

Andreas U. Gerber

# Nicht Krankheiten, sondern kranke Menschen behandeln

Missverständnisse und «Fehldiagnosen» in einem medizinisch-naturwissenschaftlich geprägten Umfeld

In einem medizinisch-naturwissenschaftlich geprägten Umfeld droht die Gefahr, dass der kranke Mensch, sein individuelles Erleben seiner persönlichen Krankheit und seine Ängste, Hoffnungen und Erwartungen hinter der naturwissenschaftlich fassbaren Krankheit vergessen werden. Anstelle des individuellen Patienten drängen sich ständig die Krankheit und das Wissen und Können der Ärzte in den Vordergrund. Dies kann zu «Fehldiagnosen» führen, welche wir als solche tendenziell weder erkennen noch wahr haben wollen. Bezeichnenderweise gibt es für solche «Fehldiagnosen» weder einen statistisch auswertbaren ICD-Code, noch eine DRG oder eine CIRS-Rubrik.

Missverständnisse sind häufig. Meist bleiben diese jedoch latent und unbemerkt und äussern sich lediglich in einer Art Bauchgefühl. Sie haben ihre Gründe oft in unseren individuell unterschiedlichen unausgesprochenen Wertehaltungen, Erwartungen, Bedürfnissen, Ängsten und Hoffnungen – kurz: in unserer individuell unterschiedlichen Moralität und Spiritualität im weitesten Sinn dieser Begriffe. In der Arzt-Patienten-Beziehung kommt es insbesondere dann zu Missverständnissen, wenn wir Ärztinnen und Ärzte<sup>1</sup> – meist verführt durch Ungeduld und «Zeitnot» – in die Falle des arzt-zentrierten Interviewstils geraten, d.h. in eine auf bio-medizinisch, bio-technische Datenerhebung zielende Befragung des Patienten. Dieser Arzt-zentrierte Befragungsstil birgt die grosse Gefahr, dass der Patient verunsichert wird und in die Meinung verfällt, seine individuelle Sicht seiner gesundheitlichen Situation sei nicht gefragt, nicht wichtig oder sogar «falsch». Das folgende Beispiel soll die genannte Problematik illustrieren.

## «S. hat mir geholfen beim Rasieren!»

Das Fallbeispiel stammt aus meiner Sammlung persönlicher «Fehldiagnosen». Herr T<sup>2</sup> war ein knapp 70-jähriger Tumorpatient. Die Hospitalisation im Zentrumsptal erfolgte wegen unerträglicher Schmerzzustände bei Status nach endoskopischer Resektion eines invasiv wachsenden Larynxkarzinoms, welches wiederholt nachbestrahlt worden war. In den letzten Monaten waren wegen lokoregionärer Metastasierung sowie Metastasen in Wirbelkörpern, Lunge und Pleura wiederholt palliative Radiotherapien und mehrere Chemotherapien mit unterschiedlichem Erfolg durchgeführt worden. Diffuse Schmerzen unterschiedlicher Art erforderten eine aggressive analgetische Kombinationstherapie, welche nach Beizug mehrerer Spezialisten lege artis nach einem gängigen Stufen-Therapie-Schema mit klassischen Analgetika, Amitriptylin, Gabapentin und Opioiden percutan und mittels PCA erfolgte. Trotz unbefriedigender Situation wurde der Patient schliesslich zur Weiterführung und Anpassung der Schmerztherapie in ein peripheres

Spital verlegt. Zur Zeit der Verlegung war er teilweise selbständig und in einen Rollstuhl mobilisierbar.

Im peripheren Spital waren die Schmerzen v.a. nachts ein unlösbares Problem. Immer vorwurfsvoller schilderte der Patient auf den täglichen Arztvisiten, dass die nächtlichen Schmerzen unerträglich seien, und ebendies rapportierten Nachtärzte und das Pflegepersonal der Nachtschichten. Fast täglich wurden Analgetika, deren Dosierungen und Dosierungsintervalle neu festgelegt, z.T. nach erneutem Beizug von Schmerzspezialisten. Immer mehr wurde Herr T. als «schwieriger Patient» empfunden, der sich nicht nur über seine Schmerzen, sondern auch über seine ärztliche Betreuung beschwerte. Eines Tages behauptete er, die Ärzte liessen ihn absichtlich wie «einen Hund an den nächtlichen Schmerzen verrecken».

