Bauchaortenaneurysma erst vor zwei Monaten entdeckt worden sei.

Bei 27 Patienten habe kein Größenwachstum stattgefunden, für einen Patienten wurde zu dieser Frage keine Angabe gemacht, bei den restlichen 23 Patienten fand eine Zunahme von 1-25 mm statt. Durchschnittlich wuchsen die

Bauchaortenaneurysmata um 6.6 mm von Diagnosestellung bis zum Zeitpunkt der Befragung.

Dabei kann man keinen allgemeingültigen Zeitraum nennen, da sich das Größenwachstum auf den Zeitpunkt der (individuell unterschiedlichen) Erstdiagnose bis zum Tag des Ausfüllens des Fragebogens bezog. So muss man die unterschiedlichen Angaben auch entsprechend werten, da eine Größenzunahmen von 3 mm bei einem Patienten, dessen Aneurysma seit 10 Jahren bekannt ist, natürlich weniger bedeutend ist, als bei einem Patienten, der erst vor 3 Monaten von dieser Diagnose erfuhr.

5.3.5 Frage 5:

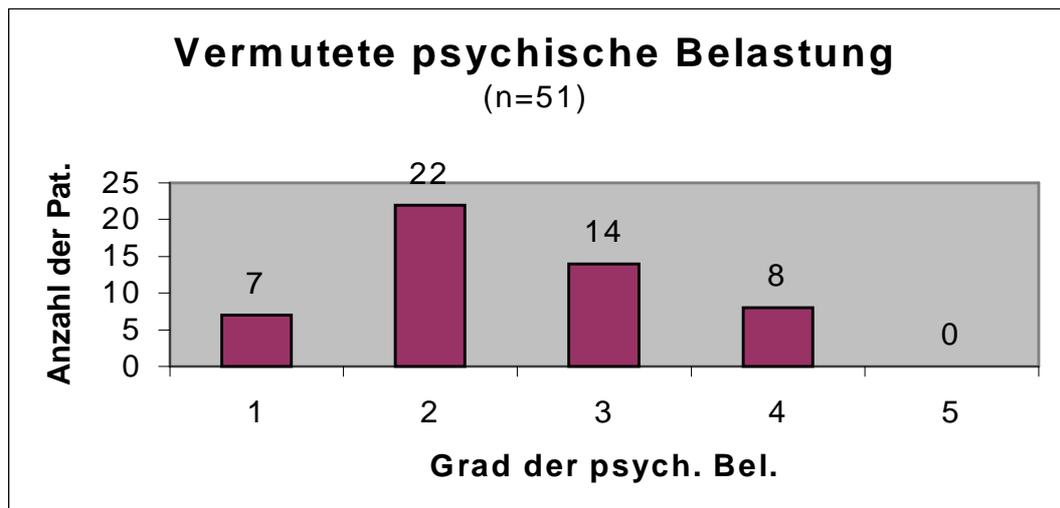
Wie hoch schätzen Sie die psychische Belastung um das Wissen des (noch) nicht operationsbedürftigen BAA ein? Wählen Sie auf der Scala zwischen 1 und 5, dabei ist 1 „gar keine“, 2 „wenig“, 3 „mäßig“, 4 „starke“ und 5 „sehr starke“ psychische Belastung.

1 2 3 4 5

Die psychische Belastung ihrer Patienten schätzten die Ärzte wie folgt ein:

Keiner der Ärzte glaubte, dass seine Patienten durch die Diagnose „Bauchaortenaneurysma“ *sehr* stark belastet sein könnten. Für sieben Patienten vermuteten die Ärzte jedoch eine starke Belastung durch das Wissen um die Erkrankung. Für acht Patienten nahmen die Ärzte an, ihre Patienten seien gar nicht belastet, für 22 glaubten sie, sie seien nur wenig, für 14 sie seien mäßig belastet.

Im Mittel schätzten die Ärzte den Grad der Belastung mit einem durchschnittlichen Wert von 2,48 eher gering ein.



Grad der psychischen Belastung:

1 = gar nicht belastet

2 = wenig belastet

3 = mäßig belastet

4 = stark belastet

5 = sehr stark belastet

5.3.6 Frage 6:

Besteht bei dem Patienten eine OP-Indikation?

Ja

Nein

Weiß ich nicht

Dass bei ihren Patienten eine Operationsindikation bestünde, wurde für sechs der Patienten von ihren Hausärzten bejaht, für 45 der Patienten wurde diese Frage verneint. Das bedeutet, dass bei 88% der Patienten der Hausarzt keine Notwendigkeit zum Operieren sieht. Falls bei dem Patienten eine OP-Indikation besteht, er sich aber nicht operieren lässt, stellt sich die Frage, warum der Patient nach Meinung des Arztes die Operation ablehnt.

Einmal wurde die Angst vor dem Operationsrisiko genannt, dreimal wurde den Patienten von anderen davon abgeraten, einmal wurden andere –nicht näher bezeichnete Gründe- genannt.

Die Entscheidung des Patienten wird unterschiedlich beurteilt. Zwei der Ärzte finden es eigentlich ganz richtig, dass der Patient sich nicht operieren lässt, zwei sind sich nicht ganz sicher und denken, dass der Patient doch recht haben könnte und nur einer findet die Entscheidung nicht akzeptabel.

Es scheint nun widersprüchlich zu sein, dass zunächst behauptet wurde, solche Patienten, die eine Operation abgelehnt haben, gibt es nicht, hier nun aber doch sechs Patienten genannt werden, bei denen eine Operationsindikation besteht, die dennoch nicht operiert sind. Bei der Überprüfung dieser Patienten fällt Folgendes auf:

Für Herrn R. , dessen BAA 60 x 62 mm groß ist, bejaht der Arzt die Frage nach der OP-Indikation. Herr R. schreibt: ich lasse mich nicht operieren, weil „sich der Arzt nicht ran traut“ . Dies bestätigt der Hausarzt durch die Anmerkung: „Krankenhaus hat abgelehnt“.

Bei Herrn S., dessen BAA 50 mm groß ist, wird auch die Frage nach der OP-Indikation bejaht, allerdings scheint der Patient nichts davon zu wissen. Obwohl er auch schon bei einem Gefäßchirurgen war, gab dieser ihm keinen anderen Rat als der Hausarzt bezüglich einer Operation. Er lehnt eine Operation also nicht ab, sie ist ihm gar nicht nahe gelegt worden.

Für Herrn P., dessen Aneurysma 45 mm groß ist, und das innerhalb von 3 Jahren um 10 mm gewachsen ist und für Herrn D., dessen Aneurysma 50 mm Durchmesser beträgt, wird auch vom jeweiligen Hausarzt eine Operationsindikation bejaht. Allerdings wurde beiden auch von den Krankenhausärzten wegen Herzinsuffizienz, KHK und Herrn P. wegen Z.n. zweimaligen Herzinfarkt abgeraten. Auch die Patienten schreiben, dass sie sich nicht operieren lassen, da die Ärzte im Krankenhaus davon abgeraten haben.

Herr B., dessen Aneurysma 51 mm groß ist, hat nach Ansicht des Hausarztes Angst vor dem OP-Risiko. Der Patient selbst gibt an, dass „es bei der letzten OP zu Narkoseschwierigkeiten kam“. Dieser Patient war aber weder bei Diagnosestellung noch zum jetzigen Zeitpunkt beunruhigt. Er hatte den Arzt so

verstanden, als hätte er ein „leichtes Leiden“, so dass ihm die Tatsache, dass der Arzt eine Operationsindikation sieht, es dies aber ablehnt, wenig zu belasten scheint. Eine weitere Operation über sich ergehen zu lassen mit der Befürchtung, aus der Narkose nicht mehr zu erwachen, belastet ihn mehr, als das Wissen gegen ärztlichen Ratens zu handeln

Bei Herrn S., dessen Aneurysma 50 mm beträgt, bejaht der Hausarzt die OP-Indikation und ergänzt dazu, dass jetzt gerade die weitere Diagnostik mit Angiografie und Überweisung zum Gefäßchirurgen läuft, um das weitere Vorgehen zu planen. Noch ist aber dem Patienten nicht dazu ausdrücklich geraten worden, sich operieren zu lassen, nach seinen Angaben ist bei ihm noch keine Operation nötig.

5.4 Ergebnisse des Patienten- und des speziellen Ärztefragebogens im Vergleich:

Will man nun die Daten der beiden Fragebögen, die sich auf denselben Patienten beziehen, miteinander vergleichen, kommen drei Punkte in Frage, zu denen sich Hausarzt und Patient jeweils geäußert haben. Ein direkter Vergleich war für die 51 Patienten möglich, deren Ärzte einen Fragebogen für sie ausgefüllt hatten.

Da ist zunächst die Frage nach dem Zeitpunkt der Diagnosestellung, dann die nach der Operationsindikation und anschließend die Einschätzung der psychischen Belastung; letzteres ist für diese Arbeit von besonderem Interesse.

Bei der Frage nach dem Zeitpunkt der Diagnosestellung ist zu berücksichtigen, dass der Arzt meist die Karteikarte bzw. die PC-Daten vor sich liegen hat, auf der alle wichtigen Daten verzeichnet sind, während der Patient meist aus dem Gedächtnis antwortet und eine Einschätzung nach vergangenen Jahren oft schwierig und daher auch falsch sein kann. Allerdings gibt es auch Patienten, die alle ihre „Krankendaten“ genauestens im Kopf haben oder sogar schriftlich aufgelistet haben, während es auch Ärzte gab, die nur eine grobe Einschätzung gegeben haben, da sie die Karteikarte des Patienten nicht vorliegen hatten.

Bei der Gegenüberstellung der Angaben „Diagnosezeitpunkt“ fällt auf, dass Arzt und Patient nur elf mal genau übereinstimmten, zehn mal fand sich jedoch die nur geringe Differenz von einem halben Jahr. Dies lässt sich damit erklären, dass die Patienten meist Angaben machen, wie: „vor 3,5 Jahren“, während der Hausarzt

schrieb: „seit 1998“. 29 mal kam es zu Abweichungen von ein bis mehreren Jahren, im einem Fall betrug die Differenz 8,5 Jahre.

Letztlich ist es unerheblich, ob ein Patient vor vier oder fünf Jahren von seiner Diagnose gehört hat. Aber das Phänomen, dass hier teilweise so große Differenzen bestehen, relativiert doch etwas die Genauigkeit der Daten, sei es auf Ärzte- oder Patientenseite.

Bei dem Vergleich bezüglich der Frage, ob der Patient sich operieren lassen soll oder nicht, muss berücksichtigt werden, dass den meisten Ärzten die Kriterien für eine Operationsindikation bekannt sind, nämlich die Größe von mehr als 5,5 cm oder Wachstumsgeschwindigkeit von 0,5 cm pro halben Jahr.

Außerdem muss hier bei dem Vergleich beachtet werden, dass die Patienten gar nicht direkt danach gefragt wurden, ob sie sich operieren lassen sollen, sondern dies indirekt beantwortet wird durch die Frage: „Nur für die Patienten, denen zu Operation geraten wurde, diese aber ablehnen: Warum lassen Sie sich nicht operieren?“ Bzw. durch die Frage: „Falls Sie noch bei einem anderen Arzt waren als ihrem Hausarzt, gab der Ihnen einen anderen Rat bezüglich der Operation?“

So ist es verständlich, dass der Hausarzt des Patienten, dessen Bauchortenaneurysma einen Durchmesser von 70 mm aufweist, die Frage nach der Operationsindikation bejaht. Trotzdem verneint der Patient die Frage, ob er sich operieren lassen soll. Dies lässt sich damit erklären, dass er aufgrund seiner Diagnose stationär untersucht wurde und letztlich die Gefäßchirurgen ihm von der Operation abgeraten haben. So behauptet der Patient zurecht, er *sollte* sich *nicht* operieren lassen, selbst wenn medizinisch gesehen, eine Operationsindikation besteht.

Bei einem anderen Patienten war es genau umgekehrt. Bei einer grenzwertigen Größe von 50 mm, die der Hausarzt noch nicht als Operationsindikation ansah, wurde der Patient zur weiteren Abklärung in die Universitätsklinik überwiesen. Die Ärzte dort teilten dem Patienten mit, dass sie ihn operieren würden. Dieser war zunächst verunsichert, hörte dann aber doch auf den Rat des Hausarztes, dem er seit Jahren vertraute und lehnte die Operation –nicht zuletzt wegen seines hohen Alters von 80 Jahren- ab.

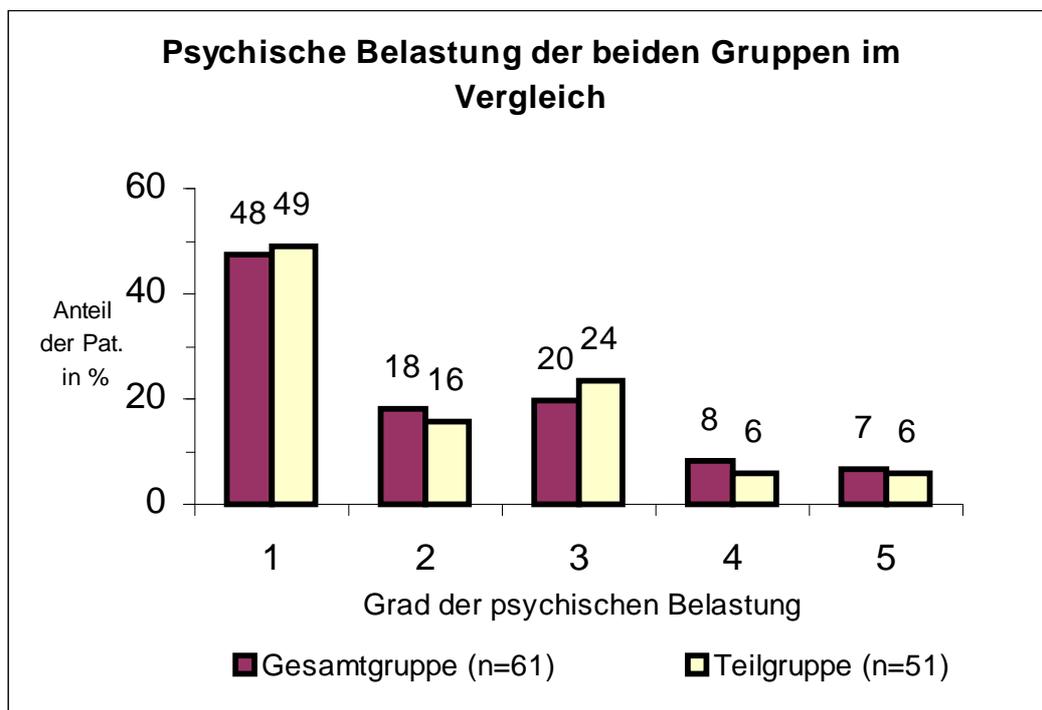
Anhand dieser zwei exemplarisch aufgeführten Beispiele erkennt man, dass es sinnvoll ist, nicht nur die angekreuzten Antwortmöglichkeiten auszuwerten,

sondern auch das Hintergrundwissen, dass auch durch die durchgeführten Interviews zustande kam, zu berücksichtigen, da hinter jedem ausgefüllten Fragebogen eben eine individuellen Geschichte steht.

Besonders interessant ist der Vergleich der Einschätzung der psychischen Belastung des Patienten vom Hausarzt und vom Patienten selbst.

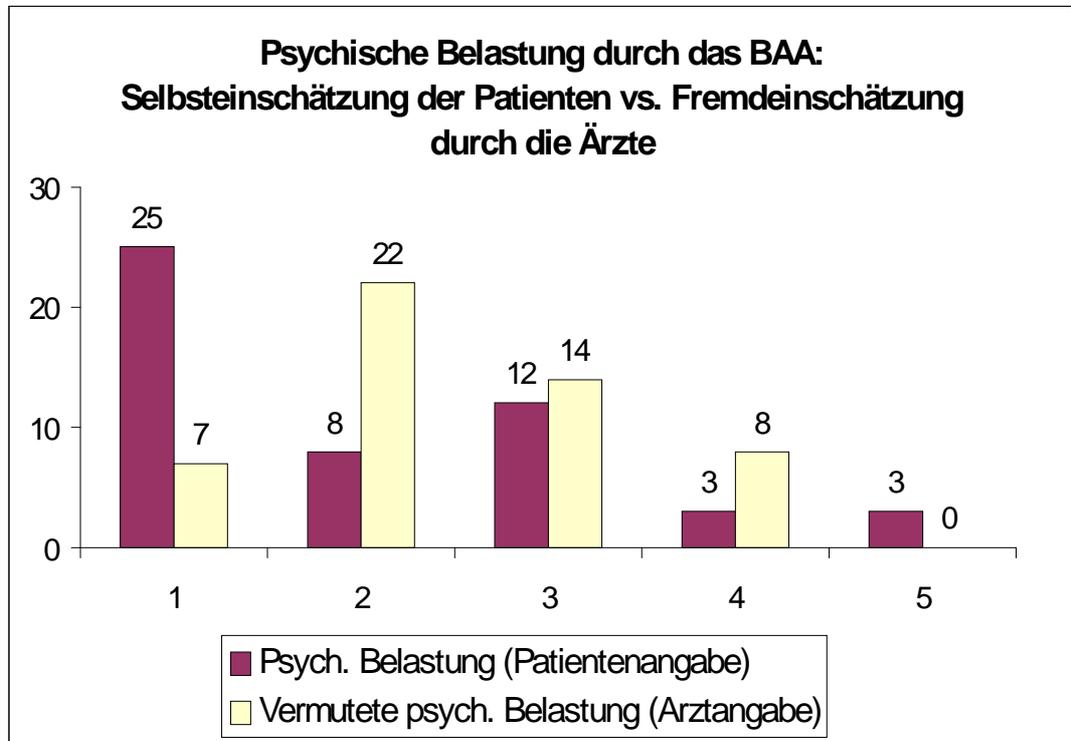
Von den 51 Patienten, deren Arzt einen Fragebogen ausgefüllt hatte, gaben 25 (ca. 50%) an, gar nicht, acht wenig, zwölf mäßig beunruhigt zu sein. Drei (=6%) fühlten sich stark, drei (=6%) sehr stark beunruhigt. Das entspricht in etwa auch den Werten der gesamten Gruppe aller 61 Patienten, so dass man das Ergebnis durchaus auch auf die Gesamtgruppe übertragen kann.

Zum direkten Vergleich sollen die Daten der Subgruppe derjenigen, für die der Arzt einen Bogen ausfüllte, zur Gesamtgruppe hier einmal grafisch nebeneinander dargestellt werden.



Von den Ärzten wurden lediglich sieben Patienten so eingeschätzt, dass sie durch den Befund „gar nicht“ beunruhigt seien, keiner vermutete, dass sein Patient „sehr stark“ belastet sein könnte. Von 22 Patienten wurde angenommen, sie seien „wenig“, von 14 sie seien „mäßig“, von acht sie seien „stark“ beunruhigt.

Der Mittelwert lag bei den Ärzten mit einem Wert von 2,47 insgesamt um einen halben Punkt höher, als bei den Patienten mit 1,99; der Median lag in beiden Fällen bei 2.



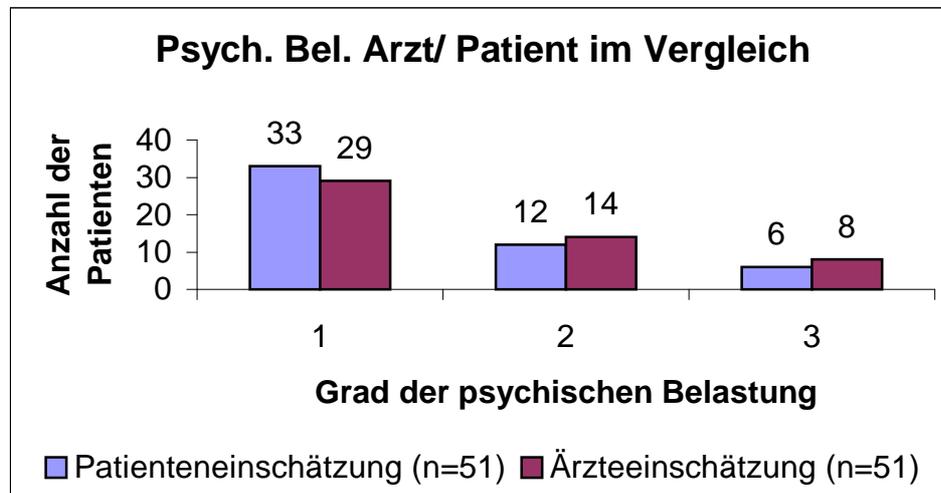
Insgesamt schätzten die Ärzte nur 14 ihrer Patienten so wie diese sich selbst ein, jeweils vier davon, die „gar nicht“, „wenig“ oder „mäßig“ beunruhigt waren und zwei, die sich „stark“ belastet fühlten.

Auffällig ist, dass keine Arzt die psychische Belastung als „sehr stark“ einschätzte, obwohl insgesamt die Belastung von den Ärzten eher höher als von den Patienten selbst eingeschätzt wurde (nämlich bei 23 der Patienten). Ob das an der Tendenz der Ärzte liegt, keine Extremwerte (1 oder 5) anzukreuzen, bleibt zu diskutieren.

Die meisten (25) Patienten hingegen gaben selbst an „gar nicht beunruhigt“ zu sein.

Wenn man jedoch bei der Einschätzung der psychischen Belastung von Arzt und Patient im Vergleich eine Polarisierung vornimmt und die Gruppe 1 und 2 (also „gar keine“ und „nur geringe Belastung“ zusammenfasst und den Gruppen 4 und

5 (d.h. „starke“ und „sehr starke Belastung“) gegenüber stellt, dann erscheint das Ergebnis weniger auseinanderklaffend:



Grad der psychischen Belastung:

1 = gar nicht oder nur wenig belastet

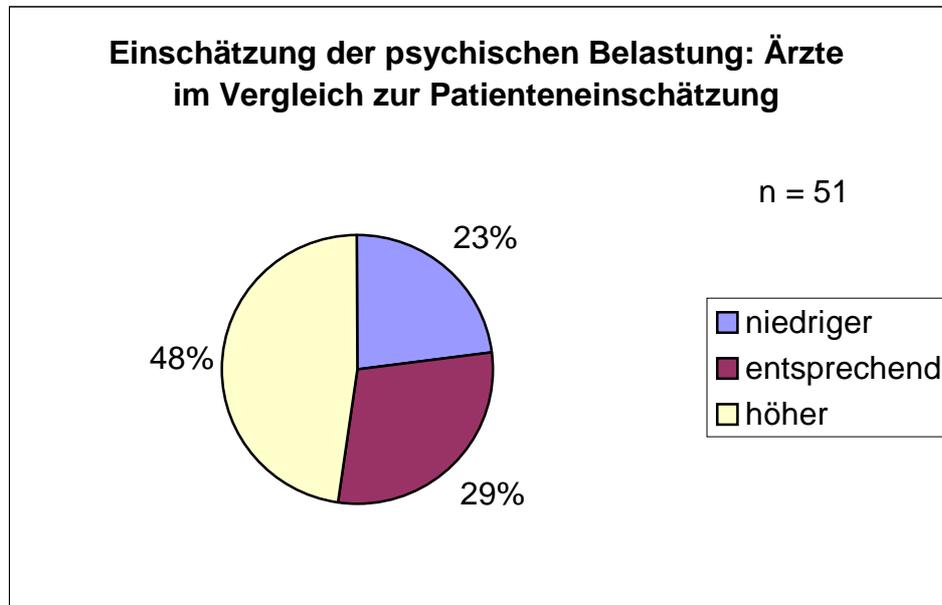
2 = mäßig belastet

3 = stark oder sehr stark belastet

Nach dieser Kategorisierung ergeben sich keinerlei nennenswerte Differenzen im Hinblick auf die ärztliche zur Patienten-seitigen Einschätzung der psychischen Belastung. Diese „vergrößerte“ Kategorisierung dürfte auch adäquater in Bezug auf den Vergleich zwischen ärztlichen und Patienten-seitiger Einschätzung der psychischen Belastung sein. Denn eine sehr feingliedrige Stufung (5 Stufen) könnte zu viel Differenziertheit im Vergleich vortäuschen. Man sollte dabei nämlich nicht vergessen, dass Ärzte und Patienten unterschiedlich Maßstäbe von Betroffenheit durch einen medizinischen Befund im Hintergrund haben dürften.

Festzuhalten ist, dass die Ärzte bezüglich ihrer Einschätzung der psychischen Belastung des Patienten häufiger in die Richtung gehen, dass sie die Belastung größer einschätzen, als der Patient sie selbst fühlt. Dies geschieht dabei in nennenswerten Ausmaß: Zwölf Ärzte schätzten auf der Scala um einen Punkt höhere Patientenbeunruhigung. Neun Ärzte taten dies um zwei und zwei Ärzte um

drei Punkte, was in letzterem Fall bedeutete, dass die beiden Patienten sich gar nicht beunruhigt fühlten, (=1), während ihre Hausärzte jeweils vermuteten, sie seien stark belastet (=4).



Für Knapp ein Drittel (29%) der Patienten schätzten die Ärzte die psychische Belastung ihrer Patienten gleich wie die Patienten ein. Bei fast der Hälfte (48%) vermutete sie höher, bei knapp ein Viertel (23%) niedriger Belastung.

Zwar haben über ein Drittel (71%) der Ärzte die Belastung ihrer Patienten anders als diese eingeschätzt, aber bei mehr als drei Viertel (77%), lag die Einschätzung entsprechend oder höher. Dies bedeutet, dass die Ärzte das Problem erkennen, möglicherweise sogar überschätzen.

5.5 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Fragebogenstudie

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Befragung sind Folgende:

Die Patienten sind –zumindest eine Zeit nach der Diagnosestellung- nicht sehr stark beunruhigt durch das Wissen um ihre Erkrankung.

Die Hausärzte schätzen die psychische Belastung durch das Wissen um die Krankheit höher ein, als die Patienten sie angeben.

Die regelmäßige Kontrolle des Aneurysmas durch den Hausarzt ist für viele Patienten sehr wichtig.

Viele Patienten versuchen, etwas dagegen zu tun, damit sich die Krankheit nicht verschlechtert.

In der Mehrheit der Fälle wird das Bauchaortenaneurysma immer noch zufällig entdeckt.

Die meisten Ärzte stehen einem Screening auf Bauchaortenaneurysma positiv gegenüber.

6. Interview Methodik

6.1 Ansatz der qualitativen Sozialforschung

Der Ansatz der Fragebogen-Studie entspricht einem klassischen quantitativen Ansatz. Bei der hier vorliegenden Fragestellung mit wenig bis fehlenden „Vor-Informationen“ zum Thema, lag es daher nahe, diesen Ansatz um einen qualitativen zu ergänzen. Um die Problematik zu verdeutlichen, wird eine kurze Zusammenfassung der Probleme einer rein qualitativen Analyse gegeben.

Girtler nennt vier Probleme für eine traditionelle **quantitative** Sozialforschung:

- Soziale Tatsachen sind als soziale Handlungen von ihrem Bedeutungsgehalt her bzw. je nach Situation anders zu interpretieren und können nicht vordergründig "objektiv" identifiziert werden.
- Soziales Handeln kann durch "quantitative" Messungen nicht wirklich erfasst werden, da sie eher die diversen Fragestellungen beschönigen oder verschleiern.
- Da vor der eigentlichen Untersuchung die zu testenden Hypothesen aufgestellt werden, kann dem Handelnden eine von ihm nicht geteilte Meinung oder Absicht suggeriert werden (vgl. Girtler, 1984).

Ähnlich fasst Lamnek die Problematik zusammen:

Die bislang dominierende standardisierte Befragung schränkt durch standardisierte Fragebögen, Beobachtungsschemata usw. das soziale Feld in seiner Vielfalt ein, erfasst es nur ausschnittsweise und stellt komplexe Strukturen zu sehr vereinfacht und reduziert dar (Lamnek, 1988).

Andererseits bemängeln Kritiker der **qualitativen Sozialforschung**, dass bei diesem Vorgehen die Zahl der Untersuchungspersonen in der Regel klein ist, echte Stichproben nach dem Zufallsprinzip nicht gewonnen werden können, keine quantitativen (= metrische) Variablen vorliegen und statistische Analysen fehlen.

Des Weiteren stellt Lamnek zentrale Prinzipien qualitativer Sozialforschung als Vorteile dar:

- Die *Offenheit* des Forschers, die sich sowohl auf die Beziehung zu den Untersuchungspersonen, als auf die Untersuchungssituationen und -methoden bezieht (vgl. auch Mayring, 1993);
- Die *Kommunikation*, die in der empirischen Forschung immer eine große Rolle spielt, muss im Forschungsprozess die alltäglichen Regeln der Kommunikation beachten;
- Die Prozesshaftigkeit, die in ihrem Ablauf empirische Forschung veränderbar macht;
- Die *Reflexivität* in Gegenstand und Analyse sowie in der Sinnzuweisung zu Handlungen, also auch im Analyseprozess (vgl. auch Lamnek, 1995);
- Die Explikation, d.h. die Offenlegung der Einzelschritte des Untersuchungsprozesses (vgl. auch Mayring, 1993);
- Die *Flexibilität* im gesamten Forschungsprozess, um sich an veränderte Bedingungen und Konstellationen anpassen zu können (vgl. Lamnek, 1995).

Auf wenige Sätze gebracht bedeutet dies: Quantitative Verfahren erlauben eine gewisse Repräsentativität, können aber nur das „abfragen“, was vorher konzeptionell schon gedacht, also gefragt wurde. Sie sind somit Hypothesenprüfend.

Qualitative Verfahren hingegen erlauben ein „Feld“ zu erschließen, also auch Antworten zu bekommen auf Fragen, die man so nicht gestellt hat, oder Kategorien zu erkennen, die man nicht bedacht hat. Qualitative Forschung ist aber –aufgrund des großen Erhebungsaufwandes- nur an kleinen und damit nicht repräsentativen Gruppen durchführbar. Sie ist Hypothesen-generierend.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird daher neben der quantitativen Fragebogen-Studie auch eine qualitative Analyse von Interviews eingesetzt.

Um die Problematik von Patienten, die von einer Krankheit betroffen sind, die zunächst nicht behandelbar ist, zu verstehen, erschien es nötig, Meinungen,

Haltungen und Gedanken von Patienten zu diesem Thema , möglichst in breitem Spektrum, in Erfahrung zu bringen. Daher ist es wichtig, die Aussagen der Befragten nicht durch geschlossene Fragen einzuschränken, sondern ihnen die Möglichkeit zu geben, umfassend und individuell von ihren persönlichen Erfahrungen zu berichten, weil diese –je nach Krankengeschichte und Persönlichkeit- von unterschiedlicher Art sein werden. Es sollten nämlich gerade individuelle, subjektive Erfahrungen und Meinungen und Gefühle von Patienten kennen gelernt werden, weshalb ausschließlich standardisierte Fragen nicht sinnvoll erscheinen (vgl. Lamnek, 1995, Mayring, 1993).

6.2 Der Untersuchungsplan

Bevor verschiedene Untersuchungsverfahren qualitativer Sozialforschung dargestellt werden, muss in Anlehnung an Mayring eine wichtige Abgrenzung der Begriffe "Untersuchungsplan" und „Untersuchungsverfahren“ vorgenommen werden. Der *Untersuchungsplan* (auch unter den Begriffen Forschungskonzeption, Forschungsarrangement oder "design" bekannt) beinhaltet auf der formalen Ebene Untersuchungsziel und -ablauf und "stellt als Rahmenbedingung Regeln auf, die die Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Proband und Forscher wesentlich bestimmen" (Hausser, 1982). Mit dem *Untersuchungsverfahren* hingegen sind die konkreten Methoden der Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung gemeint (vgl. Mayring, 1993). Mayring kritisiert, dass häufig diese Unterscheidung vernachlässigt werde und es dadurch zu einem "Durcheinander der Methoden" komme (ebenda).

Er nennt als für qualitative Forschung gut geeignete Untersuchungspläne die Einzelfallanalyse, die Dokumentanalyse, die Handlungsforschung, die deskriptive Feldforschung und das qualitative Experiment.

Bei der Problemstellung dieser Arbeit geht es um die psychische Belastung von Patienten mit nicht operierten Bauchortenaneurysmen. Im Rahmen dieser Problematik sollen Umgangsstrategien von Aneurysmapatienten untersucht und in Hinblick auf ein evt. Screening dieser Erkrankung Überlegungen angestellt werden. Dabei spielen vor allem auch Elemente der Fallanalyse mit hinein.

Ein Grundgedanke dieses Untersuchungsplanes ist es, dass man sich während des gesamten Analyseprozesses den Rückgriff auf den Fall in seiner Ganzheit und

Komplexität erhalten kann, um so zu genaueren und tiefgreifenderen Ergebnissen zu gelangen. In dieser Arbeit bedeutet dies, dass bei der Auswertung des Interviews nicht nur einzelne Sätze und Aussagen der Patienten generalisiert und reduziert werden und dann in übergeordnete Kategorien zusammen gefasst werden, sondern dass - trotz der Zerlegungen des Textes in einzelne Textbestandteile- immer wieder der Blick auf das Ganze, also auf den Patienten mit seiner individuellen Geschichte gerichtet wird.

In einem letzten Schritt muss der einzelne Fall in einen größeren Zusammenhang gebracht werden. Er wird mit anderen Fällen verglichen, um die Gültigkeit der Ergebnisse abschätzen zu können. Im vorliegenden Fall werden Erfahrungswerte des Umgangs mit der Diagnose "Bauchaortenaneurysma" von einzelnen Patienten gesammelt und miteinander verglichen. Dazu wurden die tabellarischen Auswertungen der Patienteninterviews (es existiert pro Patient eine Tabelle mit der Auswertung seines Interviews, siehe Anhang) zum besseren Vergleich nach Hauptkategorien sortiert. Somit wurden von den *unterschiedlichen* Patienten (dem "einzelnen Fall"), Aussagen, die in die *gleiche* Kategorie geordnet waren, nebeneinander gestellt. Dies ermöglichte einen direkten Vergleich der verschiedenen „Einzelfälle“ und erlaubt die Richtigkeit der Einordnung der Patientenaussagen zu überprüfen und zu bestätigen.

Somit hat man -ausgehend von dem einzelnen Fall- einerseits immer den Blick auf das Ganze, das Komplexe dieses einzelnen Patienten erhalten, andererseits aber auch nicht den Zusammenhang und den Vergleich zu der Gesamtgruppe von Patienten verloren.

6.3 Die Erhebung der Daten

Der Schwerpunkt des Interview-Teiles liegt in der Erforschung von Umgangsstrategien und Gefühlen (wie z.B. Angst und Sorge oder Gelassenheit) in Zusammenhang mit der Diagnose „Bauchaortenaneurysma“. Dazu werden die Aussagen verschiedener Patienten herangezogen. Da es hier um subjektive Bedeutungen geht, die sich nur schwer aus Beobachtungen ableiten lassen, muss man die Subjekte selbst zur Sprache kommen lassen (Mayring, 1993). Deshalb erfolgt eine Befragung in Form eines halb offenen, qualitativen Interviews.

Lamnek fasst folgende methodisch-technische Aspekte, die für qualitative Interviews von Bedeutung sind, zusammen, die auch für die hier durchgeführten Interviews beachtet wurden:

- Qualitative Interviews erfolgen im *alltäglichen Milieu* des Befragten, um eine möglichst *natürliche Situation* herzustellen und authentische Informationen zu erhalten.
- Qualitative Interviews sind –bis auf offene Eingangsfragen- *nicht standardisiert*, d. h. die Fragen sind nicht vorab formuliert, und es gibt keine spezifische Abfolge von Fragen. (Dies ist eine Konsequenz aus den zentralen methodologischen Prinzipien.)
- Schon beim Zugang zu den zu Befragenden ist die *Vertrauensbasis* wichtig, es empfiehlt sich daher, den Zugang über Dritte (in unserem Fall über den Hausarzt) zu suchen, die als Vermittler zwischen Forscher und Befragtem beider Vertrauen genießen.
- Aus der Nichtstandardisierung folgt, dass es normalerweise *keine geschlossenen Fragen* geben kann.

Qualitative Interviews erfordern vom Interviewer *höhere Kompetenz* als bei standardisierten Befragungen. Daher wird der Interviewer im Regelfall der Forscher sein (Lamnek, 1995).

- Der zu Befragende muss *Verbalisierungs-* und *Artikulationsvermögen* besitzen (Lamnek, 1995).
- Die Atmosphäre beim Interview muss *vertraulich* und *empathisch sein* (Lamnek, 1995).
- Es ist eine offene Gesprächstechnik zu praktizieren; der Interviewer ist anregend- passiv (Lamnek, 1995).
- Die *Asymmetrie der Kommunikationssituation* im qualitativen Interview (einer erzählt, der andere hört zu) ist tendenziell auch im Alltag üblich und wirkt -

richtig praktiziert- gegenüber dem Befragten als positive Sanktion (Lamnek, 1995).

- *Aufzeichnungsgeräte* (Tonband oder Video) sind unverzichtbar, um die Fülle der *Informationen* komplett zu haben und systematisch auswerten zu können (Lamnek, 1995).
- Das *qualitative* Interview kann *länger* dauern, weil es dem Alltagsgespräch ähnlicher ist als das quantitative (Lamnek, 1995).

