

Umgang mit dem Leiden in der Hausarztpraxis

Man lindert oft sein Leid, indem man es erzählt (Pierre Corneille).

À raconter ses maux souvent on les soulage. (Pierre Corneille)

Michael Deppeler

Workshop-Bericht vom SGAM-Kongress 2003 in La Chaux-de-Fonds

Darf ich, kann ich, will ich?

Inmitten eines immer grösser werdenden Postberges fand ich im Frühjahr 2003 die Anfrage, ob ich an einem Workshop in La Chaux-de-Fonds als Co-Moderator mitmachen möchte.

Die normale Anmeldung war erfolgt, und ich hatte mich bereits auf einen ruhigen Kongress mit etwas Komfort, ein klein bisschen Konsum und in erster Linie auf all die Kolleginnen und Kollegen gefreut, die man so selten, aber (fast) alle Jahre wieder trifft, ... und nun das. Darf ich neben all den anderen Aufgaben noch ein neues Projekt «anreissen»? Kann ich das überhaupt, einmal nicht vor Studenten, sondern vor erfahrenen Kollegen stehen. Eine unruhige Nacht mit einem erlösenden Traum gab mir den Entschluss: Ich will – denn letztlich lernen wir am meisten, wenn wir etwas persönlich erfahren.

Was ist Schicksal ...

Unter den unzähligen interessanten Themen und Titeln gab es einen Workshop, den ich auf keinen Fall verpassen wollte; würde dies gehen, wenn ich als Co-Moderator auftreten würde? Und es kam, wie es kommen musste. Es war genau dieser Workshop, dem ich nun als Co-Moderator zugeteilt wurde. Es lag nun an mir, meinem Traum Inhalt zu geben, eigene Wünsche erfüllen zu helfen – wenn aus der guten Fee nur kein Trauma werden würde: *Das Leiden in der Hausarztpraxis.*

An einem kühlen Spätsommertag trafen wir uns im Bahnhofbuffet in Olten; im Zug hatte ich noch einmal all seine interessanten Artikel und Gedanken studiert, gespannt wartete ich auf Stefan Büchi, Leitender Arzt der Psychiatrischen Poliklinik des USZ. Ohne grosses Vorgeplänkel vertieften wir uns in ungewohnter Umgebung in einen anregenden und tief-

sinnigen Gedankenaustausch – nicht zum ersten Mal wurde mir bewusst, dass Leiden viele Facetten haben kann.

Welches Leiden ist gemeint?

Beim Leiden in der Hausarztpraxis geht es für einmal nicht um uns Ärztinnen und Ärzte. Das unsrige Leiden wird in letzter Zeit ja häufig thematisiert – und immer öfter auch «tarmediziert». *Warum wohl haben wir die tiefste Dignität aller Ärzte?*

Doch woran leiden wir denn wirklich? *Vielleicht ein Thema für einen anderen Artikel oder einen Workshop?*

Auf jeden Fall leiden wir auch immer wieder mit. Das Mitleiden als ein unabdingbarer Teil der Empathie, oft leiden wir mit unseren Patienten. Und um ihr Leiden sollte es bei diesem Workshop gehen. Wie viele Leidensgeschichten kennen wir aus dem Praxisalltag, doch, was ist eigentlich dieses Leiden – jenes Leiden, das wir einst zu lindern gelobt oder gar geschworen hatten. Dieser Frage wollten wir nachgehen.

Mit der eindrucklichen und manchmal unglaublichen Entwicklung der modernen Medizin hat sich auch «unsere Philosophie» verändert. Krankheiten heilen ist zur obersten Maxime geworden bis hin zur Utopie des ewigen Lebens. Spätestens seit der Aufklärung scheint für jeden Menschen das Recht auf Gesundheit verbrieft und vom Arzt die Heilpflicht gefordert. In diesem Kontext kann auch die Definition der WHO durchaus so miss(?)verstanden werden: Wir streben nicht nur nach dem Ideal des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, sondern es wird zu einem Anspruch. Demnach wäre die WHO-Definition nicht «nur» ein ganzheitlicher Ansatz der medizinischen Betreuung, sondern eben auch eine (zu) einseitige Gewichtung zu Gunsten von «von allen Krankheiten heilen, vollumfassendes Wohlbefinden erhalten» und einem Recht auf Gesundheit, wo es immer auch Krankheit, Tod und Leiden im Leben geben wird – weil diese leidvollen Bereiche ebenso dazugehören wie die Nacht zum Tage.

In den alten Kulturen erlebte sich der Mensch noch in ein umfassendes Schicksal eingewoben, so stark, dass oft ein Arzt-Therapeut nicht einmal mehr eingreifen durfte. Im Hippokratischen Eid sind solche Elemente enthalten.

