

Neue Anforderungen an die kommunikative Kompetenz des Arztes

Peter KÖLTRINGER

ZUSAMMENFASSUNG:

Die Medizin der heutigen Zeit ist von vielen Faktoren geprägt, die mit der eigentlichen Versorgung des kranken Menschen nur mehr marginal zu tun hat: Organisation, Verwaltung, Controlling und Apparatemedizin sind die neuen Schlagworte und haben alle ihre Berechtigung. Wesentlich erscheint dabei jedoch, das Anforderungsprofil an den Arzt zu überdenken, welches auf einen Patienten unseres Jahrhundert zugeschnitten sein muss. Dabei geht es nicht nur um die bestmögliche medizinische Betreuung, sondern vor allem auch um die Vermittlung von verständlichem Wissen und der Fähigkeit, ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten und auch seinen Angehörigen aufzubauen.

Schlüsselwörter: Patientenbetreuung, Angehörigenbetreuung, Aufklärung

ABSTRACT:

Nowadays medicine is defined by various factors, staying widely away from patients' care: organisation, administration, controlling as well as technical medicine are the new catchwords and each of them has its own importance. But it is also necessary to overthink the skill's profile of medical doctors: Not only the best medical care in its technical sense can be the term of measurement but the ability of communication with patients and their relatives to build up a stable atmosphere of understanding and trust as a basic element for treatment.

Keywords: patients' care, relations' care, health education

Anschrift des Autors: Univ.Prof.Dr. Peter KÖLTRINGER, Abteilung für Neurologie und Psychiatrie,
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg
Bergstraße 27, A - 8021 Graz

Analyse und Anforderungsprofil unserer Zeit

Das Anforderungsprofil, welches Ärzte in der heutigen Zeit haben, wurde durch die Struktur der medizinischen Versorgung immer stärker in den Bereich der Organisation und der Verwaltung verschoben: Immer mehr Aufgaben verlagern sich in Bereiche, die mit der eigentlichen Tätigkeit am Patienten nur indirekt zu tun haben: Hier sind die Dokumentationsflut – dies nicht nur aus Haftungsgründen – die medizinische Apparatemedizin in ihren gesamten positiven und negativen Auswirkungen oder aber auch der Verrechnungsmodus über einen Sozialversicherungsträger, der den Patienten zu einem mehrstelligen ICD-Code mit Geburtsdatum degradiert, ebenso beispielhaft anzuführen, wie die offiziell als „leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF) bezeichnete Kategorisierung von Patienten. Eine Kategorisierung, die dem Rechenstift gehorcht und dabei – ökonomisch gesehen – zwischen guten (jenen, deren Verweildauer kurz genug ist) und schlechten Patienten (das sind all jene, die aufgrund der Verweildauer, der nicht vollständig ergründbaren Diagnose oder aber auch ihrer Therapieresistenz als finanziell unlukrativ erscheinen) unterscheidet.

Im Rahmen der Ausbildung zum Dr.med. nehmen solche Überlegungen bis zur Promotion wenig Raum ein. Spätestens im Rahmen der Turnus- bzw. Facharztausbildung wird man jedoch von der Wirklichkeit des Systems eingeholt. Diese Realität ist von Überlegungen gekennzeichnet, die im Sinne einer Betreuung und Behandlung von Patienten außerhalb der Medizin stehen. Nicht selten wird dabei Diagnostik und Therapie per se wichtig oder der Fall als solcher interessant: Wenn dies Hand in Hand mit der Person und dem eigentlichen Interesse für den Patienten geht, ist dagegen auch wenig einzuwenden. Anders ist dies jedoch, wenn sich hier eine Eigendynamik entwickelt:

Dann hat nicht der Patient eine Diagnose und eine Therapie, sondern „da gibt es eine tolle Diagnose und da kann man eine neue Therapie erproben, die äußerst interessant und vielleicht auch publikabel erscheint – und – übrigens ist es der Patient XY.....“. Hier wird der Mensch zum Objekt und die medizinische Betreuung dadurch auch unpersönlich, am Menschen uninteressiert und damit unmenschlich.

Ziel der vorliegenden Ausführungen soll es sein, dieser Entpersonalisierung in der Patientenbetreuung entgegenzuwirken. Es steht dabei außer Zweifel, dass dies nicht durch einige Seiten beschriebenes Papier möglich ist, es sollte aber möglich sein, durch eben diese beschriebenen Seiten zu sensibilisieren und aufzurütteln. Damit kann man auch der Gefahr der Abstumpfung in der täglichen Routine, die zwangsläufig im krassen Gegensatz zum ärztlichen Auftrag steht, entgegenzutreten.