Es lassen sich verschiedene Interviewarten unterscheiden. Lamnek erläutert vor allem das narrative Interview, das problemzentrierte Interview, das fokussierte Interview, das Tiefen- und das rezeptive Interview (1995). Die aufgezählten Interviewformen unterscheiden sich dahingehend, dass z.B. der Grad der Offenheit, der Flexibilität und der Prozesshaftigkeit unterschiedlich ausgeprägt ist (vgl. Lamnek, 1995). So ist beispielsweise beim narrativen Interview eine völlige Offenheit gegeben, während diese beim Tiefeninterview kaum vorhanden ist.

Ein offenes, halbstrukturiertes Verfahren (wie es hier angewendet wurde) stellt unter anderem das problemzentrierte Interview dar (vgl. Mayring, 1993). Offen bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Befragte ohne Antwortvorgabe, also frei antworten kann; halbstrukturiert meint, dass der Interviewer keinen starren Fragenkatalog benutzt, sondern einen Interviewleitfaden mit Fragenkomplexen. Für die Fragestellung dieser Arbeit scheint dies die geeignetste Methode zu sein, da der offene Charakter zwar im Vordergrund steht, die Befragten aber durch den Interviewleitfaden auf bestimmte Fragestellungen hingelenkt werden. Mayring nennt als Anwendungsgebiete des problemzentrierten Interviews vor allem stärker theoriegeleitete Forschung mit spezifischeren Fragestellungen (1993). Dabei muss schon einiges über den Gegenstand bekannt sein; dies sollte durch die vorausgegangene Analyse von Fachliteratur gewährleistet sein.

Wie der Name sagt, bedeutet die Problemzentrierung, dass sich das Interview auf eine Problemstellung konzentriert, auf die immer zurückgekommen wird. Im Falle

dieser Untersuchung sind es Fragen, inwieweit der Patient durch die Diagnose „Bauchaortenaneurysma“ im Alltag belastet oder beeinträchtigt ist und wie der Umgang mit dieser Erkrankung konkret aussieht. Die Form des problemzentrierten Interviews ermöglicht dem Befragten, dass er seine subjektiven Perspektiven und Deutungen des Problems darlegen und selbst Zusammenhänge entwickeln kann (Mayring, 1993).

6.4 Der Interviewleitfaden

Mit dem bereits erwähnten Leitfadeninterview bietet sich in einer qualitativen Erhebung die Möglichkeit, alle wichtig erscheinenden Themenbereiche abzudecken und fehlende nachzutragen (Lamnek, 1995). Durch das Zugrundelegen eines Leitfadens bleibt der ständige Bezug des Gesprächs zum Thema gewahrt. Des weiteren wird dadurch eine gewisse Vergleichbarkeit der Daten gewährleistet.

Die Reihenfolge und Formulierung der Fragen bleibt dem Interviewer selbst überlassen (vgl. Lamnek, 1995). Wichtig ist in diesem Zusammenhang noch, dass der Forscher sein theoretisches Konzept nicht dem Befragten mitteilt, damit es nicht "suggestiv" beeinflussend wirkt. (Lamnek, 1995). Während der Befragung kann hierdurch das Konzept noch modifiziert werden, so dass dessen mögliche Hypothesen nicht nur überprüft, sondern auch neue Hypothesen generiert werden können. Die Perspektive des Interviewten bleibt gegeben (vgl. Lamnek, 1995).

Für die Untersuchung zu Umgangs- und Bewältigungsstrategien der Patienten mit einem –nicht operierten- Bauchaortenaneurysma ergeben sich folgende Leitfadenfragen:

1. Erinnern Sie sich einmal - als man Ihnen Ihren Befund der erweiterten Bauchaorta mitgeteilt hatte wie ist es Ihnen gegangen, welche Gedanken sind Ihnen durch den Kopf gegangen?
2. Denken Sie jetzt manchmal noch an Ihren Befund?
3. Was bedeutet für Sie die erweiterte Bauchaorta in Ihrem Leben?
4. Macht Ihnen der Befund Angst oder nicht?
5. Wie ist Ihre Einstellung zu Ihrem Befund?

6.5 Die Durchführung der Interviews

Es gibt einige wichtige Merkmale, die bei der Durchführung der Interviews berücksichtigt werden müssen, damit der Forscher eine brauchbare Interpretationsgrundlage erhält.

Das qualitative Interview wird als Einzelbefragung durchgeführt, da oftmals recht intime und persönliche Fragen angesprochen werden. Deshalb sollte auch eine "permissive, nonautoritäre, freundschaftliche Vertrauensatmosphäre" vorhanden sein (Lamnek, 1995). In solch einer zwanglosen, angenehmen Atmosphäre stellt sich bei den Interviewten eher die Bereitschaft ein, ihre subjektiven Sichtweisen darzulegen und auch negative Gefühle wie Angst, Wut, Trauern oder Resignation usw. zu schildern. Die mündlich-persönliche Befragung beinhaltet offene, nicht-standardisierte Fragen im neutralen bis weichem Stil, weil vorformulierte Fragen durch die notwendige situative Anpassung nicht vorgebar sind (vgl. Lamnek, 1995).

Der Prozess der Datenerhebung im problemzentrierten Interview lässt sich in der konkreten Interviewsituation unter Berücksichtigung der vorhergehenden Überlegungen in vier Abschnitte einteilen. In der 1. Phase wird die erzählende Gesprächsstruktur und der Problembereich der sozialen Wirklichkeit, also das Thema des Interviews, festgelegt. In der 2. Phase soll der zu Befragende zu Erzählungen angeregt werden, indem der Interviewer die narrative Phase stimuliert. Dieser "allgemeinen Sondierung" folgt nun die "spezifische Sondierung", in der der Interviewer verständnisgenerierend die Äußerungen des Befragten nachzuvollziehen versucht. Hierzu stehen ihm drei verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung:

- Die Deutung des Forschers ist durch "*Zurückspiegelung*" zu kontrollieren, zu modifizieren oder zu korrigieren, indem er mit seinen eigenen Worten ein formulierte Interpretationsangebot macht.

- Um widersprüchliche oder ausweichende Aussagen zu thematisieren und daher zu einer Präzisierung zu gelangen, sind "*Verständnisfragen*" nötig.
- Mit der 3. Möglichkeit, der "*Konfrontation*" muss man vorsichtig umgehen, da das Aufzeigen von eventuell aufgetretenen Widersprüchen und Ungereimtheiten das Interviewklima schnell verderben kann.

Nach diesen drei Phasen des problemzentrierten Interviews, die Erzählsequenzen des zu Befragenden enthielten, können nun zum Abschluss „Ad-hoc-Fragen“ gestellt werden, um wichtig erscheinende Themenbereiche anzusprechen, die bis dahin noch keine Berücksichtigung fanden (Lamnek, 1995).

6.6 Die Auswahl der zu Befragenden

Bei der qualitativen Forschung geht es nicht um eine große Anzahl von Fällen, sondern um solche, die für die Fragestellung typisch sind. Aufgrund der kleinen Versuchspersonenzahl erhebt die folgende Untersuchung keinen Anspruch auf Repräsentativität, und die Ergebnisse können nicht ohne weiteres generalisiert werden (vgl. Mayring, 1993). "Qualitativer Methodologie geht es eben eher um *Typisierungen* und/oder *Typologien*, weshalb die Repräsentativität nicht so bedeutsam erscheint" (Lamnek 1995). Insofern sind die Ergebnisse dieser Studie im statistischen Sinne nicht repräsentativ, sie sind jedoch typisch und in differenzierter Weise aussagekräftig für die ausgewählten Teilnehmer bzw. die Problemstellung dieser Untersuchung.

Aus diesem Grund werden auch keine statistisch-wahrscheinlichkeitstheoretisch bestimmten Stichproben gezogen. Die Fälle können willkürlich unter dem Aspekt ausgewählt werden, eine Theorie zu entdecken, zu erweitern oder diese Theorie anhand mutmaßlicher Fälle zu kontrollieren und/oder zu revidieren (analytische Induktion) (Lamnek, 1995). In diesem Fall wurden einfach die ersten 26 Patienten, die von den Hausärzten genannt wurden, angesprochen, ob sie zu einem Interview bereit seien, insofern war auch diese Auswahl „willkürlich“.

Für die Problematik dieser Arbeit war es wichtig, Patienten zu befragen, die über ihre Diagnose (Bauchaortenaneurysma) aufgeklärt sind. Dabei unterschieden sich die Patienten nicht nur in Bezug auf ihr Alter, sondern auch auf den Zeitpunkt der

Erstdiagnose. Es gab Patienten, bei denen das Aneurysma vor über 10 Jahren entdeckt wurde, und solche, die erst seit wenigen Wochen oder Monaten davon wussten. So ergibt sich in der befragten Gruppe eine gewisse Heterogenität, die bei einem Vergleich der einzelnen Interviews berücksichtigt werden muss.

6.7 Das Erfassen und Aufbereiten der Daten

Bevor das Material, das durch das Erhebungsverfahren gewonnen wurde, ausgewertet werden kann, muss es festgehalten, aufgezeichnet, aufbereitet und geordnet werden (Mayring, 1993). Das „Festhalten“ und „Aufzeichnen“ erfolgt im vorliegenden Fall durch ein Minitonbandgerät. Neben dem Leitfaden, der als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen angesehen werden kann (vgl. Witzel, 1995), ist das Tonbandgerät ein unerlässliches Hilfsmittel, um die erhobenen Daten möglichst umfassend zu erfassen. Durch dieses erfolgt die Aufzeichnung des gesamten problemzentrierten Interviews, welches später transkribiert wird.

Wichtige Informationen z.B. über Rahmenbedingungen des Interviews oder über nonverbale Reaktionen (Gestik, Mimik, Motorik etc.) des Befragten, werden in einem Postskript festgehalten (Lamnek, 1995).

Bei der Aufbereitung der bisher gewonnen Daten stehen verschiedene Möglichkeiten wie wörtliche oder kommentierende Transkription, ein zusammenfassendes oder selektives Protokoll oder die Konstruktion deskriptiver Systeme zur Verfügung (vgl. Mayring, 1993). Da die Interviews auf einem Tonband aufgezeichnet werden, folgt danach die Transkription, um eine gute Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung zu erhalten. Die Wiedergabe und Aufbereitung der Interviews erfolgt durch die geschriebene Sprache, weil sie im Gegensatz zu anderen Medien wie Fotos, Filmen oder graphischen Darstellungsmitteln (z.B. Tabellen) dem Gegenstand am angemessensten erscheint. Zudem ist der Text das Hauptdarstellungsmittel empirischer Untersuchungen. Dabei stellt sich die Frage der Exaktheit der wörtlichen Transkription; inwieweit müssen Sprechpausen, Betonungen, Dialekte usw. wiedergegeben werden? Eine Technik, die dies am exaktesten

berücksichtigt, ist das Arbeiten mit dem internationalen Phonetischen Alphabet (IPA), durch das alle Dialekte und Sprachfeinheiten festgehalten werden können. Dies und auch die literarische Umschrift sind jedoch anstrengend zu lesen, weshalb hier aus ökonomischen und pragmatischen Gründen die *Übertragung ins normale Schriftdeutsch* bevorzugt wird. Die Methode einer wörtlichen Transkription oder „kommentierenden Transkription“, um Auffälligkeiten der Sprache festzuhalten, wird hier nicht gewählt. Denn das umfangreiche Interviewmaterial in dieser Form aufzuarbeiten, stellt einen erhöhten Aufwand dar und ist für das Interesse an der „inhaltlich-thematischen Seite des Materials“ nicht entscheidend. Bei dieser Protokolltechnik wird dadurch eine bessere Lesbarkeit erreicht, dass der Dialekt bereinigt, der Stil geglättet wird und Satzbaufehler behoben werden. Diese Methode findet außerdem ihre Berechtigung, weil im vorliegenden Fall die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht (Mayring, 1993).

6.8 Die Auswertung und Interpretation der Daten

Zur Auswertung und Interpretation der Daten wurde hier eine „zusammenfassende Inhaltsanalyse“ nach Mayring in folgenden Schritten durchgeführt:

Zunächst wird ein Text auf seine inhaltstragenden Teile reduziert. Dies nennt sich *Paraphrasierung* der inhaltstragenden Textstellen. Weniger relevante Passagen und bedeutungsgleiche Paraphrasen - also alle nicht inhaltstragenden Textbestandteile- werden gestrichen werden und der verbleibende Text wird durch Umformulierungen auf eine Kurzform gebracht (Mayring, 1996). So wurde z.B. der Satz aus einem Interview: „Überhaupt nicht. Ich geh bloß jedes halbe Jahr hin, um /eh/ mit Schall, Untra Ultraschall zu kontrollieren, ob sich erweitert hat oder nicht.“ in der Paraphrasierung um das überflüssige „eh“ und „Schall, Untra“ gekürzt. Die Paraphrasierung wurde im Allgemeinen sehr vorsichtig vorgenommen.

Danach wird eine *Generalisierung* vorgenommen, das heißt, dass Gegenstände der Paraphrasen auf Abstraktionsebene generalisiert werden (Mayring, 1996). Die Aussage eines Patienten: „Bei unserem Bundespräsidenten Rau, der soll das ja auch gehabt haben, die Operation, aber ich nehme an, dass es wegen seines

hohen Zuckers solange gedauert hat. Über drei Wochen... hat der gebraucht.“ wurde generalisiert zu: „Patient führt dreiwöchige Rekonvaleszenz von Rau nach der Operation auf erhöhte Blutzuckerwerte zurück.“

In einem weiteren Schritt werden ähnliche Paraphrasen gebündelt und zusammengefasst. Dies nennt sich *Reduktion*. Auf diese Art und Weise entsteht ein erstes induktiv gebildetes Kategoriensystem (Mayering, 1996). Im oben genannten Beispiel wurde die Aussage weiter reduziert zu „Vergleich zur Operation von Rau“.

Schlussendlich wird die Interpretation des ersten Kategoriensystems vorgenommen: induktiv werden *Hauptkategorien* gebildet (Mayering, 1996). Darunter versteht man übergeordnete Kategorien, in die sich die verschiedenen „reduzierten“ Aussagen zusammen fassen lassen. So wurde z.B. oben genannte „Reduktion“ in zwei verschiedene Hauptkategorien (HK) geordnet: einmal in die HK: „Relativierung zu anderen Lebensereignissen oder Personen“ und zum anderen in die HK: „Hoffnung/positive Einstellung/positive Entwicklung im Krankheitsverlauf“. Im einzelnen wurde auf diese Art und Weise zunächst 16 Hauptkategorien gebildet. Diese werden im Folgenden aufgelistet:

HK 1: Rationaler Umgang als Coping

HK 2: Zuordnung der Krankheit in ein sinnhaftes System

HK 3: Aktives Handeln des Arztes

HK 4: Aktives Handeln des Patienten

HK 5: Passives ergeben

HK 6: Vorstellung vom Sterben und Tod

HK 7: Negieren/ Verleugnen/ Bagatellisierung

HK 8: Relativierung zu anderen Lebensereignissen oder Personen

HK 9: Krankheit als Bedrohung/ negative Entwicklung im Krankheitsverlauf

HK 10: Hoffnung/ positive Entwicklung im Krankheitsverlauf

HK 11: Krankheit als zum Leben gehörig

HK 12: Vertrauen/ Misstrauen gegenüber Ärzten, Zufriedenheit/ Unzufriedenheit
mit den Ärzten

HK 13: Symptomorientierung

HK 14: Medizin als Reparaturbetrieb

HK 15: Krankheit ins Leben integrieren

HK 16: Positive Einstellung hilft

Um eine willkürliche, subjektive Einordnung der Patientenaussagen in verschiedene Hauptkategorien zu vermeiden, wurde diese (ebenso wie die Generalisierung und Reduktion) zunächst von mir vorgenommen und anschließend unabhängig von einem 2. Leser überprüft und teilweise neu eingeordnet. Bei fehlender Übereinstimmung wurde darüber diskutiert, warum von dem einen diese und von dem anderen Leser jene Einordnung getroffen wurde. Es wurde sich dann auf die sinnvoll erscheinende Hauptkategorie geeinigt, oder es erfolgte eine Einordnung in zwei verschiedenen Hauptkategorien..

Nachdem ursprünglich bei der Analyse der Texte die o.g. 16 verschiedenen Hauptkategorien gebildet wurden, wurden die jeweils zugeordneten Textteile im Einzelnen interpretiert und ausgewertet. In einer Gesamtsicht fiel dann aber auf, dass sich die Kategorien 10 („Hoffnung/ positive Entwicklung im Krankheitsverlauf“) und 16 („Positive Einstellung hilft“) bzw. 11 (Krankheit als zum Leben gehörig“) und 15 („Krankheit ins Leben integrieren“) zu einer übergeordneten Kategorie zusammenfassen ließen.

Die Hauptkategorien wurden induktiv, d.h. ausgehend von dem vorliegenden Interviewmaterial gebildet. Konkret wurde die erste Aussage des ersten Patienten paraphrasiert, generalisiert und reduziert und schließlich wurde eine Hauptkategorie gebildet. Anschließend wurde mit der zweiten, dritten und jeder weiteren Aussage dieses Patienten, danach mit allen anderen Aussagen der anderen Patienten verfahren, wobei jeweils geprüft wurde, ob die Einordnung in eine bereits bestehende HK sinnvoll erschien, oder ob eine neue HK gebildet werden musste. Dieses Verfahren führte dazu, dass die Reihenfolge der o.g. HK sich aus der Chronologie der Auswertung ergibt. Im Rahmen der weiteren Auswertung der Interviews wurde dann eine thematische Subsummierung der HK in übergeordnete Kategorien vorgenommen:

I: Coping I:

- A Rationaler Umgang als Coping (HK 1)
- B Aktives Handeln des Arztes (HK 3)

- C Aktives Handeln des Patienten (HK 4)
- D Hoffnung (HK 10 und 16)
- E Zum Leben gehörig (HK 11 und 15)

II: Coping II:

- F Zuordnung der Krankheit in ein sinnhaftes System (HK 2)
- G Passives ergeben (HK 5)
- H Negieren/Verleugnen/ Bagatellisierung (HK 7)
- I Relativierung zu anderen Lebensereignissen oder Personen (HK 8)

III: Angst:

- J Vorstellung vom Sterben und Tod (HK 6)
- K Krankheit als Bedrohung/ negative Entwicklung im Krankheitsverlauf (HK 9)

IV: Weitere Sichtweisen zur Krankheit/Betreuung:

- L Vertrauen/ Misstrauen gegenüber Ärzten, Zufriedenheit/
Unzufriedenheit mit den Ärzten (HK 12)
- M Symptomorientierung (HK 13)
- N Medizin als Reparaturbetrieb (HK 14)

In der o.g. Aufstellung sind die aus den Texten gewonnenen Hauptkategorien nun den übergeordneten Kategorien (I-IV) zugeordnet. Da die Hauptkategorien nun nicht mehr numerisch sortiert, sondern thematisch geordnet sind, wurde der besseren Übersichtlichkeit willen eine alphabetische Ordnung vorgenommen. In Klammern sind die Nummern der ursprünglichen Hauptkategorien (HK) angegeben.

Im Ergebnisteil werden daher die „Hauptkategorien“ schon den „übergeordneten Kategorien“ zugeordnet präsentiert; also nicht in numerischer Reihenfolge.

Dieser Ablauf der Interviewauswertung wurde auf alle 26 Patienteninterviews angewendet. Dabei wurden die einzelnen Schritte der Analyse (Paraphrasierung, Generalisierung) sehr „vorsichtig“ ausgeführt, sie blieben also stets nicht-deutend dem Originalmaterial verhaftet, um keine Inhalte zu verlieren. So bleibt die Auswertung der Interviews in allen Schritten transparent und prüfbar. Die Tabellen zu den einzelnen Interviewauswertungen finden sich im Anhang.

7. Auswertung der Interviews

7.1 Coping

Die vorliegende Arbeit fragt nach der psychischen Belastung von Patienten mit nicht operierten Bauchaortenaneurysmen sowie nach deren Umgang mit einer solchen – möglichen - Belastung. Nun ergibt sich die „psychische Belastung“ selbstverständlich nicht einfach aus einer gegebenen Situation allein. Anders ausgedrückt: formal identische Belastungen werden von unterschiedlichen Menschen und/oder in unterschiedlichen Situationen unterschiedlich wahrgenommen, erlebt und bewertet. Belastungserleben ist das Ergebnis einer komplexen Interaktion zwischen der gegebenen Situation und der Disposition des Individuums.

Bei der Beschreibung oder Analyse dieses Prozesses, der über das Ausmaß der erlebten psychischen Belastung entscheidet, spielt der Begriff „Coping“ eine wichtige Rolle. Die Ergebnisse der Copingforschung müssen deshalb bei der Auswertung der Patienteninterviews berücksichtigt werden. Einige Aspekte sollen im Folgenden kursorisch dargestellt werden. Für eine ausführlichere Darstellung wird auf die Literatur verwiesen (Beutel, M.; 1988, Rüger, U.; 1990).

7.1.1 Zum Verständnis des Copingbegriffes

Webster's New World Dictionary definiert „Coping“ als „...to fight or contend with successfully or on equal terms... to deal with problems, troubles, etc.“ Diese Worterklärung umfasst mehrere Aspekte, nämlich sowohl die aktive Auseinandersetzung mit belastenden oder problematischen Situationen als auch das positive Gelingen oder ein Gleichmaß zwischen Fähigkeiten und Anforderungen. Eine Entsprechung des Begriffs Coping findet sich im Deutschen nicht, so wird es meistens mit „Bewältigung“, „Stressbewältigung“ oder eben im Rahmen krankheitsbezogener Belastungen als „Krankheitsbewältigung“ übersetzt (Beutel, M.; 1988).

Da die Entwicklung moderner Copingtheorien sehr eng mit der Forschungsgruppe um Lazarus verbunden ist, soll zunächst eine Definition von Lazarus und Folkman (Beutel, M.; 1988) gegeben werden. Dabei wird Coping beschrieben als „sich ständig verändernde, kognitive und behaviorale Bemühungen, spezifische

externale und/oder internale Anforderungen zu handhaben, die so eingeschätzt werden, dass sie die Ressourcen einer Person beanspruchen oder überschreiten“ (Beutel, M.; 1988). Ziel der Coping Strategie ist dabei immer, die Stabilität der Person zu gewährleisten bzw. wieder zu erlangen. Coping soll damit wieder frei machen, Autonomie wieder herstellen oder aufrecht erhalten helfen. (Miller, J.F.: Coping with chronic illness, 3rd Ed. Davies, Philadelphia 2000; Kap. 1 und 2). Eng verbunden mit dem Coping ist der Begriff der Transaktion. Dabei versteht man unter Transaktion einen kontinuierlichen, wechselseitigen Prozess der Auseinandersetzung, wobei Bewältigungsversuche die Situation verändern und umgekehrt Veränderungen der Situation künftig adaptive Bemühungen beeinflussen. Die Transaktion zwischen Individuum und Situation beruht auf kognitiven Prozessen, d.h. wertenden Wahrnehmungen, Gedanken und Schlussfolgerungen, sie hat damit interpretativen Charakter. Im Mittelpunkt des Modells des Bewältigungsverhaltens stehen dementsprechend jene subjektiven Bewältigungsprozesse, die zwischen situativen (externen wie internen) Anforderungen und den handelnden und/oder intrapsychischen „Reaktionen“ des Individuums vermitteln.

Entscheidend dafür, ob eine Situation als belastend erlebt und behandelt wird oder nicht, ist die Einschätzung oder Bewertung („appraisal“) durch die betreffende Person. Lazarus unterscheidet drei Bewertungsprozesse, die aufgrund innerer und/oder äußerer Rückmeldungen sowie neuer Informationen mehrfach durchlaufen werden kann. Unterschieden werden primäre (primary appraisal) und sekundäre Bewertungen (secondary appraisal) sowie Neubewertungen („reappraisal“) (Rüger, U.; 1990).

Die primäre Bewertung bezieht sich auf die Einschätzung einer gegebenen oder antizipierten Situation, die als a) irrelevant, b) günstig-positiv oder c) belastend/stressbezogen bewertet wird. Die stressbezogenen Bewertungen werden weiter unterteilt nach Bedrohung, Schaden/Verlust und Herausforderung.

Während die primäre Bewertung eher anforderungsbezogen ist, bezieht sich die sekundäre Bewertung auf die Auswahl einer oder mehrerer geeigneter Bewältigungsstrategie; sie ist also eher „response“-bezogen.

Neubewertungen basieren auf Rückmeldungen („feedback“) über den ablaufenden Bewältigungsprozess. Diese dienen der Überprüfung getroffener Einschätzungen,

können aber auch im Sinne einer defensiven Neubewertung zur Reduktion von Belastungen eingesetzt werden. Diese drei o.g. Formen der Bewertung fanden in mehr oder minder abgewandelter Form Eingang in verschiedenste Copingtheorien. Die Annahme einer aufeinander folgenden Abfolge wurde aber inzwischen aufgegeben, da die einzelnen Bewertungsprozesse ohnehin nicht empirisch zu unterscheiden sind (Beutel, M.;1988).

In der Stressforschung stellte sich heraus, dass Verhaltensweisen in Belastungssituationen weder nur von situativen noch allein von personellen Einflussgrößen abhängen, sondern von den Wechselwirkungen dieser beiden Faktoren. Um eine Vorhersage für die Verarbeitung bestimmter Belastungssituationen treffen zu können, ist daher eine genaue Spezifizierung der situativen und personalen Einflussgrößen erforderlich.

7.1.2 Situative Einflussgrößen

Erwünschtheit

Nach einigen Untersuchungen zeigte sich, dass die *Erwünschtheit* oder *Unerwünschtheit* großen Einfluss auf das Auftreten von subjektiven Beeinträchtigungen durch kritische Lebensereignisse (z.B. Heirat, Geburt, Wohnungswechsel) hat.

Kontrollierbarkeit

Auch die *Kontrollierbarkeit* ist ausschlaggebend für das Eintreten subjektiver Beeinträchtigungen. Unter Kontrollierbarkeit versteht man eine Kontingenz zwischen Verhalten und Handlungskonsequenzen, d.h. dass die Wahrscheinlichkeit, dass auf ein bestimmtes Verhalten eine bestimmte Konsequenz folgt, von diesem Verhalten abhängig ist. Kontrollierbarkeit beinhaltet für das erkrankte oder durch einen krankhaften Befund bedrohte Individuum, daß es weiter Herr der Lage, also in einem Rahmen noch autonom handelnd ist. Damit ist Kontrollierbarkeit Identitäts-stiftend und Identitäts-stabilisierend.

Man unterscheidet dabei zwischen objektiver und subjektiver Kontrolle. Objektive Kontrolle liegt dann vor, wenn ein Stressor durch bestimmte Verhaltensweise der betroffenen Person verhindert, beseitigt oder reduziert

werden kann. Subjektive Kontrolle bedeutet, dass die Person glaubt, sie verfüge über Kontrolle. Prystav bemerkt, "dass eine Stresssituation, die weder objektiv noch subjektiv kontrollierbar ist, um so belastender erlebt wird, je stärker die Erwartungen einer erfolglosen Kontrolle sind und je eindeutiger Misserfolge bei der Ausübung der Kontrolle der eigenen Inkompetenz zugeschrieben werden (Beutel, M.; 1988).

Vorhersagbarkeit

Eine weitere situative Einflussgröße ist die *Vorhersagbarkeit*. Diese gründet sich auf das Bedürfnis nach Sicherheit in bezug auf schädliche bzw. bedrohliche Ereignisse. Man unterscheidet zwischen genereller, zeitlicher und inhaltlicher Vorhersagbarkeit. Unter genereller Vorhersagbarkeit versteht man, dass eine Person Kenntnis vom Auftreten eines Ereignisses hat. Zeitliche Vorhersagbarkeit bezieht sich auf die Kenntnis des Zeitpunktes, inhaltliche auf die Kenntnis der Art und Weise des Stressors. Dabei macht Vorhersagbarkeit die Berechenbarkeit einer Situation aus; letztere aber wieder macht dem „bedrohten“ Individuum deutlich, dass es noch Möglichkeiten der Reaktionen, des Sich-Einstellens auf Bedrohung hat, also einen Handlungsrahmen, Autonomie erhalten hat.

Ambiguität

Mit der Vorhersagbarkeit eng - wenn auch spiegelbildlich – verbunden ist das Konzept der *Ambiguität* (Mehrdeutigkeit). Darunter versteht man eine Situation, in der entscheidende Aspekte nicht eindeutig einzuschätzen sind. Häufig beeinträchtigt Ambiguität die Fähigkeit, sich mit einer Situation aktiv auseinanderzusetzen und kann deshalb recht belastend sein. Auf der anderen Seite kann ein gewisses Maß an Ambiguität auch ermöglichen, sich ganz langsam mit einer schwierigen Situation auseinanderzusetzen, gibt es doch immer auch noch Hoffnung in einer Situation (z.B. einen Rest Hoffnung angesichts einer infausten Prognose zu behalten).

Abgesehen von den o.g. Einflussgrößen hängt das Gelingen der Verarbeitung auch von der *Intensität, Häufigkeit und Dauer der Belastung* und dem *zeitlichen und situativen Kontext* ab.

7.1.3 Personale Einflussgrößen

Geschlecht

Es wurde z.B. beobachtet, dass Frauen eher emotionsbezogene Verarbeitung und Strategien wie Ablenkung, Abreagieren, Entspannung und Suche sozialer Unterstützung benutzen und Männer stärker instrumentelles Coping und direkte Handlungen bevorzugen.

Lebensalter

Zwei gegensätzliche Hypothesen beschreiben die Veränderung von Adaptionsprozessen mit zunehmenden Lebensalter:

Die Regressionshypothese besagt, dass sich ältere Personen stärker "lebensgeschichtlich früheren, weniger effektiven, passiven und rigiden Verarbeitungsmechanismen (z.B. Depression, Rückzug, Projektion, Somatisierung und Verleugnung)" zuwenden (Beutel, M.; 1988).

Die Wachstums oder Reifungshypothese erklärt, dass ältere Personen vermehrt effektivere Verarbeitungsbemühungen gebrauchen, wie z.B. "Altruismus, Humor, Suppression, Antizipation und Sublimierung" (Beutel, M.; 1988).

Dies erklärt, dass ältere Menschen, wie Umfragen zeigen, häufiger über eine insgesamt hohe Lebenszufriedenheit berichten.

Sozioökonomischer Status

Unter sozioökonomischen Status versteht man einen Überbegriff für Variablen wie Ausbildung, Einkommen, beruflicher Status. Welche Auswirkungen dieser auf Adaptionsprozesse hat, ist bislang nicht eindeutig geklärt. Einige Untersucher fanden einen Zusammenhang zwischen höherer Bildung und höherer kognitiver Komplexität, realistischerer Bewertung und aktivem Problemlösen.

Kontrollüberzeugungen

Kontrollüberzeugungen werden definiert als "generalisierten Erwartungshaltungen eines Individuums darüber, ob es durch sein eigenes Verhalten Verstärker und wichtige Ereignisse in seinem Leben beeinflussen kann (internale Kontrolle) oder nicht (externale Kontrolle)" (Beutel, M.; 1988).

Personen mit internaler Kontrollüberzeugung sind aktiver bemüht, ihre Umwelt zu kontrollieren, als externale Personen, sie weisen eine höhere Toleranzschwelle für

Belastungssituationen auf und nehmen soziale Unterstützung effektiver in Anspruch.

7.1.4 Personale Ressourcen

Darunter versteht man, im Unterschied zu Verarbeitungsstrategien relativ überdauernde, spezifischen Verarbeitungsbemühungen zugrundeliegenden Persönlichkeitsvariablen, die helfen sollen, Belastungssituationen zu widerstehen oder zu bewältigen. Als hinderlich erweisen sich dabei psychopathologische Belastungen, wie anhaltende psychische Störungen (Ängste, Depressionen u.a.). Auch Fatalismus, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit sind negative Prädiktoren. Günstig hingegen wirken sich hohes Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Optimismus, interpersonales Vertrauen und Vorerfahrungen in der Bewältigung von belastenden Lebensereignissen und Krankheit aus. Ebenso sind auch Problemlösungsfähigkeiten, Intelligenz, Ich-Stärke, soziale Kompetenz und Selbstbehauptung, Toleranz von Ambiguität und Frustrationstoleranz adaptionsfördernd.

7.1.5 Verarbeitungsstrategien

Die eigentliche Verarbeitung kann systematisiert verstanden werden. Allerdings besteht ein großes Problem der Copingforschung im Mangel einer allgemein akzeptierten Taxonomie, also einer Einordnung in eine gültige Systematik.

Von verschiedensten Forschungsgruppen gibt es die unterschiedlichsten, teils überlappenden empirischen Ansätze zur Klassifikation von Copingstrategien. Im Folgenden werden die unterschiedlichen Bewältigungsstrategien genannt:

- 1) Problemlösen
- 2) Suche sozialer Unterstützung
- 3) Flucht/Vermeidung
- 4) Vertrauen auf professionelle Hilfe
- 5) Angstbetäubung/Spannungsreduktion
- 6) Hemmung der Handlung
- 7) (Selbst)Kontrolle
- 8) Fatalismus
- 9) Optimismus

- 10) Ablenkung
- 11) Verleugnung
- 12) Abreagieren
- 13) Vertrauen auf anonyme Mächte
- 14) Distanzierung
- 15) Betonung positiver Aspekte
- 16) Selbstverschulden
- 17) Selbst-Isolierung
- 18) Wunschdenken

Von den sich teilweise überlappenden 18 beschriebenen Bewältigungsstrategien, wurden nur drei von mehr als der Hälfte der Autoren einbezogen: aktives Problemlösen, Suche sozialer Unterstützung, Flucht bzw. Vermeidung. Dies ist erstaunlich, da die verschiedenen Autoren weitgehend auf dieselben Quellen bei der Auswahl der Items zurückgriffen. Da auch die Terminologie uneinheitlich ist, ist auch die Vergleichbarkeit erschwert.

Die genannten Verarbeitungsmechanismen entsprechen teils ausdrücklich (Verleugnung) teils näherungsweise (z.B. 3,5,8,12) den aus der Psychoanalyse bekannten Abwehrmechanismen. Von Lazarus und Mitarbeitern werden die Abwehrmechanismen unter den Oberbegriff "Coping" subsumiert. Diese werden als eine Klasse intrapsychischer Bewältigungsformen angesehen, denen vor allem im Hinblick auf objektiv nicht beeinflussbare Situationen (Schaden/Verlust) eine adaptive Funktion zugesprochen wird. Eine Einschränkung der Effektivität von Abwehrstrategien gegenüber instrumentellen Coping-Strategien wird vor allem darin gesehen, dass sie keine Veränderung der Situation selbst erlauben.

In den oben genannten 18 Begrifflichkeiten der Coping-Formen lassen sich – bezogen auf den Umgang mit Krankheit oder krankhaften Befunden - Muster erkennen:

Ausweichen, Diminuieren:

(Flucht/Vermeidung,Angstbetäubung/Spannungsreduktion, (Selbst)Kontrolle, Ablenkung, Verleugnung, Abreagieren, Selbstisolierung).

Hilfe von Außen suchen: Suche nach sozialer Unterstützung, Vertrauen auf professionelle Hilfe, Optimismus, Vertrauen auf anonyme Mächte

Selbst-Hilfe: Problemlösen, (Selbst)Kontrolle, Distanzierung

Bedeutungszuweisung, Verständlichkeit-Herstellen: Distanzierung, Betonung positiver Aspekte, Selbstverschulden, Wunschdenken

Selbst wenn es auch hier so ist, dass eine eindeutige Zuordnung einzelner Coping Strategien nicht immer möglich ist, so wird doch deutlich, dass es um Gewinnung von Stabilität aus der Person heraus oder mit fremder Hilfe bzw. über Einordnung in Berechenbarkeit/Verständlichkeit geht. Dagegen stehen die „unreifen“ Formen des Coping in der „Verleugnung der Realität, in der Flucht. Alle aber dienen einem, der Stabilitätsgewinnung.

7.2 Auswertung der Interviews

Coping I

7.2.1 A) Rationaler Umgang als Coping (HK 1):

Aussagen, die in dies Kategorie eingeordnet wurden, wurden von 12 verschiedenen Patienten gemacht. Bei einigen Patienten wurden mehrere ihrer Aussagen, in diese Kategorie geordnet.

