

Kommentar

DER vorliegende Fall einer auf den ersten Blick schwierigen Patientin, die ihre eigenen Rechte wahrnimmt, gehört immer mehr zum Alltag der medizinischen Spitalspraxis. Doch auch die niedergelassenen Ärzte müssen sich immer intensiver mit dem Problem der Verantwortung für ihre eigenen Therapien und den Rechten der Patienten beschäftigen. Die Voraussetzungen, die das Arzt-Patient-Verhältnis heutzutage tragen, sind völlig anders als noch vor wenigen Jahren. Der Patient ist wesentlich besser informiert – sei es durch populäre Massenmedien oder durch die selbstverantwortliche Beschäftigung mit seiner Krankheit – und Patienten mit chronischen Leiden zeigen sich für ihr konkretes Krankheitsbild oft besser informiert als so mancher Arzt. Dadurch begibt sich der Arzt sehr leicht in die Gefahr, seine Verantwortung abzuschieben und den Patienten, der sich mündig wähnt, mit den geforderten Therapien zufriedenzustellen.

Der zu bearbeitende Fall gliedert sich rein zeitlich, aber auch thematisch in drei Abschnitte: Der erste Versuch einer Neueinstellung der Insulintherapie, die vorbereitenden Untersuchungen zur Irrigoskopie und schließlich die Therapiephase auf der Intensivstation. Anhand dieser drei Phasen sollen zunächst die Probleme des Falles untersucht werden.

Die Patientin selbst stellt sich als gutinformierter Laie dar, die auch vor eigenmächtigen Diagnosen nicht zurückscheut (3. Absatz, Hypoglykämien). Auch scheint es, daß sie bereits zuvor schlechte Erfahrungen mit der Medizin gemacht hat. Schon mit 25 Jahren unterliegt sie einer Fehldiagnose, die eine Schwangerschaft, die in jedem Fall eine psychische Belastung darstellt, vorgibt. Sie begibt sich jedoch wenige Jahre später erneut in freiwillige Spitalsbehandlung, um eine kosmetische Operation durchzuführen.

Seit 23 Jahren leidet sie an Diabetes mellitus; sie scheint damit den Umständen entsprechend zurechtzukommen. Der Grund für die Aufnahme im vorhergehenden Spital ist uns unbekannt, doch erweist es sich für sie erneut, daß die Medizin – im konkreten ein Spital – für die Verschlechterung ihres Zustandes verantwortlich scheint. Wir wissen jedoch nichts über die Bereitschaft der Patientin, die Umstellung der Therapie zu unterstützen etc. Auf alle Fälle „probiert“ die Patientin nach erneuter Verschlechterung ihres Zustandes ein neues Krankenhaus aus, in der Hoffnung hier ihre Bedürfnisse besser betreut zu sehen.

Die Ärzte handeln in der ersten Phase dieses Falles fachlich korrekt und bemühen sich, die Blutzuckerwerte in den Griff zu bekommen. Sie bevorzugen aber – wie die Kollegen des vorherigen Spitals – Humaninsulin, ohne auf die konkrete Situation der Patientin, die ja auf dem Gebiet ihrer Krankheit gewissermaßen Spezialistin ist, einzugehen. Die Diskrepanz zwischen Schweineinsulin und Humaninsulin vergegenwärtigt in gewisser Weise das Problem der Arzt-Patient-Beziehung. Die Patientin hat in erster Linie ihr baldiges Wohlbefinden im Auge, während der Arzt dem langfristigen Erfolg seiner Therapie nachläuft. Verschiedene Faktoren des Erfolges der Therapie bleiben dabei jedoch unberücksichtigt. Da sie gerade das Humaninsulin für ihre Beschwerden und vor allem die hypoglykämischen Anfälle verantwortlich macht, kann man nicht davon ausgehen, daß die Patientin das Humaninsulin mit der nötigen Einsicht und vor allem auch mit der absolut notwendigen Compliance einnimmt. Hier zeigt sich zum ersten Mal die fehlende Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Der Arzt versäumt seine Informationspflicht gegenüber der Patientin und klärt sie nicht vollständig über Zweck und Ziel der Therapie auf. Er geht aber vor allem nicht auf die Ängste der Patientin ein, die sich gerade am Humaninsulin festmachen ließen. So sprechen Arzt und Patient ei-

gentlich aneinander vorbei, da sie über Erfolg der Therapien und Nebeneffekte sprechen, aber nicht auf den Kern des Problems kommen, der sich in der Diskrepanz zwischen Schweine- und Humaninsulin manifestiert.