Einige analytische Überlegungen sind hier als Basis anzuführen, analytische Gedanken, die den Ist-Zustand unseres Systems wertfrei festhalten:

1. Jede menschliche Gesellschaft hat die Verantwortung, für ihre Mitglieder auch im Krankheitsfall Sorge zu tragen. Dazu gehört auch ein gewisser Qualitätsstandard. Um diesen zu erreichen, sind einerseits die notwendigen technischen, andererseits aber auch die notwendigen menschlichen Voraussetzungen zu schaffen.

2. Der Begriff „Gesundheit“ hat in den letzten Jahrzehnten in der Bevölkerung einen – wenn auch manchmal fast unbemerkten – Wandel erfahren: Waren es zuerst hauptsächlich die Formen der körperlichen Krankheit oder des körperlichen Gebrechens, welche eingestanden wurden und daher auch zu behandeln waren, so kam im Laufe der Zeit auch die geistige Symptomatik im Sinne einer „psychischen Alteration“ hinzu. Dieser Aspekt war jenen Ärzten, die den Menschen ganzheitlich gesehen haben, schon immer klar, doch das Bewusstsein dafür ist erst in neuerer Zeit wieder

allgemein hervorgetreten. Sicherlich steht das auch im direkten Zusammenhang mit dem Phänomen, dass das „sich psychisch nicht Wohlfühlen“ sehr lange mit „Verrückt sein“ und „Geisteskrankheit“ gleichgesetzt wurde.

3. Der Arzt war bis in unsere Zeit herauf eine Person, welche bedingt durch die Funktion bereits zur Persönlichkeit wurde. Ihr brachte man das Vertrauen entgegen, für einen Patienten alles bestmöglich zu tun. Heute wird der Arzt nicht mehr durch seine Funktion automatisch akzeptiert und vertrauensvoll angenommen, sondern er muss sich erst als Persönlichkeit „beweisen“.

4. Die Menschheit unserer Zeit kann den Begriff „Schicksal“ nicht mehr so akzeptieren, wie dies früher üblich war: Die Abnahme des Hierarchiedenkes, wer im Prinzip auch von der Monarchie zur Demokratie geführt hat, bedeutet gleichzeitig auch einen Abschied von dem ehemals einfachen Hinnehmen und Akzeptieren von Veränderungen, Meinungen und Einstellungen. Dabei wird nun aber auch das einfache Hinnehmen und Akzeptieren von Krankheit, von Komplikationen oder aber auch von Behandlungsfehlern als schicksalshafter Bestandteil des Lebens nicht mehr einfach angenommen, sondern man begehrt dagegen auf. Es gibt zwar noch den Begriff Schicksal, doch man kann gegen das Schicksal sehr viel tun und sich dagegen wehren.

5. Die Entwicklung der Rechtsprechung, bei der die Haftungsfragen und die Pflichten der Medizin verstärkt in den Mittelpunkt des Interesses gerückt wurden, haben den Abschied von der Unabänderlichkeit des Leidens und des Schicksals zusätzlich forciert.

6. Das Arzt-Patientenverhältnis hat sich durch die oben genannten Faktoren von einem hierarchischem „Mutter- bzw. Vater-Kind-Verhältnis“ zu einem gleichwertigen „Arztanbieter - Patientenkunden“ verschoben: Der „mündige Patient“ ist entstanden. Die Beziehung zwischen den beiden stellt nun nicht mehr von sich heraus ein Vertrauensverhältnis dar, son-

dern es handelt sich hier um ein Vertragsmodell, in dem die eine Seite die Nachfrage und die andere das Angebot darstellt. Bei unseren Überlegungen handelt es sich nun aber um eine Partnerschaft, welche die Basis für die Zusammenarbeit darstellt.

Diese sechs Analysepunkte sind Ausdruck einer veränderten Gesellschaftsordnung und eines veränderten Selbstbewusstseins: Nicht mehr die Masse ist bedeutsam, sondern jeder einzelne Mensch hat seine Meinung, seinen Standpunkt und seine Rechte, die er auch kennt und einfordert. Zwangsläufig ergeben sich daraus aber auch weitreichende Konsequenzen für die Kommunikation zwischen Patient und Arzt: Der Patient will und kann nicht mehr einfach eine Therapie und Diagnose zur Kenntnis nehmen, er kann Unerklärtes und Unverständliches nicht mehr einfach im Raum stehen lassen und darauf vertrauen, dass der Arzt schon weiß, was er tut. Hinzu kommt, dass zur Mündigkeit auch der Faktor einer gewissen Verunsicherung auftritt: Denn „man“ weiß, dass es immer wieder Kunstfehler gibt; „man“ weiß, dass die Ärzteschaft immer wieder unsicher ist und „man“ weiß auch, dass sich auch Kollegen untereinander gar nicht einig sind und dies manchmal auch klar artikulieren.