Im Folgenden werden ausgewählte Zitate genannt:

Patient 7: „...die Tante war 88 oder 89 Jahre alt so was. Ist natürlich auch bestimmt eine Alterserscheinung gewesen.“

Patient 9: „und die Erweiterung liegt jetzt ungefähr bei 50 mm, und hab ihn gefragt, dass sie bei 50 mm noch nicht operieren und über 90 Prozent würden nicht an der Aorta sterben., aber bei 60 mm würde sich der Prozentsatz ganz gewaltig erhöhen.“

Patient 13: „...dann hat der Arzt ne Ultraschallaufnahme gemacht ...an der Bauchschlagader eine Erweiterung wäre, ein Aneurysma, das wäre 3,2 Zentimeter dick.“

Patient 15: „ und der sagte zu mir, Sie haben auch ein Aneurysma im Bauch. Ja sage ich, was ist das? Dann hat der mir das erklärt. Ja die Erweiterung der Aorta und dann sagte er aber noch keinen, dann hat er mit Ultraschall untersucht und das sagte er, Sie brauchen noch keine Befürchtungen zu haben, da war das 2,5 oder 2,7...“

Patient 18: „ dann haben sie da festgestellt, dass ich eine vergrößerte Bauchaorta hatte, nicht so viel, ungefähr zwei, drei Zentimeter und lang 35 mm...“

Patient 21: „Die Operation selbst soll relativ schnell gehen, soll aber eine Spezialoperation sein, die nicht überall durchgeführt werden kann... Diesen Sommer muss ich wieder hin zur Ultraschalluntersuchung.“

Patient 23: „...Hausarzt hat dann gleich gesagt, dass ist eine Veränderung der Aorta, hat's mir aufgezeichnet auch so ein bisschen kurz skizziert und erst, wenn es größere Dimensionen annimmt, ist an eine Operation zu denken. Im Moment überhaupt kein Denken dran, so dass ich eigentlich relativ beruhigt nach Hause ging, mir da keine großen Gedanken mehr drüber gemacht habe.“

Patient 26: „Es ist inzwischen auf von 4 Zentimeter auf ungefähr 4,2 Zentimeter gewachsen und wie ich hörte, operiert man erst von einem Durchmesser von 5 Zentimetern.“

Bei den meisten dieser Patienten fällt auf, dass sie den Durchmesser ihres Aneurysmas genau kennen und teilweise auch um die kritische Größe bzw. die Operationsindikation wissen. Das rationale Nennen von Fakten („mein Aneurysma ist erst so und so groß, aber ab so und so wird es erst ernst“) ist für diese Patienten eine gute Möglichkeit mit der Erkrankung umzugehen. Dabei fällt anhand der genannten Beispiele auf, dass dies unabhängig von der objektiven Ernsthaftigkeit des Leidens gilt. So spricht z.B. der Pat. 9, dessen Aneurysma schon 50 mm groß ist, davon, dass doch erst ab einer Größe von 60 mm die Rupturrate deutlich ansteigt, obwohl er doch von der Operationsindikation von 55 mm nicht mehr weit entfernt ist. Der Patient 26 hingegen, dessen Aneurysma 4,2 cm groß ist, spricht davon dass erst ab 5 cm operiert wird. So benutzt jeder Patient die „harten Fakten“, um für sich selbst ein positives Resümee zu ziehen.

Der Patient 7, dessen Tante auch an einem Aneurysmaleiden verstorben war, deutet dies in Zusammenhang mit ihrem hohen Alter. „Ist natürlich auch bestimmt eine Alterserscheinung gewesen.“ Dadurch kann er seine eigene Erkrankung von der tödlich endenden seiner Tante abgrenzen, da er selber gerade erst 70 Jahre wird. Unausgesprochen steht vielleicht der Gedanke dahinter, dass er ja dann noch knapp zwanzig Jahre damit leben kann. Somit verliert die Erkrankung ihren Schrecken und der Patient hat eine gute Möglichkeit gefunden mit dem Wissen, eine lebensbedrohliche Krankheit zu haben, umzugehen.

Der Patient 21, der weiß, dass die Aneurysmaoperation eine Spezialoperation ist, sagt doch gleich dazu, dass diese schnell gehen soll. Damit scheint die Operation für ihn von ihrer Gefährlichkeit zu verlieren, denn eine schnelle Operation kann doch keine ganz schwierige sein, selbst wenn diese nicht in jedem kleinen Krankenhaus durchgeführt werden kann. Dieses Wissen, dass die Operation, falls sie nötig würde, schnell geht und damit ungefährlich ist, stellt für den Patienten eine Beruhigung dar und ermöglicht ihm mit der Erkrankung und einer etwaigen Operation gut zu leben.

Zusammenfassende Beurteilung:

In all diesen Äußerungen wird klar, dass die Patienten ihre Erkrankung unter ganz rationalen, sachlichen Gesichtspunkten betrachten wollen und ihnen diese Sichtweise hilft, die emotionale Bedeutung ihres Leidens an den Rand (ihres eigenen Bewusstseins) zu drängen. Eine nüchterne Betrachtung soll sie vor negativen Gefühlen wie Angst und Sorge schützen. Das Betonen von Fakten und medizinischem Wissen hilft den Patienten mit ihrer Krankheit umzugehen.

7.2.2 B) Aktives Handeln des Arztes (HK 3):

Aussagen, die in diese Kategorie eingeordnet wurden, wurden von zehn der Patienten gemacht.

Dabei fiel auf, dass es am häufigsten um die Kontrolluntersuchung ging, die von den Ärzten empfohlen und durchgeführt wurden. Im folgenden sollen einige Äußerungen der Patienten dargestellt werden:

Patient 2: „Ja und da *sagte Herr Doktor Kochen*, da muss ich Sie jedes halbe Jahr hier haben zur Nachuntersuchung, es könnte sein, dass die sich vergrößert und wir operieren müssen...“

Patient 3: „Ich geh bloß jedes halbe Jahr hin, um mit Ultraschall zu kontrollieren, ob sich erweitert hat oder nicht. Die ist konstant geblieben. Ich glaub bei 3,6 mm so was und kritisch wird's glaub ich bei 4,5 oder 5, *so sagt der Arzt es...*“

Patient 7: „Nun wie gesagt, jetzt bin ich seit 1 ½ Jahren schon dreimal jetzt – gerade vorherige Woche noch oder vor 14 Tagen – ist das noch mal *von Dr. Paulsen nachgesehen worden und der sagt*, es hat sich nicht vergrößert...“

Patient 8: „Ja und jetzt *sagte der Hausarzt*, das müsste man alle Vierteljahre im Auge behalten. Ob das nicht größer wird und dann *wird das jedes Vierteljahr gemessen*. So und das letzte halbe Jahr hat es sich überhaupt nicht vergrößert...“

Patient 13: „Und wo, der Arztbericht aus dem Krankenhaus zu meinem *Hausarzt* kam, dann *hat er das noch mal nachgemessen und der sagte*, 2,8 Zentimeter wäre das ...Ja, dreimal *wurde das kontrolliert*, es hat sich nicht vergrößert und ist so geblieben...“

Die kursiv gedruckten Teilsätze verdeutlichen die Aktivitäten des Arztes. In diesen Aussagen wird deutlich, dass es für die Patienten wichtig ist, dass der Hausarzt nicht passiv ist, sondern ihn z.B. vierteljährlich einbestellt und eine Ultraschalluntersuchung durchführt. So wird dem Patienten vermittelt, dass die Kontrolle wichtig ist. Außerdem kann ihm vielleicht sogar durch die Auskunft, dass das Aneurysma nur wenig oder gar nicht gewachsen ist, das Gefühl geben werden, durch die regelmäßige Kontrolle sei die Krankheit beherrschbar.

Zusammenfassende Beurteilung:

Das Handeln des Arztes, das besonders darin besteht, den Patienten zur Kontrolluntersuchung einzubestellen und diese durchzuführen, ist für diesen von großer Bedeutung. Der Hinweis auf die Häufigkeit der Kontrollen („drei mal“, „jedes halbe Jahr“, „seit 1,5 Jahren“) zeigt, dass die Hausärzte dem Patienten vermittelt haben, wie wichtig diese Untersuchungen für ihn sind. So entsteht bei den Patienten der Eindruck, dass das Aneurysma durch die Kontrolle beherrschbar sei und damit an Gefährlichkeit verliert. Dies bedeutet eine Verminderung der psychischen Belastung durch die Diagnose Bauchortenaneurysma.

7.2.3 C) Aktives Handelns des Patienten (HK4)

In diese Hauptkategorie wurden Aussagen eingeordnet, die das aktive Handeln des Patienten in bezug auf seine Krankheit betonen. Obwohl es -anders als bei dem Fragebogen- in dem Interview keine Frage gab, die wissen wollte, ob die Patienten aktiv etwas unternehmen, damit sich die Krankheit nicht verschlechtert, fällt doch auf, dass ein großer Teil der Befragten (nämlich 16 Patienten) Aussagen, die in diese Hauptkategorie eingeordnet wurden, gemacht haben.

Offensichtlich ist dies eine Sache, die für viele Patienten wichtig ist, dass sie nicht ganz untätig sind, nicht ganz passiv nur das Schicksal abwarten, sondern, dass sie die Möglichkeit haben, in begrenzten Umfang, das Fortschreiten der Erkrankung zu beeinflussen.

Folgende Äußerungen der Patienten verdeutlichen dies:

Patient 12: „Das einzige, was mich jetzt daran, ich *trink keinen Alkohol mehr. Rauche nicht mehr*, das tu ich schon 12 Jahre nicht mehr. Ich muss eben bewusster leben.“

Patient 13: „Er hat mir den Rat gegeben, pünktlich den *Blutdruck messen zu lassen* und der ist ja immer einwandfrei gewesen und *nicht schwer zu erheben*. Also dann könnte da normalerweise nicht all zuviel passieren...“

Patient 13: „...ich mach mir da keine große (Sorge), ich *leb dem entsprechend*, ich *überarbeite mich nicht*, ich brauche sowieso nicht mehr arbeiten. Und hier zu Hause, dass sind ja alles leichte Tätigkeiten...“

Patient 13: „Ich werde *dementsprechend leben* und *nicht schwer heben* und den *Blutdruck unter Kontrolle halten* und ich leb ja einigermaßen gesund, dann geht das schon. Werde da schon über die Runden kommen...“

Patient 11: „Und dann soll ich *alle halbe Jahr soll ich hingehen, das mach ich allerdings...*“

Patient 20: „Ja, man muss damit leben...und dann auf den Tag X irgendwann warten. Nur der Hintergedanke irgendwann. Und schön brav *immer zur Kontrolle gehen*“

Patient 18: „Ich wäre froh, wenn das nicht wäre. Wo es einmal da ist, ist es da, ich kann nichts verschieben. *Ich lebe danach, ich nehme nicht viele Fette zu mir wegen dem Cholesterin.*“

Patient 17: „Ja, schon mal macht der Befund Angst und dann ist es mal *besser, wenn man sich unterhält und mal wieder ein Gespräch hat.* Ach, was heißt Angst, ich mein, wenn da was ist, dann muss es gemacht werden ...“

Auch hier wurde in den Patientenaussagen immer wieder die Kontrolluntersuchung genannt, in dem Fall jedoch eher als Aktivität des Patienten, der sich selbst auf macht und zum Arzt geht, denn als Aktivität des Arztes.

Mehrfach wurde genannt, dass die Patienten die Risikofaktoren minimieren, nämlich auf Nikotin und Alkohol verzichten und auf Blutdruck und Cholesterinwerte achten. Gesundes Leben ist für diese Patienten sehr wichtig, sie hoffen damit Einfluss auf ihre Erkrankung zu nehmen. Dabei ist es auffallend, dass abgesehen von den Dingen, die auch von ärztlicher Seite empfohlen werden, nämlich auf den Blutdruck achten und den Nikotinkonsum reduzieren bzw. aufgeben, von den Patienten Faktoren genannt werden, die sich jeder medizinischen Grundlage entziehen. Der Verzicht auf den Genuss von Alkohol ist keine Sache, die die Ärzte ihren Aneurysmapatienten generell empfehlen. Teilweise wird dem Alkohol ja sogar eine gefäßprotektive Wirkung zu geschrieben. Auch das „Sich nicht überarbeiten“ ist kein Faktor, der medizinisch gesehen, das Fortschreiten der Erkrankung verhindern kann. Trotzdem wird es von Patienten genannt. Dies zeigt, dass die Patienten auch ihre eigenen speziellen Vorstellungen zu Krankheit, ihr eigenes Krankheitskonzept entwickeln, das nicht immer auf medizinischen Erkenntnissen beruht. Neben dem Ratschlag der Hausärzte steht daher das eigene Gefühl, was gut und richtig zu tun oder zu unterlassen in Bezug auf die eigene Erkrankung ist.

Zusammenfassende Beurteilung:

Das Gefühl zu haben, selber aktiv etwas tun zu können, um gesund zu bleiben bzw. das Wachsen des Aneurysmas zu verhindern oder wenigsten zu reduzieren, ist für diese Patienten eine Möglichkeit, mit der Krankheit gelassener umgehen zu

können. Eine aktive Einflussnahme auf den Krankheitsverlauf gibt dem Patienten das Gefühl, die Krankheit „im Griff“ zu haben, und bedeutet für ihn größere Sicherheit und damit auch größere Sorglosigkeit.

7.2.4 D) Hoffnung (HK 10 und 16)

In die Kategorie 10 konnten von 15 verschiedenen Patienten Aussagen eingeordnet werden, z.B. Folgende:

Patient 2: „Und dann habe ich ja auch schon von welchen gehört, die haben acht Jahre damit gelebt. Nu, das langt mir.“

Patient 3: „Und ist immer noch kein brisanter Befund und daher juckt mich das überhaupt nicht.“

Patient 6: „und da hat er mir gesagt, kann ich auch noch 90 Jahre damit alt werden.“

Patient 8: „...und der sagt, es hat sich nicht vergrößert.“

Patient 13: „Ja, dreimal wurde das kontrolliert, es hat sich nicht vergrößert und ist so geblieben.“

Patient 14: „...ich hab nen guten Bekannten, dem war die geplatzt und dann zwei Minuten vor Zwölf haben sie den noch gerade so, dass es noch mal gut ging.“

Patient 14: „Ja und jetzt durch die Tabletten hab ich den Blutdruck jetzt im Griff. Jetzt ist der durchschnittlich, so zwischen 140-130/80-70.“

Patient 18: „Ich geh jetzt jedes halbe Jahr hin und -Gott sei Dank- bis jetzt hat es sich nicht verändert. Ich bin mindestens schon fünf Jahre da.“

Patient 19: „Aber ich geh ja, alle 6 Monate zur Untersuchung und dann wird gemessen. Das ist von 3,9 auf 4,1 oder 4,3, also es hat sich nicht so rasant (vergrößert).“

Bei vielen dieser Patienten gründet sich die Hoffnung, die sie äußern auf die Tatsache, dass das Aneurysma seit Diagnosestellung nicht weiter gewachsen ist

oder zumindest sich nicht „so rasant vergrößert“ hat. Der Optimismus dieser Patienten ist also begründet und auch medizinisch nachvollziehbar.

Zwei andere Patienten äußern ihre Hoffnung auf ein langes Leben, dass trotz Aneurysma möglich sein kann. Der eine gründet sich auf die Aussage seines Hausarztes (Patient 6), der andere hat nur von Patient gehört, die noch viele Jahre mit der Krankheit gelebt haben. Auch wenn dies nicht unbedingt übertragbar auf ihn ist, da über Größe der Bauchortenaneurysmen dieser Patienten, ihr Alter, ihre Begleiterkrankungen usw. nichts bekannt ist, reicht es für den Patienten, das Positive daran zu sehen, da es ihm für sein Leben mit der Erkrankung Hoffnung gibt.

Ein anderer Patient bewertet seinen gut eingestellten Blutdruck als positive Entwicklung im Krankheitsverlauf.

Wieder einem anderen macht die Tatsache Mut, dass ein Bekannter durch eine Notoperation bei Aneurysmaruptur doch überlebt hatte. Die Aussicht im Zweifelsfall doch noch gerettet werden zu können, erfüllt ihn mit Zuversicht.

Nur von vier verschiedenen Patienten ließen sich Aussagen in die Kategorie 16 einordnen.

Patient 8: „Aber ich lebe im Moment von Tag zu Tag und freu mich des Lebens bei Sonnenschein und dass ich mich bewegen kann. Was hinterher dann sein sollte, ob das im nächsten Jahr sein sollte oder im übernächsten, dass weiß ich nicht, dass kann ich nicht sagen.“

Patient 9: „, habe es im Griff und ich betrachte mein Leben also grundsätzlich positiv. Ich freu mich über jeden neuen Tag. Sie sehen ja hier, ich hab hier immer Abwechslung, es ist immer was zu tun.“

Patient 15: „Sie nehmen dann das Leben doch etwas gelassener als wenn Sie nur eine Krankheit, oder Sie denken nur immer an Krankheiten. Und da denk ich überhaupt nicht dran. Ich genieß jeden Tag.“

Patient 15: „Hören Sie mal, wenn alle Leute sich über all ihre Sachen Gedanken machen sollen oder nur drüber nachdenken immer, das darf man nicht. Das soll man auch nicht. Dann ist eine positive Einstellung besser.“

Für diese Patienten ist es wichtig in der Gegenwart zu leben und nicht vor einer ungewissen Zukunft zu verzagen. Dies veranschaulichen Sätze wie: „ich lebe von Tag zu Tag“, „ich freue mich über jeden neuen Tag“, „ich genieße jeden Tag“. Die Dankbarkeit den jetzigen Tag zu erleben und die Freude „am Sonnenschein“ oder „am Tun“, hilft den Patient mit ihrer Krankheit fertig zu werden. Ihre Art des Umgangs mit der Erkrankung ist, das Positive im Leben zu sehen und zu betonen und evt. negative Gedanken oder die Sorge vor der Zukunft erst gar nicht zuzulassen („...das darf man nicht. Das soll man auch nicht.“).

Zusammenfassende Beurteilung:

So sieht man, dass auch Patienten, die nicht Grund zu einer „begründeten“ Hoffnung haben, im Gegensatz zu denjenigen, deren Aneurysma seit Jahren nicht an Größe zunimmt, auch eine Möglichkeit finden, für sich selbst Positives entdecken. Die Betonung des Erfreulichen lässt das Negative in den Hintergrund treten, so dass es in ihren Gedanken kaum noch Beachtung findet. Aufgrund dieser optimistischen Einstellung wird dann ein Umgang mit der (eigentlich doch bedrohlichen) Krankheit erleichtert. Man gewinnt den Eindruck, dass nicht die Krankheit den Patienten krank macht, sondern seine Einstellung dazu. So hilft auch die generell positive Einstellung -zum Leben im Allgemeinen und zu Krankheiten im Besonderen- den Patienten, glücklich und zufrieden trotz ihrer Krankheit zu leben und jeden Tag zu genießen.

7.2.5 E) Krankheit gehört zum Leben (HK 10 und 15)

In die Hauptkategorie 10 wurden Aussagen von 15 Patient geordnet.

Patient 1: „Ob ich daran denke, ich spür das ja jeden Tag. Ja, jeder Pulsschlag ist ja zu fühlen.“

Patient 3: „Ich hab andere Schwächen, die hab ich auch, muss ich auch mit leben und wenn man genügend positiv denkt, dann kann man das gut machen.“

Patient 5: „Ja und damit muss ich leben, ich bin 80 Jahre, ich hab das Leben hinter mir.“

Patient 6: „Aber sonst, ich werde weiter Rad fahren, normal ich mach keinen Sport. Aber ich mach ne Hollandtour von 5 Tagen im Juli, mit anderen zusammen. Das werde ich weiter machen.“

Patient 25: „Was soll ich sagen? Ich hab mich damit abgefunden, da ist irgend etwas und da muss ich mit leben. ...Wenn Sie älter werden, werden sie ruhiger mit Krankheiten.“

In dieser Kategorie finden sich recht heterogene Aussagen. Dass die Krankheit als zum Leben zugehörig angesehen wird, bedeutet bei Patient 3, 5 und 25, dass sie sich mit der Krankheit arrangiert haben, gelernt haben, damit zu leben und auch gut zu leben.

Für Patient 1 hingegen heißt es, dass er ständig an seine Erkrankung erinnert wird, da „jeder Pulsschlag (...) zu fühlen“ ist. Das permanente Spüren seines Aneurysmas führt dazu, dass die Krankheit, als ein wichtiger Bestandteil seiner Person, zu seinem Leben gehört, auch wenn es eine negative Seite seines Lebens ist.

Patient 6 lässt sich durch seine Krankheit nicht davon abhalten, das, was er gerne tut auch weiter zu tun; er will die Radtour im Sommer mit Freunden nicht ausfallen lassen. Auch wenn die Krankheit zu seinem Leben gehört, soll sie dieses nicht (negativ) beeinflussen.

Patient 25 empfindet Krankheiten im Allgemeinen für ältere Menschen als „etwas Normales“, sie werden generell als zum Leben gehörig akzeptiert. So gelingt es ihm, damit „ruhiger“ umzugehen.

Nur vier Patientenäußerungen ließen sich in die Kategorie 15 einordnen.

Patient 4: „Ich leb damit. Ich denk da nit dran, ehrlich gesagt. Und was die mir gesagt haben, nicht schwer heben, das tu ich auch.“

Patient 13: „...wenn ich jetzt mal eh, wenn ich irgend welche Materialien haben müsste, die schwer sind, dann bitte ich den Nachbarn darum oder meine Kinder können mir das holen. Das mach ich schon.“

Patient 15: „Da bin ich ja vorsichtig drin mit schwer heben, tu ich nicht oder wollen wir mal sagen, so recken, so hoch recken, dass konnte ich vor der Operation schlecht und nachher hab ich es auch nicht mehr getan.“

Patient 18: „Nein, den Alltag verlebe ich so, wie ich ihn erleben muss. Noch in Ruhe und Zufriedenheit, viel spazieren gehen.“

In diesen Bemerkungen wird deutlich, wie gut es den Patienten gelungen ist, ihre Krankheit in ihr Alltagsleben zu integrieren. Während zwei der Patienten beschreiben, was sie *nicht* mehr tun, nämlich „schwer heben“ und „recken“, erzählen die beiden anderen, was sie tun, nämlich „andere um Hilfe bitten“ oder in „Ruhe und Zufriedenheit (...) spazieren gehen“. Mit den Worten „das tu ich auch“, bzw. „das mach ich schon“ wird verdeutlicht, dass es den Patienten nicht schwer fällt, auf manches zu verzichten oder sich auf das Vorhandensein der Krankheit einzustellen. Die Fähigkeit der Patienten, die Krankheit in ihr Leben zu integrieren, lässt sie positiver mit der Diagnose umgehen.

7.3 Coping II

7.3.1 F) Zuordnung der Krankheit in ein sinnhaftes System (HK 2)

Nur vier Patienten machten Aussagen, die dieser Kategorie zugeordnet wurden.

Patient 2: „Na ja, gut, ist vielleicht ein bisschen eigenes Verschulden mit, weil ich geraucht hab früher.“

Patient 12: „...ich nehm an, dass das bei mir darauf zurückzuführen ist auf überhöhter Blutdruck...“

Patient 14: „Dass ich außerdem noch hohe Blutfette habe.. ich habe mir vorgestellt, dass es eine Ablagerung ist...so dick ne, dass sich da Cholesterin abgelagert hat...“

Patient 21: „...Ich sag ja, früher hat man viel, durch den Laden allein schon hat man viel getrunken, viel geraucht und und und. Und das sind heute die Spätfolgen. Ich sag immer, was man früher zu viel hatte, darunter müssen wir heute leiden...“

Bei allen Patienten fällt auf, dass sie Ursachen für ihre Erkrankung suchen und dafür erhöhten Blutdruck, erhöhte Cholesterinwerte und Nikotin- bzw. Alkoholabusus dafür verantwortlich machen. Und obwohl die Patientenäußerungen sich ähneln, muss man doch festhalten, dass Patient 14 und Patient 12 Grunderkrankungen, für die sie nichts können, als Ursache des Aneurysmas erleben, während Patient 2 und Patient 21 sich selbst verantwortlich sehen und Patient 2 dies sogar explizit als „eigenes Verschulden“ beschreibt.

Ganz egal jedoch, ob das Aneurysma als Spätfolgen des eigenen Fehlverhaltens oder als Folge von anderen Erkrankungen gesehen wird, alle Patienten haben eine Erklärung für ihre Krankheit. Häufig ist dies etwas, was für Patienten sehr wichtig ist, dass sie sich selber vorstellen können, warum sie an einer bestimmten Krankheit leiden.

Zusammenfassende Beurteilung:

Die Unsicherheit, woher eine Erkrankung kommt, ist für die meisten Menschen sehr schwierig zu ertragen. Deshalb bedeutet es für die Patienten eine Entlastung eine Erklärung ihres Leidens nennen zu können. Dabei spielt es für sie keine Rolle, ob ihre Theorie der Krankheitsentstehung medizinisch gesehen korrekt und nachvollziehbar ist oder nicht. Denn von den genannten Faktoren sind z.B. der Nikotinabusus und der Hypertonus, nicht aber der Alkoholmissbrauch, wirkliche Risikofaktoren für das Aneurysma. Auch wenn es nicht angenehm ist, wenn man eigenes Fehlverhalten als Ursache einer Erkrankung annehmen muss, scheint es trotzdem für die Patienten wichtig zu sein, eine Erklärung ihres Leidens zu finden; der Umgang mit der Krankheit wird so erleichtert.

7.3.2 G) *Passives ergeben (HK 5)*

18 Patienten äußerten sich meist mehrfach zu dem Thema dieser Hauptkategorie.

Patient 1: „Ja, dann bleibt mir nichts anderes übrig als mich nicht operieren zu lassen und warte ab, was passiert. Aber das regt mich nicht auf.“

Patient 4: „Ja und damit *muss ich leben*, ich bin 80 Jahre, ich hab das Leben hinter mir.“

Patient 5: „Und wenn, wenn jetzt Dr. Richter sagen würde beim nächsten Mal, also das muss jetzt gemacht werden, dann *muss es gemacht werden*“

Patient 12: „Ich denk mal so, man *kann ja sowieso nichts dran ändern*.“

Patient 18: „...ehrlich gesagt, Vollnarkose und wenn ich drin bleib, bleib ich drin. *Kann ich nichts dran machen...*“

Patient 18: „Ich wäre froh, wenn das nicht wäre. Wo es einmal da ist, ist es da, *ich kann nichts verschieben*.“

Patient 21: „Das ist eine Realität, die *muss ich akzeptieren*, ja und wenn es soweit ist, dann ist gut, dann *muss eben operiert werden*.“

Patient 23: „Und wenn es soweit ist, *muss eben das Messer ran* oder ähnliches.“

Patient 25: „Ich hab mich damit abgefunden, da ist irgend etwas und *da muss ich mit leben*.“

Diese Äußerungen zeigen, dass die Patienten sich mit dem Thema auseinander gesetzt haben, dass ihnen ihre Lage bewusst ist, nämlich, dass sie nichts tun können, außer abzuwarten und sich gegebenenfalls operieren lassen. Diese Tatsache haben sie akzeptiert und sie haben es geschafft, die Situation so zu nehmen wie sie ist. Viele Aussagen beziehen sich auf eine mögliche Operation. Diese Vorstellung scheint den meisten Patienten nicht ganz angenehm zu sein, doch wollen sie einem notwendigen Eingriff nicht ausweichen. Es fällt auf, dass die Patienten häufig Formulierungen benutzen, wie „da *muss ich mit leben*“, „da *kann man nichts machen*“. Dies zeigt die Ausweglosigkeit der Situation: es bleibt ihnen wirklich gar nichts anderes übrig, als damit zu leben, oder wenn nötig einer

Operation zu zustimmen. Und obwohl dies zutreffend ist, könnte man sich vorstellen, dass es doch noch die Möglichkeit gäbe, gegen die Krankheit zu kämpfen, sich aufzulehnen, aktiv zu werden, ohne dass sich allerdings etwas ändern würde. Die Patienten würde es wahrscheinlich nur unglücklich machen.

Zusammenfassende Beurteilung:

Dass die Patienten sich nicht gegen ihre Krankheit auflehnen, sondern sich passiv ergeben und die Umstände so nehmen, wie sie sind, hilft ihnen besser mit der Situation fertig zu werden und trotz ihrer Erkrankung noch zufrieden leben zu können. Durch das Akzeptieren ihres Leidens wird dieses erträglicher. Das Leben mit der Krankheit ist kein Kampf, sondern ein Fügen ins Unvermeidliche.

7.3.3 H) Negieren/ Verleugnen/ Bagatellisierung (HK 7)

17 Patienten äußerten sich zum Thema dieser Hauptkategorie. Im einzelnen waren dies z.B. folgende Aussagen:

Patient 3: „Ich hab andere Schwächen, die hab ich auch, muss ich auch mit leben.“

Patient 5: „...plötzlich Stiche, die beunruhigen mich viel mehr. Weil ich nicht weiß, was das ist, ne.“

Patient 9: „Im Grunde genommen habe ich mir gar keine Gedanken gemacht, denn für mich war das Stoma wichtiger und am Anfang war nur eine Erweiterung von 3,5 cm, das war 1972/73.“

Patient 10: „Das ist, ich weiß gar nicht mehr, wann das war. Ich hab so viel Krankheiten zwischendurch gehabt. Ich kann es Ihnen nicht mehr sagen.“

Patient 10: „Inzwischen hab ich schon die Knie operiert gekriegt und ich hab, ne, hab ich überhaupt nicht mehr dran gedacht.“

Patient 11: „Gucken Sie mal mein Bein, ich bin im Hunsrück gefallen. Da gucken Sie sich das einmal an.. Das spannt, das spannt und dann tut das hier weh. Überall Blutergüsse, an den Armen.“

Patient 17: „Was mir nur weh tut ist meine Bandscheibe. Da habe ich mehr Schmerzen ausgiebig jetzt.“

Patient 24: „Und wir haben mal erst diese Bauchorten, dieses Bauchortenproblem verdrängt und uns dann ganz konzentriert auf die Gefäßchirurgie der Beine, die Bypass-Möglichkeiten ergaben.“

Bei oben zitierten Aussagen fällt auf, dass fast immer Vergleiche zu anderen Erkrankungen, Operationen oder Verletzungen gezogen wurden. Dabei erscheinen die genannten Erkrankungen als die schlimmeren, auch wenn das objektiv nicht so gesehen werden kann. Der Grund für das subjektive Erleben des höheren Schweregrades einer anderen Krankheit liegt häufig in der Symptomlosigkeit des Aneurysmas. Die plötzlichen Stiche, deren Ursache unbekannt sind, ein Stoma, das zunächst eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität bedeutete, die Prellungen und Blutergüsse am ganzen Körper, die „kaputte“ Bandscheibe, all das sind Faktoren, die nicht nur unangenehm sind sondern z.T. heftige Schmerzen bereiten und teilweise auch Ängste auslösen, „...plötzlich Stiche, die beunruhigen mich viel mehr. Weil ich nicht weiß, was das ist ne.“ Die Unsicherheit, woher die Stiche kommen und die Frage, ob dahinter irgendetwas Schlimmes oder Ernsthaftes stecken könnte, verleiht diesem Phänomen ein besonders Gewicht.

Zusammenfassende Beurteilung:

Im Gegensatz zu den o.g. Leiden verursacht das Aneurysma keine Schmerzen, und so wird es im Vergleich dazu (und im Vergleich zu den anderen Krankheiten, die die anderen Patienten erleiden), unerheblich und unbedeutend und dadurch bagatellisiert. Dieses Bagatellisieren gibt den Patienten Gelegenheit, mit ihrer potentiell tödlichen Erkrankung unbesorgt umzugehen.

7.3.4 I) Relativierung zu anderen Lebensereignissen oder Personen (HK8)

16 Patienten machten Aussagen, die dieser Hauptkategorie zugeordnet wurden. Einige dieser Aussagen wurden aber schon bei der Hauptkategorie 7 zitiert.

Patient 1: „Was auf meinen Alltag eingewirkt hat, ist die Tatsache, dass ich weniger, also kurzatmig bin weniger Luft habe. Ich kann keine Strecken mehr gehen, nicht spazieren gehen. Also, da bin ich praktisch ein Wrack.“

Patient 6: „...unseren Nachbar, den haben sie auch schon mal auseinander geklappt.“

Patient 6: „Da gibt es schlimmere Sachen wie Krebs oder so etwas.“

Patient 7: „...die Tante, die Schwester meiner Mutter ...ist an einem geplatzten Aneurysma gestorben ist.“

Patient 11: „Mein Onkel hat ca. 10 cm und ist auch nicht dran gestorben, ist so gestorben. Aber nicht an der Bauchschlagader.“

Patient 11: „...dieser Mann hatte die Bauchschlagader auf fast 9 cm erweitert. Und die Ärzte sagten, das wäre noch kein Grund zu operieren.“

Patient 13: „Den Johannes Rau, den haben sie auch operiert. Dem ging es auch nicht gut.“

Patient 19: „Das Gefühl muss ich sagen war für mich gar nicht so überraschend, weil ich genügend andere Leiden hatte ja“

Auch hier ist noch einmal ein Patient dabei, der darauf hinweist, dass nicht das Aneurysma seinen Alltag beeinträchtigt, sondern seine Luftnot (Patient 1). Man kann sich gut vorstellen, dass das Aneurysma, welches keine Beschwerden macht, im Vergleich zu seiner Herzschwäche ihn weit weniger belastet und beängstigt. Auch für Patient 19 scheint das Aneurysma aufgrund der Vielzahl seiner anderen Erkrankungen an Bedeutung zu verlieren.

Bei den anderen Patienten steht der Vergleich zu anderen Menschen, ihrer Erkrankung und Leidensgeschichte im Vordergrund. Da ist einmal die Tante, die in hohem Alter am Aneurysma starb, ein Nachbar, der bei einer schwierigen Operation „aufgeklappt“ wurde, ein Onkel, dessen Aneurysma 10 cm groß war und der nicht daran gestorben ist und letztlich der Bundespräsident, der auch schon operiert wurde.

Zusammenfassende Beurteilung:

Für die Patienten könnte die Erwähnung der anderen Menschen bedeuten, dass das Schicksal für sie leichter zu ertragen ist, wenn sie wissen, dass sie nicht alleine sind. Auch kann die Erfahrungen anderer Aneurysma-Patienten eine Beruhigung der Betroffenen bewirken. Wer ein Aneurysma mit einem

Durchmesser von 5 cm hat, aber jemanden kennt, dessen Größe 9 oder 10 cm beträgt und damit noch gut lebt (oder daran nicht gestorben ist), der wird durch dieses Wissen sorgloser leben können. Denn ein Vergleich mit anderen –meist viel schlimmer- betroffenen, führt zur Relativierung der eigenen Krankheit und dadurch zum besseren Umgang damit.

7.4 Angst:

7.4.1 J) Vorstellung vom Sterben und Tod (HK 6)

Nur fünf Patienten machten Aussagen, die in diese Kategorie eingeordnet wurden.

Patient 2: „...sagt er, wenn Sie irgendwas merken, rufen Sie sofort mich an oder am Besten gleich den Notarztwagen. Auf der anderen Seite sagt er aber, also wenn die platzt, sind sie in 10 Minuten tot. Was soll dann noch der Notarztwagen hier, dass ich für mich irgendwie ein bisschen bekloppt oder was. Wenn nichts zu machen ist, ist nichts zu machen. 10 Minuten, was wollen Sie denn dann machen? Da können Sie keinen Krankenwagen mehr rufen. Den Leichenwagen können Sie dann rufen. Oder ist es nicht so?“

Patient 2: „...stand, von die Leute, wo das erkannt wird, dass sie so was haben, sind 30 Prozent nach 2 Jahren tot. Ist doch nicht schlecht, ist doch ne tolle Sache wenn man so was liest (...). Und auf der anderen Seite ist das dann natürlich ein toller Tod, stell ich mir vor. Stellen Sie sich mal vor, sie hätten Krebs igittigitt und müssten gefüttert werden und was nicht alles. Dann ist das besser wenn die platzt. 10 Minuten, wenn das wirklich so ist, ist nicht schlecht.“

Patient 7: „Das die Aorta bei Überdehnung platzen könnte und dann zum Sekudentod führen könnte. Dann gibt es keine Rettung, man muss da vorher schon mal operativ angehen.“

Patient 12: „Also ich sag mal, wenn von heute auf morgen weg bin, ist grob gesagt, aber ist besser als so in einer Ecke liegen müssen und gepflegt werden müsste“

Patient 15: „...hören Sie mal, ich hatte keine Ahnung wie merkt man das, wenn die mal platzen sollte. Och sagte der, dass merken Sie nicht mehr, dann sind Sie tot. Dann sind Sie tot. Ach was für ein tröstlicher Gedanke sagte ich. Ja.“

Die Aussagen dieser Kategorie erscheinen recht heterogen. Teilweise ist es ein ganz nüchternes Darstellen der Tatsachen (Patient 7), Gefühle der Angst oder Beunruhigung findet man bei ihm nicht. Patient 2 hingegen hat eine eigene Art, sich mit dem Thema „Tod“ auseinander zu setzen. Man spürt, dass er die Erkrankung nicht nur als alltägliche Belastung sondern als Bedrohung erlebt. Er ist sich der Gefahr, die von seinem Aneurysma ausgeht, bewusst und hat ambivalente Gefühle beim Gedanken an einen so schnellen Tod. Die sehr ironische Art der Auseinandersetzung mit dem Tod wird anhand zweier Äußerungen besonders deutlich: „... sind 30 Prozent nach 2 Jahren tot. Ist doch nicht schlecht, ist doch ne tolle Sache wenn man so was liest.“ Hier wird deutlich, dass es für den Patienten natürlich gar nicht „toll“ ist, wenn er solche Prognosen seiner Erkrankung liest. Es ist doch das Normale, dass man beunruhigt ist und Angst hat, wenn man eine Krankheit hat, von der man weiß, dass „30 Prozent (der Patienten) nach 2 Jahren tot“ sind. Diese Angst kann der Patient aber nicht äußern, er „verpackt“ seine Gefühle daher in Ironie. Auch der Satz: „Da können Sie keinen Krankenwagen mehr rufen. Den Leichenwagen können Sie dann rufen. Oder ist es nicht so?“ macht viel von seiner inneren Anspannung, seinem Unwohlsein beim Thema Tod und Sterben, aber auch seiner Abwehr, sich ehrlich und ernsthaft damit befassen deutlich. Wieder hilft dem Patienten die recht ironische Auseinandersetzung mit dem Thema Tod, überhaupt darüber zu reden. Auch Patient 15 scheint das Thema von der lustigen Seite zu betrachten: „dass merken Sie nicht mehr, dann sind Sie tot. Dann sind Sie tot. Ach was für ein tröstlicher Gedanke sagte ich.“ Auch hier wird klar, dass es für die Patientin überhaupt nicht tröstlich war, zu erfahren, dass sie das Platzen der Aorta selber gar nicht bemerken würde und noch evt. Hilfe holen könnte. Die Vorstellung, dass der Tod einmal so schnell gehen könnte, behagt ihr gar nicht und dieser Gedanke ist alles andere als tröstlich für sie. Doch ihre Angst und Traurigkeit darüber kann sie nicht äußern und so hilft es ihr, sich damit ironisch auseinander zu setzen. Patient 12 bringt noch einen anderen Aspekt auf, der auch von Patient 2 genannt wurde. Ein kurzer, schneller Tod ist doch letztlich besser als langes Leiden und gepflegt werden.