Am nächsten Tag sass er fast triumphierend im Bett: nächtliche Schmerzen habe er (trotz unveränderter Analgetikatherapie) praktische keine gehabt. Die Frage, was wir besser gemacht hätten, beantwortete er klipp und klar: nicht die Ärzte hätten ihm geholfen, sondern S. S. habe ihn am Vorabend besucht und ihm beim Rasieren geholfen, sei dann einfach da gewesen und habe fast nur zugehört. Was die beiden im Detail besprochen hätten, wollte der Patient nicht erzählen; dafür interessierten wir Ärzte uns ja ohnehin nicht wirklich.

**Als Ärztinnen und Ärzte müssen wir uns immer wieder bewusst machen, dass es in der Medizin nicht (nur) um die naturwissenschaftliche Beurteilung und Bekämpfung von Krankheiten geht, sondern um die Behandlung und Betreuung von Patienten, kranken Mitmenschen und individuellen Personen.**

Auf den folgenden Arztvisiten wirkte der Patient sehr verschlossen. Er beklagte sich kaum mehr über Schmerzen. Die Analgetikadosen konnten sogar reduziert werden. Der Gesamtzustand des Patienten verschlechterte sich aber sehr rasch. Drei Tage später starb er in der Nacht im Beisein seiner Angehörigen. In der Patientendokumentation der Pflege steht: «S. ist noch gekommen; Telefon an Dienstarzt, er kommt in 30 Min. vorbei».

Die nachträgliche Durchsicht des gesamten Patientendossiers ist sehr informativ, aber auch nachdenklich stimmend. Es umfasst mehr als 130 Seiten. Es ist voll von deskriptiven medizinischen Daten, ent-

## Medizin und Spiritualität

Dieser Beitrag markiert den Auftakt zu einer neuen Serie in PrimaryCare. Unter dem Schlagwort «Medizin und Spiritualität» erscheinen in loser Folge weitere Artikel zum Thema.

Redaktion PrimaryCare

<sup>1</sup> In der Folge steht zwecks Vereinfachung der Lesbarkeit die männliche Formulierung stellvertretend gleichbedeutend für beide Geschlechter.

<sup>2</sup> Personalien und deskriptive Daten bezüglich des Fallbeispiels wurden zwecks vollständiger Anonymisierung z.T. verändert.

hält Theorie und Praktisches zur somatischen Diagnostik, zu Messung der Schmerzintensität, Bildgebung, Blutchemie, Pharmakologie, und zu Dosierungen, Wirkungen, Nebenwirkungen und Interaktionen von Analgetika. Unter der vorgedruckten Frage nach den Erwartungen des Patienten (auf dem ärztlichen Anamneseblatt) steht nur: «möchte funktionieren können», und das vorgedruckte Blatt mit den Fragen zur Pflegeanamnese (so auch die Fragen nach Ängsten, Glauben, Wünschen und dem «was für Sie wichtig ist») ist völlig leer. Kein Wort findet sich über Leben, Sterben und nahenden Tod. Offenbar wagte es niemand, *diese* Diagnose expressis verbis zu stellen und mit dem Patienten zu besprechen. So stellt sich die Frage: Waren die analgetika-therapierten nächtlichen Schmerzen wirklich nur somatogene Schmerzen, oder vielmehr «Schmerzen» im Sinne einer Angst vor dieser ungewissen Zukunft, ohne dass wir Ärzte und Pflegenden zur Diagnose fanden und ebenso wenig zur richtigen Therapie? Stellte schliesslich S. die richtige Diagnose, hatte den Mut, mit dem Patienten über seine Prognose und Zukunft zu sprechen, wobei er gleichzeitig den Schlüssel zur richtigen Therapie fand, S., der Seelsorger?

### Das Beispiel stimmt nachdenklich

Der vorliegende Fall ist ein eindrückliches Beispiel dafür, wie «modernes», naturwissenschaftlich ausgerichtetes ärztliches Verhalten dazu führen kann, dass die psychologische Regressionstendenz eines schwerkranken Patienten verstärkt wird und dass dessen individuelle Bedürfnisse nicht nur von uns Ärztinnen und Ärzten übersehen, sondern vom Patienten selber auch aktiv verdrängt werden. Ein ärztzentriertes, naturwissenschaftlich geprägtes Verhalten führt zwangsläufig dazu, dass nicht die Sicht und die Bedürfnisse des Patienten, sondern jene des Arztes im Zentrum stehen. Seinen Kenntnissen und Stärken in somatischer Medizin vertrauend, bleibt der Arzt in seiner naturwissenschaftlich-biologischen Sicht des Krankheitsgeschehens verhaftet. Das heisst nicht, dass diese naturwissenschaftliche Sicht falsch ist. Im Gegenteil: Ohne diese Sicht und ohne das Ausschöpfen der naturwissenschaftlichen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten können wir Patienten mit somatischen Leiden nicht gerecht werden. Das Problem ist vielmehr die einseitige Fokussierung und das Gefangen-Bleiben in der rein naturwissenschaftlichen Sicht. In emotional belastenden Situationen überträgt sich diese Sicht oft auch auf Patienten und Angehörige. Sie machen mit beim Versteckenspiel und Somatisieren der komplexen psychologischen Problematik.