Die ehemals unumstrittene Arztpersönlichkeit wurde zum „normalen“ Menschen, der als Arzt tätig ist. Und Menschen sind fehlbar, sodass Fehlleistungen daher auch nicht mehr im Sinne eines unabwendbaren Schicksals gesehen werden können, sondern viel eher als Haftungsproblematik bei Gericht landen.

Im Rahmen des Medizinstudiums, aber auch im Rahmen der Ausbildung danach wird üblicherweise in erster Linie das Wissen um Diagnostik und Therapiekonzepte vermittelt, nicht aber der Umgang mit dem leidenden Menschen. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der behandelnde Arzt nicht mehr einfach unumstritten ist und man ihm blindlings vertraut, hat sich auch die Beziehung zwischen

Arzt und Patient geändert: Denn es geht nicht mehr darum, als Arzt einfach eine optimale Therapie anzustreben, sondern diese Therapie muss zuvor mit dem Patienten ebenso abgesprochen werden wie die Abläufe und Konsequenzen der vorgesehenen Untersuchungen.

Zweifelsohne war dies unter Berücksichtigung des moralischen Begriffes der Menschenwürde schon immer ein wichtiges Thema, doch die Arzt-Patientenbeziehung kam prinzipiell auch ohne diese Elemente aus: Denn man vertraute auf das Können und die Fähigkeiten des Arztes. Nun aber ist dies eine unumgängliche Notwendigkeit geworden. Dabei zeigen sich auch zwangsläufig die Defizite, welche der Arzt im Rahmen seines Studiums auf diesem Sektor hat: Es gibt bis heute im universitären Bereich keinerlei Ausbildung, die auf die Arzt-Patientenbeziehung wirklich sinnvoll bzw. ausreichend Bezug nimmt.

1. Patientenkontakt

Die erste Phase im Umgang mit dem kranken Menschen ist für die weitere Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient besonders wichtig.

Im Rahmen der nunmehrigen Anforderungen an die Arzt-Patientenbeziehung wird dabei jeder Mediziner zu einem mehr oder weniger guten Autodidakten in Sachen Patientenumgang. Wichtig ist hier vor allem auch die Fähigkeit zur Selbstkritik und Selbsteinschätzung: Denn es gilt, einerseits den Patienten möglichst rasch psychologisch richtig einzuschätzen, andererseits muss man sich auch selbst einschätzen: Man muss wissen, ob man selbst Beschwerden eher bagatellisiert und „wegsteckt“ oder ob man zur Überbewertung neigt. In Abhängigkeit vom jeweiligen Patienten muss man seinen Umgang darauf abstimmen: Wer selbst bagatellisiert, aber einen Patienten vor sich hat, der durch körperliche Symptome massiv beunruhigt ist, muss zwangsläufig anders auf diesen

Menschen eingehen wie jemand, der extrem feinfühlig ist und einen Patienten mit der symbolischen „Elefantenhaut“ vor sich hat. Wie wichtig dies für die Entwicklung einer Vertrauensbasis ist, soll hier anhand eines Beispiels erklärt werden:

Herr A.M. leidet seit einer Woche an massiven Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich. Die Symptome haben über Nacht begonnen und strahlen in den rechten Fuß aus. Jedesmal, wenn Herr A.M. husten muss, schießen die Schmerzen in den Fuss. Seit 3 Tagen kann er auch nicht mehr schlafen. Bei seiner Aufnahme im Krankenhaus ist er zornig, weil ihm alles zu langsam geht: Er schimpft fast ununterbrochen.

Herr A.M. ist ein völlig „normaler Patient“! Vielleicht würde ihn ein Psychiater bei der Aufnahme als „fordernd“ einstufen, vielleicht auch als aggressiv oder depressiv. All das stimmt mit dem klinischen Eindruck überein, doch dies ist vordergründig. Hintergründig ist, dass der Patient in seiner Schmerzsituation außerstande ist, mit sich selbst zurecht zu kommen. Dazu kommt noch, dass er aufgrund der starken Schmerzen nicht mehr schlafen konnte und daher zunehmend nervöser wurde. Er reagiert wie viele andere: Er wird zornig und wütend. Eigentlich ist er „nur“ unsicher und mit der Situation völlig überfordert.

Im Fall von Herrn A.M. ist Abklärung der Symptomatik und entsprechende Behandlung sicherlich erforderlich und wichtig, doch zuvor muss der Patient das Gefühl bekommen, dass er verstanden wurde, dass diese Botschaft des „Sich nicht Hinaussehens“ respektiert und im Kontakt mit ihm berücksichtigt wird, obwohl er das bewusst wahrscheinlich niemals zugeben würde.

