



Foto: mauritius images/Westend61/Andrés Benitez

Vertrauen

Nähe und Distanz in der Arzt-Patient-Angehörigen-Beziehung

Vera Kalitzkus

Vertrauen ist notwendig für den Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patient-Angehörigen-Beziehung. Es ist aber auch unverfügbar und entsteht erst durch Interaktion. Dass diese Beziehung gelingen, aber auch misslingen kann, beschreibt unsere Autorin in einer persönlichen Reflexion.*

Es gibt Faktoren, die das Entstehen von Vertrauen begünstigen, wenn nicht gar bedingen, so der Arzt und Medizinethiker Giovanni Maio. Auf Patient:innenseite ist es zum einen die Bereitschaft, Kontrolle abzugeben und anzunehmen, nicht alles wissen zu können. Zum anderen gilt es, die eigene Verwundbarkeit sowie die Abhängigkeit des eigenen Wohlergehens von den Ärzt:innen und Pflegenden zu akzeptieren. Dieses Vertrauen hat eine verpflichtende Wirkung auf das Handeln derjenigen, die das Vertrauen geschenkt bekommen: den im Gesundheitssystem Tätigen. Was können, was müssen sie tun, um Vertrauen in der Interaktion mit ihren Patient:innen und deren Angehörigen entstehen zu lassen und sich dieses Vertrauens als würdig zu erweisen?

Nachfolgende Gedanken entspringen einerseits meiner langjährigen Beschäftigung als For-

schende mit den Schwerpunkten „Narrative Medizin“ und „Familienmedizin“, andererseits meiner Erfahrung in der Begleitung meines Ehemannes durch schwere Krankheit bis zu seinem Tod. Die Gedanken Giovanni Maios zur Bedeutung von Vertrauen in der Medizin halfen mir, das von uns Erlebte besser zu verstehen.

Vertrauen in das System, Vertrauen in die Person

„Ich kenne nur eine Ärztin, allerdings aus einer anderen Klinik, die mutig genug ist, dieses Wagnis einzugehen. Eine andere Chance gibt es nicht“, so die Worte des Chefarztes der onkologischen Station, in die mein Mann aufgrund seines besorgniserregenden Zustands und diverser ungeklärter Symptome als Notfall aufgenommen wurde. Die Erleichterung meines Mannes war mit Händen greifbar. Ein Silberstreifen am Horizont, wenn auch noch so schwach, nachdem sich sein gesundheitlicher Zustand (Leukämie) rasant verschlechtert hatte. Seine letzte Chance: ein neues

Medikament (Wirksamkeit und Verträglichkeit ungewiss), das ihn soweit stabilisieren könnte, dass eine Stammzellübertragung in Betracht käme. Tränen der Hoffnung in den Augen meines Mannes, Tränen der Angst in meinen. Die Option Stammzelltransplantation war uns bekannt. Allerdings schien sie mir außer Frage zu stehen, da mein Mann schon sehr geschwächt, lebensnotwendige Organe stark geschädigt waren. Wie sollte er das überstehen? Und was heißt „eine, die mutig genug ist“? Eine noch junge Oberärztin, die sich im Bereich Hämatologie schon weit nach oben gearbeitet hat – will sie „es wissen“, die Grenzen des Möglichen ausloten? Geht es um ihren nächsten Karriereschritt oder um Studien, für die noch „Probanden“ fehlen?

„Unsere Hausärztin war da, sie war präsent. Wir fühlten uns gesehen und angenommen. Und vertrauten.“

Patient:innen und Angehörige brauchen Gewissheit, dass die Therapievor schläge zu ihrem besten Nutzen gemacht werden, und nicht etwa aus ökonomischem Kalkül oder anderen Gründen. Diese Gewissheit ist im heutigen Gesundheitssystem erschüttert. Bei solchen Entscheidungen bleibt den Patient:innen und ihren Familien nur, auf die Integrität ihres Arztes/ihrer Ärztin zu vertrauen, um mit den damit verbundenen existenziellen Ängsten umgehen zu können. Mir gelang es in dieser Situation nicht, die systemischen Zwänge, unter denen sich Klinikärzt:innen befinden, auszublenden. Zurück blieb ein verunsicherndes Grundrauschen.