Zusammenfassende Beurteilung:

Diese rationale, nüchterne Betrachtung von Tod und Sterben, das Wissen, dass andere Erkrankungen wie z.B. Krebs letztlich nicht angenehmer sind und ein

kurzer, schneller Tod für den Betroffenen oft die beste Lösung sind, hilft dem Patienten mit seiner Erkrankung besser umgehen zu können.

7.4.2 K) Krankheit als Bedrohung/negative Entwicklung im Krankheitsverlauf (HK 9)

In diese Hauptkategorie wurden von 14 verschiedenen Patienten Aussagen eingeordnet.

Patient 8: „Dann hat der das, ich will nicht sagen furchterregend hingestellt, als wenn ich am nächsten Tag da auch noch operiert werden müsste. Hier, hat der die Kollegin gerufen, guck das mal an usw. usf. 5 Zentimeter“

Patient 13: „Ich hatte nämlich schon mal einen Sangesbruder, der ist leider heute morgen, so makaber es klingt, um 10 Uhr verstorben“

Patient 15: „...und dann sagte ich, wie fühlen Sie sich denn, ja überhaupt nicht so gut, also war es doch ne schwere Operation“

Patient 16: „Und der Dr. Richter sagte dann, ja die könnte noch größer werden, also im Moment ist sie noch nicht akut, dass sie platzen kann. Ja, das war für mich ein Schock.“

Patient 16: „Also in meinem Alter ist das schon, man weiß ja nie, ob man noch da durch kommt oder was, aber man ist alt genug.“

Patient 17: „Ja, schon mal macht der Befund Angst und dann ist es mal besser, wenn man sich unterhält und mal wieder ein Gespräch hat.“

Patient 20: „Ja, einfach mal einen Schock, dann direkt daran gedacht OP, ob man operieren muss, das waren an sich die Gedanken und welche erste Hilfeleistung da ist, wenn welche Symptome anfangen, wenn es los geht. Wenn der platzt oder was... schafft man es schnell genug noch in eine Spezialklinik...“

Patient 22: „...da war ein Mann neben mir, der auf meinem Zimmer, der hatte so eine Operation hinter sich, und dass sah gar nicht so gut aus nicht, der hatte starke Blutungen und was nicht alle...“

Patient 24: „Als ich dann aber hörte, ab 3 Zentimeter würde es gefährlich, da besann ich mich natürlich und na ja, es könnte mit 5,5 und später mit 6,8 auch sehr gefährlich werden.“

In den o.g. Zitaten fällt auf, dass der Befund aus zwei verschiedenen Gründen Anlass zu Besorgnis gibt. Am häufigsten wird die Operation als Bedrohung genannt. Die Zwangsläufigkeit der OP (Patient 8), die Schwere der OP (Patient 15), Komplikationen bei und nach der OP (Patient 22) und die Unsicherheit, ob man die OP im hohem Alter überhaupt noch überstehen kann, sind die Fragen, die die Patienten beschäftigen. Auch der Tod durch das Platzen des Aneurysmas wird (teils nur indirekt) angesprochen (Patient 16,20,24). Worte wie „furchterregend“, „schwer“, „Schock“ (2 mal) und „Angst“ drücken die Bedrohung aus, die für die Patienten von dem Aneurysma ausgeht.

Zusammenfassende Beurteilung:

Da von 26 Befragten 14 Patientenantworten in diese Kategorie eingeordnet worden, zeigt es doch, dass Angst und Besorgnis eine natürliche und nicht ganz seltene Reaktion auf die Diagnosestellung Bauchortenaneurysma ist. Dass diese Patienten so offen auch über ihre negativen Gefühle sprechen können, kann auch auf eine gelungene Bewältigung hinweisen.

7.5 Weitere Sichtweisen zur Krankheit/Betreuung

7.5.1 L) Vertrauen/Misstrauen gegenüber Ärzten, Zufriedenheit/ Unzufriedenheit mit den Ärzten (HK12)

In diese Hauptkategorie fielen Aussagen von 16 verschiedenen Patienten: Dies sind im Einzelnen folgende:

Patient 5: „dann hat er meistens irgend etwas, selbst wenn es, ein Hausmittel ist. Das ist ... genau der richtige Arzt. Das ist einfach so eine Vertrauensbasis. Und wenn Dr. Richter sagt, mit der Bauchorta ist noch nicht so problematisch, die ist

überhaupt noch nicht so groß. Jetzt schon von Operation reden, das halte ich für verfrüht, dann glaubt sie das. Und wenn, wenn jetzt Dr. Richter sagen würde beim nächsten Mal, also das muss jetzt gemacht werden, dann muss es gemacht werden.“

Patient 6: „Zunächst mal hat er nur gesagt, ich hätte so ein Aortenaneurysma und dann hat er mir hinterher erklärt, was das ist, dass man es erst mal weiter verfolgen müsste und beobachten müsste.“

Patient 7: „und der macht das gründlich und der hat da schon Erfahrung, der hat nämlich schon vier seiner Patienten überwiesen in die Krankenhäuser, die wurden dann operiert aufgrund dieses des Befundes.“

Patient 8: „untersucht worden von einem jungen Arzt. Ja und der hat in dem Moment mich vor eine vollendete Tatsache gestellt.“

Patient 8: „und dann war ich bei Professor Kniemeier in Solingen, der mir da insofern sehr geholfen hat, in dem er es ruhig und gelassen gesehen hat und sagte, Sie können jetzt, wenn Sie wollen, in absehbarer Zeit, wenn Sie damit fertig sind, Sie können aber auch sich mit Ihrem Internisten in Verbindung setzen und weiter dann entscheiden, ne.“

Patient 12: „Und dann haben die direkt einen Arzt dazu gerufen und ich war ja jetzt in besten Händen.“

Patient 23: „Ich vertraue darauf, wenn es soweit ist, dass mir mein Arzt sagt, so jetzt sollten Sie sich mal um einen Operationstermin kümmern, dann werde ich das tun.“

Bei den meisten der Zitate fällt auf, dass die Aussagen, die direkt oder indirekt über die Ärzte gemacht wurden, durchaus positiv sind. Mehrfach wurde etwas deutlich von dem Vertrauen, dass die Patienten ihren Hausärzten entgegen bringen. Das Wissen, dass der Arzt den richtigen Rat gibt, bezüglich eines günstigen Operationszeitpunktes, dass er die nötige Erfahrung hat und schon einige seiner Patienten die Aneurysma-OP gut überstanden haben, stärkt das Vertrauen zu ihrem jeweiligen Hausarzt.

Auch die „Gründlichkeit“ eines Arztes, die „Ruhe und Gelassenheit“ des Professors, die Bereitschaft, die Krankheit genauer zu erklären, all dies sind Eigenschaften, die die Patienten mit Zufriedenheit gegenüber ihren Ärzten erfüllen.

Das einzig Negative, welches von einer Patientin genannt wurde, war, dass sie bei Diagnosestellung vor eine „vollendete Tatsache“ gestellt wurde. Offensichtlich empfand sie die Aufklärung über ihre Krankheit als wenig einfühlsam und unsensibel von dem „jungen Arzt“.

Zusammenfassende Beurteilung:

An allen Aussagen wird deutlich, wie wichtig das Arzt-Patienten-Verhältnis ist, und welchen großen Einfluss positive Eigenschaften des Arztes und eine Vertrauensbasis auf die günstige Verarbeitung der Diagnose Bauchaortenaneurysma auf den Patienten haben. Hier wurde deutlich, dass im Allgemeinen das Verhältnis zum Hausarzt ein positives ist, dass die meisten Patienten doch gute Erfahrungen mit Ärzten gemacht haben und sich dies positiv auf ihren Umgang mit ihrer Erkrankung bemerkbar macht.

7.5.2 M) Symptomorientierung (HK13)

Zehn der Patienten machten Aussagen, die in diese Kategorie gehörten:

Patient 3: „...und da mir bis dahin nichts weh getan hat, habe ich das zur Kenntnis genommen und damit war es dann getan. Hat mich nicht beeindruckt, überhaupt nicht.“

Patient 9: „Aber jetzt speziell durch das Aneurysma könnte ich nicht sagen, dass ich dadurch Rückenschmerzen also vorhanden sind.“

Patient 16: „...und dann hab ich nachher gemerkt hab ich überhaupt nichts davon. Also die sticht nicht, die macht überhaupt nichts.“

Patient 17: „Schmerzen habe ich auch keine, dass ich jetzt sagen kann, mir tut da was weh, oder da drückt was.“

Patient 20: „Man hört nur, man spürt nur immer das Klopfen, je nachdem wenn ich das Dumping-Syndrom habe, dann schlägt die ganz gut, man *sieht es auch sogar.*“

Patient 21: „Nein, die erweiterte Bauchaorta hat keinen Einfluss auf den Alltag genommen. Überhaupt nichts von gemerkt... ich hab so keinerlei Beschwerden damit.“

Abgesehen von dem Patient 20, der seine Bauchaorta „klopfen“ fühlt und sogar „schlagen“ sieht, ist es bei fast allen anderen Patienten so, dass sie eben das Aneurysma nicht spüren: „keine Schmerzen, keine Stiche, keine Beschwerden“. Dieses „Nicht-Vorhandensein“ von irgendwelchen Symptomen lässt die Patienten unbesorgter mit ihrer Diagnose umgehen.

„Da es nicht weh tut, kann es nicht schlimm sein“, scheint die Devise von Patient 3 zu sein.

Es hilft den Patienten zu betonen, dass sie beschwerdefrei sind, das Fehlen von Schmerzen oder anderen Symptomen, führt bei ihnen nicht dazu, dass sie diese Krankheit als „hinterhältig“ beschreiben, sondern im Gegenteil: sie wird dadurch anscheinend harmloser. Dadurch ist es für die Patienten leichter mit dieser Erkrankung umzugehen.

Zusammenfassende Beurteilung:

Die Symptomfreiheit ist ein typisches Kennzeichen des Aneurysmas. Für die Patienten bedeutet dies, dass sie nicht täglich durch Beschwerden mit ihrer Krankheit konfrontiert werden. So kann diese auch im Alltag von vielen (fast) ganz vergessen werden. Dies ist für die Patienten angenehm, sie nehmen das Aneurysma nicht als „tückisch“ wahr, sondern als einen harmlosen Befund, der nur beobachtet werden muss. Dies bedeutet eine Erleichterung im Umgang mit ihrer Erkrankung. Krankheit scheint im Konzept der Patienten hier an „Symptomatik“ fest gemacht zu werden.

7.5.3 N) Medizin als Reparaturbetrieb (HK14)

Nur sechs Patienten machten Aussagen, die in diese Kategorie gehören:

Patient 2: „Ich hab nur eine Niere... und dann kommt ein Stück, das wäre an für sich gut zu operieren und dann kommt die Ausdehnung noch ein Stück und dann kommt das Y noch nach unten nicht.“

Patient 2: „Also da wäre hier ein Stück, und hier zum Bearbeiten, zum Annähen usw. Das wäre alles nicht schlecht.“

Patient 17: „Ja so zeigte der Doktor irgendwie, zwischen 4,5 und 5 cm. Da müsste etwas weg genommen werden, da kommt dann was Neues rein. Mehr weiß ich nicht.“

Patient 18: „Ja, welche Gedanken. Schnibbeln ja. Operation. Als Leihe habe ich mir gedacht, dann würden sie ein Stück raus schneiden, das Stück wieder zusammen setzten, vernähen usw...“

Patient 18: „Aber heute machen sie das ja anders, habe ich gehört... nicht mehr durch einen Schnitt, sondern mit einer Sonde. Durch Sonde das ist einfacher, kürzere Zeit im Krankenhaus.“

Patient 22: „Und ich sagte gleich von mir aus, also mit Stand, da seh ich nicht viel Hoffnung. Dieser Stand müsste sich ja ganz genau der normalen Aorta anpassen. Sobald ein kleines, ne Unwichtigkeit wär, geht der Druck ja wieder rein. Ein Stand bei ner Verengung, das seh ich als vernünftig an, dass es auf bleibt, aber bei einem Aneurysma nicht, na ja.“

In diesen Zitaten äußern die Patienten Vermutungen oder Wissen von der Operation eines Aneurysmas.

Diese z.T. recht leihenhaften Vorstellungen von Anatomie und Chirurgie verdeutlichen auch die Einstellungen, die die Patient von der Medizin haben: sie verstehen sie als Reparaturbetrieb. Gerade in den Worten: „da müsste etwas weg genommen werden...“ und „da würden sie ein Stück raus schneiden“ scheint es so, als sprächen die Patienten nicht von einem Menschen, (geschweige denn von sich selbst), der operiert werden soll, sondern von einem Objekt, das zu Reparatur abgegeben werden soll.

Zusammenfassende Beurteilung:

Diese sehr nüchterne Betrachtungsweise eines Themas, das doch für viele Patienten eher mit Sorge und Angst verbunden ist, und die Betonung der technischen Seite der Operation ist für diese Patienten ihre Art mit dem evt. bevorstehenden Eingriff umzugehen. Indem sie, wenn sie von der Operation sprechen, nicht von sich selber sprechen, sondern eher wie von einem Objekt, weisen sie die eigene Betroffenheit weit von sich weg. Durch dieses „aus der Ferne betrachten“ können sie gelassener mit der Diagnose und der evt. notwendigen Operation umgehen.

7.6 Zusammenfassende Ergebnisauswertung

In den Interviews wurden die Patienten aufgefordert, sich daran zu erinnern, wie sich fühlten und welche Gedanken ihnen durch den Kopf gingen, als sie erstmals von ihrem Befund Bauchaortenaneurysma hörten. Sie wurden gefragt, ob der Befund ihnen Angst mache, sie noch häufig daran dächten und ob er Einfluss auf ihren Alltag genommen habe. Aufgrund des offenen „Erzählen Sie mal...“, wurden auch über die gestellten Fragen hinaus noch viele andere Aspekte ihrer Krankheit (was sie besonders beschäftigt und wie sie damit umgehen) deutlich. Die Versuche der Bewältigung sind einerseits so vielfältig wie die Patienten selbst, andererseits zeigen sich aber doch auch ganz ähnliche Strategien bei unterschiedlichen Personen im Umgang mit der Diagnose Bauchaortenaneurysma. So ist es einerseits für die Patienten wichtig, das aktive Handeln des Arztes zu betonen („der Arzt hat gesagt, nachgesehen, gemessen, kontrolliert...“), weil ihnen das den Eindruck vermittelt, die Kontrolle sei sehr wichtig und dadurch die Krankheit beherrschbar. Andererseits legen aber auch viele Patienten Wert auf ihr eigenes aktives Handeln, z.B. dass sie auf gesunde Lebensführung achten (Ernährung, Nikotin, Alkohol, Sport) weil ihnen das das Gefühl gibt, selber etwas dazu beizutragen, das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern oder wenigstens zu verzögern. Bei sehr vielen Patienten wurde im Gespräch deutlich, dass das „passive Sich-ergeben“, also das Annehmen der Situation, so wie sie ist, dazu verhilft, trotz ihrer Krankheit gelassen und zufrieden leben zu können. Das Akzeptieren der Umstände ist für viele ein gelungener Versuch der Krankheitsbewältigung. So muss man feststellen, dass nicht nur das Aktiv-Sein

sondern auch das Passive Ergeben Möglichkeiten und Versuche sind, mit der Krankheit zu leben.

Bei etlichen Patienten fällt auf, dass sie ihre Erkrankung in Relation zu anderen eigenen Krankheiten oder Lebensereignissen oder in Vergleich zu anderen Personen betrachten. Die Betonung des Schicksals eines anderen Menschen könnte bedeuten, dass ihr eigenes leichter zu ertragen ist, wenn sie wissen, dass sie damit nicht alleine sind. Auch führt ein Vergleich mit meist viel schlimmer Betroffenen eher zu einer Relativierung der eigenen Krankheit und erleichtert so den Umgang mit dieser.

Andererseits wurden auch häufiger Vergleiche zu anderen Erkrankungen, Operationen und Verletzungen gezogen. Oft ist es so, dass diese als "schlimmer" als das Aneurysma angesehen werden, selbst wenn das medizinisch nicht richtig ist. Die Symptomlosigkeit des Aneurysmas könnte der Grund für das subjektive Erleben des höheren Schweregrades einer anderen Krankheit sein. Für die Patienten bedeutet es, dass sie nicht täglich durch Beschwerden mit ihrer Krankheit konfrontiert werden. Da dieses keine Schmerzen bereitet, wird es im Vergleich zu den anderen Erkrankungen unerheblich und unbedeutend und somit bagatellisiert oder negiert. Dieses Verleugnen oder Bagatellisieren ist eine Art der Krankheitsbewältigung, die den Patienten hilft, mit ihrer möglicherweise lebensbedrohlichen Erkrankung unbesorgt umzugehen.

Es gibt es aber auch Patienten, die ganz offen über ihre Ängste und Besorgnis sprechen können. Nur wenige allerdings erwähnen offen den Tod und das Sterben. Wenn dieses Thema zu Sprache kommt, wird es meist sehr nüchtern und rational betrachtet, indem z.B. betont wird, dass ein kurzer, schneller Tod doch besser sei als langes Leiden. Häufig wurden Ängste in Bezug auf die evt. notwendig werdende Operation geäußert oder auf das weiter fortschreitende Wachstum der Aorta. Auch in dem offenen Äußern der negativen Gefühle kann der Versuch einer gelungenen Bewältigung der Krankheit zum Ausdruck kommen.

Ein weiterer Punkt, der bei der Auswertung der Interviews auffiel, ist die Tatsache, dass fast 2/3 der Patienten über ihr Verhältnis zum Hausarzt oder anderen behandelnden Ärzten sprachen. Es wurde deutlich, wie wichtig, das Arzt-Patienten-Verhältnis ist und dass generell doch die meisten Patienten sehr positive Erfahrungen mit Ärzten gemacht haben. Das Vertrauensverhältnis zum Hausarzt scheint sich positiv auf ihren Umgang mit der Erkrankung auszuwirken.

Interessant ist, dass es selten Patienten gibt, die nur "aktiv" oder nur "passiv" sind, oder nur "negieren und verleugnen" oder nur "rationalisieren". So kann es durchaus sein, dass ein und derselbe Patient in einem Interview einerseits Hoffnung äußert, andererseits seine Besorgnis und Ängste mitteilt; oder dass er einerseits seine Aktivität betont, andererseits deutlich wird, dass er "passiv ergeben" das Schicksal akzeptiert. Häufig spielen mehrere Mechanismen der Krankheitsverarbeitung eine Rolle. So zeigten sich einerseits ganz ähnliche Strategien bei unterschiedlichen Personen im Umgang mit der Diagnose Bauchaortenaneurysma, andererseits sind die Versuche der Bewältigung auch innerhalb eines Patienten nicht ganz einheitlich. Deutlich wurde jedoch, dass jeder Patient für sich selbst unterschiedliche Möglichkeiten entwickelt mit der eigenen Erkrankung umzugehen und eine positive Krankheitsbewältigung den Patienten im Allgemeinen recht gut gelingt.

7.7 Würdigung der Interviewergebnisse vor dem Hintergrund der aktuellen Copingforschung

Es fällt auf dass die 18 im Kapitel 7.1 genannten Bewältigungsstrategien in weiten Teilen den von uns gebildeten Hauptkategorien ähneln. Wenn auch nicht jede Hauptkategorie direkt einer dieser Bewältigungsstrategien entspricht, so können doch viele dieser Kategorien leicht den Strategien zugeordnet werden. Im folgenden soll dies exemplarisch für die wichtigsten Kategorien getan werden:

Die Bewältigungsstrategien „Betonung positiver Aspekte“ und „Optimismus“ finden sich in den Hauptkategorien „Hoffnung“ bzw. „Positive Entwicklung im Krankheitsverlauf“ wieder. Aussagen, die in diese Kategorien eingeordnet wurden, wurden von mehr als der Hälfte der Patienten gemacht. Die Aussagen können allerdings ganz unterschiedlich aussehen. So zeigt ein Patient z.B. seinen Optimismus, indem er sagt: „ich freue mich am Sonnenschein und an jedem neuen Tag“, während ein anderer mehr die positiven Aspekte im Krankheitsverlauf betont, wenn der erzählt, dass er schon drei mal zur Kontrolluntersuchung war und „es (das Aneurysma) (...) noch nicht gewachsen“ ist.

Die „Betonung positiver Aspekte“ ist daher eine Strategie, mit der auch viele der von uns befragten Patienten versuchen ihre Krankheit zu bewältigen.

Der Kategorie „Negieren/Verleugnen/Bagatellisieren“ kann man folgende Bewältigungsstrategien zuordnen:

- a) Flucht/Vermeidung
- b) Ablenkung
- c) Verleugnung
- d) Abreagieren
- e) Angstbetäubung/Spannungsreduktion

All diesen Mechanismen ist gemeinsam, dass der Bedrohung, die von der Erkrankung ausgeht, aus dem Weg gegangen wird. Die aus der Konfrontation mit der Krankheit entstandene Angst wird minimiert, indem eine weitere Auseinandersetzung mit dieser vermieden wird. Letztlich ist es gleichgültig ob dies dadurch geschieht, dass die Erkrankung bagatellisiert, negiert oder verleugnet wird oder ob durch Abreagieren, Flucht oder Angstbetäubung eine Reduktion der negativen Gefühle wie Angst, Ausgeliefertsein, Hilflosigkeit oder Aggression stattfindet. In jedem Fall dienen auch diese Strategien dazu, mit der Krankheit ohne größere Einschränkungen im Alltag gut leben zu können.

Eine weitere typische Bewältigungsstrategie, nämlich „Vertrauen auf professionelle Hilfe“ findet sich in unserer Hauptkategorie: „Vertrauen/Misstrauen bzw. Zufriedenheit/Unzufriedenheit mit den Ärzten“. Sehr viele unserer Patienten machten Aussagen, die in diese Kategorie eingeordnet wurden. Dabei zeigte sich allerdings, dass viel häufiger als das Misstrauen und die Unzufriedenheit das Vertrauen gegenüber den Ärzten und die Zufriedenheit mit ihnen eine Rolle spielte. An vielen Aussagen wurde deutlich, dass positiv bewertete Eigenschaften des Arztes und ein Vertrauensverhältnis großen Einfluss auf die Patienten haben und dadurch auch der Umgang mit der Krankheit erleichtert wird.

Was dabei auch eine Rolle spielt, ist das, was wir in den Hauptkategorien „Aktives Handeln des Arztes“ bzw. „Aktives Handeln des Patienten“ zusammen gefasst haben, bzw. was sich in der entsprechenden Bewältigungsstrategie „(Selbst)Kontrolle“ widerspiegelt, nämlich die Möglichkeit, die Krankheit zu kontrollieren, bzw. kontrollieren zu lassen. Dabei ist nicht nur das wortwörtlich verstandene „Kontrollieren“ der Größe des Aneurysmas gemeint (was natürlich

immer durch den Arzt geschieht), sondern auch das Gefühl des Patienten durch eigenes Handeln (sei es Blutdruck messen oder Sport treiben) die Krankheit „im Griff“ oder eben „unter Kontrolle“ zu haben. Auch dies ist eine Bewältigungsstrategie, die wir bei vielen der Patienten finden konnten.

Zwar im Prinzip gegensätzlich, jedoch häufig auch parallel zum „Aktiven Handeln des Patienten“ auftauchend, findet man gar nicht so selten „Passives Ergeben“. Diese Hauptkategorie entspricht genau dem, was als Bewältigungsstrategie „Fatalismus“ genannt wurde. Typische Aussagen, die in diese Kategorie passen, sind: „und damit muss ich jetzt leben“, „man kann ja sowieso nichts dran ändern“ usw. Dieses „Fügen ins Unvermeidliche“ ist eine Strategie, die vielen Patienten hilft, ihre Krankheit besser zu bewältigen.

Obwohl alle Patienten an der gleichen Krankheit, nämlich dem Bauchortenaneurysma leiden, unterscheiden sich die Patienten natürlich in vielerlei Hinsicht: z.B. Alter, Zeitpunkt der Diagnosestellung, Größe des Aneurysmas, objektive Bedrohung durch das Aneurysma, Vorerfahrung mit dieser oder anderen Krankheiten. Zwar gibt es auch aufgrund der bestehenden Unterschiedlichkeit keine einheitliche Antwort auf die gestellte Frage nach dem Umgang mit ihrer Krankheit, doch zeigte sich, dass bestimmte in der Literatur beschriebenen „Bewältigungsstrategien“ (wie oben beschrieben) häufig bzw. von vielen Patienten angewendet werden. So spielten besonders die Strategien: „Optimismus“, aber auch „Vertrauen auf professionelle Hilfe“ und „(Selbst)Kontrolle“, neben „Fatalismus“ und „Verleugnung“ eine wichtige Rolle bei dem Umgang von Aneurysmapatienten mit ihrer Erkrankung.

Zu bemerken war auch, dass zwar Unterschiede im Umgang mit der Krankheit typischerweise interindividuell auftreten, aber auch intraindividuell verschiedene Copingstrategien gewählt werden.

7.8 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Interviews:

- 1) *Optimismus/Hoffnung/positives Denken* hilft vielen Patienten mit dieser Krankheit. Durch Konzentration der positiven Aspekte im Krankheitsverlauf oder im alltäglichen Leben, ist das Wissen um das Aneurysma nicht so belastend.
- 2) *Vertrauen auf professionelle Hilfe/Zufriedenheit mit den Ärzten* ist ein Aspekt, der in den meisten Gesprächen betont wurde. Die Krankheit scheint nur halb so schlimm zu sein, wenn der Patient von einem kompetenten und netten Arzt betreut wird, der dem Patienten durch sein Auftreten Sicherheit vermittelt.
- 3) *Negieren/Bagatellisieren* ist auch eine Form der Krankheitsbewältigung, die bei etlichen Patienten auffiel. Andere viel harmlosere Krankheiten werden betont und scheinen die Patienten mehr zu beeinträchtigen. Auch die Krankheiten anderer Bekannter, (viel schlimmer Betroffener), werden erwähnt, so erscheint die eigene Erkrankung weniger bedeutsam.
- 4) *Fatalismus* findet man bei einer großen Zahl der Patienten, denen es gelingt, die Krankheit als zum Leben gehörend zu akzeptieren. Dieses *passive Ergeben* in das Schicksal lässt diese Menschen zufriedener sein, als solche, die sich gegen die Krankheit auflehnen.
- 5) *(Selbst)Kontrolle* scheint für die meisten Patienten eine große Rolle zu spielen. Entweder müssen sie selber den Eindruck haben, dass sie ihre Krankheit beeinflussen (können), indem sie Dinge tun oder auf Gewohnheiten verzichten, oder sie wünschen sich die Kontrolle von ihrem Hausarzt. Beides scheint auf den Umgang mit der Erkrankung beruhigend zu wirken.

8. Zusammenführung der beiden Teilstudien

Um die Ausgangsfrage nach der psychischen Belastung bei Patienten mit einem nicht operierten Bauchortenaneurysma zu beantworten, wurden nicht nur die Betroffenen und deren Hausärzte mittels eines standardisierten Fragebogens befragt, sondern auch in qualitativen Interviews die Gedanken und Gefühle von Patienten erfasst. So wurden einerseits die uns wichtigen Daten erfasst und quantitativ ausgewertet, andererseits konnten damit aber auch Aspekte der Problematik aufgegriffen werden, die in einer ausschließlich quantitativen Erhebung nicht erkannt worden wären.

Bevor in dem nachfolgenden Kapitel (Kapitel 9: Diskussion) die Ergebnisse der Literatur mit denen dieser Arbeit zusammengebracht und diskutiert werden, sollen nun noch einmal kurz die wichtigsten Ergebnisse dieser beiden Teilstudien dargestellt werden.

8.1 Die Beunruhigung der Patienten ist weniger stark als erwartet

Durch die Befragung von Betroffenen stellte sich heraus, dass zunächst (also bei Diagnosestellung) fast die Hälfte der Patienten, einige Jahre später sogar fast 70% der Patienten durch die Diagnose Bauchortenaneurysma gar nicht oder nur wenig beunruhigt sind. Dies bedeutet, dass 1. die Beunruhigung für die Patienten durch die Diagnose Bauchortenaneurysma schon bei Diagnosestellung niedriger lag, als von uns (aufgrund der Literatur) erwartet, und dass mit der Zeit für die Patienten im allgemeinen die psychische Belastung durch das Wissen um diese Erkrankung abnimmt.

8.2 Die Hausärzte schätzen die psychische Belastung größer ein als die Patienten

Zwar glaubt keiner der Ärzte, dass seine Patienten durch das Aneurysma sehr stark belastet sein könnte, auch wird insgesamt die Belastung durch das Wissen um diese Erkrankung eher als „mäßig“ eingestuft, doch fällt trotzdem auf, dass die Ärzte die Beunruhigung, die von dem Befund „Aneurysma“ ausgeht, insgesamt höher einschätzen, als die Patienten selber angeben.

8.3 Kontrolle ist wichtig

Dies wurde sowohl durch die Interviews als auch durch die Fragebögen deutlich. Fast alle Patienten gehen regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen zum Hausarzt, die meisten sogar mehrmals im Jahr. Durch die Interviews wurde deutlich, dass es für viele Patienten eine große Sicherheit und Beruhigung bedeutet, dass die Größe des Aneurysmas regelmäßig kontrolliert wird. Für viele scheint durch die Kontrolle die Krankheit beherrschbar zu sein.

8.4 Vertrauen in die Ärzte erleichtert den Umgang mit der Krankheit

Dieser Punkt fand in den Fragebögen keine Erwähnung, es fiel aber in den Interviews auf, wie häufig das positive Verhältnis zum Arzt genannt wurde. Ein vertrauensvolles Verhältnis zum Hausarzt, die Gewissheit, dass dieser eine Verschlimmerung der Krankheit rechtzeitig erkennt und entsprechende Maßnahmen einleitet, die ruhige Art eines Arztes und das ausführliche Erklären der Zusammenhänge der Erkrankung waren Punkte, die in den Gesprächen genannt wurden. Ein positives Verhältnis zum Hausarzt scheint sich auf den Umgang mit dem Aneurysma günstig auszuwirken.

8.5 Zufällige Entdeckung des Aneurysmas ist die Regel

Die Mehrheit der Aneurysmen wurde zufällig entdeckt, bei unterschiedlichsten Erkrankungen. Dies bestätigen sowohl die Antworten des Patienten- als auch des Ärztefragebogens. Fast alle Patienten gaben an, ihr Aneurysma sei zufällig diagnostiziert worden. Auch die Aussagen der Ärzte bestätigten, dass das Bauchortenaneurysma ihrer Patienten größtenteils durch Zufall diagnostiziert wurde. Am häufigsten fanden sich die Aneurysmen im Rahmen der Diagnostik bei abdominellen Beschwerden, aber es wurden noch sehr viele andere Ursachen genannt. In den Interviews wurde deutlich, dass daher die Diagnosestellung für die Patienten oft sehr überraschend kam und zunächst einmal einen „Schock“ bedeutete. Ein „inoffizielles“ Screening auf Bauchortenaneurysmen scheint es bisher hierzulande nicht zu geben (zumindest nicht bei den befragten Hausärzten).

8.6 Umgangsstrategien mit der Krankheit sind inter- und intraindividuell verschieden

Die verschiedensten Bewältigungsstrategien, wie z.B. „aktives Handeln“ des Patienten und „passives Ergeben in das Schicksal“ treten ebenso nebeneinander auf wie „Optimismus/Hoffnung“ und „Negieren/Bagatellisieren“. Während die meisten dieser Bewältigungsstrategien erst durch die Interviews erfasst wurden, wurde im Fragebogen ganz konkret danach gefragt, ob die Patienten etwas täten, damit sich die Krankheit nicht verschlechtert. Dies war in der Mehrheit der Fälle. Viele Patienten berichteten, sie würden auf schweres Heben verzichten und den Blutdruck regelmäßig kontrollieren. Obwohl es also einige Punkte gab, die von den meisten Patienten genannt wurden, fielen insgesamt doch unterschiedlichsten Copingstrategien (inter- und intraindividuell) auf.

8.7 Die Hausärzte befürworten ein Screening auf Bauchortenaneurysma

Dass eine Entdeckung der Krankheit in den meisten Fällen zufällig stattfindet, liegt auch daran, dass es bisher hierzulande keine generelles Screening gibt..

Die Mehrheit der Ärzte spricht sich für ein Screening von Aneurysmen aus.

Als Gründe wurde das positive Kosten-Nutzen-Verhältnis genannt, die Möglichkeit auch andere (maligne) Erkrankungen zu diagnostizieren und das Verhindern von Ruptur und Notoperationen. Die fünf Ärzte, die sich gegen ein Screening aussprachen, nannten ausschließlich den hohen Kosten und Zeitaufwand als Grund für ihre Ablehnung. Dies bedeutet, dass die Ärzte keinen echten medizinischen Grund kennen, der gegen das Screening spräche, denn die Untersuchung ist für den Patienten. schmerzfrei und ohne Strahlenbelastung. Auch mögliche psychische Belastung, die durch das Screening ausgelöst werden könnten, werden von den Ärzten nicht als Grund ihrer Ablehnung erwähnt. Ob das Kosten-Nutzen-Verhältnis wirklich so ungünstig ist, wie von den fünf Ärzten angenommen, müsste hier allerdings erst noch überprüft werden.

Die wenigen Ärzte, die dagegen sind, nennen ausschließlich Kostengründe als Gegenargumente. Die anderen betonen den Nutzen für den Patienten bei geringem Aufwand für den Arzt, ohne den Patienten durch unangenehme, langwierige Untersuchungen zu belasten. Auch in der Literatur findet man Forderungen nach

einem Screening auf Bauchaortenaneurysmen. Ob dieses nur bei Männern oder auch bei Frauen, ob es ab 60,65 oder 70 Jahren, ob es nur bei Risikopatienten mit Hypertonie oder Nikotinabusus stattfinden sollte, ist aber noch umstritten.

9. Diskussion

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Literatur mit denen dieser Arbeit verglichen und diskutiert werden. Dabei wird auf die wichtigsten, der in Kapitel 8 erläuterten, Ergebnisse eingegangen.

9.1 Beunruhigung der Patienten

In der Literatur fanden wir ganz unterschiedliche Ergebnisse bezüglich der psychischen Belastung bei Patienten mit einem –nicht operierten- Bauchortenaneurysma:

Einmal gibt es die Aussage, dass Screening keinerlei Ängste oder Depressionen hervor ruft (Khaira et al.), selbst nicht bei Patienten, deren Brüder an einem Aneurysma operiert werden mussten (van der Graaf et al.).

Dann heißt es, dass zwar allein die Einladung zum Screening leichte Ängste hervor ruft, diese aber –selbst bei Diagnosestellung eines Aneurysmas- nur von vorüber gehender Dauer sind (Lucarotti et al.).

Andererseits fanden Lindholt et al., dass die Entdeckung eines Bauchortenaneurysmas eine dauerhafte und fortschreitende Beeinträchtigung der Lebensqualität bedeutet, die erst durch eine erfolgreiche Operation rückgängig gemacht werden kann (Lindholt et al.).

Auch wir hatten uns die psychische Belastung von Aneurysma-Patienten, die (noch) nicht operiert sind, größer vorgestellt. Wir vermuteten, das Wissen um eine „Zeitbombe“ im Bauch würde größere Angst bei den Betroffenen hervor rufen. Diese Vermutung gründete sich auf die o.g. größte Studie dieser Art aus Dänemark von Lindholt et al.

Diese These konnte durch die vorliegende Arbeit nicht gestützt werden. Anders als Lindholt konnten wir bei den befragten Patienten nicht feststellen, dass sie durch das Aneurysma permanent und zunehmend belastet und beunruhigt seien.