Der notwendige erste Schritt ist hier wohl, dafür zu sorgen, dass er eine erste Linderung der Schmerzen erfährt: Dies kann unter Umständen bereits dadurch geschehen, dass man ihn nicht zur Erstuntersuchung ins Untersuchungszimmer kommen lässt, sondern zu ihm ans Bett geht. Vielleicht genügt es auch, ihm die Beine leicht anzuheben und im Falle der Schmerzab-

nahme einen entsprechenden Polster zu organisieren, bevor man ihn nach Kinderkrankheiten und Operationen fragt oder den Blutdruck misst.

An diesem Beispiel lässt sich auch eine prinzipielle Feststellung treffen: Krankheit ist zwar ein Gebrechen des Körpers oder aber auch der Psyche, der Patient erlebt aber eigentlich nicht die Krankheit in ihrer medizinischen Realität: Denn niemand spürt einen erhöhten Leberwert, man empfindet vielleicht den dumpfen Schmerz oder das Völlegefühl im Oberbauch, das einen „unwohl“ sein lässt. Kaum jemand fühlt den Krebs, er bemerkt aber die Schwäche, die sich entwickelt und die zur Besorgnis Anlass gibt. Wenige Leute fühlen die Depression mit dem Weinen, den Schlafstörungen und vielleicht den paranoiden Gedanken. Sie empfinden aber fast immer eine Form der Verzweiflung, der Angst vor der Zukunft, der Ratlosigkeit und der Unfähigkeit, damit fertig zu werden.

Das, was im Rahmen der Krankheit empfunden wird, ist die Emotion, welche die Krankheit dem Patienten vermittelt und nicht die medizinische Symptomatik. Dabei handelt es sich um ein sehr intimes Gefühl, über das man sprechen soll und das meist auch mit Angst verbunden ist. Jedes intime Gefühl bedeutet aber auch ein „etwas von sich hergeben“ gegenüber dem anderen, in diesem Falle also gegenüber dem Arzt.

Hinzu kommt, dass man üblicherweise im Laufe des Lebens gar nicht ausreichend gelernt hat, über Gefühle zu sprechen. So wird der erste positive Kontakt zwischen Patient und Arzt vor allem in einer beinahe nonverbalen Kommunikation ablaufen: Verständnis für die Krankheit kann glaubhaft nur sehr schwer in Worten vermittelt werden, es ist eher das, was man in einem Text als „zwischen den Zeilen stehend“ bezeichnen würde, was hier zur Vertrauensbasis führt.

2. Patientenaufklärung

Nach dem ersten Patientenkontakt muss die Ebene des Verstehens zwischen Arzt und Pati-

ent immer mehr und immer wieder aufs Neue aufgebaut, gefestigt und intensiviert werden. Dabei ist vor allem die Frage nach der Aufklärung über Diagnosen und Therapiekonzepte von besonderer Bedeutung.

Das, was im Rahmen des Studiums vermittelt wird, sind Anamnese, Symptome, klinische und diagnostische Befunde. Daraus resultiert in der Folge eine Diagnose, die sich heute in einen ICD-Code fassen lässt. Das, was der Patient in oben zitierter Weise empfindet, stellt hingegen eine emotionale Grundstimmung dar. Und diese ist weitab von jeder mathematischen Kategorisierung! Es gilt nun, die Brücke zwischen diesen beiden Gegensätzen im Rahmen der Aufklärung zu bilden und das ist schwierig, da „normale“ Lehrbücher für Ärzte und Studenten geschrieben sind und sich daher praktisch nie als Vorlage für eine Aufklärung wirklich eignen.

Die Problematik soll hier wiederum an einem Beispiel erklärt werden, das zusätzlich die besondere Thematik der Krebsdiagnose enthält. Die Rede ist von einer Frau, die wegen einer massiven Gewichtsabnahme ins Krankenhaus gekommen ist und bei der Brustkrebs in einem weit fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert wurde. An eine kausale Therapie ist in diesem Fall nicht mehr zu denken. Um die Einfihrbarkeit – und das ist wohl das wichtigste Kriterium für das Verständnis eines Patienten – zu erhöhen, ist dieses Beispiel in Tagebuchform gehalten, welche gleichzeitig auch etwas von den Gedanken der Frau wiedergibt:

3.9.: *„Heute sind es sechs Wochen, dass ich ins Krankenhaus gekommen bin.. Nichts hat sich in dieser Zeit geändert! Zuhause habe ich Kilo um Kilo abgenommen und das hat sich hier fortgesetzt. Ich weiß nicht, vielleicht haben auch die vielen Untersuchungen noch ihren Teil dazu beigetragen, jedenfalls geht es mit meinem Gewicht rasend bergab. Wie oft habe ich früher versucht, etwas abzunehmen. Es sind meist nur ein paar mickrige Kilo geworden. Kaum habe ich wieder normal gegessen, grinsten mich die Zahlen auf*

der Waage schon wieder höhnisch an. Und jetzt - jetzt fliegt mein Gewicht richtig davon. Ich habe mir immer gedacht, „wenn du leichter bist, fühlst du dich besser“. Keine Rede davon, ich fühle mich krank, schwerkrank und – ich glaube, ich bin es auch. Ich habe dauernd Schmerzen, doch das ist nicht das Schlimmste. Dagegen kann man Schmerzmittel geben. Das Schlimmste ist die Ungewissheit: Ich weiß nicht, wie es weitergeht.

Die Visiten sind meist ziemlich kurz, vor allem in den letzten Tagen ist mir das aufgefallen. Da kommen die vielen Ärzte und Schwestern herein. Sie grüßen mich freundlich, fragen „wie geht’s“. Ob die überhaupt eine Antwort wollen? Eher nicht, denn bevor ich irgend etwas sagen kann, starren sie schon auf die Fiebertafel und machen dort kleine Striche, um anzuzeigen, welche Medikamente ich weiterbekommen soll. Dann fragen sie die Schwester, ob ich genug esse und ob ich Harn und Stuhl gehabt habe. Als ob ich das selbst nicht besser beantworten könnte.“

Die Problematik ist hier offensichtlich: Zwischen der Patientin und dem Behandlungsteam ist eine breite Kluft: Auf der einen Seite die tägliche Routine des Personals, auf der anderen Seite der Patient mit den vielen Sorgen, Ängsten und Nöten. Die Frage „wie geht’s“ ist eine der Floskeln, welche nur dann zu den Höflichkeitsformeln gehört, wenn es dem anderen gut geht. Wenn aber augenscheinlich das Gegenteil der Fall ist, dann wird ein „wie geht’s“ zur absurden, beinahe zynischen Lächerlichkeit. Auch die Tatsache, nicht mit dem Patienten, sondern über den Patienten in seiner Anwesenheit zu sprechen, zeigt den Kommunikationsnotstand auf, der hier entstanden ist: Alle wissen, dass da jemand schwer krank ist und die Patientin fühlt das auch, doch niemand kann oder will darüber sprechen.

Die Fortsetzung dieses Tagebuches verstärkt diesen Eindruck noch:

5.9.: „Oft habe ich mich schon gefragt, was meine Krankheit eigentlich ist. Ich habe das auch die Ärzte gefragt. Doch es gab nie eine klare Antwort. Meistens hat es geheißt, es seien noch nicht alle

Untersuchungen beisammen, wir müssten die Ergebnisse abwarten, es sei alles noch ein bisschen unklar. Erst dann könne man die Therapie einleiten. Ob das stimmt? Sie sind alle so freundlich. Irgendwie kommt mir das Ganze so unecht vor. Vielleicht sind sie nicht ehrlich?

8.9.: Seit einer Woche war nun schon keine Untersuchung mehr und immer noch sagen mir alle, dass nicht alle Ergebnisse da sind. Es fällt mir schwer aufzustehen, es tut alles so weh und ich bin so unsicher. Ich bekomme zwar Schmerzmittel, doch ich will sie nicht nehmen, ich will mich nicht daran gewöhnen.“

Hier kann man den typischen Ablauf beobachten, der sich immer dann entwickelt, wenn es nicht gelingt, eine rechtzeitige Vertrauensbasis aufzubauen. Die Patientin analysiert das, was ihr entgegengebracht wird und nun wird völlig nüchtern festgehalten, dass „um den heißen Brei“ herumgeredet wird. Gleichzeitig aber kommt hier ein indirektes Hoffnungsphänomen durch: Die Patientin will keine Schmerzmittel, da sie sich nicht daran gewöhnen will. Die Frage der Gewöhnung ist üblicherweise doch nur dann interessant, wenn man sich selbst noch eine Chance gibt, am Leben zu bleiben.

Wahrscheinlich würde es im vorliegenden Fall schon genügen, die Situation durch einen einzigen nicht ausweichenden Satz zu entschärfen: Sei es, indem man vorsichtig beginnt, die Diagnose anzudeuten oder aber dass man eine kurze und verständliche Erklärung über die Sinnhaftigkeit der Schmerztherapie hinzufügt.