Beim zweiten Krankenhausaufenthalt steht eine völlig andere Diagnose im Mittelpunkt. Die Patientin erweist sich in ihrer neuen Krankheit nicht als Spezialistin, weshalb sie auch sofort in die vorgeschlagenen Untersuchungen einwilligt. In ihrer eigenen Krankheit, dem Diabetes, besteht sie jedoch auf Eigenverantwortung, die ihr auch gewährt wird. Es fällt hier zu Beginn dieser Phase auf, daß der erste Spitalsbesuch keine zu schlechten Erfahrungen für die Patientin gebracht haben dürfte, da sie auf eigenen Wunsch erneut dasselbe Spital aufsucht. Auch scheint in dieser ersten Zeit die Kommunikation zwischen Arzt und Patient relativ normal zu funktionieren, der Arzt informiert voll, und die Patientin weist auf ihre Eigenverantwortung hin.

Der Arzt läßt sich in diesem Fall auf eine Modulation seines Vertrages mit der Patientin ein, indem er anscheinend seine Verantwortung für die Diabetestherapie ablegt. Doch kann es weder rechtlich noch moralisch diese Rücklegung der Verantwortung geben, da der Arzt niemals eine Krankheit isoliert betrachten darf und der Patient nicht die nötige Ausbildung hat, um über die Folgen seines Handelns urteilen zu können. Der Arzt will also eine Verantwortung abschieben, derer er sich gar nicht entledigen kann!

Die Unfähigkeit der Patientin, über die Folgen ihrer Handlung Bescheid zu wissen, zeigt sich vor allem in ihrem Versäumnis, den Arzt über ihre geänderte Insulintherapie zu informieren. Sie selbst glaubt ja richtig gehandelt zu haben und deshalb dem Arzt nichts zu verschweigen. Hier zeigt sich die mangelnde Kommunikation zwischen Arzt und Patientin. Besprochen werden nur die augenscheinlichen Maßnahmen und Notwendigkeiten – die entscheidenden Vorfälle werden – diesmal aus

Mangel an Information durch die Patientin – nicht diskutiert. Arzt und Patientin reden aneinander vorbei, und die Ursachen der Beschwerden werden nicht erkannt.

Als dritte Person tritt in dieser Phase die Schwester ins Geschehen ein, die sich ganz offensichtlich durch Versäumnisse ihrer Informationspflicht mitverantwortlich macht. Erneut ergibt sich aber das Problem bei der Anordnung des Arztes, der Patientin die Eigenverantwortung über ihre Insulintherapie zu überlassen. Auch die Schwester folgt im Prinzip nur den Anordnungen des Arztes.

In der dritten Phase tritt bei der Patientin ein bisher verdrängtes Phänomen hervor: Die Angst vor weiteren Zwischenfällen und Komplikationen erweist sich als Chance für eine gezielte, langfristige Therapie. Gerade in dieser Phase wird die Zwiespältigkeit der Mündigkeit von Patienten in der Medizin deutlich: Einerseits erweist sie sich als mündige Patientin, da sie auch beim Fehlschlagen ihrer selbstverantworteten Therapie die volle Verantwortung übernimmt, auch wenn ab nun die Ärzte die Bedingungen stellen. Doch andererseits verhindert in dieser Phase gerade ihre Angst vor weiteren Zwischenfällen eine echte Mündigkeit. Die Angst definiert sozusagen das Ausmaß ihrer eigenen Mündigkeit und zugleich das Ausmaß der Autorität des behandelnden Arztes. Erst in der Intensivstation wird die volle Autorität des Spitals anerkannt.

In diesem Zusammenhang soll eine sehr interessante Entwicklung nicht unbeachtet bleiben. Durch die fortschreitende Selbstverantwortung der Patienten laufen gerade chronische Patienten Gefahr, sich in extreme Krankheitsbilder zu „flüchten“, um so ihrer Sehnsucht nach Aufmerksamkeit und Autorität des Arztes Ausdruck zu verleihen. Mit Sicherheit sind viele Patienten mit ihrer selbstgewählten Mündigkeit überfordert. Oder die Ärzte überschätzen auch von ihrer Seite die Mündigkeit des Patienten und provozieren damit diese „Fluchtreaktion“.

Auch in dieser letzten Phase wird der entscheidende Mangel an Kommunikation zwischen Ärzten und Patientin deutlich. Die Patientin ist offensichtlich auf ihre einmal eingeschlagene Untersuchung fixiert und begibt sich in gewisser Weise auch wegen ihrer Erwartung nach der Irrigoskopie in die Autorität der Ärzte. Sobald sie diese Therapieidee nicht mehr verwirklicht sieht, beharrt sie erneut auf ihrer Mündigkeit und verläßt gegen Revers das Krankenhaus. Der Kontakt in dieser Arzt-Patienten-Beziehung ist schwer gestört, nicht zuletzt wegen der juristischen Geschütze, die von beiden Seiten aufgefahren werden. Dieser letzte Abbruch der Kommunikation ist als Folge der vorhergehenden Fehler zu sehen.