Verpasste Chance: Das „Aufklärungsgespräch“

„Es kann sein, dass Sie danach von der Leukämie geheilt sind!“ Dieser Satz fiel im „Aufklärungsgespräch“ mit der Onkologin über die mögliche Stammzelltransplantation. Er setzte sich fest bei meinem Mann, allerdings so: „Es kann sein, dass ich danach geheilt bin.“ Was er nicht hö-

ren konnte, weil es nicht zur Sprache kam: Die Komorbiditäten, die Nebenwirkungen der Medikation, der nach wie vor begrenzte Überlebenshorizont. Kein Wort darüber, was eine Stammzellübertragung für sein weiteres Leben bedeuten würde, so er sie überhaupt überleben sollte. Ich saß neben meinem Mann, übte mich in Zurückhaltung, um den Dialog zwischen den beiden zu ermöglichen, den Zettel mit unseren wichtigsten Fragen auf den Knien. Das schien für Irritation aufseiten der Onkologin zu sorgen. Sie stand spürbar unter Zeitdruck, für uns war es das alles entscheidende Gespräch. Das Telefon klingelte, sie nahm ab. Eine befreundete Ärztin fragte an, ob sie wohl einen Vortrag übernehmen könne. Der Terminkalender wurde gewälzt, andere Optionen durchgesprochen, weiterer kollegialer Austausch folgte. „Das geht alles von unserer Zeit ab!“, schoss es mir durch den Kopf. Für meinen Mann war dieser Termin in der Klinik eh schon eine große körperliche Anstrengung, er konnte sich nur mit großer Mühe auf das Gespräch konzentrieren, von den existenziellen Ängsten, die uns plagten, ganz abgesehen.

„Wo waren wir stehen geblieben?“, wendete sie sich wieder an uns. Ich versuchte unsere Fragen anzubringen, wurde jedoch immer wieder unterbrochen. Es folgten jeweils weitschweifige Erläuterungen ihrerseits, die an unseren Fragen jedoch vorbeigingen. Diese blieben unbeantwortet. Auch auf die Frage nach den Überlebenschancen meines Mannes gab es nur eine unbefriedigende Antwort. Das könne man nicht so genau sagen, es gäbe zwar Studien, aber die Zahlen habe sie gerade nicht parat. Erschüttert verließen wir den Raum. Ich zitterte, fühlte mich beschämt, gedemütigt.

Was wäre notwendig gewesen, um in diesem Gespräch ein Vertrauensverhältnis

zu schaffen? Ungeteilte Aufmerksamkeit in den wenigen Minuten dieses Gesprächs: sich – bis auf medizinische Notfälle – keine Telefonate durchstellen zu lassen. Unsere Fragen anzuhören: bei „Stichworten“ (oder eher „Triggerworten“) keine Standardantworten abzurufen, sondern unsere Ängste dahinter zu hören und diese aufzunehmen. Ihre Antwort irritierte uns. Sie habe die „Zahlen“ nicht parat? – Eher unwahrscheinlich, denn ihre fachliche Kompetenz schien uns nicht infrage zu stehen. Überlebenswahrscheinlichkeiten in Prozent, zu erwartende Lebensdauer in Wochen, Monaten, Jahren. Das sagt im Einzelfall nicht viel, wenn man zu jenen gehört, bei denen es keinen guten Verlauf nimmt. Und doch steckt dahinter die eigentliche Frage: Welches Wagnis geht man damit ein? Womit müssen wir rechnen? Und vor allem: Ist mein Mann dazu bereit? Vermutlich hätte ein solches Gespräch nicht sonderlich viel mehr Zeit gekostet. Denn Studien belegen, dass Gespräche, bei denen Patient:innen zu Beginn einer Konsultation ausreden können, um ihr zentrales Anliegen zu schildern, nicht länger dauern.

Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung

Anders erging es uns bei unserer Hausärztin. Nun könnte man meinen, dass das Vertrauen in sie und ihr Praxisteam über viele Jahre gewachsen war. Aber nein. Nur 14 Monate vor dem Tod meines Mannes hatte ich dort einen ersten Termin. Wir lebten erst seit Kurzem in der Region und hatten Glück, in der Praxis angenommen zu werden. Nur sieben Monate vor dem Tod meines Mannes erfolgte dann sein erstes, ausschlaggebendes Gespräch mit ihr. Es dauerte länger als die üblichen fünf bis sieben Minuten, jedoch nicht mehr als eine halbe Stunde. Unsere drängendsten Fra-

Literatur

- Bolton, G. (2010): *Reflective practice: Writing and professional development*. London.
- Charon, R. et al. (Hg.) (2017): *The principles and practice of narrative medicine*. Oxford.
- Dörner, K. (2003): *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*, 2. Auflage. Stuttgart [S.211].
- Kalitzkus, V. et al. (2017): *Narrative Medizin: Vermittlerin zwischen Sprach- und Erfahrungswelten im medizinischen Kontext*. In: Bechmann, S. (Hg.): *Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation*. Berlin, S.73–98.
- Kalitzkus, V. et al. (2021): „Geheime Gärten des Ich“. Schreiben als reflektierende Praxis für Hausärztinnen und Hausärzte. In: Wohlmann, A. et al. (Hg.): *Narrative Medizin: Praxisbeispiele aus dem deutschsprachigen Raum*. Wien/Köln: S.133–147.
- Maio, G. (2017): *Zur Bedeutung des Vertrauens in der Medizin*. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*; 168(8): S.232–238 [S.232].
- Schön, D.A. (1983): *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York.

gen: „Was ist bei einer Krise, kommen Sie auch zum Hausbesuch?“ „Ja.“ „Und wenn es auf das Ende zugehen sollte: Was sind die möglichen Sterbeszenarien?“ „Sie wollen es wirklich wissen?“ Die Frage richtete sie direkt an meinen Mann. Seine klare Antwort: „Ja, das will ich.“ Sie erläuterte uns die möglichen Szenarien und was im jeweiligen Falle zu tun wäre, erläuterte das Für und Wider der häuslichen gegenüber

„Ärzt:innen sollten sich selbst fragen: Ist das Vertrauen, das die Patient:innen in mich setzen, gerechtfertigt?“

der hospizlichen Betreuung, und sicherte uns ihre volle Unterstützung zu – wie auch immer unsere Entscheidung ausfallen sollte. Für ihren anstehenden Urlaub wies sie ihr Praxisteam an, für uns jederzeit erreichbar zu sein. Sie wusste das Wichtigste aus dem Leben meines Mannes, seine Einstellung zum Sterben und dem Übergang und was ihm für diese Zeit am wichtigsten ist. Mehr brauchte es nicht zum Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Sie war da, sie war präsent. Wir fühlten uns gesehen und angenommen. Und vertrauten. Entscheidend dafür, dass das gelang, war nicht ein Übermaß an Zeit (während dieses Gesprächs wie auch auf die Dauer unseres Kontaktes insgesamt bezogen), sondern ihre Bereitschaft, sich unseren existenziellen Fragen zu stellen. Oder anders: sich uns zur Verfügung zu stellen. Es folgten noch zehn Sprechstundentermine in den Monaten bis zum Tod meines Mannes, davon zwei längere Gespräche. Die übrigen Male ging es lediglich um Blutabnahmen, Wundversorgung, Überweisungen – nichts, was das übliche Maß in einer hausärztlichen Praxis überschritten hätte.

Was machte den Unterschied?

Nicht die Dauer der Beziehung oder die gemeinsam verbrachte Zeit waren ausschlaggebend für das Entstehen von Vertrauen auf unserer Seite, wohl aber, wie uns in dieser Zeit begegnet wurde. Vermutlich spielte mein beruflicher Hinter-

grund auch in den Umgang der „Professionellen“ mit uns/mit mir hinein. Bei der Hausärztin schien es für Vertrauen zu sorgen, dass ich die Systemzwänge kenne und wir ihr Angebot nicht über Gebühr in Anspruch nehmen würden. Resultierte es bei der Onkologin in der Klinik möglicherweise in Verunsicherung, Konkurrenz oder Distanzierung? Das muss Spekulation bleiben. Zumindest konnte sie mir in meiner Not und großen Sorge um meinen Mann nicht adäquat begegnen.