In diesem Zusammenhang muss auch über die Bedeutung der Aufklärung nachgedacht werden, beziehungsweise welche Ziele damit eigentlich verfolgt werden:

Ziel jeder Aufklärung ist es, dem Patienten in seiner Menschenwürde als Ganzes über das, was mit ihm oder in ihm geschieht, zu informieren. Dieser Tatsache wird auch vom Gesetz her Rechnung getragen, wenn es heißt, dass jeder Mensch das Recht auf Aufklärung hat. Darüber herrscht auch heute sicherlich kein Zwei-

fel, doch hintergründig geht es um zwei andere Fragen, die den Patienten beschäftigen:

1. Was habe ich wirklich? In den meisten Fällen beruhigt Klarheit über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand und – wie oben erwähnt – ist Unsicherheit auf Dauer besonders schlecht zu ertragen, weil man sich darauf nicht einstellen kann.

2. Was kann man dagegen tun? Denn wenn man weiß, was die Ursache einer Erkrankung ist, dann kann man auch leichter Konsequenzen ziehen – wie diese auch immer sein mögen.

Gerade letztere Fragestellung ist selbst wieder eine Betrachtung wert: Die vom Patienten erwarteten Konsequenzen sind nämlich sehr unterschiedlich, in Abhängigkeit von der Persönlichkeitsstruktur und der Grundeinstellung, aber auch in Abhängigkeit vom Stadium einer Erkrankung: Interessant ist dabei, dass „Konsequenz“ in jedem Fall „Hoffnung“ bedeutet, auch wenn der Begriff „Hoffnung“ wieder völlig unterschiedlich gesehen wird. In den meisten Fällen werden in der ersten Phase der Aufklärung lediglich nahe Zielpunkte als Hoffnung gesehen: Die Gallenblase mit Steinen oder der entzündete Blinddarm soll operiert werden und die Lungenentzündung hat mit Antibiotikatherapien eine gute und rasche Heilungschance. Das kann von einem Patienten auch gut angenommen werden.

Anders ist dies bei Diagnosen von chronischen und bösartigen Erkrankungen: Hier kann ein definiertes Nahziel zwar Hoffnung geben, beinhaltet aber automatisch auch die Frage nach der weiteren Prognose. So kann man bei einer primär chronischen Polyarthrititis zwar im Rahmen der Aufklärung über schmerztherapeutische Ansätze sprechen, gleichzeitig wird es aber notwendig sein, auch über eine mögliche Dauertherapie und die entsprechenden Erfolgsaussichten zu diskutieren.

Der Brustkrebs bei der oben zitierten Patientin wird natürlich in der Frage nach möglichen Therapiekonzepten ebenfalls sofort entstehen lassen und es gilt, bei jeder Aufklärung den

Gedanken der Hoffnung entsprechenden Raum zu geben. Die Emotionen des Menschen sind in dieser Phase des Lebens fast immer von Angst geprägt und dazu muss ein Lichtblick präsentiert werden. Diesen gibt es auch tatsächlich praktisch immer, doch er hängt von der Perspektive der jeweiligen Person ab: Zuerst wird er prinzipiell im Diesseits gesucht: Eine Therapie, eine Operation, eine Bestrahlung, ein nicht mehr oder nur langsames Weiterwachsen des Tumors, all das sind primäre Hoffnungsziele. Je länger eine Erkrankung dauert, desto mehr verlagern sich Hoffnungen in andere Regionen und damit nicht selten auch auf jenseitige Aspekte, die in der letzten Phase praktisch von fast allen Patienten beschrieben oder zumindest angedeutet werden, auch von jenen, welche sich zuvor vehement zum Atheismus bekannt haben.

3. Angehörigenschulung

Neben den Überlegungen, die bei dem Umgang mit dem Patienten selbst eine wichtige Rolle spielen, ist aber auch der Umgang mit den Angehörigen wesentlich, welche in vielen Fällen scheinbar außerhalb des Geschehens stehen, aber zuhause die Versorgungsfunktion übernehmen oder zumindest organisieren. Wichtig ist dies vor allem bei allen längerandauernden Erkrankungen: Als Beispiel soll hier von dementiellen Syndromen gesprochen werden, die für die Familien der Betroffenen häufig nicht nur eine Geduldsprobe sind, sondern oft auch zu einer massiven Überforderung führen. Auch hier soll ein Beispiel diese schwierige Phase im Leben eines Menschen, aber auch im Zusammenleben besser verständlich machen:

Frau B.T. leidet seit längerer Zeit an einer senilen Demenz vom Alzheimerstyp. Zuerst waren es die kleinen Dinge, welche die Veränderungen anzeigten: Sie verlegte ständig die Hausschuhe und das Geld, sie ließ das Essen anbrennen und sie ver-

gaß, die Blumen zu gießen. Doch im Laufe der Zeit verschlechterte sich ihr Zustand. Sie hatte das Gefühl, beobachtet zu werden. Immer wieder glaubte sie, dass Leute ihre Wohnung durchsuchten und mehrmals hatte sie schon die Polizei gerufen, doch stets ergebnislos. In den letzten Wochen, war sie des öfteren vor der verschlossenen Haustüre gestanden und konnte nicht hinein. Sie kam nicht auf die Idee, dass ihr Türschlüssel in der Handtasche sein könnte. Einmal läutete sie beim Nachbarn an und er verständigte auch sogleich den Schlüsseldienst. Doch als die Herrn von der Firma schließlich eingetroffen waren, hatte man den Haustorschlüssel in der Handtasche bereits gefunden. Die ganze Nachbarschaft zerbrach sich den Kopf über die Frau. Denn es passierte nicht selten, dass sie am Sonntag oder in der Nacht einkaufen gehen wollte und danach völlig frustriert wiederkam, da das nahe gelegene Geschäft geschlossen hatte. Manchmal stand sie auch vor der Haustüre und betrachtete verzweifelt den Schlüssel in der Hand, drehte ihn oftmals hin und her, wusste aber nicht, wie sie ihn verwenden sollte. Ein andermal zog sie wie verrückt an der Türschnalle, doch auf diese Weise ließ sich die Tür eben nicht öffnen. Es geschah dann wohl durch Zufall, dass sie bei einem ihrer Versuche auch die Schnalle hinunterdrückte, so dass das Schloss schließlich aufsprang.

Die Kinder der Frau wussten Bescheid und sie überlegten sich auch Lösungen, doch ihre Berufstätigkeit erschwerte die Situation. Eines Tages wurde sie im Schnee liegend halb erfroren aufgefunden und ins Spital gebracht. Dort erzählte sie, man habe sie mitten in der Nacht aus ihrem schneeweißen frischen, warmen Bett geholt. Ob es zuhause gewesen sei, wurde sie gefragt. Sie wusste es nicht, aber wo sollte es wohl sonst gewesen sein, meinte sie lächelnd.

Dieses Beispiel zeigt die Problematik einer fortgeschrittenen Form der Demenz. Es finden sich Elemente der psychischen Veränderung: Elemente der paranoiden Verkennung, die Furcht und Unruhe verursachen – denn wer freut sich schon, wenn fremde Leute die Wohnung durchsuchen – bis hin zur illusionären

Verkennung von Phänomenen der Umwelt: Schnee mit weißem Bettzeug zu verwechseln, ist hier ebenso möglich, wie Gegenstände einfach nicht wiederzuerkennen und/oder nicht zu wissen, wozu man sie verwenden sollte. Dieses Phänomen der sogenannten „Apraxie“ ist auch bei anderen hirnorganischen Erkrankungen wie bei Tumoren oder Hirndurchblutungsstörungen manchmal vorhanden: Ob es sich dabei um einen Haustorschlüssel, um eine Türklinke, um einen Telefonhörer oder um einen Kugelschreiber handelt, ist völlig bedeutungslos. Der Gegenstand ist unbekannt und kann daher auch nicht verwendet werden oder aber der Gegenstand ist zwar bekannt, man weiß aber nicht, wofür man ihn gebrauchen kann. Und zum Ausprobieren fehlt in dieser Phase des Hirnabbaus einfach die Kreativität.

Doch es geht bei Frau B.T. nicht nur um das Verkennen der Umwelt, sondern auch um das Verkennen der eigenen Gefühlswelt: Kälte wird nicht mehr als solche empfunden. Man kann annehmen, dass das Gleiche auch für andere Empfindungen gilt: Möglicherweise wird Schmerz, Freude, Trauer, Glück und Unglück ebenfalls als etwas ganz Anderes, etwas vielleicht völlig Unbekanntes empfunden. Und es ist durchaus denkbar, dass diese anderen oder neuartigen Empfindungen selbst wiederum andere und neuartige Gefühle auslösen.

Für die Angehörigen ist diese Phase besonders problematisch, da sie damit nicht umgehen können: Sie wissen nicht, dass der Kranke anders empfindet und ein anderes Denkmodell hat. Sie verstehen auch nicht, dass sie nicht mehr erkannt werden und dass die Frage „ja kennst du mich nicht mehr?“ für den Patienten eine Form der Beschuldigung darstellen kann, dass er nicht mehr bei Sinnen ist. All das führt beim Kranken zu einer Gefühlsbewegung, die ihn belasten kann, die aber auch recht schnell wieder vergessen wird.

