

Médecine de la Personne
Durham, 6. August 2005

Arzt und Patient auf einer langen gemeinsamen („Schiffs“-)Reise

I. Einleitung : Notfallmedizin und Dauerbetreuung in der Nephrologie

Vor etwa dreissig Jahren war ich in der Notfallmedizin tätig. Man könnte dem „Konfettimedizin“ sagen: Man sieht den Patienten nur kurz, einige Stunden maximal. Man muss rasch handeln. Zum Beispiel nächtlicher Hausbesuch bei einem Unbekannten mit Thoraxschmerzen. Man fährt mit dem Notlicht hin, um schneller fahren zu können, Diagnose: Myokardinfarkt, Notfallmassnahmen, Verlegung des Patienten ins Krankenhaus, während des Transportes überwacht man den Patienten und spricht mit ihm. Diese kurze Beziehung kann intensiv sein, vor allem für den Patienten. Aber meist erfahren wir nie, was aus ihm geworden ist. Diese Medizin „im Galopp“ kann berauschend sein. Es entstehen daraus übrigens spannende TV - Feuilletons in denen ein junger Arzt, der nie Zeit hat, zu schlafen oder sich zu rasieren, dank seinem selbstlosen Einsatz und dank der jungen Krankenschwester, die immer blond, ihm bei der mit heroischer Mine durchgeführten Herzmassage den Schweiß von der Stirne wischt, jede halbe Stunde ein Leben rettet.

Dreissig Jahre später ist die Medizin, die ich praktiziere, ziemlich das Gegenteil dieser Notfallmedizin. Viele meiner Patienten sind an der Dialyse und ich sehe sie 3 mal die Woche seit Jahren. Wir „segeln zusammen auf hoher See“. Patient und ich wissen, dass die Reise noch lange dauern wird. Ich bin glücklich über diese langdauernde Gesellschaft: es ist eine interessante Art von Medizin. Die Notfallmedizin hatte sicher ihre spannende Seiten, wenn sie mich mit einer Ateminsuffizienz, einem Verkehrsunfall, einer verprügelten Dirne oder einer spektakulären hysterischen Krise konfrontierte. Aber ich war ziemlich frustriert, nichts über den Verlauf der kurz behandelten Menschen zu erfahren. Das war zweifellos nicht die Medizin, die mir entsprach. Ich habe kein starkes Heimweh nach dem Hubschrauber. Ebenso wenig vermisste ich die Notfallintubation, die zwar eine Befriedigung sein kann aber auch einen Stress darstellt und schweigen wir über die blonde Krankenschwester, von der man das selbe wie von der Notfallintubation sagen könnte.

In Bezug auf die „Galopp- oder Minutenmedizin“ ist die „lange gemeinsame Reise auf hoher See“ eine Chance..... und gleichzeitig eine Sackgasse.

Im Rahmen aller Berufe ist der des Arztes **eine Chance**: Einerseits hat er technische Aspekte andererseits ist er auf Beziehung angelegt. Bei dieser Arbeit ergeben sich unaufhörlich Gelegenheiten, den Andern anzusehen: Man blickt auf seine Persönlichkeit, seine Überzeugungen, sein Suchen, seine Freuden, sein Versagen und seine Ängste. Man beobachtet manchmal die Schönheit seines Muts, oft das Elend seines Schiffbruchs. Wenn in einem nicht allzu leeren Leben sich Fragen stellen wie: Wer bin ich?, Wer sind die Anderen?, Was für einen Sinn macht es, zusammen zu sein? dann hat der Arzt eine phänomenale Gelegenheit: Seine Arbeit ist ein dauerndes Arbeiten an diesen Fragen. Vor allem wenn er mit den Patienten auf einer langen Fahrt ist. Es braucht Zeit, bis die Kranken und ihre Krankheit zur wirklichen Quelle dieser Fragen werden., Man lernt mehr über den Menschen, wenn man während Jahren einige chronisch Kranke begleitet, als durch die Behandlung von Hunderten von Eintritten auf der Notfallstation. Ein vietnamesisches Sprichwort lautet: „es ist einfacher mit einer Frau ein Kind in 9 Monaten als mit 9 Frauen eines in einem Monat zu haben“. Unter den verschiedenen medizinischen Spezialitäten hat der Nephrologe besonders die Gelegenheit, seine Patienten während langer Zeit zu verfolgen: Dialysepatienten und Transplantierte werden viele Jahre lang begleitet. Diese Gelegenheit, Jahre mit dem gleichen Patienten zu verbringen ist aber auch eine **Sackgasse**. Während dieser langen gemeinsamen Reise kann sich der Arzt wohl noch mit einem gewissen Erfolg um ein schwaches Organ, in meinem Fall die Nieren kümmern. Aber meist betrifft das