Platon beschreibt den bedeutsamen Wandel von der Heilkunde und der Gesundheitslehre, die zur Philosophie gehörte, zur Krankheitslehre, welche die Entwicklung zur neueren Medizin anbahnt, gleichsam von der Heilkunst zur Heilkunde; verlagere man das Hauptinteresse auf das körperliche Wohl (aber auch das psychosoziale) und sehe man darin (und nur darin) seinen Lebenssinn, bestehe die Gefahr, dass man zum «Kranken», zum Chroniker oder Hypochonder werde. Dazu ein Zitat von Plato: «dass man immer glaubt, krank zu sein und nie aufhört, Not zu haben mit dem Leibe». Schwerwiegend ist nach Plato, dass so das eigentliche Lebensziel der Persönlichkeitsentwicklung und des dem Menschen «angewiesenen Lebenszyklus» verpasst wurde.

Dieses Gedankengut, dieses europäische Erbe – schliesslich sind es unsere Wurzeln – gilt es bei der ganzen Diskussion um Heilen von Krankheiten, Lindern von Leiden, aber auch in den Diskussionen im heutigen Gesundheitswesen nicht ganz aus den Augen zu verlieren.

Es ist für mich klar, dass wir heute viel mehr in dieses Schicksal eingreifen dürfen, sollen und können, doch müssen wir es immer tun? Und wenn wir es tun, muss(t)en wir uns immer bewusst bleiben, dass wir die individuelle Geschichte des anderen, seine Autonomie achten und dass wir trotz allen Möglichkeiten auch denjenigen, die sicherlich noch kommen werden, nicht immer oder vollständig heilen können, sondern oft «nur noch» lindern und begleiten. Wobei die Begleitung gerade in medizinisch unheilbaren Situationen letztlich für den Menschen in und mit seinem Umfeld auf der von Plato angesprochenen Ebene, der persönlichen Reifung und Entwicklung, unter Umständen mindestens so «heilbringend» sein kann.

Der Traum vom ewigen Leben ist nicht nur völlig realitätsfremd (bis blasphemisch), sondern kostet auch eine Unmenge Geld. Vor allem in Zentrums- und Unispitälern hat(te) das Heilen von Krankheiten eindeutige Priorität. Das Lindern von Leiden ist in erster Linie ein Versagen der kurativen Absicht und somit auch eine Niederlage der grossen Medizin. Es ist noch gar nicht so lange her, da existierte offiziell noch keine palliative Medizin. Es sind die Hausärzte, die diese Medizin wieder ins Zentrum gebracht haben.

Das Leiden macht uns zuerst sprachlos, und wir müssen dann versuchen, allmählich wieder Worte und Bilder zu finden. Mit der Trennung von Körper

und Seele zu den Zeiten von Descartes ist auch die Dimension des Leidens verschwunden, das Objektiv-Messbare hat das Subjektiv-Spürbare verdrängt. Nur bei einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Sichtweise, wo wir uns immer mit dem ganzen Menschen in seinem Umfeld befassen, können wir die Ebene des Leidens berühren und damit den Menschen in der Beziehung und im Kontext ernst nehmen. Als Hausärzte sind und waren wir schon immer für diesen Bereich zuständig.

Doch sind wir wirklich auch Spezialisten für das Leiden? Woran leiden denn unsere Patienten und Patientinnen? Wie kann ich die Kommunikation über das Leiden in Gang bringen, vereinfachen und gleichzeitig vertiefen; wie kann ich es besser verstehen?

Aus der Praxis zur Theorie ...

Das hautnahe Erleben eines leidenden Patienten sollte den Einstieg erleichtern, wenn nicht zwei Pannen gewesen wären: Der Ton zum Video funktionierte nicht, der Patient war wirklich sprachlos geworden – und über Nacht hatte mich ein lästiger grippaler Infekt mit Kopfschmerzen und Heiserkeit überfallen. Doch dies ist eine andere Geschichte.

Das Video zeigte ein Gespräch mit einem 25jährigen Patienten mit chronischen Rückenschmerzen; verzweifelt hatte er mich 3 Monate vorher aufgesucht, da ihm der Spezialist entnervt gesagt hatte, er könne nichts mehr für seine Schmerzen tun. Nach wenigen Sitzungen spürte auch ich so etwas wie Ärger und Ungeduld: Wieder so ein typischer Schmerzpatient. Läuft es den gewohnten Weg mit Langzeitarbeitsunfähigkeit, IV-Anmeldung, Aushalten, Ohnmacht usw.