Bei der Mehrheit unserer Patienten scheint das Maß der Beunruhigung mit der Zeit weniger zu werden, obwohl bisher keiner der Patienten operiert wurde. Dies könnte daran liegen, dass die Patienten bei Lindholt höchstens bis zu 3 Jahren nach der Diagnosestellung nachbetreut und befragt wurde, nämlich einmal im Jahr vier Wochen vor der Kontrolluntersuchung. Ob die Tatsache, dass bei Lindholt die Patienten ausgerechnet vier Wochen *vor* der nächsten Kontrolle befragt worden sind, (einem Zeitpunkt von dem man vermuten könnte, dass die Belastung gerade besonders hoch ist, im Gegensatz zu einem Zeitpunkt kurz *nach* der Kontrolle) auch eine Rolle spielt, kann nur vermutet werden.

Dass bei den von uns befragten Patienten die Beunruhigung eher geringer ist, als erwartet, könnte damit zusammen hängen, dass fast alle Patienten an regelmäßigen Kontrolluntersuchungen teilnehmen und dabei häufig gar kein Größenwachstum nachzuweisen war. Dies bedeutet natürlich für den Patienten eine Beruhigung, da er ja weiß, dass nur bei weiterem Wachstum des Aortendurchmessers eine kritische Größe erreicht werden kann. Bleibt der Durchmesser allerdings gleich groß, rückt die Frage nach der Operation oder die Möglichkeit des Platzen der Aorta für den Patienten in weite Ferne. Auch in den Interviews wurde von den Patienten häufig erwähnt, dass sich das Aneurysma „nicht vergrößert“ hat, „so geblieben ist“. Dies könnte in vielen Fällen der Grund für die entspannte Haltung vieler Patienten (mehrere Jahre nach Diagnosestellung) sein.

Ein Punkt, der auch in der Literatur immer wieder Erwähnung fand, ist, dass eine bessere Aufklärung und mehr Informationen für den Patienten wichtig sind und einen positiven Einfluss auf seinen Umgang mit der Krankheit ausüben.

Bratt et al. weisen auf die Wichtigkeit hin, Patienten, die ein erhöhtes Risiko haben, eine bestimmte Krankheit zu erleiden, gründliche und wiederholte Informationen zu geben. Es bestätigte sich auch in den Gesprächen mit den Patienten, dass häufig genauere Informationen über die Krankheit und den Krankheitsverlauf dazu führten, dass die Patienten im Allgemeinen weniger beunruhigt waren.

9.2 Die Einschätzung der psychischen Belastung durch die Hausärzte

Interessant ist, dass in der gesamten, in Kapitel 3 dargestellten Literatur, die sich auf die psychische Belastung von Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen bezieht, nicht einmal ein Vergleich der Einschätzung der Beunruhigung durch die Krankheit von den Patienten und ihren dazu gehörigen Hausärzten zu finden war. In allen Studien waren es nur die Patienten (z.T. auch ihre Angehörigen), die selber Angaben über ihre psychische Belastung machen sollten. Obwohl dies natürlich auch das Entscheidende ist, wie der Patient selber unter seiner Erkrankung leidet und damit umgeht, ist es aber auch nicht uninteressant zu sehen, wie gut die Hausärzte ihre Patienten einschätzen können.

Es zeigte sich, dass tendenziell die Hausärzte ihre Patienten doch recht gut einschätzen können. Die feinen Nuancen jedoch, nämlich ob jemand *stark* oder *sehr* stark belastet ist, sind für die Ärzte schwieriger abzuschätzen. Insgesamt wurde aber deutlich, dass im Allgemeinen die Hausärzte ihre Patienten recht gut kennen und eine große Beunruhigung des Patienten dem Arzt nicht verborgen bleibt, ebenso wenig, wie eine gelassenen Einstellung zu dem Befund. Es stellte sich aber heraus, dass die Ärzte die Belastung ihrer Patienten eher größer einschätzen, als diese selber. Dies werde ich als positiv, da es heißt, dass die Hausärzte das Problem der psychischen Belastung ihrer Patienten erkennen und wahrnehmen und dadurch auch eher in der Lage sind auf die Probleme der Patienten einzugehen und evt. vorhandene Ängste abbauen und Spannungen mindern können. Ein Arzt der um die Sorgen und Ängste seines Patienten nicht weiß und diese nicht einmal vermutet, kann auch nicht adäquat damit umgehen. Vielleicht ist dies auch ein Grund, warum in den Interviews so häufig das positive Arzt-Patienten-Verhältnis genannt wurde: weil sich die Patienten von ihren Hausärzten in ihren Sorgen ernst genommen fühlen. Dies wäre nicht so, wenn die Ärzte die psychische Belastung durch das Wissen um die Erkrankung ihrer Patienten unterschätzen würden.

9.3 Kontrolle

Wenn in Kapitel 8 davon die Rede ist, dass „Kontrolle wichtig ist“, bezieht sich dies auf zweierlei: zum einen geht es um die regelmäßigen

Kontrolluntersuchungen durch den Hausarzt, meist mittels Ultraschall, zur Beurteilung, ob das Aneurysma gewachsen ist oder nicht. Zum anderen bezieht es sich aber auch auf die „Copingstrategie“: (Selbst)Kontrolle, also den Versuch des Patienten durch bestimmtes Handeln oder auch Unterlassen bisheriger Gewohnheiten Einfluss auf den Verlauf der Krankheit nehmen zu können.

In der angegebenen Literatur über die psychologischen Konsequenzen beim Screening findet man wenig über den Einfluss von Kontrolluntersuchungen des Aneurysmas auf die Be(un)ruhigung des Patienten. Bei den genannten Studien finden die Befragungen meistens kurz vor dem Screening bis einen Monat später statt. So können keine Angaben darüber gemacht werden, ob eine Änderung der psychischen Belastung des Patienten nach mehreren Kontrolluntersuchungen (vielleicht nach mehreren Jahren) stattgefunden hat. Die These, dass die Kontrollen für den Patienten im allgemeinen beruhigenden Einfluss hat, kann also durch die Literatur weder bestätigt noch widerlegt werden.

Was jedoch in der Literatur zum Thema „Coping“ Erwähnung findet, ist die „(Selbst)Kontrolle“ als Bewältigungsstrategie von Krankheiten. Gerade bei einer Krankheit, wie dem Aneurysma, bei dem man nicht viel tun kann, außer abzuwarten, ob es sich vergrößert, besteht der Wunsch Kontrolle auszuüben. Sowohl durch die Interviews, als auch durch die Fragebögen wurde klar, dass es für die Patienten eben doch scheinbare Einflussmöglichkeiten gibt. Dabei ist nicht nur die Teilnahme an regelmäßigen Kontrolluntersuchung gemeint, die von fast allen Patienten wahrgenommen werden, sondern auch die Tatsache, dass die Mehrheit der Patienten etwas dagegen unternimmt, damit sich die Krankheit nicht verschlechtert. Es ist für die Patienten wichtig, alles in ihrer Macht stehende zu tun oder zu unterlassen, um eine Verschlechterung der Erkrankung zu verhindern, selbst wenn dies aus medizinischer Sicht gar nicht erwiesen ist, dass dies tatsächlich „etwas bringt“. Denn nur teilweise haben die Patienten die Empfehlung vom Hausarzt erhalten, z.B. nicht mehr schwer zu heben, Blutdruck zu messen. Auf manches z.B. das „Alkohol trinken“ verzichtet der Patient, ohne besondere Hinweise eines Mediziners. Dies macht klar, dass es dem Patienten gar nicht unbedingt um objektivierbare Daten (evidenzbasierte Medizin) geht, sondern um das Gefühl, etwas Gutes und Sinnvolles für sich und seinen Körper zu tun.

9.4 Screening – Sinn oder Unsinn?

Da bei kleineren Aneurysmen zwar nicht sofort eine effektive Therapie eingeleitet werden kann, aber durch regelmäßige Kontrollen das Größenwachstum beobachtet werden kann und durch rechtzeitige Überweisung zur Operation, der Tod durch die Ruptur des Aneurysmas verhinderbar ist, stellt sich die Frage, ob nicht ein generelles Screening für Bauchortenaneurysmen, zumindest für eine bestimmte Altersgruppe (z.B. Männer zwischen 65 und 70 Jahren) sinnvoll wäre.

In Hinblick auf z.B. das Kosten-Nutzen-Verhältnis o.a. kann diese Arbeit keine Antwort geben, wohl aber in Hinblick auf die psychische Belastung, die das Wissen um diese Erkrankung für die Betroffenen mit sich bringt. Hier zeigte sich recht eindeutig, dass die Beunruhigung für den Patienten nicht so groß ist, als dass man ihm das Wissen um diese Krankheit nicht zumuten könne. Im Allgemeinen verstanden es die Patienten gut, mit ihrer Erkrankung zu leben. Es konnte durch diese Arbeit gezeigt werden, dass die Patienten unterschiedlichste Bewältigungsstrategien anwenden, die den bekannten „Copingmechanismen“ entsprechen oder ähneln. Selbst wenn es so ist, dass eine eindeutige Zuordnung einzelner Coping Strategien nicht immer möglich ist, so wird doch deutlich, dass es dabei um Gewinnung von Stabilität aus der Person heraus oder mit fremder Hilfe geht. Teilweise fanden sich auch die „unreifen“ Formen des Coping z.B. in der „Verleugnung der Realität“, in der „Flucht“ (Negieren/Bagatellisieren). Alle Mechanismen aber dienen dem einem, nämlich der Stabilitätsgewinnung. Diese wird also auf unterschiedlichste Weise erreicht, so dass man festhalten kann, dass die psychische Belastung durch das Wissen um „die Zeitbombe im Bauch“, das Aneurysma, eher gering ist.

Dies bedeutet aus meiner Sicht, dass nichts gegen ein Screening auf Bauchortenaneurysma spricht.

Einschränkend muss man allerdings hinzufügen, dass die vorliegende Arbeit keine große Studie ist und mit den Untersuchungen aus Dänemark, an der über Tausende Probanden teilnahmen, nicht zu vergleichen ist.

Auch muss man kritisch anmerken, dass vielleicht durch die Auswahl der Patienten über die Hausärzte eine Selektion stattgefunden haben könnte. Da nicht alle Ärzte über ein Computerprogramm mit Suchlauf Patienten mit einem BAA gefunden haben, sondern auch einige Ärzte nur die Patienten nannten, an die sie

sich erinnerten, kann das dazu geführt haben, dass überwiegend solche Patienten befragt wurden, die eben regelmäßig zur Kontrolluntersuchung kommen und daher dem Hausarzt gut im Gedächtnis sind. Andere Patienten, die vielleicht viel stärker durch ihren Befund beunruhigt sind und aus Furcht vor einem Wachsen des Aneurysmas in der Praxis gar nicht mehr erscheinen, könnten so in Vergessenheit geraten sein. Dies könnte dazu geführt haben, dass hauptsächlich Patienten, die mit der Diagnose gut leben können, befragt wurden. Was allerdings gegen dieses Argument spricht, ist die Tatsache, dass es sich bei Aneurysmapatienten doch größtenteils um ältere Patienten mit einigen Begleiterkrankungen (Hypercholesterinämie, Hypertonus usw.) handelt, die normalerweise regelmäßig zum Arzt gehen (müssen), schon allein um sich ihre Rezepte abzuholen. Bei einem Blick in die Karteikarte würde dem Hausarzt auffallen, dass der Patient auch mal wieder zu einer Kontrolluntersuchung des Aneurysmas kommen müsste.

Auch wenn man die geringe Fallzahl von Patienten und eine fragliche Selektion dieser einschränkend erwähnen muss, denke ich, dass man dieser Studie entnehmen kann, dass aufgrund der psychischen Situation der Patienten nichts gegen ein generelles Screening auf Bauchaortenaneurysma spricht.

9.5 Zusammenfassung

EINLEITUNG: Das Bauchaortenaneurysma ist eine lebensgefährliche, Erkrankung, die leicht sonographisch zu entdecken ist. Aufgrund mehrerer Studien weiß man, dass bei Weiten über 5,5 cm die operative Sterblichkeit niedriger ist, als das Risiko, am Aneurysma zu versterben. Die Früherkennung des Aneurysmas hat aber nicht nur Vorteile, es bedeutet auch, dass die Mehrheit mit erkannten Aneurysma über Jahre - sonographisch kontrolliert - mit "der Bombe im Bauch" leben muss.

METHODE:

- 1) *Quantitative Befragung:* Es wurden 32 zufällig gewonnene Ärzte und deren 61 Patienten (Altersbandbreite: 45-86 J., durchschnittlich 71 J.) mit kontrollbedürftigen BAA mit jeweils einem Fragebogen zum Fall befragt.
- 2) *Qualitative Befragung:* Eine Stichprobe von 26 dieser Patienten wurde in qualitativen Interviews, d.h. mit offenen Fragen zum Umgang mit dem BAA befragt.

ERGEBNISSE: Bauchaortenaneurysmen werden in der Regel im Rahmen von anderer Abklärungsdiagnostik, also zufällig, entdeckt. Die Beunruhigung durch den Befund ist geringer als (nach der Literatur) erwartet und nimmt im Lauf der Zeit im Allgemeinen ab. Aus der Retrospektion machte die Diagnose keine nennenswerte Angst (in einer 5- Skala, median: 2,6), die zudem zum Jetztzeitpunkt auf einen Wert von 1,9 vermindert angesehen wurde. Ärzte sehen diese Angst für ihre konkreten Patienten sogar stärker ausgeprägt, als diese selbst. Ein positives Arzt-Patienten-Verhältnis scheint für die Patienten eine wichtige Rolle zu spielen. In den Interviews lassen sich als Umgangsstrategien mit dem Befund identifizieren: Hoffnung/Optimismus - Kontrolle gleich Sicherheit - Änderungen von Lebensstil/ vermutete Risiken - Relativierung zu anderen Lebensereignissen oder Personen. Die Hausärzte befürworten ein Screening.

SCHLUSSFOLGERUNGEN: Die psychische Belastung erscheint nicht sehr ausgeprägt, zudem kurzfristig zu sein, und sie ist durch entsprechende Umgangsformen beherrschbar. Gegen ein generelles Screening auf Bauchaortenaneurysma ist daher nichts einzuwenden.

10. Literaturverzeichnis:

- Almqvist E, Bloch M, Brinkman R Craufurd D:
A Worldwide Assessment of the Frequency of Suicide, Suicide Attempts, or Psychiatric Hospitalization after Predictive Testing for Huntington Disease.
Am J. Hum. Genet. 1999, 64: 1293-1304
- Andrew J Boyle, Micheal V Jelinek:
Rethink the approach to abdominal aortic aneurysms.
The Lancet, 2001, 357: 2111-40
- Beebe HG, Kritpracha B:
Screening and preoperative imaging of candidates for conventional repair of abdominal aortic aneurysm.
Semin Vasc Surg 1999, 12: 300-5
- Bengtsson H, Nilsson P, Bergqvist D:
Natural history of abdominal aortic aneurysm detected by screening.
Br J Surg 1993, 80: 718-20
- Beutel, M:
Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen
Weinheim Ed. Medizin, VCH, 1988
- Bodegard G, Fyro K, Larsson A:
Psychological reactions in 102 families with a newborn who has a falsely positive screening test for congenital hypothyroidism.
Acta Paediatr Scand Suppl. 1983, 304:1-21.
- Book AS, Knap MA, Holden RR:
Criterion validity of the Holden Psychological Screening Inventory Social Symptomatology scale in a prison sample.
Psychol Assess 2001, 13: 249-53
- Bratt O, Kristoffersson U, Lundren R:
Sons of men with prostate cancer: their attitudes regarding possible inheritance of prostate cancer, screening, and genetic testing.
Urology 1997, 50: 360-5;
- Bratt O, Damber JE, Emanuelsson, Kristoffersson U, Lundren R:
Risk perception, screening practice and interest in genetic testing among unaffected men in families with hereditary prostate cancer.
European Journal of Cancer 2001 36: 235-41;
- Brett J, Austoker J, Ong G:
Do women who undergo further investigation for breast screening

suffer diverse psychological consequences? A multi-centre follow-up study comparing different breast screening result groups five months after their last breast screening appointment.
Journal of Health Medicine 1998, 20: 396-403

Bunday S:

Few psychological consequences of presymptomatic testing for Huntington disease.
The Lancet, 1997, 349: 4

Caldwell RA:

Mediation screening: is the benefit worth the cost?
Am J Community Psychol. 1991, 19: 847-51.

Cockburn J, Staples M, Hurley SF:

Psychological consequences of screening mammography.
Journal of Medical Screening 1994, 1: 7-12

Connelly J, Cooper J, Mann A, Meade TW:

The psychological impact of screening for risk of coronary heart disease in primary care settings.
Journal of Cardiovascular Risk 1998, 5: 185-91

Cosford PA, Leng GC:

Screening for abdominal aortic aneurysm (protocol).
Cochrane Peripheral Vascular Diseases Group 2000, 6: 17-19

Curry SJ, Taplin SH, Anderman C:

A randomized trial of the impact of risk assessment and feedback on participation in mammography screening.
Prev Med 1993, 22: 350-60

Derbyshire ND, Lindsell DR, Collin J, Creasy TS:

Opportunistic screening for abdominal aortic aneurysm.
J Med Screen 1994, 1: 220-2

Erlick Robinson G, Rosen BP, Bradley LN, Rockert WG et al:

Psychological impact of screening for familial ovarian cancer: reactions to initial assessment.
Gynecologic Oncology 1997, 65: 197-205

Emmerich J, Fiessinger JN:

Abdominal aortic aneurysm:
The Lancet 1997, Vol 349: 7

Essink-Bot ML, de Koning HJ, Nijs HG:

Short-term effects of population-based screening for prostate cancer on health-related quality of life.
Journal of the National Cancer Institute 1998, 90: 925-331

- Fyro K:
Neonatal screening: life-stress scores in families given a false-positive result.
Acta Paediatr Scand. 1988,77: 232-8.
- Fyro K, Bodegard G:
Difficulties in psychological adjustment to a new neonatal screening programme.
Acta Paediatr Scand. 1988 ,77: 226-31.
- Galatzer A, Green E, Ofan R, Benzaquen Het al.:
Psychological impact of islet cell antibody screening.
J Pediatr Endocrinol Metab 2001, 1: 675-9.
- Gilbert FJ, Cordiner CM, Affleck IR, Hood DB et al:
Breast screening: the psychological sequelae of false-positive recall in women with and without a family history of breast cancer
European Journal of cancer, 1998, 34: 2010-14
- Glascoe FP:
Are overreferrals on developmental screening tests really a problem?
Arch Pediatr Adolesc Med 2001,155: 54-9
- Grimshaw GM, Thompson JM, Hamer JD:
Prevalence of abdominal aortic aneurysm associated with hypertension in an urban population.
J of Med Screening 1994, 4:226-28
- Gustafsson O, Theorell T, Normin U:
Psychological reactions in men screened for prostate cancer.
British Journal of Urology 1995, 75: 631-6;
- Harris P:
Screening for aortic aneurysm: the surgical perspective.
J of Med Screening 1994, 4: 106-109
- Huppert FA, Garcia AW:
Qualitative differences in psychiatric symptoms between high risk groups assessed on a screening test (GHQ-30).
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1991, 26: 252-8.
- Jarka M, Brosig B, Richter HE:
Psychosoziale Probleme bei Huntigtonscher Chorea.
Psychiatr Praxis 1996, 23: 121-5
- Jamrozik K, Norman PE, Spencer CA, Parsons RW et al.:
Screening for abdominal aortic aneurysm: lessons from a population-based study .
Med J 2000, 173: 345-50.

- Karensen R, Langmark F:
 Psychological, social and economic situation of women surgically treated for cancer.
 Tidsskr Nor Laegeforen 2000, 30:120
- Karkos, CD, Mukhopaddhyay U, Papakostas I, Ghosh J et al:
 Abdominal aortic aneurysm: the role of clinical examination and opportunistic detection.
 Eur J Vasc Endovasc Surg 2000, 19: 299-303
- Kash KM, Dabney MK:
 Psychological aspects of cancer screening in high-risk populations.
 Med Pediatr Oncol 2001 36: 519-24
- Khaira HS, Herbert LM, Crowson MC
 Screening for abdominal aortic aneurysms does not increase psychological morbidity
 J Gerontol. 1990, 45: 69-74.
- Khoo DE, Ashton H, Scott RAP:
 Is screening once at age 65 effective method for detection of abdominal aortic aneurysms.
 J of Med Screening 1994, 4: 223-225
- Lamnek S:
 Qualitative Sozialforschung, Band 1, Methodologie.
 München/Weinheim, 1988
- Lamnek S:
 Qualitative Sozialforschung, Band 2, Methoden und Techniken.
 Weinheim, 1995
- Lampic C, Thurfjell E, Bergh J, Sjoden PO:
 Short- and long-term anxiety and depression in women recall after breast cancer screening.
 Eur J Concer 2001, 37 : 463-9
- Larcos G, Grunewald SM, Fletcher JP:
 Ultrasound screening of families with abdominal aortic aneurysm.
 Australas Radiol 1995, 39: 254-6
- Law MR, Morris J, Wald NJ:
 Screening for abdominal aortic aneurysms.
 J of Med Screening 1994, 4:110-116
- Lederle, FA, Wilson SE, Mohnson GR
 Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysm
 The New England journal of medicine 2002, 19, 1437-44

- Leitlinien zu Diagnostik und Therapie in der Gefäßchirurgie. Hrsg. vom Vorstand der Dt. Ges. f. Gefäßchirurgie, Deutscher Ärzteverlag Köln 1998
- Lerman, C Trock B, Rimer BK:
Psychological side effects of breast cancer screening.
Health Psychology 1991, 10: 259-67
- Levy RL, Bloomfield C, Foster B.
Psychodynamics of late diagnosis cancer patients: a model for understanding screening failure.
J Natl Cancer Inst. 1990, 82: 1504-5
- Lindfors KK, O'Connor J, Parker PA:
False positive mammograms: effect of immediate versus later work-up on patient stress.
Radiology, 2001, 218: 247-53
- Lindholt JS, Eskild W, Henneberg, Helge Fasting et al:
Hospital based screening of 65-73 year old men for abdominal aortic aneurysm in the county of Viborg, Denmark.
J of Med Screening 1996, 7: 43-45
- Lindholt JS, Henneberg EW, Fasting H, Juul S:
Mass or high-risk screening for abdominal aortic aneurysm.
Br J Surg 1997, 84: 40-2
- Lindholt JS, Juul S, Henneberg EW, Fasting H:
Is Screening for abdominal aortic aneurysm acceptable to the population? Selection and recruitment to hospital-based mass screening for abdominal aortic aneurysm.
Public Health Med 1998, 20: 211-7.
- Lindholt JS, Vammen S, Fasting H, Henneberg EW:
Psychological consequences of screening for abdominal aortic aneurysm and conservative treatment of small abdominal aortic aneurysms.
Eur J Vasc Endovasc Surg 2000, 20: 79-83
- Love J, Balanda K, Del Mar C Hawes E:
Psychologic Distress in Women with Abnormal Findings in Mass Mammography Screening.
Cancer 1999, 85:114-8
- Lucarotti ME, Heather BP, Shaw E, Poskitt KR:
Psychological morbidity associated with abdominal aortic aneurysm screening.
Eur J Vasc Endovasc Surg 1997, 14, 499-501

- Marteau TM
 Psychology and screening: narrowin the gap between efficad and effectiveness
 Br J Clin Psychol 1994, 33: 1-10
- Marteau TM, Kinmonth AL, Thompson S, Pyke S:
 The psychological impact of cardiovascular screening and intervention in primary care: a problem of false reassurance? British Family Heart Study Group.
 J Gen Pract 1996, 46:577-82
- Mason JM, Wakeman AP, Drummond MF, Crump BJ:
 Population screening for abdominal aortic aneyrysm: do the benefits outweigh the cost?
 J Public Health Med 1993, 15:154-60
- Mayring P:
 Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativen Denken.
 Weinheim, 1993
- Mayring P:
 Einführung in die qualitative Sozialforschung.
 Beltz Psychologie Verlags Union, 1996
- Menon U, Jacobs IJ:
 Ovarian cancer screening in the general Population.
 Curr Opin Obstet Gynecol 2001,13 :61-4
- Miller SM, Diefenbach MA, Kruus LK, Watkins-Bruner C, Hanks G, Engstrom PF:
 Psychological and screening profiles of fist-degree relatives of prostate cancer patients.
 J Behav Med 2001,24: 247-58
- Olsson P, Armelius K, Nordahl G, Lenner P, Westman G:
 Women with false positiv screening mammograms: how do they cope?
 Med Screen 1999, 6:89-93
- Ong G, Austoker J, Brett J:
 Breast screening: advers psychological consequences one month after placing women on early recall because of a diagnostic uncertainty. A multicentre study.
 Journal of med. screening, 1997, 3: 158-68
- Petticrew M, Sowden A, Lister-Sharp D:
 False-negative results in screening programs. Medical, psychological, and other implications.
 Int J Technol Assess Health Care 2001, 17: 164-70

- Petticrew MP, Sowden AJ, Lister-Sharp D, Wright K:
False-negative results in screening programmes: systematic review of impact and implications.
Int J Technol Assess Health Care 2001, 17: 164-70
- Pleumeekers, HJ, Hoes, AW, Mulder PG, van der Does, E et al:
Differences in observer variability of ultrasound measurements of the proximal and distal abdominal aorta
J of Med Screening 1998, 5: 104-7
- Qureshi N, Standen P, Hapgood R, Hayes J:
A randomized controlled trial to assess the psychological impact of a family history screening questionnaire in general practice.
Fam Pract 2001, 18: 78-83
- Ringash J; Canadian Task Force on Preventive Health Care:
Preventive health care, 2001 update: screening mammography among aged 40-49 years at average risk of breast cancer.
CMAJ 2001, 165: 469-76
- Robertson J, Levinson C, Mahowald M, Walker A.:
BRCA1 screening in a woman with breast cancer: a patient's perspective with commentary.
Womens Health Issues 2001, 11: 63-72
- Roth R:
Psychological and ethical aspects of prevention trials.
J Pediatr Endocrinol Metab 2001, 14: 669-74
- Rüger, U:
Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Messinstrumente zur Krankheitsbewältigung
Göttiger Verlag für Med. Psychologie, 1990
- Russell Jg:
Is screening for abdominal aortic aneurysm worthwhile?
Clin Radiol 1990, 41: 182-4
- Schmidt, W,
Bauchaortenaneurysma: Wann zu OP. einweisen?
Ärztliche Praxis Nr. 37, 2001
- Scott RA, Wilson NM, Ashton HA, Kay DN:
Influence of screening on the incidence of ruptured abdominal aortic aneurysm: 5-year results of a randomized controlled study.
Br J Surg 1995, 82: 1066-70
- Scott, RAP:
A comparative study of the prevalence of abdominal aortic aneurysms

in the United Kingdom, Denmark, and Australia.
J Med Screen 2001, 8: 46-50

Seelig BJ, Dobelle WH:

Altruism and the volunteer: psychological benefits from participating as a research subject.

ASAIO J 2001, 47:3-5.

Seelig MH, Malouf YL, Klingler PJ, Odenburg WA et al:

Clinical utility of routine screening for abdominal aortic aneurysm during echocardiography.

Vasa 2000, 29: 265-8

Settembrini P, Ronchetti E, Galli G, Codemo R et al:

General population based screening for abdominal aortic aneurysms: Randomized ultrasound study in Italy.

Chirurgia, 1992, 5: 592-97

Steggles S, Lightfoot N, Sellick SM:

Psychological distress associated with organized breast cancer screening.

Cancer prevention and control, 1998, 2: 213-20

Spencer CA, Jamrozik K, Norman PE, Lawrence-Brown MM

The potential for a selective screening strategy for abdominal aortic aneurysm

J of Med Screening 2000, 7: 209-11

Spirito A:

Commentary: pitfalls in the use of brief screening measures of coping.
J Pediatr Psychol. 1996, 21: 573-5.

St Leger AS, Spencely M, McCollum CN, Moss M:

Screening for abdominal aortic aneurysm: a computer assisted cost-utility analysis.

Eur J Vasc Endovasc Surg 1996, 11: 183-90

Statham H, Green J.:

Serum screening for Down's syndrome: some women's experiences.
BMJ 1993, 307:174-6

Sutton S, Saidi G, Bickler G, Hunter J:

Does routine screening for breast cancer raise anxiety? Results from a three wave prospective study in England.

J Epidemiol Community Health 1995, 49: 413-8

Thomas, PR, Shaw JC, Ashton HA, Kay DN et al.:

Accuracy of ultrasound in a screening programme for abdominal aortic aneurysms.

J of Med Screening 1994, 4: 3-6

- Tisi PV, Mc Lain AD, Jeddy TA, Ashton HA, Scott RA:
Screening for abdominal aortic aneurysm: is opportunistic detection a realistic alternative?
Eur J Vasc Endovasc Surg 1998, 15: 532-4
- Vardulaki KA, Prevost TC, Walker NM, Day NE et al.:
Incidence among men of asymptomatic abdominal aortic aneurysm: estimates from 500 screen detected cases.
J of Med Screening 1999, 6: 50-54
- Wardle J, Pope R:
The psychological costs of screening for cancer.
J Psychosom Res. 1992, 36:609-24
- Webster ML:
Psychological problems manifestet by somatic symptoms.
Adolesc Med 1998, 9:403-13
- Wilmink AB, Quick CR:
Epidemiology and potential for prevention of abdominal aortic aneurysm.
Br J Surg 1998, 86: 155-62
- Wilson KA, Woodburn KR, Ruckley CV, Fowkes FG
Expansion rates of abdominal aortic aneurysm: current limitations in evaluation
Eur J Vasc Endovasc Surg 1997, 13: 521-6
- Woodward V, Webb C:
Women´s anxieties surrounding breast disorders: a systematic review of the literatur.
J Adv Nurs 2001, 33: 29-41
- Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S:
The prevalence of psychological distress by cancer site.
Psychooncology 2001, 10: 19-28

11. Anhang:

11.1 Fragebögen

11.1.1 Allgemeiner Ärztefragebogen

1. Wie viele Pat. mit Bauchortenaneurysma (BAA) sind Ihnen bekannt?
.....

2. Wieviele davon haben einen Durchmesser

$\leq 3,5$	$\leq 4,0$	$\leq 4,5$ cm
$\leq 5,0$	$\leq 5,5$	$> 5,5$ cm?

3. Wie klären Sie die Patienten über den Befund eines kleinen AAA auf?

 ich stelle das AAA in der Regel als einen rel. harmlosen, aber kontroll-
 bedürftigen Befund dar
 ich stelle das AAA als wesentlichen Befund dar, der unbedingt regelmäßig
 kontrolliert werden muss, um eine Ruptur durch frühzeitige OP zu
 verhindern
 andere Möglichkeit, nämlich:

4. Wie klären Sie die Patienten über den Befund eines großen AAA auf?

 ich rate dem Patienten sich dringend operieren zu lassen
 ich rate dem Patienten zur OP, versuche ihn aber nicht zu sehr unter Druck
 zu setzen
 andere Möglichkeit, nämlich:

5. Haben Sie einen Patienten, bei dem eine OP-Indikation besteht, der sich aber nicht
operieren lässt?

 Ja
 Nein

6. Denken Sie, dass ein generelles Screening durch Ultraschall bei Patienten über 65
Jahren in Deutschland sinnvoll wäre?

 Ja
 Nein

 Begründung:.....

11.1.2 Spezieller Ärztefragebogen:

Die Antworten dieses Fragebogens beziehen sich auf den Patienten: __ __ / __ __ .
__ . 19 __ __ (Initialen u. Geburtsdatum)

1. Wann wurde das Bauchaortenaneurysma (BAA) bei ihrem Patienten entdeckt?
Vor ca. Jahren
2. Wie wurde von Ihnen, bzw. auf Ihre Veranlassung hin, das BAA entdeckt?
durch gezielte Suche
eigenes Screening (ich mache *immer* ein Sono-Abdomen bei meinen Pat.)
eigenes Screening bei älteren Patienten abJahren
bei einem Sono im Rahmen der Diagnostik abdomineller Beschwerden
andere Möglichkeiten, nämlich:
3. Wie groß ist das BAA jetzt?
Ca.mm Ø
4. Hat es am Durchmesser zugenommen?
Nein
Ja, ca.mm
5. Wie hoch schätzen Sie die psychische Belastung um das Wissen des (noch) nicht operationsbedürftigen BAA ein? Wählen Sie auf der Scala zwischen 1 und 5, dabei ist 1 „gar keine“ und 5 „sehr große“ psychische Belastung.
1 2 3 4 5
6. Besteht bei dem Patienten eine OP-Indikation?
Ja
Nein
Weiß ich nicht
Falls bei dem Patienten eine OP-Indikation besteht, er sich aber nicht operieren lässt:
7. Warum lässt sich der Patient ihrer Meinung nach nicht operieren?
Angst vor dem OP-Risiko
mangelnde Compliance, z.B. OP-Termin einzuhalten
ich habe ihm abgeraten
andere haben ihm abgeraten
andere Gründe
8. Wie beurteilen Sie die Entscheidung des Patienten?
ich finde es eigentlich richtig
ich bin nicht ganz sicher, vielleicht hat der Patient doch recht
ich finde es nicht akzeptabel

11.1.3 Patientenfragebogen:

1. Wann haben Sie das erste Mal von der Erweiterung Ihrer Bauchaorta gehört?

Vor Jahr(en)

Weiß ich nicht

2. Wie haben Sie den Arzt verstanden? Haben Sie mit der erweiterten Bauchaorta ein ernstes Leiden, oder ein eher leichtes Leiden?

Bitte kreuzen Sie auf der Linie von 1 bis 5 die Ernsthaftigkeit Ihres Leidens an. Dabei ist 1 „wenig ernst“ und 5 „sehr ernst“.

1.....2.....3.....4.....5

3. Wie haben Sie sich **damals**, als der Arzt Ihnen den Befund mitteilte, gefühlt?

Bitte kreuzen Sie auf der Linie von 1 bis 5 an, wie beunruhigt sie waren. Dabei ist 1 „gar nicht“ und 5 „sehr stark“ beunruhigt.

1.....2.....3.....4.....5

4. Wie schätzen Sie Ihr Leiden **heute** ein? Sind Sie **heute** durch den Befund beunruhigt?

Bitte kreuzen Sie auf der Linie von 1 bis 5 an wie beunruhigt Sie jetzt sind. Dabei ist 1 „gar nicht“ und 5 „sehr stark“ beunruhigt.

1.....2.....3.....4.....5

5. Falls Sie beunruhigt sind, was tun Sie dagegen?

Entfällt, da ich nicht beunruhigt bin:

Wenn Sie beunruhigt sind, bitte in eigenen Worten angeben, was Sie tun:

.....
.....

6. Wodurch ist die Erweiterung der Bauchaorta entdeckt worden? zufällig

aufgrund von Beschwerden andere Gründe, nämlich:

.....

7. Macht Ihnen die erweiterte Bauchaorta Beschwerden?

1.....2.....3.....4.....5

Dabei ist 1 „keinerlei Beschwerden“ und 5 „regelmäßig Beschwerden“

Bitte geben Sie an, welche Art von Beschwerden Sie haben:

.....

8. Tun Sie etwas, damit sich das Krankheitsbild nicht verschlechtert?

Nein

Ja Wenn ja, was?:

9. Sollen Sie den Befund kontrollieren lassen?

Nein

Ja, und zwarmal pro Jahr, zuletzt vor..... Monat(en)

Weiß ich nicht

10. Was können die Folgen einer erweiterten Bauchaorta sein?

Weiß ich nicht:

Bitte mit eigenen Worten angeben, was Folgen sein können:

.....

11. Waren Sie wegen Ihrer erweiterten Bauchaorta nochmals bei einem anderen als ihren behandelnden Arzt?

Nein

Ja, bei welchem?

12. Falls Sie einen anderen Arzt aufgesucht haben, gab der Ihnen einen anderen Rat als Ihr Hausarzt?

Nein

Ja, ich sollte mich operieren lassen

Ja, ich sollte die Sache noch beobachten, mich nicht operieren lassen.

13. Nur für diejenigen, denen zu einer Operation geraten wurde, dies aber ablehnen:

14. Warum lassen Sie sich nicht operieren?

Ich lasse mich nicht operieren, weil

.....

