

„Sachliches Eingehen statt Mitleid“

Artikel von Dr. med. Monika Kisten, Sonnweid Newsletter 2005/1, ungekürzte Version

Der Arztberuf wird ergriffen, um zu heilen und damit Erfolg zu haben. Was man kaum lernt, ist der Umgang mit dem Misserfolg, man wird damit allein gelassen. Und doch sollte man dem Misserfolg ins Auge schauen können, da in gewissen Situationen nur der ein guter Arzt sein kann, welcher den Misserfolg zugibt, riskiert oder erträgt. Es ist wichtig, eine Kultur zu entwickeln, in der man zu Fehlern stehen darf und zugeben kann, etwas nicht zu wissen.

Und dann steht man vor den „bösen“ Patienten, die eine unheilbare Krankheit haben, sei es Krebs, Aids oder eine Demenz, welche die ärztliche Kunst matt setzt. In dieser Situation sind diejenigen der Ärzte verloren, die sich nur für ihren persönlichen Erfolg interessieren. Besser funktioniert noch, wer sich wirklich für die Krankheitsmechanismen interessiert. Am besten vielleicht, wer sich für die Menschen interessiert und dafür, wie man aus einer verzweifelten Situation noch das Beste machen kann. Ein wichtiger Prüfstein für die Qualität eines Arztes ist, ob er auch für jemanden da sein kann, für den es nicht mehr viel zu tun gibt.

Die Patienten verlangen nie Mitleid, aber sachliches Eingehen auf ihre aktuellen Probleme. Sie schätzen, wenn man erklärt, was abläuft, oder wenn man erklärt, wieso man machtlos ist. Davor sollte man sich nicht drücken. Manchmal muss man dem Patienten und seinen Angehörigen die richtige Sichtweise lehren, ihnen sozusagen sein Schicksal "verkaufen".

Viele Ärzte wurden noch in der Idee erzogen, dass man dem Patienten fatale Diagnosen verheimlichen könne und müsse. Hierzu ein Beispiel: Ein Patient und medizinischer Laie, starb an einem metastasierenden Glioblastom (Hirntumor). Der Professor hatte ihn zur Schonung über die Diagnose in Unkenntnis gelassen. Trotzdem sah der Patient den Zeitpunkt des Todes ziemlich genau voraus und war in seinen letzten Lebenstagen eher heiter. Nach seinem Tod fanden sich in seinem Nachlass zwei moderne Neurologiebücher, alle zutreffenden Punkte waren genau unterstrichen und mit eigenhändigen Kommentaren versehen. Und jetzt haben wir das Internet! Was musste der Patient von seinen Ärzten gedacht haben, die ihm die Maskerade der "Schonung" vorspielten? Und denen er seinerseits die Maskerade "nichtsahnender glücklicher Patient" vorspielen musste? Eine tragbare Basis für ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient?

Seit den Studien von Elisabeth Kübler-Ross ("On death and dying") weiß man, dass Todkranke den Ernst der Lage fast immer realisieren. Teils erschließen sie ihn aus inneren Signalen, teils aus extravverbaler Kommunikation der Ärzte, des Pflegepersonals oder informierter Angehöriger. Die Hälfte der Kommunikation verläuft sowieso extravverbale und ist nicht unterdrückbar. Eine Sprachmelodie sagt beispielsweise oft viel mehr aus als der Sprachinhalt. Und wir wissen so wenig darüber, was ein demenzkranker Patient wirklich noch realisiert. Lügen gegenüber Schwerstkranken und ihren Angehörigen haben darum kurze Beine und verbauen jegliches Vertrauensverhältnis.

Die Diagnose kann nicht unbedingt und in jedem Fall aufgedrängt werden. Aber wenn direkt gefragt wird oder wenn die Situation gravierend ist, soll die Erklärung so klar und sachlich wie möglich sein.

Gelogen wird häufig nicht nur, um den Patienten zu schonen, sondern weil der Arzt sich mit Misserfolg, Machtlosigkeit und eigener Sterblichkeit nicht genügend auseinandergesetzt hat. Das heißt, eigentlich schont er sich selbst.