Die Probleme dieses Falles liegen, nüchtern betrachtet, auf drei verschiedenen Ebenen: Das juristische Problem der Nichtabwählbarkeit von ärztlicher Verantwortung ist einfach zu lösen: die Verantwortung des Arztes ist unumgänglich und kann niemals auf den Patienten übertragen werden. Im Falle einer Patientin, die eine Übergabe der Therapie in die Hände des behandelnden Arztes verweigert, wäre deshalb eine Verweigerung der Untersuchung von Seiten der Ärzte der einzig gangbare Weg gewesen.

Eine Schwierigkeit in diesem Fall ergibt sich aus den Ängsten der Patientin. Es sind Ängste mit verschiedenen Ursachen und gegenüber verschiedenen Personen. Auf diese Ängste besser einzugehen wäre sicherlich ein möglicher Ansatzpunkt für eine Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung. Doch bedarf es bei der Behandlung von Ängsten vielfach einer psychotherapeutischen Betreuung, die man von den meisten Ärzten einfach nicht a priori erwarten kann, da sie auch nicht die entsprechende Ausbildung dafür bekommen. (Die Erweiterung der psychischen und seelsorglichen Betreuung in Krankenhäusern wäre jedoch auf alle Fälle ein zu erwägender Verbesserungspunkt.)

Das Problem, welches sich jedoch durch den gesamten Fall zieht, ist der Mangel an Kommu-

nikation. Und Kommunikation sollte einem jeden von uns ganz besonders in Berufen, die mit persönlichen Kontakten operieren, eine Grundvoraussetzung für unser tägliches Arbeiten sein. Es ist sogar mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß die medizinischen bzw. juristischen Schwierigkeiten nicht aufgetreten wären, hätte eine bessere Kommunikation zwischen Arzt und Patientin stattgefunden. Setzen wir uns deshalb mit einigen Grundprinzipien menschlicher Kommunikation auseinander!

„Keiner kann gerechterweise einen anderen beurteilen oder verurteilen, da keiner den anderen wahrhaftig kennt“ (Sir Thomas BROWNE, „Religio medici“, Zweites Buch S 4, 1642).

„Die sogenannte Wirklichkeit ist das Ergebnis von Kommunikation“ (Paul WATZLAWIK, „Wie wirklich ist die Wirklichkeit?“, 1974).

Im Jahre 1981 hat Friedemann SCHULZ von Thun ein Kommunikationsmodell vorgeschlagen, das eine einfache Möglichkeit bietet, Nachrichten zu entschlüsseln und so eine bessere zwischenmenschliche Verständigung zu ermöglichen. Die folgenden Ausführungen sind ein Versuch, dieses Modell vorzustellen und seine praktischen Konsequenzen zu veranschaulichen.

Die wesentliche Idee ist folgende: Jede Nachricht, die von einem Sender an einen Empfänger vermittelt wird, beinhaltet vier Informationen, die jede für sich gleiches Gewicht haben.

Die Anatomie der Nachricht besteht demnach aus:

1. Sachinhalt (worüber informiert wird)
2. Selbstoffenbarung (was ich von mir kundgebe)
3. Beziehung (was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen)
4. Appell (wozu ich dich veranlassen möchte)

Um dies zu veranschaulichen, wählen wir folgendes Beispiel:

Die Patientin sagt: „Ich habe Oberbauchschmerzen“.

1. Der Sachverhalt, d.h. die Information ist prinzipiell für jeden unmißverständlich: Die Patientin hat Schmerzen an einer bestimmten Stelle lokalisiert.
2. Der Satz ist auch eine Aussage über die Sprecherin selbst („Selbstoffenbarung“): Sie ist entmutigt, vielleicht verzweifelt, verunsichert, zumindest aber in einer für sie belastenden Situation: „Ich bin hilfsbedürftig“ lautet die Information.
3. Diese Botschaft ist eine Aussage über ihre Beziehung zum Arzt: „Ich sage dir, dem Arzt, daß ich Schmerzen habe, weil ich Vertrauen habe, daß du derjenige bist, der etwas dagegen unternehmen kann.“
4. Die letzte Botschaft ist schließlich ein Appell, der lautet: „Bitte hilf mir“.

Von Seiten des Empfängers, hier des Arztes, werden diese Informationen mit unterschiedlichem Gewicht aufgenommen: im Regelfall werden Botschaft 2 und 3 nicht wahrgenommen, Botschaft 1 auf seine Eindeutigkeit selten geprüft, dafür aber Botschaft 4 umso eindeutiger gehört: Hilfe wird meist sofort angeboten, manchmal aufgedrängt.