15. Ich bin weiblich männlich?

16. Ich binJahre alt

11.2 Interviewauswertung

11.2.1 Patient 1

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	HK	Alternat. HK
<p>Ich wusste überhaupt nichts, dass ich das hatte. Das ist zufällig erkannt worden mit einer ... Wie heißt die Untersuchung noch mit dem ...?</p> <p>I: Ultraschall?</p> <p>B: Ja, Ultraschalluntersuchung. Hat der Dr. festgestellt. Und, ja was ist mir durch den Kopf gegangen? Nichts anderes als sonst auch. Ich hatte keine Angstgefühle oder irgend etwas. Ja, was soll ich mich deswegen aufregen, das bringt ja nichts. Oder?</p>	<p>Aneurysma wurde zufällig durch Ultraschall diagnostiziert Patient hat keine Angst aufgrund der Diagnose</p> <p>Aufregung hilft auch nicht</p>	<p>Aufregen hilft nicht</p>	5	
<p>Ja. So ich bin jetzt von 3/4 Ärzten, Chefärztin im Krankenhaus usw. untersucht worden wegen einer möglichen Operation und die raten mir alle davon ab bisher</p>	<p>Untersuchung durch viele Ärzte, alle raten von einer Operation ab</p>	<p>Rat der Ärzte ist richtungsweisend für den Patienten</p>	12	
<p>. Allerdings muss ich am Montag und Dienstag wieder ins Krankenhaus und dann wird der endgültige Befund erstellt. Ob eine Operation möglich ist; also möglich ist sie immer, aber ob ich sie überlebe, und zwar überlebe wegen der Lunge. Ja. Weil ich zu wenig Sauerstoff habe. So, dass stellt sich am Montag oder Dienstag heraus</p>	<p>Soll im Krankenhaus untersucht werden, auch vom Anästhesisten, zur Feststellung ob OP möglich ist, weil noch limitierende andere Erkrankung</p>	<p>Risikoeinschätzung vor der OP muss sein, insbesondere bei Zweiterkrankung</p>	3	5
<p>. Auch in Verbindung mit dem Anästhesisten, der muss ja auch sein Urteil geben. Ich weiß noch nicht, was raus kommt. Aber mich regt das nicht auf. Wenn die sagen, dass ist die Meinung von Dr. Dorn, das Risiko wäre zu hoch. Ja, dann bleibt mir nichts anderes übrig als mich</p>	<p>Unwissen, wie die Sache ausgeht</p> <p>Trotzdem keine Aufregung, wenn Ärzte das Risiko zu hoch einschätzen, bleibt keine Möglichkeit außer abzuwarten</p>	<p>Gelassenheit trotz Unsicherheit</p> <p>Krankheit als Schicksal annehmen</p>	5	12

nicht operieren zu lassen und warte ab, was passiert. Aber das regt mich nicht auf.				
Ob ich daran denke, ich spür das ja jeden Tag. I: Ach so. B: Ja, jeder Pulsschlag ist ja zu fühlen. Mich regt das überhaupt nicht auf. Was soll ich denn machen, Das muss ich nehmen wie es ist. Ja, fragen Sie mal weiter.	Denkt täglich an den Befund, fühlt den Puls	Krankheit immer im Bewusstsein	11	5

11.2.2 Patient 2

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	HK	Altern. HK
Na ja, also berühmt fühlt man sich da nicht wenn man so eine Mitteilung kriegt ne. Aber was soll man machen. Was ist, ist. Da ist nichts daran zu machen. Nur, wenn ich dann so was höre, wie von meinem Doktor auch nicht, sagt er, wenn Sie irgendwas merken, rufen Sie sofort mich an oder am Besten gleich den Notarzwagen. Auf der anderen Seite sagt er aber, also wenn die platzt, sind sie in 10 Minuten tot. Was soll dann noch der Notarzwagen hier, dass ich für mich irgendwie ein bisschen bekloppt oder was. Wenn nichts zu machen ist, ist nichts zu machen. 10 Minuten, was wollen Sie denn dann machen? Da können Sie keinen Krankenwagen mehr rufen. Den Leichenwagen können Sie dann rufen. Oder ist es nicht so?	Nach Mitteilung des Befundes nicht „berühmt“ gefühlt Arzt oder Notarzt soll gerufen werden, wenn was wäre. Andererseits Tod nach 10 min	Krankheit als Bedrohung Ironische Auseinandersetzung mit dem Tod, widersprüchliche Aussagen des Arztes	12,(6)	7
Na freilich. Jeden Tag genau genommen. Das ist eine Belastung. Dürfen nicht schwer heben, also nicht sehr schwer, ein bisschen schon, aber nicht sehr schwer dürfen wir heben. Wohl muss ich ein bisschen nachhalten, ich hab gehört, also, erst mal als ich was gelesen hab darin im Krankenhaus bei	Denkt täglich an den Befund, ist dadurch belastet, darf nicht schwer heben Gelesen: 30% der Pat. sind nach 2 Jahren tot	Krankheit als alltägliche Belastung Bewusstsein der Gefahr	6	

diesen sogenannten Spezialisten, da stand, von die Leute, wo das erkannt wird, dass sie so was haben, sind 30 Prozent nach 2 Jahren tot. Ist doch nicht schlecht, ist doch ne tolle Sache wenn man so was liest.				
Na ja, gut, ist vielleicht ein bisschen eigenes Verschulden mit, weil ich geraucht hab früher.	Eigene Schuld durch das Rauchen früher	Krankheit als Folge eigener „Sünden“	2	
Und dann war ich bei den Spezialisten in Schleebusch. Da haben sie mich erst einmal ein paar Tage drinnen behalten und untersucht und untersucht bis sie dann gesagt haben, ne also das Risiko ist zu groß, wir operieren Sie nicht. Nun, wofür war ich denn da überhaupt drinne?	War bei Spezialisten in Schleebusch, denen war das Risiko zu operieren zu groß. Pat. ärgert sich über Krankenhausaufenthalt	Krankheit gilt (selbst von Spezialisten) als nicht behandelbar Widersprüchliche ARZtaussagen	12	
Bisschen schon nicht. Auf der einen Seite ja, auf der einen Seite hat man ein bisschen Angst. Und auf der anderen Seite ist das dann natürlich ein toller Tod, stell ich mir vor. Stellen Sie sich mal vor, sie hätten Krebs igittigitt und müssten gefüttert werden und was nicht alles. Dann ist das besser wenn die platzt. 10 Minuten, wenn das wirklich so ist, ist nicht schlecht	Einerseits Angst wegen des Befundes, andererseits: „Toller, schneller Tod“	Ambivalente Gefühle beim Gedanken an plötzlichen Tod	6	8
War ich in England, den Bypass operieren, das war ein ganz tolle Operation. Da habe ich überhaupt nichts gemerkt, gar nichts. Ich weiß gar nicht recht, dass ich dort war. Und das wäre schlimmer, weil die müssen da, Bauchdecke, Zwerchfell überall durchschneiden. Deshalb wäre das ein bisschen schlimm. Das Risiko ist zu groß. Da gibt es ja zwei Sachen, einen kleinen von unten rein und das geht nicht. Es sind irgend welche Windungen vorhanden, wo die nicht durch kommen	Bypass- OP in England war gut gelaufen Aneurysma-OP scheint schwieriger zu sein, hohes Risiko, wegen individueller Eigenarten Stend nicht möglich	Schwere Operation damals gut überstanden Enttäuscht, da Operation nicht möglich	12	
Ich würde mal sagen, studieren Sie mal richtig, damit Sie da was gegen machen können. Nicht nur hier mit der Gen-Analyse usw.. Wenn sie dann abends zu Bett gehen, dann grübeln sie drüber nach	Wünscht sich Forschung, nicht nur im Bereich der Gentechnik	Hoffnung in die Forschung der Zukunft	12	
Und dann habe ich ja auch schon von welchen gehört, die haben 8 Jahre damit gelebt. Nu, das langt mir	Hörte von Bauchaortenaneurysma – Patienten, die noch 8 Jahre lebten. Wünscht sich das auch.	Wunsch nach langem Leben	10	11
Ich hab nur eine Niere... und dann kommt ein Stück, das wäre an für sich gut zu operieren und dann kommt die Ausdehnung noch ein Stück und dann kommt das Y noch nach unten nicht.	Eine Niere funktioniert nicht, stellt sich die OP nicht so schwierig vor, wundert sich über die Ablehnung,	Gefühl: Abgeschobensein	12	14

Also da wäre hier ein Stück, und hier zum Bearbeiten, zum Annähen usw. Das wäre alles nicht schlecht. Nur mit der Luft usw. das ist der Grund, warum sie nicht rann wollen. Da haben sie mich dann eben auf's Abstellgleis getan	fühlt sich auf's Abstellgleis gestellt			
Ja. So ich bin jetzt von 3/4 Ärzten, Chefärztin im Krankenhaus usw. untersucht worden wegen einer möglichen Operation und die raten mir alle davon ab bisher	Untersuchung durch viele Ärzte, alle raten von einer Operation ab	Rat der Ärzte ist richtungsweisend für den Patienten	12	
. Allerdings muss ich am Montag und Dienstag wieder ins Krankenhaus und dann wird der endgültige Befund erstellt. Ob eine Operation möglich ist; also möglich ist sie immer, aber ob ich sie überlebe, und zwar überlebe wegen der Lunge. Ja. Weil ich zu wenig Sauerstoff habe. So, dass stellt sich am Montag oder Dienstag heraus	Soll im Krankenhaus untersucht werden, auch vom Anästhesisten, zur Feststellung ob OP möglich ist, weil noch limitierende andere Erkrankung	Risikoeinschätzung vor der OP muss sein, insbesondere bei Zweiterkrankung	3	5
. Auch in Verbindung mit dem Anästhesisten, der muss ja auch sein Urteil geben. Ich weiß noch nicht, was raus kommt. Aber mich regt das nicht auf. Wenn die sagen, dass ist die Meinung von Dr. Dorn, das Risiko wäre zu hoch. Ja, dann bleibt mir nichts anderes übrig als mich nicht operieren zu lassen und warte ab, was passiert. Aber das regt mich nicht auf.	Unwissen, wie die Sache ausgeht Trotzdem keine Aufregung, wenn Ärzte das Risiko zu hoch einschätzen, bleibt keine Möglichkeit außer abzuwarten	Gelassenheit trotz Unsicherheit Krankheit als Schicksal annehmen	5	12
Ob ich daran denke, ich spür das ja jeden Tag. I: Ach so. B: Ja, jeder Pulsschlag ist ja zu fühlen. Mich regt das überhaupt nicht auf. Was soll ich denn machen, Das muss ich nehmen wie es ist. Ja, fragen Sie mal weiter.	Denkt täglich an den Befund, fühlt den Puls	Krankheit immer im Bewusstsein	11	5

11.2.3 Patient 3

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt-kategorie	Alternative Hk
zunächst mal ist der Befund festgestellt worden, dann wurde mir gesagt, das Aneurysma hätte noch keine bedenklichen Abmessungen und da mir bis dahin nichts weh getan hat, habe ich das zur Kenntnis genommen und damit war es dann getan. Hat mich nicht beeindruckt, überhaupt nicht.	Bei Diagnosestellung noch keine bedenkliche Größe, bis dahin keine Schmerzen, daher keine Kenntnisnahme des Befundes Ohne Beängstigung	Krankheit als unbedenkliche Defekt	13	7
Ich habe jetzt vor einigen Monaten ... noch mal per Ultraschall die Größe abchecken lassen und es war bei 3,5 Zentimetern etwa. Und ist immer noch kein brisanter Befund und daher juckt mich das überhaupt nicht.	Vor Monaten Ultraschallkontrolle: 3,5 cm, d.h. kein beängstigender Befund	Sorglosigkeit, denn Krankheitsverlauf stabil	10	4,7
Dass ich, wenn es kritisch wird, sie operieren lassen werde, wenn noch Zeit genug dafür bleibt, hoff ich. Im Übrigen, ich bin ein religiöser Mensch und ich weiß, dass alles von Gott oder Vorsehung oder Schicksal kommt. Und ins Schicksal muss man sich schicken und das tu ich auch und soweit ich das beeinflussen kann, mit Willen und mit Entschluss, tu ich das.	Will sich operieren lassen, wenn es nötig wird, Wissen, dass alles von Gott/ Schicksal kommt, schickt sich darein	Krankheit als Schicksal annehmen Defekt kann korrigiert werden	7	4
Ich hab andere Schwächen, die hab ich auch, muss ich auch mit leben und wenn man genügend positiv denkt, dann kann man das gut machen. Überhaupt kein Problem für mich	Hat keine Probleme, lebt damit und mit anderen Schwächen, denkt positiv	Krankheit ist eine Schwäche, wie auch andere Krankheit ist durch mich beeinflussbar	11	7,4

11.2.4 Patient 4

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt-kategorie	Alternative HK
Das war 95. Ja und danach kam dann das andere, das der mich in die Röhre geschickt hat und wie ich dann zu ihm kam, da sagt er, Sie haben das. Da weiß ich aber zu wenig von, ich muss mich da erst erkundigen. Da hat er überlegt und sagt er hätte mit dem Doktor gesprochen...	Wurde 1995 in die „Röhre“ geschickt, dabei Entdeckung des Aneurysmas, Arzt weiß wenig darüber will sich informieren	Übertragung von Unsicherheit und Unwissenheit des Arztes auf den Patienten	12	
und solche Operation machten sie nicht gerne, weil das zu gefährlich wäre. Es wäre für mich auch gefährlich, damit zu leben, aber, also die haben mich damals richtig bange gemacht, das zu operieren, da hab ich gesagt, machen wir nicht, dann lassen wir et, so wie et	Ärzte operieren nicht gerne, da zu gefährlich, andererseits nichts zu tun sei auch gefährlich. Wurde „bange“ gemacht, will nichts machen lassen	Verunsicherung des Patienten durch die Ärzte	12	
Tja, und daran hab ich mich gehalten und jetzt denk ich da gar nicht mehr dran.. Also ich kann nicht sagen, dass ich da jetzt .. traurig, ja traurig ja, aber nicht irgendwie am Boden zerstört bin. Da muss ich mit leben und damit	Denkt nicht mehr daran, soll nicht mehr schwer heben, hält sich daran, ist vielleicht traurig, aber nicht am Boden zerstört	Krankheit als Schicksal annehmen	5	
Et ist möglich, dass hat der Doktor damals gesagt, wenn et mal platzt, ist es möglich, dass sie umfallen und tot sind. Ja und damit muss ich leben, ich bin 80 Jahre, ich hab das Leben hinter mir	Doktor weist auf die Folgen des Platzens hin (Tod) Hat mit 80 Jahren das Leben hinter sich, kann damit nun leben	Tod als Ende eines erfüllten, langen Lebens	11	5,8
Ich habe mir jetzt im März ein neu Auto gekauft...und da sprachen wir drüber und da sag ich, ich wär 80 Jahre. Sagt der doch tatsächlich, meine Sie, es hätte noch Zweck, wenn Sie sich ein Auto kaufen. Da haben sich die anderen geärgert	Hat sich mit 80 Jahren ein neues Auto gekauft. Andere denken, dass sich das nicht lohnt und ärgern sich darüber	Motto: „Und sollte morgen die Welt untergehen, ich pflanzte heute noch ein Bäumchen ein!“	11	10,16
Ich leb damit. Ich denk da nit dran, ehrlich gesagt. Und was die mir gesagt haben, nicht schwer heben, das tu ich auch	Lebt mit dem Befund, denkt nicht daran, hebt nicht schwer	Krankheit ins Leben integrieren	5	15

11.2.5 Patient 5

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt- kategorie	Alternative HK
mir sind gar nicht viele Gedanken durch den Kopf gegangen, ich dachte, so schlimm kann es nicht sein Ja es war hier im Krankenhaus. Jetzt im November. Ja nun, also ich mach mir keine Gedanken deshalb	Hat sich nicht viele Gedanken gemacht, erfuhr im Krankenhaus im November von der Diagnose	Krankheit als nicht bedrohlicher Defekt	(7)	
Ja, also wenn ich jetzt so immerzu höre, wie Sie fragen und ob ich mich wohl fühle usw., denn denn, na ja, Angst macht et mir nicht, noch nicht. Wenn das wächst, wenn es größer wird, dann ist es vielleicht, tritt das vielleicht dann ein ne,	Hat noch keine Angst, vielleicht wenn es größer wird	Schicksal abwarten	5	
plötzlich Stiche, die beunruhigen mich viel mehr. Weil ich nicht weiß, was das ist ne. Ich hatte das vor Wochen schon mal und da bin ich bestrahlt worden zwei- oder dreimal, aber ich weiß nicht	Ist eher beunruhigt durch Stiche, von denen sie nicht weiß, was das ist, ist mehrfach bestrahlt worden	Durch andere Erkrankung größere Beunruhigung	7	
dann hat er meistens irgend etwas, selbst wenn es, ein Hausmittel ist. Das ist ... genau der richtige Arzt. Das ist einfach so eine Vertrauensbasis. Und wenn Dr. Richter sagt, mit der Bauchaorta ist noch nicht so problematisch, die ist überhaupt noch nicht so groß. Jetzt schon von Operation reden, dass halte ich für verfrüht, dann glaubt sie das. Und wenn, wenn jetzt Dr. Richter sagen würde beim nächsten Mal, also das muss jetzt gemacht werden, dann muss es gemacht werden	Hausarzt hat immer ein Heilmittel, ist der richtige Arzt, Vertrauensbasis vorhanden, glaubt ihm, wenn er sagt, zum Operieren sei es zu früh	Hausarzt als Vertrauensperson und Autorität	12	5
Der Dr. Thönnisen, der hatte uns gesagt, du musst im Januar operiert werden. In dem Augenblick habe ich mir jedenfalls Sorgen gemacht. Und ich wusste überhaupt nichts von deren Existenz	Dr. T. riet zur baldigen OP, seitdem Sorgen gemacht, da bisher Unwissenheit über Existenz der Erkrankung	Unsicherheit aufgrund unterschiedlicher Ärztemeinungen	12	
Ich hatte 1986 A, R, Arteriitis temporalis ((Rascheln))	Pat. litt unter Arteriitis temporalis, musste	Trotz vieler anderer	11	8

und hab dann da drei Jahre lang ziemlich stark Cortison schlucken müssen. ((Rascheln)) Und na ja, mit meinen Beinen ist auch nicht in Ordnung da, seit dem sind da Durchblutungsstörungen usw. aber /eh/ das ist alle weg. Ich fühl mich pudelwohl im Augenblick. Diabetes hab ich auch ein bisschen.	Cortison einnehmen, außerdem Durchblutungsstörungen im Bein und D.m., fühlt sich aber sonst wohl	Erkrankungen Wohlbefinden		
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	--	--

11.2.6 Patient 6

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt-kategorie	Alternative HK
Och, da im Moment noch nicht beunruhigt Zunächst mal hat er nur gesagt, ich hätte so ein Aortenaneurysma und dann hat er mir hinterher erklärt, was das ist, dass man es erst mal weiter verfolgen müsste und beobachten müsste. Ja, überraschend insofern schon, weil ich vorher nie was hatte und es jetzt das erste Mal ist, dass irgend etwas da ist, was also, ja, doch ein Problem werden könnte. ..	Im Moment keine Beunruhigung Arzt stellte die Diagnose: Bauchaortenaneurysma, Erklärung, was das ist und das es kontrolliert werden muss Überraschung, da vorher immer ganz gesund, nun zum 1. Mal etwas, das problematisch werden könnte	Aufklärung des Arztes bei Erstdiagnose führt nicht zur Beunruhigung	12	5
Aber, wie gesagt, nicht irgendwie, dass ich jetzt also tief beunruhigt wäre. Das kommt wahrscheinlich eher, wenn ich bei der nächsten Untersuchung bin und die stellen dann fest, dass es weiter wächst. Was ja nicht sein muss. Das kann ja auch so bleiben.	Jetzt keine tiefe Beunruhigung, evt. Erst bei weiterem Wachstum	Schicksal abwarten	2	
Und dann natürlich, dass man sich vorstellt, wie die Operation ablaufen könnte, unseren Nachbar, den haben sie auch schon mal auseinander geklappt. Und ich nehme an, dass der Kreislauf dann umgeleitet wird und ich stell mir das nicht sehr angenehm vor.	Stellt sich die Operation nicht sehr angenehm vor, denkt, dass der Kreislauf umgeleitet werden müsste, weiß vom Nachbarn, der „auseinander geklappt“ wurde	Medizin als Reparaturbetrieb, Op ist Technik, wenn auch unangenehm	8	
...weil mir der Dr. Edel gesagt hat, ich sollte also große Anstrengungen vermeiden und wenn ich dann mal irgendwo so einen Zaunpfahl da raus rupfe, dann	Arzt empfahl Anstrengungen zu vermeiden, Erinnerung daran bei Gartenarbeit, will weiter Rad fahren,	Umgang mit Krankheit als Balance zwischen Einschränkung und „Leben-wie-	11	

<p>kommt mir das natürlich schon wieder in den Kopf, dass man das vielleicht nicht machen sollte. Aber sonst, ich werde weiter Rad fahren, normal ich mach keinen Sport.</p> <p>Aber ich mach ne Hollandtour von 5 Tagen im Juli, mit anderen zusammen. Das werde ich weiter machen</p>	<p>Tour mit Freunden geplant wird nicht abgesagt, sonst kein Sport treiben</p>	<p>bisher-weiter-führen“</p>		
<p>Ja, wie ich schon sagt, das erste Mal ein Indiz dafür, dass man eben älter ist, dass man was bekommen kann und dass jetzt irgendwie so die Reparaturzeit losgeht</p>	<p>Sieht Krankheit als Indiz dafür, dass er älter wird</p>	<p>Krankheit als Indiz für das Altwerden</p>	<p>11</p>	
<p>Der Befund an sich nicht. Es ist auch nicht so, dass denke, morgen kann es zu Ende sein, sondern die Angst kommt wahrscheinlich, wenn die nächste Untersuchung kommt und es zeigt sich, dass es wächst und ich mir ausrechnen kann, dass ich irgendwann operiert werden muss,. Und davor habe ich natürlich Angst, zumal ich größere Operation, nie gehabt habe. .. Aber wie gesagt, dass ist nicht so etwas, was mich jetzt also total durcheinander bringt. Da gibt es schlimmere Sachen wie Krebs oder so etwas</p>	<p>Befund macht jetzt keine Angst, denkt nicht ständig ans Ende, Angst erst wenn Wachstum fest gestellt und OP erforderlich Bisher keine größeren Ops gehabt Krebs ist schlimmer als Aneurysma</p>	<p>Angst vor der OP Es gibt Menschen mit schlimmeren Erkrankungen</p>	<p>8</p>	<p>9</p>
<p>...den Dr. Richter so verstanden habe, dass es im Moment keinen Grund zur Besorgnis gibt und dass es sehr wohl sein kann, dass es nicht wächst, und da hat er mir gesagt, kann ich auch noch 90 Jahre damit alt werden. Wobei es wahrscheinlich unwahrscheinlich ist, dass es nicht wächst.</p>	<p>Ärzte bestätigen, dass kein Grund zur Sorge besteht, Möglichkeit, dass es nicht weiter wächst besteht, wenn auch unwahrscheinlich</p>	<p>Fehlendes Wachstum möglich, aber unwahrscheinlich</p>	<p>10</p>	
<p>nicht irgendwie mit dem Schicksal hadern, also, warum ich oder und andere nicht? Also, wie gesagt, es gibt viel schlimmere Sachen. Und vor allen Dingen, ich nehme an, wenn es operiert werden muss, dass man heute so in der Lage ist, dass das zwar eine größere Sache ist, aber nicht irgendwie etwas ist, wo man also eine hohe Sterblichkeits bei hat. Wie gesagt, Krebs ist viel schlimmer. Also insofern kann man sich</p>	<p>Hadert nicht mit dem Schicksal, andere Krankheiten sind schlimmer, vermutet, dass OP-Sterblichkeit heute nicht so groß ist, obwohl „größere OP“</p>	<p>Hinnehmen des Schicksals Trotz eigener Ängste Vermutung großer Operationssicherheit</p>	<p>2</p>	<p>10</p>

schlimmere Dinge vorstellen..				
Und der Rau hat es ja glaube ich auch gehabt, der ist glaub ich auch operiert worden und dann noch in einem Alter wie es schon ein bisschen weiter war	J.Rau wurde in höherem Alter mit weiterem Durchmesser operiert	Vergleich zum Bundespräsidenten Rau	10	

11.2.7 Patient 7

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Hauptkategorie	Alternative HK
der Arzt sagte mir, dass die Gefahr bestände, dass die Aorta platzen könnte, wenn sie sich zu sehr ausdehnt. Das war alles	Arzt weist auf die Gefahr des Platzens der Aorta bei zu starker Ausdehnung hin	Katastrophenmitteilung ohne nähere Erläuterung	12	
Ich geh bloß jedes halbe Jahr hin, um mit Ultraschall zu kontrollieren, ob sich erweitert hat oder nicht. Die ist konstant geblieben. Ich glaub bei 3,6 mm so was und kritisch wird's glaub ich bei 4,5 oder 5, so sagt der Arzt es	Bei regelmäßiger Kontrolle bisher konstanter Durchmesser bei 3,6 cm Kritische Größe von 4,5-5 cm noch nicht erreicht	Durch Kontrolle beherrschbar	3	4
Ich mach mir auch keine Gedanken darüber, ich denk da nicht dran an die Aorta. Die muss funktionieren. Ne, da mach ich mir keine Gedanken. Gedanken mach ich mir lieber mit meinem Bandscheibenvorfallschaden, das ist schlimmer...	Macht sich keine Gedanken wegen der Aorta, mehr wegen des Bandscheibenvorfalls	Nicht das Aneurysma sondern andere Erkrankungen beängstigen	8	9
Ich gehe regelmäßig zur Nachuntersuchung ... und der macht das gründlich und der hat da schon Erfahrung, der hat nämlich schon vier seiner Patienten überwiesen in die Krankenhäuser, die wurden dann operiert aufgrund dieses des Befundes	Hausarzt ist gründlich und erfahren, vier seiner Patienten wurden schon operiert	Große Erfahrung des Hausarztes gibt dem Patienten Sicherheit	12	

Das die Aorta bei Überdehnung platzen könnte und dann zum Sekudentod führen könnte. Dann gibt es keine Rettung, man muss da vorher schon mal operativ angehen. Das hat er mir erzählt, ja.	Aorta kann bei Überdehnung platzen und zum Sekudentod führen. Dann keine Rettung möglich, deshalb vorher operieren	Einsicht in Notwendigkeiten medizinischer Eingriffe, denn schneller Tod nur verhinderbar durch rechtzeitige OP	6	5
hab da keine Angst vor so was, nein. Ich bin schon zweimal am Blinddarm operiert worden. Das 1. Mal konnte er nicht rausgenommen werden, weil total vereitert war, da hat man einen Drainagenschlauch rein getan und nach sechs Wochen war er dann raus und halbes Jahr später wurde der Blinddarm endgültig rausgenommen.	Keine Angst vor der OP, schon zweifache Blindarm- OP mit Komplikationen innerhalb kurzer Zeit	Keine Angst vor OP	9	12
die Tante, die Schwester meiner Mutter ...ist an einem geplatzten Aneurysma gestorben ist	Die Tante ist an einem geplatzten Bauchaortenaneurysma gestorben	Schicksal leichter, wenn nicht allein	8	
die Ärzte haben natürlich beteuert, dass das nicht vorauszusehen war und sie wurde daraufhin ja gar nicht untersucht vor dem...Deswegen Schuldgefühle nicht gezeigt und man konnte den Leuten ja auch keine Schuld geben, die Tante war 88 oder 89 Jahre alt so was. Ist natürlich auch bestimmt eine Alterserscheinung gewesen. Altersverschleiß	Ärzte zeigten keine Schuldgefühle, da Krankheit nicht voraus zu sehen war. Tante war schon alt. Erkrankung als Alterserscheinung	Krankheit ist heimtückisch Krankheit als Teil des Alterns	5	1

11.2.8 Patient 8

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt- kategorie	Alternative HK
Und das ist praktisch drei Stunden nach dieser Operation wo ich gedanklich hiermit verbunden war, bin ich nachmittags um drei in den Raum gefahren worden und da ist untersucht worden von einem jungen Arzt. Ja und der hat in dem Moment mich vor eine vollendete Tatsache gestellt.	Kurz nach anderer OP, Ultraschalluntersuchung im Krankenhaus, dabei Entdeckung des Aneurysmas Vor „vollendetet Tatsachen“ gestellt	Ungünstiger Zeitpunkt der Erstdiagnose bedeutet Schock für den Patienten	9	12
Ich war damit beschäftigt, ich hatte gedacht, also komm mir jetzt nicht mit so was. Hier drin nicht	Beschäftigung nach mit voraus gegangener Operation, deshalb „nicht hören wollen“	Unwillen sich mit „neuer“ Krankheit auseinander zu setzen	7	
. Dann hat der das, ich will nicht sagen furchterregend hingestellt, als wenn ich am nächsten Tag da auch noch operiert werden müsste. Hier hat der die Kollegin gerufen guck das mal an usw. usf. 5 Zentimeter. Ja da war ich erst mal am Boden zerstört, weil ich denke, dass hast du mal gut hinter dir. Ich war Happy und dann kommt so was ne	Erst Glücklichein wegen gelungener Operation, dann furchterregende Darstellung der Diagnose	Auf und Ab der Gefühle nach dramatischer Darstellung der Diagnose	9	12
und dann war ich bei Professor Kniemeier in Solingen, der mir da insofern sehr geholfen hat, in dem er es ruhig und gelassen gesehen hat und sagte, Sie können jetzt, wenn Sie wollen, in absehbarer Zeit, wenn Sie damit fertig sind, Sie können aber auch sich mit Ihrem Internisten in Verbindung setzen und weiter dann entscheiden ne	Weil Hausarzt abwesend, in der Klinik Hilfe durch Professor und dessen Gelassenheit Entscheidung nicht dringend gemacht	Bei Abwesenheit des Hausarztes, Hilfe durch Gelassenheit des Spezialisten. Kein Entscheidungsdruck	12	
Und gut, der Dr. Ritschel sagt, na ja, Sie sind jetzt 68/69. In absehbarer Zeit wäre es wohl angebracht das operieren zu lassen. Sie können auch noch 10 Jahre warten, es ist jedoch so, ein 78-jähriger Körper hält das nicht so aus wie ein 68-Jähriger. Ich meine, dass sind halt die Überlegungen, die man gesagt bekommt und ich bin ja Leihe insofern nicht.	Rat vom anderen Arzt: lieber mit 68 als mit 78 operieren	Krankheit <i>jetzt</i> besser behandelbar als 10 Jahre später. Alternativ: Höheres Alter bedeutet höheres Operationsrisiko	4	

Nun wie gesagt, jetzt bin ich seit 1 ½ Jahren schon dreimal jetzt – gerade vorherige Woche noch oder vor 14 Tagen – ist das noch mal von Dr. Paulsen nachgesehen worden und der sagt, es hat sich nicht vergrößert	Dreimalige Kontrolle, bisher keine Vergrößerung	Durch Kontrolle beherrschbar	4	3,10
Und aufgrund der Tatsache, dass ich nun niedrigen Blutdruck habe und auch mich sportlich betätige, wäre das gar nicht schlecht für diese Pulsierung da..	Niedriger RR und sportliche Betätigung ist gut für ihn	Wichtig und gut: Gesunde Lebensführung	4	10
Und auf dem Wege bin ich, ich meine, ich bin nicht derjenige, der jetzt sagt, ich lass mich nicht operieren Im Gegenteil, wenn es sein muss bitte schön. Ich bin auch nicht derjenige, der Morgen dahin läuft und lässt sich operieren, denn ich weiß genau, dass da auch einige Sachen dann vielleicht hinterher nicht mehr so funktionieren. Ich hab ja schon 3 – 4 Sachen, kleinere Operationen machen lassen, die ich gar nicht nötig hatte.. Ich hab da keine Angst vor nicht.	Operation, wenn es sein muss Weiß um die Nebenwirkung der OP Hat keine Angst vor der OP, hat einiges nicht unbedingt notwendige machen lassen	Defekt kann korrigiert werden, Krankheit als Schicksal annehmen	5	14
Der Stand der Dinge ist jetzt im Moment so, dass ich, wenn ich das nicht wüsste, ich überhaupt nichts gemerkt hätte. Absolut nichts. Jetzt denke ich schon mal, wenn ich auf dieser Seite liege, könnte ein kleiner Druck sein, ist aber wahrscheinlich nur Einbildung, weil ich weiß, da ist was und ich beziehe das darauf. Was aber im Grunde genommen, also wenn ich das nicht wüsste, hätte ich nichts	Wertet kleiner Beschwerden als Einbildung, Zusammenhang zum Aneurysma von ihm gemacht	Relativierung eigener Beschwerden	7	13
Ständig. Natürlich. Ich trage das mit mir rum, ist doch logisch nicht	Denkt ständig an den Befund	Ständiges “Gedanken-machen“	11	
Es ist nicht gerade ein schönes Gefühl will ich mal sagen. Angst kann ich nicht sagen ne. Aber es ist nicht so, als würde ich sagen, ich habe nichts ne. Ich hab da was. So sieht es aus. Und irgend wann muss da was passieren..	Zwar kein gutes Gefühl, aber auch keine Angst	Keine Angst	11	

Aber ich lebe im Moment von Tag zu Tag und freu mich des Lebens bei Sonnenschein und dass ich mich bewegen kann. Was hinterher dann sein sollte, ob das im nächsten Jahr sein sollte oder im übernächsten, dass weiß ich nicht, dass kann ich nicht sagen,	Hat Freude an Bewegung und am Sonnenschein	Lebensfreude wird durch Krankheit nicht getrübt	10	5,16
aber denken tu ich da ständig dran. D. h. ständig, ich meine, da wird man immer wieder mit konfrontiert. Man hat das da und in ein paar Monaten oder 4 – 8 Wochen ist es wieder soweit, dann kommt wieder das Neue nicht. Kommt wieder evtl. ne freudige Überraschung, dass man sagt, na gut, man hat noch ne Zeit oder man muss jetzt doch das in Angriff nehmen nicht. ..	Muss immer mal wieder an den Befund denken. Jede Kontrolle wird mit Spannung erwartet	Kontrolle bedeutet jedes Mal Konfrontation mit der Krankheit und Spannung	10	9
Auf der anderen Seite bin ich nicht neugierig, es kann natürlich sein, dass Dr. Paulsen sagt, hier haben Sie eine Kopie von dem Ding, ich will das gar nicht sehen, interessiert mich nicht. Ich weiß, dass es da ist, ob dass jetzt so oder so, wie das aussieht, interessiert mich gar nicht.	Will den genauen Befund nicht wissen	Keine Neugier, genaues Wissen unerwünscht	7	

11.2.9 Patient 9

Aussagen-Paraphrasen	Generalisierung	Reduktion- erste Kategorien	Haupt-kategorie	Alternative HK
Im Grunde genommen habe ich mir gar keine Gedanken gemacht, denn für mich war das Stoma wichtiger und am Anfang war nur eine Erweiterung von 3,5 cm, das war 1972/73	Anfangs keine Sorgen, da damals das Stoma wichtiger war Anfängliche Erweiterung nur 3,5 cm	Andere Erkrankungen sind wichtiger Sorglosigkeit, da Aneurysma klein	7	8
Jetzt denke ich natürlich an meinen Befund, aber ...ich bin jetzt im 80.Lebensjahr. Und jetzt nochmal ins Krankenhaus, das möchte ich nicht mehr, wohl zur Untersuchung, wie jetzt zum Jahresende...	Denkt jetzt mit 80 Jahren schon an den Befund. Will nicht noch einmal in Krankenhaus, nur zur Untersuchung nicht zur OP	Keine Beunruhigung durch den Befund, da hohes Alter erreicht Ablehnung einer Operation	5	8

Im Grunde genommen bedeutet (das Aneurysma) gar nichts mehr, ich hab ja praktisch erst vor 9 Jahren darüber etwas gewusst. Also über Krankheiten bin ich gar nicht informiert	Aneurysma bedeutet ihm nichts mehr. Weiß seit 9 Jahren etwas über den Befund Ist über Krankheiten nicht informiert	Kein Interesse an Wissen über Krankheiten Aneurysma für ihn ohne Bedeutung	7	
Ich würde sagen, natürlich macht mir ein bisschen Sorge, hab ich mir einen Vortrag mal angehört und die Erweiterung liegt jetzt ungefähr bei 50 mm, und hab ihn gefragt, dass sie bei 50 mm noch nicht operieren und über 90 Prozent würden nicht an der Aorta sterben., aber bei 60 mm würde sich der Prozentsatz ganz gewaltig erhöhen	Macht sich jetzt ein bisschen Sorgen, hörte Vortrag über Aneurysma, weiß, dass die Rupturgefahr mit 60 mm deutlich höher als mit 50 mm ist Erweiterung z.Zt. bei 50 mm	Vortrag mit Informationen über das Aneurysma vermehrt einerseits Wissen aber auch die Sorge	9	1
Und ich bin ja auch in Düsseldorf gewesen in der Uni-Klinik die haben keine Bedenken, also Solingen hatte Bedenken zu operieren. Die Verwachsungen sind unwahrscheinlich stark bei mir . Ich bin zweimal aufgeschnitten worden. Und Düsseldorf hat keine Bedenken. Aber, wie gesagt, ich bin jetzt in einem Alter, da möchte ich echt nicht mehr ins Krankenhaus, weil in meinen Augen das Risiko zu groß ist.	War auch in der Uniklinik Düsseldorf, dort bestehen, keine Bedenken zu operieren, Krankenhaus Solingen hatte doch Bedenken Pat. hat starke Verwachsungen, will aufgrund seines Alters nicht ins KH, findet das Risiko zu groß	Unterschiedliche Ratschläge verschiedener Kliniken Patientenmeinung: zu großes Risiko wegen hohem Alter und Verwachsungen	9	12
Ich habe es im Griff und ich betrachte mein Leben also grundsätzlich positiv. Ich freu mich über jeden neuen Tag. Sie sehen ja hier, ich hab hier immer Abwechslung, es ist immer was zu tun.	Patient freut sich am Leben	Positives Denken als Lebensmotto	8	7,16
ich hab keine Schmerzen. Ich bin mal gefragt worden, ob ich Rückenschmerzen habe. Hin und wieder, wenn ich arbeite, habe ich natürlich Rückenschmerzen. Aber jetzt speziell durch das Aneurysma könnte ich nicht sagen, dass ich dadurch Rückenschmerzen also vorhanden sind	Manchmal Rückenschmerzen durch das Arbeiten, aber nicht durch das Aneurysma	Keine Rückenschmerzen durch das Aneurysma	13	10