### Praktische Lehren

Was können wir besser machen? Der Schlüssel liegt meines Erachtens in der Erstbegegnung von Arzt und Patient und damit in der Aufbauphase einer guten Arzt-Patienten-Beziehung. Insbesondere in dieser Phase ist von entscheidender Bedeutung, dass der Patient im Zentrum bleibt und damit seine Sicht, seine Sorgen und Gedanken thematisieren und einbringen kann. Der Patient soll schon im Erstgespräch aufgefordert werden, nicht nur *seine* Sicht der Krankheit, sondern ebenso *seine* Selbstbeurteilung als kranke Person, seine Sorgen und Ängste, seine Erwartungen und seine Hoffnung bzw. Hoffnungslosigkeit zu schildern. Mit der kurzsichtigen Übernahme der Aufgabe «Weiterführen und Anpassen der Schmerztherapie» waren wir in die gleiche (bequeme) Falle geraten wie schon unsere Kollegen des Zentrums. Hätten wir schon unsere

### Zur Person

Andreas U. Gerber ist emeritierter internistischer Chefarzt, Mitgestalter und Dozent der Zertifikatskurse «Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen» von «Dialog Ethik» und «Medizinisch-ethische Entscheidungshilfen im ärztlichen Alltag». Er setzt sich ein für den FMH-Auftrag «Einbau von Ethik in die ärztlichen Weiterbildungscurricula».

Erstanamnese patienten- statt arztzentriert gestaltet, so hätte uns der schwerkranke Patient geholfen, mit ihm in ein Gespräch über seine Prognose und den nahenden Tod einzusteigen. Zu einem solchen Gespräch gehören auch aufmunternde Fragen zu denkbaren Ressourcen jeglicher Art, einschliesslich der Fragen nach persönlicher Religiosität und Spiritualität. Gemeinsam hätten wir uns durchringen sollen und durchringen können zur Erkenntnis, dass Sterben-Dürfen mit und an einer unheilbaren Krankheit die natürliche «Lösung» der schweren Krankheit bedeutet und dass wir Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden unsere Patienten in ihrer letzten Lebensphase besser begleiten, stützen und unterstützen können, wenn es uns gelingt, diese natürliche Lösung als unausweichlich zu akzeptieren und auch darüber so zu sprechen, dass wir den schicksalhaften Verlauf auch als Chance sehen und nicht als menschliches Versagen. Als Ärztinnen und Ärzte müssen wir uns immer wieder bewusst machen, dass es in der Medizin nicht (nur) um die naturwissenschaftliche Beurteilung und Bekämpfung von Krankheiten geht, sondern um die Behandlung und Betreuung von Patienten, kranken Mitmenschen und individuellen Personen. Es ist eine zentrale Aufgabe des Arztberufes, sich darum zu bemühen, jeden Patienten als ganze Person zu sehen und zu verstehen in seiner biologischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Dimension und Geschichte, zu welcher auch sein individuelles Schicksal gehört.

### Konsequenzen für das Teaching

Können wir ärztlich-humanistisches Verhalten und Handeln lernen und lehren in einer Art, dass es neben der naturwissenschaftlich-biologisch verstandenen Medizin seinen Platz findet und nicht von dieser überstrahlt wird? *Wir können es, weil wir es sollen!* Doch funktionieren kann diese Aufgabe nicht mit Theorie allein. Dazu gehören möglichst selbst erlebte Fallbeispiele und die Kraft, diese als lehrreiche Erfahrungen zu erkennen, zu akzeptieren und allenfalls auch selbstkritisch zur Diskussion zu stellen – auch dann, wenn es sich um manifeste (schmerzliche) Fehlleistungen handelt. Diese lernende und lehrende Selbstkritik kann uns hoffentlich helfen, etwas weniger häufig in die Falle der bequemen naturwissenschaftlichen Fehldiagnose zu geraten, welche uns dazu verleitet, einseitig naturwissenschaftlich gesteuerte Medizin zu betreiben in Situationen, da es kaum noch um die Krankheit, sondern vielmehr um den individuellen kranken Mitmenschen geht.

---

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Andreas U. Gerber  
Burgfeldstrasse 21  
3400 Burgdorf  
augerber@bluewin.ch