Der Umgang mit dem kleinen Kind ist der Gesellschaft vertraut, der Umgang mit dem dementen Patienten hingegen ist für viele ein

unlösbares Problem: Man kann einfach nicht verstehen, dass jede Stunde, jede Minute, ja vielleicht sogar jede Sekunde ein völlig neues Erlebnis darstellt, von dem es keinerlei oder nur geringe Erinnerungspänomene gibt: Ständig lernt der demente Patient für ihn neue Menschen kennen und er kann nicht begreifen, dass ein ihm unbekannter neuer Mensch zu ihm unfreundlich ist, weil er etwas fragt, das er aus seiner Sicht noch nie gefragt hat und daher wissen will.

All das sollte der Arzt im Rahmen der „Angehörigenbetreuung“ versuchen, jenen verständlich zu machen, die tagaus tagein mit dem Patienten konfrontiert sind. Es steht außer Zweifel, dass dies viel Kompetenz, Wissen und vor allem Einfühlungsvermögen erfordert.

Gleichgültig, um welche Form einer Erkrankung es sich auch handelt, muss das vorrangige Ziel der ärztlichen Arbeit das Verständnis für den Patienten sein: Es ist unsere Aufgabe „Leib- und Seelsorge“ zu betreiben, denn der Mensch ist eben ein Ganzes. Schmerz, Gefühle und Symptome sind nicht auf ihre Glaubhaftigkeit hin zu bewerten, sondern als Tatbestand anzusehen, von welchem bei diagnostischen und therapeutischen Konzepten auszugehen ist. Dann wird es auch gelingen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, das eine optimale Patientenbetreuung ermöglicht.

Referenzen

- AUNER N., *Vertrauen und Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung*, IH 1997/2, S. 99-108
 BONELLI R., *Noncompliance*, IH 1997/2, S. 19-30
 DEUTSCH E., *Aktuelle Hauptprobleme des Arztrechtes*, IH 1996/3, S. 185-190

- GEISLER L., *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*, Pharma, Frankfurt 1992
 GÖBEN J., *Das Mitverschulden des Patienten im Arzthaftungsrecht*, Peter Lang, Frankfurt am Main 1998
 HARRER F., GRAF A.H., *Ärztliche Verantwortung und Aufklärung*, Verlag Orac, Wien 1999
 JUZA L., *Aufklärung, Vertrauen und Wohlwollen in einer Medizin der Person*, IH 1998/4, S. 261-273
 KÖLTRINGER P., *Ethik in Krankenhäusern: Basis und Chance für die Zukunft*, MA Barmherzige Brüder Österreich 2/97
 KÖLTRINGER P., *Der Mensch zuerst*, Granatapfel 9/97
 KÖLTRINGER P., *Der alte Mensch: Vom Weisen zum Hilfsbedürftigen*, Granatapfel 2/98
 LALOUSCHEK J., *I bin wegen einer Colitis ulcerosa hier. Oder Wie Ärzte/Ärztinnen und Patient/inn/en miteinander sprechen lernen*, Wiener Linguistische Gazette 47/1993
 MAYER-MALY T., PRAT E.H., *Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung*, Springer, Wien 1998
 MITTAG O., *Sterbende begleiten. Ratschläge und praktische Hilfen*, Georg Thieme, Stuttgart 1994
 PÖLTNER G., *Ethische Probleme ärztlicher Aufklärung*, IH 1996/3, S. 173-178
 PÖLTNER G., *Autonomie des Patienten – Ethik in der Fürsorge*, IH 1998/4, S. 253-259
 PRAT E.H., *Autonomie in der Arzt-Patient-Beziehung*, IH 1998/4, S. 241-251
 SCHMOLLER K., *Strafrechtliche Folgen einer unterlassenen oder übermäßigen ärztlichen Aufklärung*, IH 1996/3, S. 159-172
 SCHULZ VON THUN F., *Miteinander reden 1*, Rororo, Reinbek bei Hamburg 1981
 SCHULZ VON THUN F., *Miteinander reden 2*, Rororo, Reinbek bei Hamburg 1989
 SCHULZ VON THUN F., *Miteinander reden 3*, Rororo, Reinbek bei Hamburg 1999
 SIEGRIST J., *Medizinische Soziologie*, Urban & Schwarzenberg, München-Wien, Baltimore, 5. Auflage 1995
 SPITZY K.H., *Die Arzt-Patientbeziehung und das Placebophänomen*, IH 1997/1, S. 31-45
 WALDHÄUSL W., *Die ärztliche Sicht zu Fragen der Aufklärungspflicht und Haftung von Ärzten*, IH 1996/3, S. 179-184
 WILLINGER H., *Ethische und rechtliche Aspekte der ärztlichen Aufklärungspflicht*, Forum interdisziplinärer Ethik, Peter Lang, Frankfurt 1996
 WOLFF H.P., *Arzt und Patient*. In: SASS H.M., *Medizin und Ethik*, Reclam, Stuttgart 1989