11.2.10 Patient 10

Aussagen- Paraphrasen	Generalisierung	Reduktion- erste Kategorie	Haupt- kategorie	Alternative HK
Ja, ich wusste ja gar nicht, dass es so was gab. Und ich hatte, er hatte dann Ultraschall gemacht und hat mir das dann gesagt. Er hatte aber gleich zu mir gesagt, es ist nicht so akut und es ist nicht so schlimm und deshalb war ich jetzt so überrascht, das überhaupt davon gesprochen wurde	Von der Krankheit erst durch Ultraschall erfahren. Da noch nicht akut , Überraschung, dass sie überhaupt erwähnt wurde	Krankheit als unbedenklicher und bis dahin unbekannter Defekt	1	5
. Das ist, ich weiß gar nicht mehr, wann das war. Ich hab so viel Krankheiten zwischendurch gehabt. Ich kann es Ihnen nicht mehr sagen	Weiß den Zeitpunkt der Diagnose nicht, hatte viele Krankheiten zwischendurch	Aneurysma als eine Krankheit von vielen	7	
Und ich sag ja, ich hatte immer das Gefühl, wie Blinddarmschmerzen war das sonst. Ich hab gesagt, irgendwas ist in meinem Bauch aber kann ja nicht sein, der Blinddarm ist raus und na ja. Die Eierstöcke sind auch weg, also. Und dann hatte er das durch Ultraschall festgestellt. Aber da ist auch nichts dran gemacht worden. Das ist dann wieder vergangen und er hat gleich gesagt, das ist nicht so akut	Schmerzen wie beim Blinddarm, dieser und Eierstöcke allerdings schon entfernt Diagnose durch Ultraschall Schmerzen verschwanden auch ohne Therapie	Unklare Bauchschmerzen als Grund Diagnosestellung	13	7
Ne, überhaupt nicht. Inzwischen hab ich schon die Knie operiert gekriegt und ich hab, ne, hab ich überhaupt nicht mehr dran gedacht. Ich war ganz platt, wie er deshalb anrief und sagte, Sie machen darüber ne Doktorarbeit und da hab ich gesagt, ich hab doch gar nichts mehr und weiß da auch gar nichts mehr von. Das war ja auch nicht so – also für meine Begriffe – so schlimm war das gar nicht	Denkt nicht mehr an den Befund, zwischendurch Knie- OP, war über den Anruf des Hausarztes und den Bericht über die Dr.- Arbeit überrascht Hat nichts mehr – weiß von nichts	Andere Erkrankungen verdrängen den Gedanken an das Aneurysma	7	

Ich denk, immer wenn was gemacht werden muss, muss es gemacht werden und wenn es gerät ist gut und wenn nicht, dann haben wir Pech gehabt. Ich hab immer, hier hab ich ja auch schon mal am Hals so was gemacht gekriegt. Da hab ich mehr Angst gehabt. Aber hier unten am Bauch : Nicht so tragisch	Wenn Operation sein muss, wird es gemacht Hat Hals- OP hinter sich, dabei Angst gehabt, aber bei OP am Bauch wäre das anders	Schicksal abwarten Angst vor OP am Hals, aber nicht bei OP am Bauch	5	7
wenn ich zum Arzt gehe und die stellen war fest, und es heißt, es muss operiert werden, jetzt mal grob gesagt, dann sag ich ja direkt. Ich bin da immer ziemlich ... Ich hab neulich die 15. Operation gehabt, da können Sie sich vorstellen, dass ich da gar keine Hemmungen habe. Ich denk immer, es kommt, wie es kommen soll und	Hält nichts vom Aufschieben von notwendigen Operationen, hat 15 Operationen hinter sich, hat keine Hemmungen mehr, ist schicksalsergeben	Kein Aufschieben notwendiger Operationen Schicksalsergebene Einstellung	5	7

11.2.11 Patient 11

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Hauptkategorie	Alternative HK
Gar keine. Ich mach mir keine Gedanken mehr. Das hatte ich nicht als schlimm empfunden also gar nicht ne	Macht sich keine Gedanken, hat es auch bei Diagnosestellung gut verkraftet	Sorglosigkeit	7	
Bloß das einzige ist ja, bei mein Herzkranz muss total kaputt sein und wenn es wirklich mal soweit kommt, dass zu operieren, wenn es mir ist wie 5 cm, dann müsste man operieren, aber dass kommt gar nicht in Frage. Mein Onkel hat ca. 10 cm und ist auch nicht dran gestorben, ist so gestorben. Aber nicht an der Bauchschlagader.	Hat „kaputte“ Herzkranzgefäße, deshalb kann man nicht operieren, wenn es sein müsste Onkel mit einem 10 cm großen Aneurysma starb nicht daran	Keine Operationsmöglichkeit Tod des Onkels mit großem Aneurysma durch andere Ursache	8	?
Ne, gar nicht. Ich hab im Moment andere Gedanken und gucken Sie mal mein Bein, ich bin im Hunsrück	Denkt nicht an den Befund, da kürzlich gefallen, seitdem überall	Andere Erkrankungen sind schlimmer	7	

gefallen. Da gucken Sie sich das einmal an.. Das spannt, das spannt und dann tut das hier weh. Überall Blutergüsse, an den Armen	Schmerzen und Blutergüsse			
Ja Gott, was soll die mir bedeuten? Hab ich schon gesagt, bedeutet mir gar nichts. Man kann ja damit leben.)	Befund bedeutet ihm nichts, kann damit leben	Keine Beeinträchtigung durch den Befund	7	
Ich gebe an für sich was so Ärzte sagen nicht viel. Wohl wenn ich Tabletten so brauche, alles andere das geht da rein und hier raus. Was ich hier hab, das hab ich einem Arzt zu verdanken. Und deshalb hab ich auch keine Angst. Auch mit dem Herzen, das ich wichtiger als die Schlagader.	Gibt nicht viel um das was Ärzte sagen, nur wenn der Tabletten braucht. Deshalb keine Angst Herz wichtiger als Schlagader	Keine hohe Meinung von Ärzten Keine Angst Herz wichtiger als Bauchaortenaneurysma	7	12
dieser Mann hatte die Bauchschlagader auf fast 9 cm erweitert. Und die Ärzte sagten, das wäre noch kein Grund zu operieren. Bei mir hat der gesagt, wenn sie mal 5 cm erreicht hat, ich mein, ist ja 4,7 oder so rum ne und dann müssen wir operieren. Die haben gesagt, das hätte noch Zeit. Also kann das noch nicht so ein schlimmer Zustand sein, denk ich dann mal. Also wie gesagt, da hab ich gar keine Bedenken.	Kennt einen Mann mit einem 9 cm großen Bauchaortenaneurysma. Dessen Ärzte halten das nicht für operationsbedürftig, deshalb kann es bei ihm noch nicht so schlimm sein	Beruhigung durch Erfahrungen anderer Aneurysma-Patienten	8	10
Und dann soll ich alle halbe Jahr soll ich hingehen, das mach ich allerdings	Soll jedes halbe Jahr zu Kontrolle gehen, was er auch tut	Kontrolle wird wahrgenommen	4	3

11.2.12 Patient 12

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt- kategorie	Alternative HK
Ja, das war im Krankenhaus, in Wuppertal in der Uni und da bin ich ein paar Mal untersucht worden. Und da haben die dann festgestellt, dass die erweitert war. Und dann haben die direkt einen Arzt dazu gerufen und ich war ja jetzt in besten Händen.	Feststellung der Erweiterung in der Uni Wuppertal Kein Erschrecken bei der Diagnose, da in guten Händen	Bei Erstdiagnose kein Erschrecken, Gefühl der Sicherheit in Uniklinik	5	12
Ja, ich gehe ja jetzt jedes Vierteljahr zu Herrn Dr. Pauls und lass das untersuchen. Hatten die in Wuppertal mir auch gesagt, dass ich das so machen sollte. Ich denk mal so, man kann ja sowieso nichts dran ändern. Man muss jetzt aufpassen und das ist es	Ist –wie empfohlen- jedes Vierteljahr beim Hausarzt zur Untersuchung, kann sonst nichts ändern, will aufpassen	Kontrolle ist wichtig Schicksal abwarten	4	5
Ob das nun von der Bauchspeicheldrüse oder von dem Dings da jetzt kommt, oder von den Arterien, die waren ja auch zu, da hatte ich mehr Ärger mit als wie mit der Erweiterung. Weil, ich konnte ja praktisch nichts mehr tun, keine Belastung mehr	Weiß nicht genau, woher Beschwerden kommen, vom Aneurysma oder anderen Erkrankungen, kann sich schlecht belasten	Kaum Belastung möglich Aufgrund vieler Erkrankungen Zuordnung von Beschwerden zu Krankheiten nicht möglich	9	13
Das einzige, was mich jetzt daran, ich trink keinen Alkohol mehr. Rauche nicht mehr, das tu ich schon 12 Jahre nicht mehr. Ich muss eben bewusster leben. Aber sonst.	Kein Rauchen und Trinken mehr	Motto: bewusstes Leben	4	
Also ich sag mal, wenn von heute auf morgen weg bin, ist grob gesagt, aber ist besser als so in einer Ecke liegen müssen und gepflegt werden müsste. Für mich ist das prima. Für die Angehörigen ist es ne ärgerliche Sache, dass die so trauern...	Schlimmer Tod ist für den betreffenden besser, als lange gepflegt zu werden, nur für die Angehörigen nicht	Besser kurzer schneller Tod, als langes Leiden	6	5
Ich sag ja, früher hat man viel, durch den Laden allein schon hat man viel getrunken, viel geraucht und und und. Und das sind heute die Spätfolgen. Ich sag immer, was man früher zu viel hatte, darunter müssen wir heute leiden	Durch zuviel Rauchen und Trinken früher, heute Leiden an den Spätfolgen	Früher: Ungesunde Lebensführung Heute: Leiden unter Spätfolgen	2	
Vor 3 Wochen habe ich ein Langzeit-EKG gemacht	LZ.EKG vor drei Wochen brachte heute	Es gibt auch positive Entwicklung	3	10

und das war sehr gut und jetzt heute Morgen habe ich von Herrn Dr. Horstmeier hab ich Bescheid gekriegt, ich bräuchte kein Marcumar mehr zu nehmen. Dafür ASS 100. Jetzt wollen wir mal abwarten.	gutes Ergebnis, Umstellung von Marcumar auf ASS	im Krankheitsverlauf, durch Kontrolle beherrschbar		
Also von der Bauchschlagader, da muss ich alle Vierteljahr hin zur Kontrolle. Man hat mir gesagt, wenn das auf 50 bis 55 ist, müsste man aufpassen, dann müsste man operieren werden. Und er war ja jetzt auf 40.	Muss vierteljährlich zur Kontrolle, Aufpassen bei Größe von 50-55 mm	Regelmäßige Arztbesuche gehören zum Leben, durch Kontrolle beherrschbar	11	3

11.2.13 Patient 13

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Hauptkategorie	Alternative HK
Ja an und für sich hab ich überhaupt die Sache nicht dramatisiert . Ich war im Krankenhaus, ich wurde wegen Herzrhythmusstörungen behandelt und dann hat der Arzt ne Ultraschallaufnahme gemacht ...an der Bauchschlagader eine Erweiterung wäre, ein Aneurysma, das wäre 3,2 Zentimeter dick	Wegen Herzrhythmusstörungen im Krankenhaus, dort durch Ultraschall zufällige Entdeckung des Aneurysma	Krankheit als unbedenklicher Defekt	1	7
Und wo, der Arztbericht aus dem Krankenhaus zu meinem Hausarzt kam, dann hat er das noch mal nachgemessen und der sagte, 2,8 Zentimeter wäre das ...Ja, dreimal wurde das kontrolliert, es hat sich nicht vergrößert und ist so geblieben.	Hausarzt hat nur 2,8 cm gemessen und nach dreimaliger Kontrolle keine Größenzunahme	Kontrolle schafft Beruhigung	10	3
Er hat mir den Rat gegeben, pünktlich den Blutdruck messen zu lassen und der ist ja immer einwandfrei gewesen und nicht schwer zu erheben. Also dann könnte da normalerweise nicht all zuviel passieren	Hausarzt gibt Rat, regelmäßig Blutdruck zu messen und nicht schwer zu heben	Krankheit ist beeinflussbar	4	1
. Ich hatte nämlich schon mal einen Sangesbruder, der ist leider heute morgen, so makaber es klingt, um 10 Uhr verstorben	Sangesbruder, der auch ein Aneurysma hatte ist am heutigen Tag verstorben	Krankheit kann Todesursache werden	9	

ich mach mir da keine große, ich leb dem entsprechend, ich überarbeite mich nicht, ich brauche sowieso nicht mehr arbeiten. Und hier zu Hause, dass sind ja alles leichte Tätigkeiten	Macht sich keine Sorgen, da er entsprechend lebt	Sorglosigkeit denn Vermeidung von Überanstrengung	4	7
ab und zu denk ich schon mal dran. Man hört ja auch immer. Ein Sangesbruder von mir, der andere, der ist auch jetzt kürzlich operiert worden, der ist dann nachher, ist der ganz , etliche Wochen war es dem ganz schlecht. Den Johannes Rau, den haben sie auch operiert. Dem ging es auch nicht gut.	Denkt an den Befund, Unwohlfühlen anderer Aneurysmapatienten (Sangesbruder, J.Rau) nach der OP	Operation hat keine guten Ruf	9	8
Also vor einer Operation, da schreckt man ja immer vor zurück Bin ja schon dreimal unter dem Messer gewesen. Zweimal Magen und einmal die Wirbelsäule. Also da möchte ich noch nicht so dran. Ich werde das immer beobachten lassen und dann, wenn es dann mal spontan kommt, dann habe ich Pech gehabt.	Unwillen sich nochmal operieren zu lassen, da 3 vorausgegangene Operationen	Ablehnung einer OP, lieber Kontrolle und sonst Einfügen ins Schicksal	5	9
wenn ich jetzt mal eh, wenn ich irgend welche Materialien haben müsste, die schwer sind, dann bitte ich den Nachbarn darum oder meine Kinder können mir das holen. Das mach ich schon.	Lässt sich von Kindern oder Nachbarn helfen, beim schweren Heben	Krankheit als Berechtigung sich Hilfe zu holen	11	15
Ich werde dementsprechend leben und nicht schwer heben und den Blutdruck unter Kontrolle halten und ich leb ja einigermaßen gesund, dann geht das schon. Werde da schon über die Runden kommen	Lebt entsprechend der Ratschläge	Devise: gesundes Leben schützt vor Schaden	4	7

11.2.14 Patient 14

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Hauptkategorie	Alternative HK
Ich hatte ja 91 hatte ich ja eine bösartige Darmoperation. Und da wurde dann jedes Jahr eine Ultraschall gemacht und dabei stellte die Frau Dr. ... zufälligerweise fest, dass meine Aorta auch vergrößert war. ...Ja und der hat dasselbe Resultat gehabt. In der Kur, konnte das auch festgestellt ... Bei nem Orthopäden war ich... Da wurde ich auch geröntgt von jemandem, der hat das auch festgestellt	Nach Darm-OP 1991 jährliche Ultraschalluntersuchung. Dabei zufällige Entdeckung der Vergrößerung der Aorta Bestätigung durch andere Ärzte, z.B. in der Kur, beim Orthopäden	Krankheit als unwiderruflicher Defekt: mehrfache Bestätigung der Diagnose	9	
Ja und jetzt sagte der Hausarzt, das müsste man alle Vierteljahre im Auge behalten. Ob das nicht größer wird	Hausarzt empfiehlt vierteljährliche Kontrolle	Durch Kontrolle beherrschbar	3	
... ich nehm an, dass das bei mir darauf zurückzuführen ist auf überhöhter Blutdruck. Und durch Zufall ...auf einmal wurde mir so komisch und nu ging ich nach dem Arzt und da haben die festgestellt, da hatte ich, ich weiß nicht, wie viel Blutdruck. Also der obere Wert war glaub ich 180-90/115.	Vermutet hohen Blutdruck als Ursache, durch Unwohlsein vor Jahren zufällige Entdeckung des hohen Blutdrucks (damals: 180/ 115)	Aneurysma als Folge anderer Erkrankungen	2	
Ja und dann ging das mit den Tabletten los. Ja und jetzt durch die Tabletten hab ich den Blutdruck jetzt im Griff. Jetzt ist der durchschnittlich, so zwischen 140-130/80-70	Seitdem Einnahme von Tabletten. Damit gute Einstellung	Medizin als Hilfe bei Krankheit erfahren	11	10
Ja und da war ich so zufrieden jetzt, also ...es ist auch nicht größer geworden. Der in der Kur, der hat am wenigsten gemessen, so knapp an die 4 Zentimeter und die anderen haben gemessen 4,5 – 4,6 so um den Dreh herum. Ja und der sagte denn, dass ich, also wenn es nicht größer wird, könnte man das lassen, aber es muss immer kontrolliert werden	Ist zufrieden, da Bauchortenaneurysma nicht wächst, unterschiedliche Messungen, aber immer unter 5 cm	Krankheitsverlauf schafft Zufriedenheit und Hoffnung	10	
Ach ja, also der andere Befund, da denk ich viel mehr	Blutdruck beschäftigt mehr als das	Andere Erkrankungen sind	7	8

dran als wie an das. Ich kontrolliere, ich hab selber ein Blutdruckmessgerät, auch schon Jahre, und da mess ich mir den immer selber. Nimm regelmäßig meine ...Tabletten.	Aneurysma, regelmäßige Selbstkontrolle und Tabletteneinnahme	wichtiger		
Ja sicher, dass ist, ich hab nen guten Bekannten, dem war die geplatzt und dann zwei Minuten vor Zwölf haben sie den noch gerade so, dass es noch mal gut ging. ...ein Bekannter, bei dem war es über 5 cm und der wurde aber operiert.	Bekannter mit Bauchortenaneurysma erlitt Ruptur konnte durch Not-OP gerettet werden Anderer Bekannter mit Durchmesser über 5 cm wurde erfolgreich operiert	Krankheit ist behandelbar	10	14
gab es das überhaupt früher mit der Aortamessung? Da hat man früher ja nix von gehört	Früher keine Messungen der Aorta	Fortschritte in der Medizin sind hilfreich	2	
Nein, direkt Angst nicht. Das könnt ich nicht sagen. Sicher denkt man dran und man ist immer neugierig wenn es das nächste mal gemessen wird, ist es größer oder ist es nicht größer.	Denkt zwar daran, hat aber keine Angst	Zwar Erinnerung an den aber keine Einschränkung durch den Befund	11	1

11.2.15 Patient 15

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt- kategorie	Alternative HK
das war der Dr. de Haan ja und der sagte zu mir, Sie haben auch ein Aneurysma im Bauch. Ja sage ich, was ist das? Dann hat der mir das erklärt. Ja die Erweiterung der Aorta und dann sagte er aber noch keinen, dann hat er mit Ultraschall untersucht und das sagte er, Sie brauchen noch keine Befürchtungen zu haben, da war das 2,5 oder 2,7	Durch Ultraschalluntersuchung Entdeckung des Aneurysma bei 2,5 cm Aufforderung keine Befürchtung zu haben	Krankheit als unbedenklicher Defekt	1	
und dann wird das jedes Vierteljahr gemessen. So und das letzte halbe Jahr hat es sich überhaupt nicht vergrößert	Hausarzt kontrolliert vierteljährlich, keine Größenzunahme im letzten Halbjahr	Durch Kontrolle beherrschbar	3	4
Ja, ich hab an den Befund gedacht z. B. wie der Dr. de Haan gesagt hat jetzt, ich hab ne Herzoperation, 5 By-Pässe und es klappte überhaupt nicht. Sagte, Sie müssen jetzt mal ne Sonde haben und da war ich vorsichtig hier in Solingen mit der Sonde , weil das ja auch an dem Aneurysma dann vorbei kommt. Ich hab mir das angesehen und da sage ich, ich gehe aber nicht hier nach Solingen, dann gehe ich nach Bad Oeynhausen. Und dann, ich bin in Göttingen damals operiert, dann bin ich nach Oeynhausen gegangen	Hatte 5-fach ACVB-OP, vor Kontroll-PTCA Befürchtung des Hängen bleibens im Aneurysma, daher dafür nach Bad Oeynhausen gegangen	Aneurysma bedeutet Schwierigkeiten und Einschränkungen bei schwerer Vorerkrankung	14	15
Sie nehmen dann das Leben doch etwas gelassener als wenn Sie nur eine Krankheit, oder Sie denken nur immer an Krankheiten. Und da denk ich überhaupt nicht dran. Ich genieß jeden Tag	Nimmt das Leben gelassen, trotz oder wegen der vielen Krankheiten	Viele Krankheiten als Grund für Gelassenheit	5	7
, schwer heben hab ich seit meiner Operation ja nicht mehr. Da bin ich ja vorsichtig drin mit schwer heben, tu ich nicht oder wollen wir mal sagen, so recken, so hoch recken, dass konnte ich vor der Operation schlecht und nachher hab ich es auch nicht mehr getan	Vorsicht mit schwer heben, recken Das war schon vor der OP schwierig	Krankheit als Einschränkung im Alltag	11	4

Ich hab etwas, ich hatte im letzten halben Jahr überhaupt nicht vergrößert und wenn es dann so weit ist, der Herrgott wird mich davor bewahren, dass ich diese Operation noch durchmachen muss ja. Vielleicht sterbe ich drüber, wäre mir lieber	Im letzten Halbjahr keine Vergrößerung des Bauchortenaneurysma, Gott möge vor der OP bewahren, bevorzugt Sterben vor der Operation	Durch Kontrolle beherrschbar Lieber Tod als Operation	4	5
Und ich kenn jemanden aus der Herzgruppe, der hat das sich machen lassen hier in Solingen und dieser Mann, der hat zu kraxeln gehabt ja, der kam immer in die Gruppe alle paar Wochen mal und dann sagte ich, wie fühlen Sie sich denn, ja überhaupt nicht so gut, also war es doch ne schwere Operation	Bekannter hatte lange Schwierigkeiten nach der Operation	Operation bekannt als „sehr schwer“	1	9
hören Sie mal ich hatte keine Ahnung wie merkt man das, wenn die mal platzen sollte. Och sagte der, dass merken Sie nicht mehr, dann sind Sie tot. Dann sind Sie tot. Ach was für ein tröstlicher Gedanke sagte ich. Ja.	Hinweis des Hausarztes, dass Platzen nicht bemerkt wird, wegen eingetroffenen Todes	Ironische Auseinandersetzung mit dem Tod	7	
Hören Sie mal, wenn alle Leute sich über all ihre Sachen Gedanken machen sollen oder nur drüber nachdenken immer, das darf man nicht. Das soll man auch nicht. Dann ist eine positive Einstellung besser	Viele Gedanken machen darf und soll man nicht	Motto: positive Einstellung	10	7

11.2.16 Patient 16

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt-kategorie	Alternative HK
Ja, damals erzählte man mir, die Ader wäre jetzt so dick, und ich müsste am Besten mal mit in die Röhre und da war ich dann drin und die haben mir dann erzählt, ja ihre Aorta ist schon so dick, die müsste mal operiert werden	Aorta sei zu dick, deshalb CT-Kontrolle empfohlen Dicke der Aorta spricht für eine Operation	Operation als Notwendigkeit	5	3
Und in Düsseldorf, da sagte der Arzt, ja dass ist sowieso 10 Prozent weniger. Das stimmt nicht, dass die so dick wäre. Aber untersucht hat er nicht. Dann sagte er zu mir, also ich will Ihnen was sagen, Sie	Relativierung des Befundes durch Uni-Ärzte. Ihrerseits Unwillen zu Operieren Möglichkeit zu Sterben mit oder ohne OP	Schicksal abwarten	5	12

können sterben, wenn sie operiert werden, können Sie auch sterben. Wenn Sie nicht operiert werden, können Sie auch sterben				
Und der Dr. Richter sagte dann, ja die könnte noch größer werden, also im Moment ist sie noch nicht akut, dass sie platzen kann. Ja, das war für mich ein Schock	Aorta kann größer werden und platzen, Patient ist schockiert	Aufklärung über lebensbedrohliche Folgen als Schock für den Patienten	9	
und dann hab ich nachher gemerkt hab ich überhaupt nichts davon. Also die sticht nicht, die macht überhaupt nichts und ja, was soll ich machen?	Patient hat keine Schmerzen oder Stiche durch den Befund	Krankheit ohne Schmerzen als unbedenkliche Angelegenheit	13	5
Ich kann nur immer jedes Vierteljahr zu Dr. Richter, der macht nen Ultraschall und dann sieht er das und sagt, ist noch nicht viel dicker geworden. Es geht noch sagt der denn. Aber was soll ich denn machen	Jedes Vierteljahr Ultraschall durch Hausarzt ergab bisher keine Größenzunahme	Durch Kontrolle beherrschbar	3	4,12
Also die sagen ja nur, ich dürfte nicht arbeiten, ich soll mich nicht anstrengen, kein Husten oder so	Soll sich nicht anstrengen, nicht husten	Krankheit ist durch mich beeinflussbar	4	
Aber dann wäre sie längst schon geplatzt. Ich hatte nämlich im vorigen Jahr, da hatte ich es so an den Bronchien und..., das war ja ein furchtbarer Husten. Dann wäre sie ja da schon geplatzt. Und jetzt denke ich immer, so schlimm kann es ja gar nicht sein.	Beim schlimmen Husten, platzte die Aorta nicht, was bedeutet, dass es nicht so schlimm ist	Erkrankung nicht so schlimm wie befürchtet	7	10
Das ist eine schlimme Sache und ich muss Obacht geben, wenn es viel mehr wird, dass es mal operiert wird mit der Zeit. Also in meinem Alter ist das schon, man weiß ja nie, ob man noch da durch kommt oder was, aber man ist alt genug	Ist unsicher, ob er die OP überleben könnte, ist aber auch „alt genug“	Hohes Alter als Risikofaktor für die OP, andererseits genug gelebt	9	
Ich bin dann bloß immer gespannt, wenn der mal nachgeguckt hat, ob es schlimmer geworden ist oder nicht. Und wenn der sagt, es ist nicht schlimmer geworden, dann habe ich also auch keine Angst.	Ist beim Nachgucken gespannt, ob Wachstum oder nicht, wenn nicht, keine Angst	Kontrolle bedeutet Spannung und Beruhigung	9	10

11.2.17 Patient 17

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt-kategorie	Alternative HK
Ich war ein bisschen durcheinander.. ich bin da geröntgt worden und dann hat der Doktor uns das erklärt und jetzt muss ich in Krankenhaus zum Gefäßchirurgen. Ja und dann muss ich mal sehen, was die da jetzt sagen.	Irritation durch die Diagnose. Beim Röntgen entdeckt. Erklärung des Arztes, dass weitere Abklärung in der Klinik (Gefäßchirurgie) erforderlich	Krankheit noch abzuklärender Defekt	7	12
Ja, ich denke schon mal an den Befund. Aber das kommt automatisch. Dann sind wieder Tage dabei, dann ist es weg und dann plötzlich ist es wieder da.	Denkt nicht immer, aber ab und zu an den Befund.	Krankheit kann vergessen werden	9	
Schmerzen habe ich auch keine, dass ich jetzt sagen kann, mir tut da was weh, oder da drückt was.	Pat. hat keine Schmerzen	Krankheit ohne Schmerzen	13	
Was mir nur weh tut ist meine Bandscheibe. Da habe ich mehr Schmerzen ausgiebig jetzt.	Schmerzen nur wegen der Bandscheibe	Andere Erkrankungen sind schlimmer	7	13
Ja, was soll ich sage, war nicht direkt begeistert. Ich weiß jetzt, was auf einen zu kommt. Aber ich denk mal, dass wir das so in den Griff kriegen.	Pat. war zwar nicht begeistert, blickt aber zuversichtlich in die Zukunft	Zuversicht trotz Wissen um die Konsequenzen	5	10
Ja, schon mal macht der Befund Angst und dann ist es mal besser, wenn man sich unterhält und mal wieder ein Gespräch hat. Ach, was heißt Angst, ich mein, wenn da was ist, dann muss es gemacht werden ...	Angst einerseits ja, andererseits nein. Gespräche helfen. Nötiges soll gemacht werden.	Ambivalenz der Gefühle Gespräche helfen	4	9
Ja so zeigte der Doktor irgendwie, zwischen 4,5 und 5 cm. Da müsste etwas weg genommen werden, da kommt dann was Neues rein. Mehr weiß ich nicht.	Arzt zeigte die Größe des Aneurysmas von ca. 5 cm. Pat. weiß wenig von der evt. bevorstehenden Operation	Diffuse Vorstellung von der Operation	14	
Ja, och es ging an und für sich, ich bin schon ein bisschen hart im nehmen...	Pat. kann einiges verkraften	Starke Persönlichkeit	7	5

11.2.18 Patient 18

Aussagen/Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt-kategorie	Alternative HK
Das kam ganz durch Zufall. Als ich bei der Frau Doktor war, sagte sie mir, hätte gerade den Ultraschallapparat bekommen und da musste sie so und so viel ... Untersuchungen machen... Hingelegt, da hat sie mich überall abgetastet und dann hat sie das festgestellt, dass ich da was hatte.	Zufällige Diagnosestellung, da Hausärztin wegen eines neuen Ultraschallgerätes viele Untersuchungen brauchte	Krankheit als „zufällige“ Entdeckung		
Sagte sie, ich schicke sie mal zum Dr. Kochen und dann bin ich da hingegangen und dann haben sie da festgestellt, dass ich eine vergrößerte Bauchaorta hatte, nicht so viel, ungefähr zwei, drei Zentimeter und lang 35..	Überweisung zum Radiologen, dort Entdeckung der –noch nicht so stark- „vergrößerten Bauchaorta“	Krankheit als unbedenklicher Defekt	1	
Ja und da sagte Herr Doktor Kochen, da muss ich Sie jedes halbe Jahr hier haben zur Nachuntersuchung, es könnte sein, dass die sich vergrößert und wir operieren müssen.	Arzt klärt über die notwendigen Kontrollen und die Möglichkeit des Wachstums mit nachfolgend nötiger Operation auf	Kontrolle ist wichtig	4	3
Ich geh jetzt jedes halbe Jahr hin und Gott sei Dank bis jetzt hat es sich nicht verändert. Ich bin mindestens schon fünf Jahre da...	Patient nimmt die Kontrollen seit fünf Jahren regelmäßig wahr. # Ist erleichtert, dass es sich nicht verändert hat.	Erleichterung, denn Krankheitsverlauf stabil	10	4
Ja, welche Gedanken. Schnibbeln ja. Operation. Als Leihe habe ich mir gedacht, dann würden sie ein Stück raus schneiden, das Stück wieder zusammen setzen, vernähen usw.	Patient denkt als erstes an eine mögliche Operation und wie diese vor sich gehen könnte	Operation als erster Gedanke Leihenhafte Vorstellung davon	14	
Aber heute machen sie das ja anders, habe ich gehört... nicht mehr durch einen Schnitt, sondern mit einer Sonde. Durch Sonde das ist einfacher, kürzere Zeit im Krankenhaus	Patient hat von der Behandlungsmöglichkeit mit der Sonde gehört und kennt die Vorteile dieser Methode	Wissen um die Möglichkeit der „Sonden- Behandlung“, Kenntnis der Vorteile	14	
... ehrlich gesagt, Vollnarkose und wenn ich	Gelassene Einstellung zur Vollnarkose.	Schicksalsergebene Einstellung	5	6

drin bleib, bleib ich drin. Kann ich nichts dran machen. Aber jetzt nehme ich doch an, dass das, wenn ich 10 bis 15 Jahre lebe, dass das hält.	Patient ist aber zuversichtlich, dass das Aneurysma noch hält	Zuversicht auf langes Leben		
...vor 15 Jahren habe ich mich untersuchen lassen, und da hat die zufällig auch festgestellt, dass ich ne Darmdivertikulose habe auf der rechten Seite und die könnte, wie sie sagte, auch reißen, ist ja porös dann mit der Zeit.	Patient weiß seit 15 Jahren von seiner Darmdivertikulose	Patient lebt schon lange mit anderen Erkrankungen	8	11
Nein, den Alltag verlebe ich so, wie ich ihn erleben muss. Noch in Ruhe und Zufriedenheit, viel spazieren gehen	Verlebt den Alltag in Ruhe und Zufriedenheit	Genießt das Leben	15	
Ich wäre froh, wenn das nicht wäre. Wo es einmal da ist, ist es da, ich kann nichts verschieben. Ich lebe danach, ich nehme nicht viele Fette zu mir wegen dem Cholesterin.	Patient findet sich mit den Umständen ab, versucht gesund zu leben	Abfinden mit den Umständen, gesundes Leben führen	5	4
Nö, nö, der Befund macht mir keine Angst. Vielleicht wenn ich jünger wäre.	Patient hat keine Angst	Keine Angst	7	

11.2.19 Patient 19

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt-kategorie	Alternative HK
Überhaupt keine Gedanken sind mir durch den Kopf gegangen, weil ich mir darunter nichts vorstellen konnte. Bis ich mich dann umgehört hatte und dann...hab ich dem Doktor gesagt, das ist der Sekudentod, wenn das platzt nicht. Das war alles.	Erst keine Vorstellung von der Erkrankung gehabt, später von dem „Sekudentod“ beim Platzen der Aorta erfahren.	Erkrankung als Lebensbedrohung	1	
Ja, wie der Rau dann operiert worden ist, klar, wenn so was dann zur Sprache kommt, dann denkt man schon daran.	Denkt an den Befund, wenn er von anderen Patienten (z.B. Rau) hört	Nur gelegentliche gedankliche Beschäftigung mit dem Befund	7	
Aber ich geh ja, alle 6 Monate zur Untersuchung und dann wird gemessen. Das ist von 3,9 auf 4,1 oder 4,3, also es hat sich nicht so rasant (vergrößert)...	Pat. geht halbjährlich zur Kontrolle, dabei bisher nur wenig Wachstum	Durch Kontrolle beherrschbar	4,3	10
Hören Sie mal, ich bin 70. Ich hab doch schon lange gelebt.	Pat findet, dass er mit 70 Jahren schon lange gelebt hat	Gelassene Einstellung aufgrund seines Alters.	5	1
Nein, der Befund macht mir keine Angst, nein, ich hab schlimmere Dinge hinter mir. Wobei mir das ja überhaupt keine Beschwerden macht.	Der Befund macht dem Pat. weder Angst noch Beschwerden. Im Vergleich zu anderen Dingen nicht schlimm.	Keine Angst, da keine Beschwerden. Anderes ist schlimmer	13	8

11.2.20 Patient 20

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt-kategorie	Alternative HK
Ja, einfach mal einen Schock, dann direkt daran gedacht OP, ob man operieren muss, das waren an sich die Gedanken und welche erste Hilfeleistung da ist, wenn welche Symptome anfangen, wenn es los geht. Wenn der platzt oder was. Das sind die Gedanken gewesen. Das war es.	Patient befürchtet das Platzen der Aorta und ob Hilfe dann noch möglich ist	Schock und Beunruhigung bei Erstdiagnose	9	
Natürlich immer denke ich an den Befund, im Hinterkopf, ja. Könnte ja immer was sein. . Man macht sich schon Gedanken, dass was passieren könnte. Und im Vordergrund ist der Gedanke... schafft man es schnell genug noch in eine Spezialklinik...	Patient macht sich häufig Gedanken über den Befund und was passieren könnte	Gedankenkreisen um den Befund und den möglichen Folgen	9	
Man hört nur, man spürt nur immer das Klopfen, je nachdem wenn ich das Dumping-Syndrom habe, dann schlägt die ganz gut, man sieht es auch sogar	Patient ist sich seiner Erkrankung ständig bewusst, spürt immer das Klopfen	Ständiges Bewusstsein des Befundes, erlebt Symptome	13	9
Ja, man muss damit leben...und dann auf den Tag X irgendwann warten. Nur der Hintergedanke irgendwann. Und schön brav immer zur Kontrolle gehen	Patient lebt mit dem Befund, geht regelmäßig zur Kontrolle	Durch Kontrolle beherrschbar Abfinden mit der gegebenen Situation	5	4
Ach ne, man verdrängt es einfach, also Angst, würde ich da nicht so sagen. Vorsichtig.	Verdrängung des Befundes, deshalb keine Angst, aber Vorsicht	Keine Angst Verdrängung Vorsicht	7	