Die Stammzellübertragung nahm keinen guten Verlauf. Eine Verlegung meines Mannes auf die Intensivstation wurde nötig, wo er einige Tage später versterben sollte. In diesen Tagen erreichte ich die Onkologin nur noch nach mehrfachem Einfordern. Zu einem Nachgespräch mit ihr nach seinem Tod kam es nicht. Folgerichtig, so scheint es, denn die konkrete Verantwortlichkeit lag bei den Ärzt:innen der Intensivstation. Wenn das Empfinden für eine Beziehung/ein Band des Vertrauens zwischen ihr und uns fehlte, so findet auch nicht statt, was eigentlich selbstverständlich sein sollte: den gemeinsam gegangenen Weg zu einem Abschluss zu bringen und den Tod meines Mannes zu würdigen. Entlastung in unserer emotionalen Not fanden wir bei ihr nicht. Einige wenige Sätze in dem oben geschilderten Gespräch sowie die Bereitschaft und der Mut, mir nach seinem Tod zu begegnen, hätten einen großen Unterschied gemacht. Wir, die Familie, hätten ein solches Gespräch einfordern können. Die Kraft dazu fehlte uns. Das Band des Vertrauens zu unserer Hausärztin hingegen dauert an. Bei meinem ersten Besuch nach seinem Tod in ihrer Praxis nahm sie mich mit Tränen in den Augen fest in den Arm.

Konsequenzen

Was lässt sich folgern zu der Frage nach „angemessener“, praktizierbarer Nähe zu Patient:innen und ihren Familien? Sicherlich ist ein intensiver Kontakt und Mitfühlen nicht immer möglich und auch nicht notwendig. Doch es sollte sich in einer ärztlichen Grundhaltung niederschlagen, wie sie der kürzlich verstorbene Medizintheoretiker und Psychiater Klaus Dörner (siehe auch S.21) in seinem Buch „Der gute Arzt“ beschreibt, auch wenn diese in all ihren Aspekten „nur höchst eingeschränkt – eben selbstbegrenzt – zu leben [ist], vorübergehend, nur wenn ich die Kraft dazu habe, wenn es besonders wichtig ist,

exemplarisch und auf Stunden, Minuten oder auch nur Sekunden meines realen Arbeitsalltags bezogen, wenn auch immer präsent.“

In Bezug auf das Vertrauen gilt es als Arzt/Ärztin, sich selbst zu fragen: Ist das Vertrauen, das die Patient:innen in mich setzen, gerechtfertigt? Treffe ich die Entscheidungen aus bestem Wissen und Gewissen zu ihrem Wohle, oder sind andere Faktoren bestimmend für mein ärztliches Handeln? Beantworte ich ihr in mich gelegtes Vertrauen, das, so Giovanni Maio, aus der Arzt-Patient-Angehörigen-Beziehung eine „moralische Beziehung“ werden lässt, in angemessener Weise? Und insbesondere: Begegne ich den Patient:innen und ihren Angehörigen als Person und nicht nur in meiner professionellen Rolle?

Sich dieser Selbsthinterfragung zu stellen, braucht Mut. Aus ihr Konsequenzen folgen zu lassen, erst recht. Erprobte Wege in eine solche reflektierende Praxis – Donald A. Schön prägte hierfür den Begriff des *reflective practitioner* – stehen zur Verfügung. Wir wissen auch, wie durch reflektierendes Schreiben oder Techniken aus dem Methodenkoffer der narrativen Medizin die Empathiefähigkeit und narrative Kompetenz von in den Gesundheitsberufen Tätigen gestärkt werden kann. Ohne jedoch für die mir Anvertrauten als Person spürbar zu werden und den Mut, ihnen als Person und nicht nur in der professionellen Rolle zu begegnen, müssen alle förderlichen Gesprächstechniken und Versuche, ihr Vertrauen zu gewinnen, verblichlich erscheinen. ■

* Mein Dank gilt Ottomar Bahrs und Stefan Wilm (Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf) für wichtige Anregungen und Ermutigung nach kritischem Lesen des ersten Textentwurfs.

Wer oder was darf Ihnen nicht zu nahe kommen?

„Menschen, die Form, Intensität und Dauer meiner Trauer bewerten.“

Dr. Vera Kalitzkus



ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf und Leiterin des Forschungsschwerpunktes „Familienmedizin“. Vera.Kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de