Nehmen wir das Fallbeispiel und überprüfen wir die Relevanz des Modells: „Ich habe Probleme mit meiner Zuckerkrankheit“ bedeutet für die Patientin die Angst vor Hypoglycämien, für den Arzt hingegen in erster Linie die Bedeutung der Hyperglycämien und ihrer Folgeschäden, d.h. die Wirklichkeit des Arztes und der Patientin sind nicht ident, auch wenn beide von derselben Krankheit sprechen.

Eine Lösung dieses Dilemmas bietet das „Hören“ der 2. und 3. Botschaft: z.B. „nicht Diabetes mellitus ist mein Problem, sondern meine Angst vor Hypoglycämien, und vielleicht meine schlechten Vorerfahrungen mit

Ärzten“ (2). Oder: „Von Ihnen erwarte ich, daß Sie mir meine Ängste nehmen bzw. meine Schmerzen lindern“ (3). Jetzt kann der Arzt Hilfe sinnvoll anbieten bzw. Erwartungen der Patientin klären. Der Arzt hat also am Anfang der Arzt-Patient-Beziehung die Möglichkeit, falsche Erwartungen zurechtzurücken und den Patienten frühzeitig über die therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen aufzuklären. Spätere Enttäuschungen lassen sich möglicherweise vermeiden (Bsp. P.: „Ich erwarte, daß sie meinen Krebs heilen.“ A.: „Das kann ich Ihnen nicht versprechen, aber die Schmerzen, die im Rahmen ihres Krebsleidens auftreten, kann ich lindern bzw. andere unterstützende Maßnahmen setzen – das kann ich ihnen versprechen“).

Erst nach Klärung der Botschaften 1 – 3 sollte der Arzt mit der ärztlichen Hilfe beginnen, wobei die Botschaft 4, die Appellfunktion noch eine Tücke beinhaltet, die es zu klären gilt: Appell ist nicht nur der Ruf nach Hilfe, sondern auch die Krankheit per se ist ein Appell. Viele Krankheiten ziehen einen sogenannten „Krankheitsgewinn“ nach sich, d.h. mit Hilfe ihrer Leiden erzielt die Patientin auch eine Reaktion ihrer Umgebung, z.B. ihres Arztes. Die finale Betrachtungsweise dieses Appells der Krankheit, dieses „Wozu dienen dir deine Leiden“ können häufig zur Klärung der Situation des Patienten und ihrer erwünschten Veränderung führen.

Dieses einfache Modell erhebt keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit, und die oben angeführte Erklärung keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Es sollte hier nur eine Möglichkeit vorgestellt werden, eine bessere Kommunikation zu praktizieren, als Grundvoraussetzung für eine funktionierende Arzt-Patient-Beziehung.

Das Hören mit 4 Ohren, mit dem Sachohr (Ihre Krankheit stellt sich mir folgendermaßen dar ...), dem Selbstoffenbarungsohr (ich sehe Ihre Hauptschwierigkeit so ...), dem Beziehungsohr (Sie erwarten also von mir ...) und dem Appellohr (diese Hilfe kann ich Ihnen an-

bieten ...) ist eine Minimalforderung an jeden therapeutisch Tätigen, vielleicht sogar an alle, die an einer besseren zwischenmenschlichen Kommunikation interessiert sind.

Die Annahme gilt, daß die juristischen und medizinischen Probleme des obigen Falles nicht aufgetreten wären, hätten die beteiligten Personen bessere Kommunikationsfähigkeiten besessen, hätte der Arzt mit „4 Ohren“ gehört.

Es ist eine tägliche Erfahrung, daß bei einem guten Arzt-Patient-Verhältnis vom Patienten ärztliche Fehler auch in größerem Ausmaß toleriert werden, bei einer schlechten Kommunikation hingegen Patienten auch bei einem positiven Therapieerfolg schwer zufriedenzustellen sind.

Auch die Diskussion um die Wahrheit bzw. Aufklärung am Krankenbett sollte mit obigem Modell eine Antwort erhalten: eine frühzeitige Klarstellung der Ängste und Erwartungen der Patientin, und damit die Möglichkeit des Arztes auf diese zu reagieren, d.h. ihnen gerecht zu

werden oder aber seine Grenzen und die seiner Wissenschaft darzulegen und so vielleicht gleich am Beginn der Beziehung auf etwaige Enttäuschungen der Patientin einzugehen, indem man das Unmögliche ausklammert und das Mögliche anbietet.

Die Wahrheit ist dem Menschen zumutbar, und enttäuscht zu sein heißt, ohne Täuschung zu sein: welche bessere Voraussetzung könnte es für eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient, für eine gute Arzt-Patient-Beziehung geben?

Dr. Patrick FROTTIER

Dr. Markus SCHWARZ

Referenzen

1. F. SCHULZ VON THUN: Miteinander reden – Störungen und Klärungen (1981)
2. P. WATZLAWIK: Menschliche Kommunikation (1967)
3. Sir Thomas BROWNE: Religio Medici (1642)