11.2.21 Patient 21

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt-kategorie	Alternative HK
Über die Krankheit war ich bis zu dem Punkt überhaupt nicht informiert. Das muss vor 5-8 Jahren gewesen sein.	Bis zur Diagnosestellung vor einigen Jahren, keine Information über diese Krankheit	Aneurysma als bis dato unbekannte Erkrankung		
Frau Dr. B. hat es bei einer allgemeinen Ultraschalluntersuchung festgestellt und dann musste ich zur Röntgenaufnahme und dann wurde es alle halbe Jahre mit einer Ultraschalluntersuchung überprüft.	Erstdiagnostik durch Ultraschall der Hausärztin, dann Röntgen, seitdem halbjährliche Kontrolle	durch Kontrolle beherrschbar	3	
Lange Zeit hat sich nichts bewegt und dann war es von 3 auf 4 cm Durchmesser gekommen, vergangenes Jahr. Dann bin ich wieder geröntgt worden und dann sagt man mir, also vor 5 Zentimeter wird nicht operiert. Die Operation selbst soll relativ schnell gehen, soll aber eine Spezialoperation sein, die nicht überall durchgeführt werden kann...Diesen Sommer muss ich wieder hin zur Ultraschalluntersuchung.	Zunächst keine, dann doch Größenzunahme im letzten Jahr. Patient weiß, dass Operation nicht durchgeführt wird unter einer Größe von 5 cm, soll schnell gehen, aber Spezialoperation	Wissen über Aneurysma OP (Indikation und Besonderheiten)	1	
Ich habe mich damit abgefunden, dass es irgendwann gemacht werden muss. Ja, nur wann, so lange wie möglich nicht.	Operation soll so spät wie möglich gemacht werden.	Operation ja, aber möglichst spät	5	
Bei unserem Bundespräsidenten Rau, der soll das ja auch gehabt haben, die Operation, aber ich nehme an, dass es wegen seines hohen Zuckers solange gedauert hat. Über drei Wochen... hat der gebraucht.	Patient führt dreiwöchige Rekonvaleszenz von Rau nach der Operation auf erhöhte Blutzuckerwerte zurück	Vergleich zur Operation von Rau	10	8

Dass ich außerdem noch hohe Blutfette habe.. ich habe mir vorgestellt, dass es eine Ablagerung ist...so dick ne, dass sich da Cholesterin abgelagert hat. Dr. Bogdanski ist da anderer Meinung, sagt, das hätte damit nichts zu tun	Vorstellung, dass Cholesterinablagerung Ursache des Aneurysma sei, wird vom Hausarzt verneint	Korrektur eigener Vorstellung der Krankheitsentstehung durch Hausarzt	2	
Ich habe mit Cholesterin schon 25 Jahre zu tun, ich nehme auch regelmäßig Tabletten ein, dann bleibt das auch so an der obersten Grenze.	Seit 25 Jahren erhöhte Cholesterinwerte im Blut, seit Tabletteneinnahme grenzwertig eingestellt	Lebt seit Jahrzehnten mit anderer Erkrankung	8	
Nein, die erweiterte Bauchaorta hat keinen Einfluss auf den Alltag genommen. Überhaupt nichts von gemerkt... ich hab so keinerlei Beschwerden damit	Erkrankung ohne Einfluss auf Alltag, da keine Beschwerden	Keine Beeinträchtigung im Alltag, keine Beschwerden	13	
Das ist eine Realität, die muss ich akzeptieren, ja und wenn es soweit ist, dann ist gut, dann muss eben operiert werden	Akzeptiert die Realität, ist –wenn es sein muss- zur Operation bereit	Akzeptanz der Realität	5	11
Das einzige, was ich mir eben nicht vorstellen kann, wie man den Kreislauf aufrecht erhält. Die Hauptschlagader muss ja durchtrennt werden. Also wie funktioniert das dann mit dem Kreislauf? Da muss ja irgend welche Umleitung vorher gemacht werden, bevor man das Stück da operieren kann	Patient versucht sich den Hergang der Operation zu überlegen, manches kann er sich schlecht vorstellen	Schwierigkeiten beim Vorstellen des Operationsverlaufs	1	

11.2.22 Patient 22

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt-kategorie	Alternative HK
Da stellte mein Hausarzt einen leichten Herzinfarkt fest und dann kam ich ins Krankenhaus auf die Intensivstation und dann wurden noch weitere Untersuchungen gemacht ...Und bei dieser Untersuchung, das war ein CT, da stellte man die Aneurysmen fest in der Aorta eines und eines in der rechten Beckenschlagader	Patient kam wegen eines Herzinfarktes ins Krankenhaus, dort wurden einige Untersuchungen durchgeführt, im CT wurde das Aneurysma entdeckt	Erstdiagnose im Krankenhaus nach Herzinfarkt	1	

Und jetzt im vorigen Jahr hier bei de Jong, dass heißt ja Dr. Kostowisz wurde nachgemessen, auch wieder mit CT	Letztes Jahr Kontrolluntersuchung mit CT	Kontrolle ist wichtig	3	
Das Gefühl muss ich sagen war für mich gar nicht so überraschend, weil ich genügend andere Leiden hatte ja. Als ich dann aber hörte, ab 3 Zentimeter würde es gefährlich, da besann ich mich natürlich und na ja, es könnte mit 5,5 und später mit 6,8 auch sehr gefährlich werden.	Pat. hat viele andere Erkrankungen, deshalb keine große Beängstigung bei Erstdiagnose. Hörte erst später von der Gefährlichkeit beim Größerwerden des Aneurysmas	Aneurysma: Einerseits eine Krankheit von vielen, andererseits Wissen um die Gefährlichkeit dieser	8	9
Dann kam ich ins Krankenhaus vor 4 Wochen zu der Angiographie. und vorher sagte mir Herr Dr. Ritschel, man könnte vielleicht mit Stands dieses, die Aneurysmen sagen wir mal, stabilisieren. Und nach dieser Untersuchung hieß es aber denn, mit Stand das geht nicht, dieses Aneurysma in der Aorta sitzt zu dicht unterhalb Abgang Niere und der Stand würde ja dann die Niere blockieren. Und der sagte mir dann, als meine Frau dabei war zum Abschluss, tastete den Bauch ab, ja also mit Stand geht nicht und an ne Operation der gesamten Schlagader traue ich mich nicht ran.	Patient musste zur Angiographie ins Krankenhaus. Ein Stand sei bei ihm nicht möglich. An eine „normale“ Operation würden sich die Ärzte nicht heran trauen.	Stand technisch nicht möglich, OP zu gefährlich	14	12
Und ich sagte gleich von mir aus, also mit Stand, da seh ich nicht viel Hoffnung. Dieser Stand müsste sich ja ganz genau der normalen Aorta anpassen. Sobald ein kleines, ne Unwichtigkeit wär, geht der Druck ja wieder rein. Ein Stand bei ner Verengung, das seh ich als vernünftig an, dass es auf bleibt, aber bei einem Aneurysma nicht na ja	Patient hält nicht viel von einem Stand. Er sieht das nicht als vernünftig an, ein Aneurysma mit einem Stand zu behandeln	Eigene Vorstellungen vom Funktionieren eines Stands	14	
Beim Abschlussbericht, den mein Arzt vorige Woche bekam, also nach 3 Wochen, da steht drin, der Patient bittet um Bedenkzeit und das ist gar nicht wahr. Gar keine Bedenkzeit,	Abschlussbericht stellt den Sachverhalt –nach Ansicht des Patienten- nicht ganz richtig dar. Er wollte gar keine Bedenkzeit haben.	Unwahrheit oder Schönmalerei im Arztbericht?!	12	

<p>der nannte mir noch 2 Ärzte, und zwar seinen Vorgänger, der jetzt Professor am Elisabeth-Krankenhaus in Essen ist, Herr Dr. Kniemeier. Der könnte mir vielleicht etwas mehr darüber sagen über ne Gesamtoperation oder einen Professor in Frankfurt. Der könnte über Stands mehr sagen. Ich muss sagen, ich seh Beides als unsinnig an</p>	<p>Patient wird an weitere „Größen“ auf dem Gebiet verwiesen, die sich mit dem „Stand“ oder einer „Gesamtoperation“ gut auskennen. Er findet es unsinnig, sich dort vorzustellen.</p>	<p>Patient erwartet von „besseren“ Ärzten keine „bessere“ Lösung</p>	12	
<p>Ne Gesamtoperation, wenn er sich nicht ran traut, dass heißt, es ist ein sehr hohes Risiko und es mag vielleicht etwas makaber klingen, aber der Tod durch Platzen eines Aneurysmas ist ein gnädiger Tod Wenn das repariert wird, wer weiß, wie ich dann leiden müsste. Ich kenn so viele die sehr, sehr leiden und das zu vermeiden will ich lieber das Aneurysma halten, man lebt sowieso mit Risiko</p>	<p>Vermutet, dass das OP-Risiko sehr hoch ist und möchte nicht an möglichen Schäden leiden müssen. Dann lieber am Platzen des Aneurysmas sterben. Möchte Leiden auf jeden Fall vermeiden.</p>	<p>Lieber schneller Tod, als langes Leiden durch Operationsschäden</p>	1	8
<p>Ich sag immer, das ist meine Ausdrucksweise, sobald man geboren ist, gibt es so viele Möglichkeiten zu sterben. Die wenigsten nimmt man wahr</p>	<p>Patient witzelt über das Sterben</p>	<p>Lebensweisheit</p>	7	11

11.2.23 Patient 23

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Hauptkategorie	Alternative HK
Im Moment wusste ich damit überhaupt nichts anzufangen und mein Hausarzt hat dann gleich gesagt, dass ist eine Veränderung der Aorta, hat's mir aufgezeichnet auch so ein bisschen kurz skizziert und erst, wenn es größere Dimensionen annimmt, ist an eine Operation zu denken. Im Moment überhaupt kein Denken dran, so dass ich eigentlich relativ beruhigt nach Hause ging, mir da keine großen Gedanken mehr drüber gemacht habe	Hauarzt skizziert die Erweiterung der Aorta, sprach von OP erst bei „größeren Dimensionen“, z.Zt. noch zu klein, deshalb keine Gedanken gemacht	Krankheit als unbedenklicher Defekt	1	12
Später erst, ein oder zwei Jahre später, hat mich mein Hausarzt zu einer Computertomographie geschickt, und die Ärztin, die das gemacht hat und die Bilder ausgewertet hat und mir auch gezeigt hat und erklärt hat, die sagte, leben Sie ruhig so weiter wie bisher, vermeiden Sie schweres Heben. Das war eigentlich alle und ich leb damit, ich denk da überhaupt nicht dran. Nur, wenn ich mal wie von Ihnen jetzt angesprochen werde, dann kommt mir das wieder in den Sinn	Bei späterer Kontrolle wieder Beruhigung durch die Ärztin. Empfehlung so weiter zu leben, wie bisher. Deshalb kein Gedanke an die Erkrankung, es sei denn jemand spricht ihn darauf an	Beruhigung durch Kontrolle Kein Gedanke an den Befund	4	3,12
Ich lebe ganz normal weiter und mach mir keine allzu großen Gedanken. Ich ertraue darauf, wenn es soweit ist, dass mir mein Arzt sagt, so jetzt sollten Sie sich mal um einen Operationstermin kümmern, dann werde ich das tun.	Keine Umstellung des Lebens, Vermeidung schweren Hebens	Keine Beeinträchtigung im Alltag	5	12
Keine besondere, keine beängstigende. Ich weiß, dass ich es habe, dass es alle halbe Jahre kontrolliert wird. Und wenn es soweit ist, muss eben das Messer ran oder ähnliches.	Patient ist nicht beängstigt, geht regelmäßig zur Kontrolle, ist aber auch zu OP bereit, wenn es sein muss	Durch Kontrolle beherrschbar, OP wenn nötig	5	
Ich habe vor gut 1 ½ Jahren einen Vortrag hier im Klinikum von dem leitenden Arzt einen Vortrag speziell über diese Erweiterung der Aorta gehört und hab ihn, diesen Professor extra noch mal angesprochen und der hat auch gesagt, leben Sie so weiter wie bisher. Also, auch da ein nichts was mich,	Patient hörte sich Vortrag über das Aneurysma an und sprach den Professor auf seine Erkrankung an. Dies löste bei ihm keine Ängste aus.	Beruhigung durch Anhören eines Vortrages über Aneurysmen	1	12

was bei mir Ängste oder ähnliches hätte auslösen können.				
Und natürlich waren da ne ganze Reihe, der Saal war voll von Patienten, die die Operation schon hinter sich hatten oder diese eben noch evtl. vor sich hatten. Und die machten mir eigentlich alle keinen ängstlichen Eindruck	Den Vortrag hörten sich viele Aneurysma-Patienten an, etliche hatten die OP schon hinter sich, anderen stand sie bevor. Keiner wirkte ängstlich.	Beruhigung durch Kennenlernen anderer Aneurysma-Patienten.	1	

11.2.24 Patient 24

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt-kategorie	Alternative HK
Ja, als ich den Befund erfuhr, das war nach einer Untersuchung in Wuppertal, da ist es mir insofern schlecht ergangen, als ich zusätzlich erfuhr, dass ich zwei Aneurysmen habe und zwei Bypass-Operationen an den Beinen gemacht haben musste, die vordringlich waren. Damals hieß es, dass an der Aorta – wie heißt die Abdorminalis? Eine grenzwertige Erweiterung im mittleren Abschnitt etwas 5 cm groß sei Und wir haben mal erst diese Bauchorten, dieses Bauchortenproblem verdrängt und uns dann ganz konzentriert auf die Gefäßchirurgie der Beine, die Bypass-Möglichkeiten ergaben	Gleichzeitigkeit von Aneurysma und pAVK mit notwendiger Bypass-OP, deshalb Verdrängung des Problems Bauchortenaneurysma, damals 5 cm. Konzentration auf Gefäßchirurgie der Beine	Durch Gleichzeitigkeit zweier Erstdiagnosen, Verdrängen des scheinbar weniger schlimmen Problems	7	
Nach der ersten Operation hat mich damals mein Arzt, mein Hausarzt, dann in die Radiologie hier nach Solingen geschickt, und zwar um noch einmal zu prüfen, was denn nun die, diese Bauchorta macht. Da kam das Ergebnis Ausschluss eines Aortenaneurysma. Also für mich als Leihe praktisch genau das Gegenteil von dem, was hier mit 5 cm, was hier auch schon so grenzwertig wurde, wie man mir sagte. War genau das Gegenteil hier Ergebnis. Das hab ich also auch hier. Ja.	Nach 1. Bein OP Überprüfen der Aorta in der Radiologie. Ergebnis: Ausschluss eines Bauchortenaneurysma, also das Gegenteil der vorherigen Untersuchung	Verwirrung durch gegenteilige Befunde innerhalb eines Jahres	12	

<p>Ja, gut, dann mach ich das weiter. Ja, dann hatte ich – dummerweise kriegte ich jetzt eine größere, weitere Operation nämlich eine Gallenoperation bei dem gleichen Arzt, nach der, nach dem ersten, nach der ersten Bypass-Operation des linken Beines. Einen Monat später, kurz vor Sylvester bekam ich also Gallenprobleme und die Werte waren sehr schlecht und dann war ich erst drei Wochen in der Inneren hier in Solingen im Klinikum und wurde dann anschließend operiert und bekam dann eine Umsteigegalle, also hatte eine Umsteigegalle in der Operation mit einem ziemlich großen Bauchschnitt. Und als ich entlassen werden sollte nach zwei Wochen, da hatte sich das entzündet. Ich stand unter der Dusche und fasste meinen Bauch an und da spritzte dass nur so raus. Ja und dann wird das alles wieder erweitert, die Wunde und dann hab ich noch zwei Wochen gelegen und bin dann also mit einer offenen Wunde entlassen worden. So und jetzt hab ich also, dazu kommt jetzt , wie Sie sehen können, das ist die Wunde. Jetzt hab ich also einen sehr großen Narbenbruch, der sich inzwischen entwickelt hat. Wo ist also jetzt als nächstes operiert werden müsste, sollte. Wie man mir empfiehlt, ob das stimmt, weiß ich noch nicht. Ob ich es machen lass, weiß ich auch noch nicht. Ja, danach kam dann die dritte Operation des Beines. Danach hatte ich auch noch ne Kniegeschichte, eine Knieoperation. Und vor dieser dritten Operation war ich dann in der St. Lucas-Klinik bei dem Herrn Dr. Kuckuck, zur Vorbereitung auf die Operation</p>	<p>Patient berichtet von zahlreichen Voroperationen, Galle, Bein, Wundrevision bei Komplikationen, jetzt Narbenbruch</p>	<p>Erzählung seiner komplikationsreichen Krankengeschichte</p>	<p>11</p>	
<p>Und da steht dann, hier die Aorta abdominalis zeigt infrarenal in Höhe des zweiten LWK , dass heißt Lendenwirbelkörper, ca. einen Wirbelkörperhöhe unterhalb der Abgänge der selber unauffällig abgrenzbaren Nierenarterien eine umschriebene etwas exzentrische spindelförmige Aufweitung im Sinne eines beginnenden Aneurysmas bei sonst leicht welliger Randkontur ist das Gefäßlumen ausreichend, die Aortenbiforkation ist erhalten. So, dass war also, jetzt hieß es also doch, dass da etwas beginnt</p>	<p>Patient zitiert den CT-Befund aus dem Arztbericht, in dem nur von einem beginnenden Aneurysma die Rede ist</p>	<p>Zitat des Arztbriefes</p>	<p>1</p>	

<p>Aber von der Größe war da auch keine Rede. Gut, danach bin ich dann operiert worden, dass war also im November 98. Und im Dezember 98 nach der Operation Entlassung und da weist der Doktor Ritschel, hier von der Gefäßchirurgie vom Klinikum Solingen darauf hin, die farbdopplersonographische Untersuchung des Abdomens ergab eine sakiforme (?) Erweiterung der infrarenalen Aorta auf 3 cm. Und dann schreibt der hier bei einer Größenzunahme sollte Herr Höfer frühzeitig in einem entsprechenden Zentrum mit der Fragestellung eines Aortenstanding (?) vorgestellt</p>	<p>Im Brief 11/98 keine Rede von der Größe des Aneurysma, ein Jahr später: Erweiterung auf 3 cm</p>	<p>Verwirrung durch scheinbare Differenz in 2 Arztbriefen im jährlichen Abstand</p>	<p>12</p>	
<p>Dann bin ich da gewesen und hab mich da mal vorgestellt und die haben dann auch eine Untersuchung, so ne Doppleruntersuchung, Farbdoppleruntersuchung gemacht und mit dem Befund, dass ich auf gar keinen Fall eine Standoperation oder wie man das nennt, durchführen lassen sollte. Man habe da verhältnismäßig schlechte Erfahrungen mit gemacht. Und im übrigen wären das auch nur 3 cm und das wäre also kein Problem, ich müsste das beobachten</p>	<p>Empfehlung Spezialisten aufzusuchen, dort Abraten der Stendoperation wegen schlechter Erfahrungen und zu geringer Größe</p>	<p>Vorstellung im Gefäßchirurgische Zentrum: Abraten einer Stendimplantation Durch Kontrolle beherrschbar</p>	<p>5</p>	<p>1,3,4</p>
<p>3 cm soll also kein großes Problem gewesen sein und da zwischendurch hab ich mir das auch immer mal wieder untersuchen lassen und zuletzt hier am 10.11.00, und zwar in dieser Gemeinschaftspraxis der Angiologen Dr. Kochen und Zensis hier in Solingen</p>	<p>Pat. geht regelmäßig zur Kontrolle</p>	<p>Durch Kontrollen beherrschbar</p>	<p>4</p>	<p>3</p>
<p>Also, als ich in den Gefäßklinik lag mit der zweiten Beinoperation, da war ein Mann neben mir, der auf meinem Zimmer, der hatte so eine Operation hinter sich, und dass sah gar nicht so gut aus nicht, der hatte starke Blutungen und was nicht alle</p>	<p>Bettnachbar im Krankenhaus hatte nach Aneurysam-OP starke Blutung</p>	<p>Angst vor der Operation aufgrund negativer Beispiele</p>	<p>9</p>	<p>14</p>
<p>Und da muss ich noch dazu sagen, meine Mutter die ist, die ist mit 75 Jahren an der gleichen Geschichte operiert worden in Pforzheim von einem Professor XY, also der hatte da einen guten Namen in dieser Klinik und das war auch eine sehr schwere Operation und sie ist ein halbes Jahr drauf auch verstorben Wobei sie wohl auch leichte Herzprobleme hatte, aber vielleicht hing das alles zusammen, das weiß ich nicht</p>	<p>Mutter starb ein halbes Jahr nach Aneurysma-OP, allerdings auch Herzprobleme</p>	<p>Tod der Mutter fraglich durch Aneurysma</p>	<p>1</p>	

<p>Ich versuch das einfach zu verdrängen, zumal das ja nicht so, oder zumal man mir gesagt hatte nun gut, so in dem jetzigen Zustand ist das kein Problem. Nur wenn man es jetzt, wenn es jetzt erweitern würde, würde ich mir mehr Gedanken drum machen</p>	<p>Pat. versucht den Befund zu verdrängen, was ihm auch gelingt, da das Aneurysma noch klein genug ist. Bei Erweiterung wäre es schwieriger</p>	<p>Verdrängung des Befundes gelingt</p>	<p>7</p>	<p>1</p>
<p>Ja, ein bisschen schon. Klar, wenn man das ja kennt und ich werde in zwei Monaten werde ich 70 Jahre, was ich überhaupt nicht glaube selbst. Man fühlt sich ja immer jünger als man ist und ja, denkt man schon, was... Hier im Haus wohnt der Bürgermeister Kurzrock, der ist die Tage verstorben mit 59 Jahren. Der hatte auch am Herzen was, was da sonst noch auch mit Bypass und so. Also mir macht das insofern ein bisschen Angst, weil, weil ich ja irgendwie mit den Arterien, da was habe. Durch die Operationen weiß ich das ja ne</p>	<p>Der Befund macht dem Patienten Angst. Durch den bevorstehenden 70.Geburtstag wird ihm sein Alter bewusst. Beunruhigung durch den plötzlichen Tod des 10 Jahre jüngeren Bürgermeisters, der auch Herzprobleme hatte</p>	<p>Krankheit als Indiz für das Altwerden Krankheit und Alter machen Angst</p>	<p>9</p>	
<p>Zum Glück, ich hab also auch mehrere Untersuchungen hier bei dem Herzspezialisten in Solingen. Also das Herz ist wohl bei mir einigermaßen gesund. Und ich habe jetzt öfter Herzstolpern gehabt und, da sind aber keine Befunde nachgekommen, also keine negativen Befunde</p>	<p>Pat. war öfter beim Herzspezialisten, trotz häufigeren Herzstolperns, gab es keine negativen Befunde</p>	<p>Subjektive Herzbeschwerden, objektiv alles o.B.</p>	<p>10</p>	

11.2.25 Patient 25

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt-kategorie	Alternative HK
Erst mal aufgeregt, nervös. Denk schon, jede Minute muss es platzen. Steh ich da. Ja, dass war das. Paar Nächte nicht geschlafen. Ist sowieso meine Krankheit, Nervosität bis zum höchsten Grad. Was noch? Hab gedacht, was sie da hat. Haben wir zusammen gesessen, also operieren lass ich mich nicht mehr. Ich hab schon so viel mitgemacht. Lass kommen was will, dass war die Reaktion	Bei Erstdiagnose sehr aufgeregt und nervös, konnte nachts nicht schlafen. Patientin neigt sowieso zur Nervosität. Sie will sich nicht operieren lassen, da sie schon einiges „mitgemacht“ hat.	Bei Erstdiagnose große Aufregung, Ablehnung einer Operation	9	12
Durch Zufall hat se, nicht die Ärztin, ein anderer Arzt, ob ich das wüsste, dass ich eine Erweiterung da hätte. Die haben dann ja auch Fremdwörter ne. Und dann hat er es mir auch gezeigt. Ja, und das war's. So und dann finden Sie sich damit ab	Für Patientin fremder Arzt stellte die Diagnose, zeigte ihr den Befund, Fremdwörter wurden genannt. Soll sich damit abfinden	„Knallharte“ Konfrontation mit der Diagnose Alleingelassenwerden mit der Bewältigung,	12	
Nein, ich denke nicht so oft an den Befund. Jetzt läuft das, ist ja schon ein paar Jahre her. Ne, na ja. Na, jetzt nicht mehr. Das war bloß die erste Zeit, bis dass ich alles geregelt hatte oben drin	Keine häufige Beschäftigung mit dem Befund, da nun schon Jahre seit Erstdiagnose vergangen.	Zeit als „Heilmittel“	5	
Was soll ich sagen? Ich hab mich damit abgefunden, da ist irgend etwas und da muss ich mit leben. Und wenn es so weit ist, dann ist es geschehen	Patientin hat sich mit der Krankheit abgefunden, kann damit leben.	Gelungene Bewältigung	5	11
Ja, Wenn ich da ist, sagt sie, hat sich nicht also ist nicht größer geworden. Es ist immer noch so, wie es war. Dann bin ich zufrieden ((lacht)). Und so ist das. Wenn Sie älter werden, werden sie ruhiger mit Krankheiten. Eines Tages es kommt und es geht. Die Stunde kommt, die Stunde naht	Patientin wird durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen beruhigt, da das Aneurysma nicht größer geworden ist. Ist auch durch das Alter ruhiger geworden, weiß, dass sie irgendwann sterben muss.	Beruhigung durch Kontrolle Gelassenheit durch höheres Alter Spricht verschlüsselt über den Tod	11	

11.2.26 Patient 26

Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion	Haupt- kategorie	Alternative HK
Ich kann Ihnen höchstens erzählen, wie ich überhaupt dazu gekommen bin, mich untersuchen zu lassen. Ich hatte unklare Bauchbeschwerden, die immer wieder auftraten. Und im Rahmen der Untersuchung hat man dann ein Aortenaneurysma festgestellt vor ungefähr 2 ½ Jahren. Diese Bauchbeschwerden /eh/ sind verschwunden und ich hab praktisch am Bauch überhaupt keine Beschwerden mehr.	Diagnosestellung vor 2,5 Jahren aufgrund unklarer Bauchbeschwerden. Diese sind nun aber verschwunden	Erkrankung als unbedenklicher Defekt	13	7
Es ist inzwischen auf von 4 Zentimeter auf ungefähr 4,2 Zentimeter gewachsen und wie ich hörte, operiert man erst von einem Durchmesser von 5 Zentimetern	Aneurysma mittlerer Größe ist bisher ein wenig gewachsen, aber von einer Operation ist der Pat. noch entfernt	Wissen um genaue Größe seines Aneurysmas und OP-Indikation	1	
Vor über 10 Jahren oder 12 Jahren hab ich ein Aortenaneurysma durch Tasten der Bauchorgane bei meiner Schwiegermutter festgestellt. Die dann gleich operiert wurde	Hat als Arzt selbst ein Bauchaortenaneurysma bei seiner Schwiegermutter entdeckt, die erfolgreich operiert wurde	Doppelrolle: Als Arzt selbst Aneurysma entdeckt, nun selber Patient mit der Erkrankung	8	
Ein Kollege, mit dem ich vor 63 Jahren, das Abitur gemacht hatte, der bekam 1968 auch ein Aortenaneurysma, war beim internistischen Chefarzt hier in Behandlung, damals konnte man operativ noch gar nichts tun. Vor seinem Tode wurde er noch hier und da hingeschickt, um ihn psychisch zu beruhigen. Er ist dann sehr schnell gestorben. Also damals konnte man noch gar nichts machen, wenigstens hier nicht und Gott sei Dank ist die Medizin soweit fortgeschritten, dass man da wohl nicht zu große Angst haben braucht, wenn einem die Diagnose gesagt wird	Alter Kollege von ihm hatte vor über 30 Jahren ein Aneurysma. Da man damals noch nicht operieren konnte, versuchte man nur ihn zu beruhigen. Doch er starb dann sehr schnell. Heute ist das zum Glück anders	Fortschritt der Medizin kommt ihm persönlich zugute. Angst heute nicht mehr nötig	1	
Nö, ich denke kaum an den Befund, höchstens wenn ich mal wieder in jährlichem Abstand lass ich noch mal eine entsprechende Untersuchung durchführen	Kaum Gedanken an den Befund, geht jährlich zur Kontrolle	Erinnerung an den Befund nur bei Kontrolluntersuchung	4	11

Nö, der Befund macht mir keine Angst höchsten, dass ich älter geworden bin. Das (..)alter. Mit 65 Jahren hab ich die Praxis übergeben, inzwischen bin ich 80. Jo An sich nicht. Höchstens das zunehmende Alter insgesamt. Angst nicht, aber es belastet	Nicht der Befund an sich , sondern das zunehmende Alter macht dem Patienten zu schaffen.	Alter beängstigt mehr als die Erkrankung	8	
Ja., dass man sein Schicksal tragen muss. Mit 80 Jahren hat man schon allerhand erlebt, den Krieg mitgemacht und Schicksalsschläge in der Familie, da gewöhnt man sich dran. Obwohl, es bleibt einem ja nichts anderes übrig, als sich dran zu gewöhnen	Pat. hat in seinem Leben schon viel Schlimmes erlebt, Krieg, Schicksalsschläge in der Familie. Musste sich daran gewöhnen.	Lebensmotto: man muss sein Schicksal tragen	11	

11.3 Briefe an die Hausärzte

11.3.1 1. Brief

Betr.: Studie über Bauchortenaneurysmen

Sehr geehrte Frau Dr. «Name»,

unsere Doktorandin, Frau Langenberg, beschäftigt sich im Rahmen einer Promotion bei mir mit Patienten, die ein Bauchortenaneurysma (BAA) haben. Sie soll insgesamt 60 Patienten befragen, bei denen entweder (noch) keine Operationsindikation besteht oder die eine Operation abgelehnt haben. Dabei spielt der Zeitpunkt der Diagnosestellung keine Rolle.

Dazu möchten wir Sie um Ihre Hilfe bitten. Um Ihnen Überlegungen zur Frage der Zustimmung zu erleichtern, möchte ich kurz schildern, was Ihre Aufgabe in diesem Projekt wäre:

- a) Per PC heraussuchen lassen, welcher Ihrer Patienten die Diagnose „BAA, Aneurysma (der Bauchorta)“ hat
- b) Name und Anschrift der Pat., nach deren Zustimmung, an Frau Langenberg weitergeben, damit sie den Pat. einen Fragebogen (Dauer 10 Min.) zusenden kann
- c) Sie hätten selbst einen kurzen Fragebogen (Dauer 2 Min.) für jeden dieser Patienten auszufüllen
- d) Sie hätten einen kurzen Fragebogen zu Ihrem generellen diagnostischen Umgang mit BAA zu beantworten (Dauer 3 Min.)

Ihre Bemühungen werden pro Patient mit 10,- DM vergütet.

Sollten sich auf Ihrer Seite noch Fragen ergeben, stehe ich Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung. Frau Langenberg (Tel. 0212-809264) wird sich erlauben, Sie in den nächsten Tagen kurz anzurufen, um zu erfahren, ob Sie sich eine Unterstützung unseres Projektes vorstellen können.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. H.-H. Abholz

11.3.2 2. Brief an die Hausärzte

Betr.: Studie über Bauchortenaneurysmen

Sehr geehrte Frau Dr. «Name»,

Anfang Mai erhielten Sie Post von Prof. Abholz. Er hatte Sie darum gebeten, Patienten, die ein nicht-operiertes Bauchortenaneurysma (BAA) haben, für eine Befragung zu gewinnen. Dabei handelt es sich um eine Arbeit, in der herausgefunden werden soll, wie Patienten mit einem solchen Befund, der ja für sie auch als Bedrohung erlebt werden könnte, umgehen. Ich – Ärztin in Weiterbildung zur Allgemeinärztin – sitze an dieser Arbeit. Leider habe ich nicht genügend Patienten von den Ärzten genannt bekommen, so dass das Zustandekommen der Arbeit ernsthaft gefährdet ist.

Daher meine nochmalige Bitte: Können Sie mir bitte alle Patienten mit dieser Diagnose nicht doch noch nennen, wenn ich Sie am 18.7. anrufe. Ich würde dann zu einem etwa 10-minütigen Gespräch mit den Patienten Kontakt aufnehmen. Wichtig ist aber, dass Sie alle Patienten, die Sie mit der Diagnose haben, mir benennen, damit es keine verzerrende Auswahl gibt. Wenn Sie einen PC haben, lassen sich diese Patienten einfach finden, wenn Sie folgendes eingeben: „Suche – Kombination von ICD, Diagnosen etc – Liste – Neue Liste – Diagnose / Befund oder d / b, dort eingeben: Aortenaneurysma / Bauchortenaneurysma / J.71“.

Für jeden Patienten müssten auch Sie 6 kurze Fragen beantworten; als Aufwandsentschädigung erhalten Sie pro Patient 10,- DM.

Sollten Sie noch Fragen haben, stehe ich Ihnen unter der Telefon-Nr. 0212-809264 gerne zur Verfügung. Ich hoffe auf Ihre Unterstützung und danke Ihnen m Voraus recht herzlich!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Debora Langenberg

ZUSAMMENFASSUNG

EINLEITUNG: Das Bauchaortenaneurysma ist eine lebensgefährliche, Erkrankung, die leicht sonographisch zu entdecken ist. Aufgrund mehrerer Studien weiß man, dass bei Weiten über 5,5 cm die operative Sterblichkeit niedriger ist, als das Risiko, am Aneurysma zu versterben. Die Früherkennung des Aneurysmas hat aber nicht nur Vorteile, es bedeutet auch, dass die Mehrheit mit erkannten Aneurysma über Jahre - sonographisch kontrolliert - mit "der Bombe im Bauch" leben muss.

METHODE:

- 3) *Quantitative Befragung:* Es wurden 32 zufällig gewonnene Ärzte und deren 61 Patienten (Altersbandbreite: 45-86 J., durchschnittlich 71 J.) mit kontrollbedürftigen BAA mit jeweils einem Fragebogen zum Fall befragt.
- 4) *Qualitative Befragung:* Eine Stichprobe von 26 dieser Patienten wurde in qualitativen Interviews, d.h. mit offenen Fragen zum Umgang mit dem BAA befragt.

ERGEBNISSE: Bauchaortenaneurysmen werden in der Regel im Rahmen von anderer Abklärungsdiagnostik, also zufällig, entdeckt. Die Beunruhigung durch den Befund ist geringer als (nach der Literatur) erwartet und nimmt im Lauf der Zeit im Allgemeinen ab. Aus der Retrospektion machte die Diagnose keine nennenswerte Angst (in einer 5- Skala, median: 2,6), die zudem zum Jetztzeitpunkt auf einen Wert von 1,9 vermindert angesehen wurde. Ärzte sehen diese Angst für ihre konkreten Patienten sogar stärker ausgeprägt, als diese selbst. Ein positives Arzt-Patienten-Verhältnis scheint für die Patienten eine wichtige Rolle zu spielen. In den Interviews lassen sich als Umgangsstrategien mit dem Befund identifizieren: Hoffnung/Optimismus - Kontrolle gleich Sicherheit - Änderungen von Lebensstil/ vermutete Risiken - Relativierung zu anderen Lebensereignissen oder Personen. Die Hausärzte befürworten ein Screening.

SCHLUSSFOLGERUNGEN: Die psychische Belastung erscheint nicht sehr ausgeprägt, zudem kurzfristig zu sein, und sie ist durch entsprechende Umgangsformen beherrschbar. Gegen ein generelles Screening auf Bauchaortenaneurysma ist daher nichts einzuwenden.

Danksagung

Für die Überlassung des Themas danke ich **Herrn Prof. Abholz**, der mich während der ganzen Zeit hervorragend betreut hat, immer für mich zu sprechen war und durch seine Unterstützung zur schnellen Fertigstellung der Arbeit beigetragen hat.

Danken möchte ich auch allen, die mir beim Übersetzen der unglaublich vielen englischen Artikel geholfen haben: Ohne sie wäre ich verzweifelt!

Helen, die sich als Muttersprachlerin, in ihrer kleinen gemütlichen Küche bei einer Tasse (echt englischem) Tee stundenlang Zeit für mich nahm..

Daniel, der mit mir bis zum dunkel werden auf der Terrasse über den Artikel saß, bis seine Freundin schon fast ungeduldig wurde...

Christine und Michael, die sich am Baggersee zwischen ein paar Runden Wasserskilaufen immer wieder meiner geringen Englischkenntnisse erbarmten und gemeinsam nach vernünftigen Übersetzungen suchten...

Ulrich, der mir zu seiner Entlastung erst einmal das große Langenscheidt Wörterbuch zum Geburtstag schenkte...

Weiterhin bedanke ich mich bei meinen **Eltern**, deren Computer ich in *jeder* Mittagspause nutzen durfte.

Außerdem gilt mein Dank meiner jüngsten Schwester **Judith**, deren Computer ich in Notzeiten (wenn unserer mal wieder abstürzte) auch jederzeit bis tief in die Nacht benutzen durfte.

Bei meinem besten Freund und liebsten Mann, **Ulrich**, bedanke ich mich nicht nur für die vielen technischen Tricks am Computer (z.B. wie „Excel“ funktioniert, Diagramme gezeichnet werden usw.), sondern vor allem für seine seelische Unterstützung, seine Ermutigung und seinen Trost, wenn mal wieder irgendetwas schief ging...

Mein besonderer Dank gilt **Gott**, der uns diese kleine Kinderüberraschung, namens **Lisa-Madita** geschenkt hat, ohne die ich weder die Idee noch die Zeit gehabt hätte, jemals noch eine Dr.-Arbeit zu schreiben ...