Durch den fehlenden Ton waren wir gezwungen, uns auf die averbalen Zeichen des Patienten, seine Körpersprache, zu konzentrieren – so wurde nicht zum ersten Mal aus einem Missgeschick etwas Gutes besser.

Nach einem kurzen Abriss der Anamnese sowie 2–3 Minuten stillen Zusehens stellten wir den Kollegen dann zwei Fragen:

... mit neuen Fragen

Die erste Frage lautete: *Leidet dieser Patient? Wie stark würden Sie sein Leiden einschätzen?* (0–10 Analogskala). Bereits diese erste Diskussion wurde sehr interessant und drohte den Rahmen zu sprengen. Die Wahrnehmungen waren zwar unterschiedlich, doch aufgrund der averbalen Zeichen schien das Lei-

den – vor allem an den Schmerzen – weit geringer zu sein, als ich es aufgrund der Worte und Beschreibungen gewertet hatte. Ohne Unterstützung seiner Worte erschien der junge Mann im Video lebendig, er bewegte sich überraschend frei und wirkte wenig schmerzgeplagt, höchstens etwas nervös.

Dies führte uns auf beinahe natürliche Weise zur zweiten Frage: *Woran leidet der Patient denn wirklich?* Diese Frage, mit welcher ich mich nach der Vorbesprechung mit Stefan Büchi vertieft befasst hatte, hatte ich dem Patienten nach ca. 5 Minuten seiner Erzählung gestellt. Zu einem Zeitpunkt, als ich zunehmend ein noch diffuses, aber ungesundes Gefühl verspürt hatte.

Herr S., können Sie mir sagen, woran Sie denn momentan leiden?

Die Wandlung auf dem Video war augenfällig und um so erstaunlicher. Herr S. wurde ruhig und offensichtlich nachdenklich, längere Zeit sagte er nichts mehr. Sein Blick schweifte ab und die Augen wurden feucht. Mit einer veränderten, viel schwächeren Stimme sprach er stockend weiter:

«Ich mache mir grosse Sorgen um meine Zukunft. Ich weiss nicht, ob ich meinen Traumberuf wirklich ausführen kann. Gegen alle Wünsche meines Vaters, entgegen der Familientradition habe ich meinen Willen durchgesetzt. Auch weiss ich nicht, ob mich meine Freundin auf diesem Weg noch lange unterstützen wird. Hat sie die Geduld, mich weiter zu begleiten, oder hat sie plötzlich genug. Was mache ich, wenn ich auf einmal alleine bin?»

In Gespräch war eine eindrückliche Wandlung spürbar geworden, eine neue Dimension in der Beziehung und ein neues Verständnis für die Situation des Patienten.

Seither sprechen wir kaum noch über den Rücken und die Schmerzen, sondern über die Beziehung, den Beruf und seine Familie.

Damit war der Boden, beinahe ein roter Teppich, gelegt, damit Stefan Büchi uns einerseits eine einführende Theorie zum Leiden mitteilen und anderer-

seits über seine eigenen Arbeiten und Instrumente über das Leiden berichten konnte ...

Dieser Vortrag ist im nachfolgenden Artikel «Ein Bild (des Leidens) sagt mehr als tausend Worte» dargestellt (Seite 609).

... wie weiter?

Indem wir versuchen, das Leiden in der Sprechstunde anzusprechen, gelingt es uns nicht selten, dem Kranksein, der Beziehung, eine neue Dimension zu erschliessen. Zum Leiden gehört oftmals auch der Trost. Trösten in einer seiner Bedeutungen meint: Räume öffnen, der Trauer, dem Verlust, der Weite eine (neue) Perspektive geben, und damit den Blick weiten für eine mögliche (andere) Zukunft. Immer wieder geht es also darum, gemeinsam Worte zu finden und eine Sprache, die beide verstehen.

Die aktive Teilnahme der Kolleginnen und Kollegen am Workshop hat nicht nur das grosse Interesse und damit die gute Wahl der Organisatoren wiedergespiegelt, sondern einmal mehr spürbar werden lassen, über welch eindrücklichen Erfahrungsschatz wir Hausärztinnen und Hausärzte verfügen und wie dankbar unsere Patienten sind, wenn sie ihr Leiden teilen und mitteilen dürfen – eine Bereicherung für beide. Pater Brantschen aus Freiburg sagte anlässlich eines Symposiums in Luzern (Theologie und Medizin, 2003):

**Es gibt Türen im Leben,
die kann nur das Leiden öffnen.**

Dem möchte ich nur noch dies anfügen:

**Der leidet wahrhaft, der keinen Zeugen
seines Leidens hat. (Martial)**