Versagen verschiedene Organe. Ausserdem wird mit der Zeit die psychosoziale Situation immer schwieriger: mit der Krankheit, die ihm die Hälfte der Zeit frisst, einem reduzierten Allgemeinzustand und einem Ehepartner der ebenfalls alt, und seinerseits krank und pflegebedürftig wird. Unter diesen Bedingungen wird der Nephrologe, der seinen Patienten dreimal in der Woche sieht, unweigerlich mit einer Lawine von organischen, psychischen und sozialen Problemen, die er nicht zu lösen vermag, überwältigt. Die Versuchung ist dann gross, sich einfach nicht mehr um all diese Probleme zu kümmern, die doch eigentlich eng mit der Nierenkrankheit verbunden sind. Aber es wird zu kompliziert. Hier ist die Sackgasse. Der überforderte Arzt vernachlässigt die kranke Person, obwohl er den Eindruck erweckt, seine Pflicht im Sektor seiner Kompetenz zu erfüllen. Aber in Wirklichkeit segeln die beiden nicht mehr vereint. Anstatt auf ein Ziel hinzusteuern, begnügt man sich, die Lecks zu stopfen, wo sie sich zeigen, ohne Überzeugung, ohne Kohärenz und ohne Menschlichkeit bis zum Schiffsbruch. Was könnte uns nun auf dieser langen gemeinsamen Reise, die sowohl eine Chance wie eine Sackgasse sein kann, helfen und ermuntern, etwas wie eine „Treue“ aufzubauen? Was hindert uns daran? Lasst uns zuerst sehen, was uns dabei hilft. Dann suchen wir die Hindernisse.

II. Was dem Arzt hilft und ihn ermuntert, treu zu sein.

Auf die Länge lehren uns unsere Patienten die Medizin.

Die langdauernde Beziehung mit dem Patienten ist manchmal eine richtige medizinische Schulung mit vielen interessanten Lehrstücken. So erinnert mich Frau R. etwa alle 6 Monate daran, dass die körperlichen Symptome Ausdruck eines gestörten Gleichgewichtes im Körper seien. Ich bin ihr dafür sehr dankbar, denn sie lehrt mich etwas mit Geduld und Ausdauer, was mir meine Lehrer überhaupt nicht beigebracht haben. Sie ist eine chronische Dialysepatientin, 84 jährig und in recht gutem Allgemeinzustand. Aber alle 3 bis 6 Monate klagt sie über eine andere Funktionsstörung. Da waren zuerst Schmerzen und Paresen wie eine Polyneuropathie. Die elektrophysiologische Untersuchung war normal. Dann ein intensiver Thoraxschmerz, sodass der Kardiologe sie auf die Intensivpflege nahm, aber es war kein Infarkt. Frau R. hatte dann während mehreren Wochen Nausea, diffuse Bauchschmerzen, Durchfall und Erbrechen mit einem normalen klinischen Befund und einem stabilen Körpergewicht. Als das alles - spontan - verschwunden war, konnte sie nicht mehr schlafen, entwickelte Kopfschmerzen, Schwindel und Atemnot.

Eine solche Abfolge von Symptomen ohne organische Erklärung musste doch eine Bedeutung haben. Der Schriftsteller - Pneumologe François - Bernard Michel weist auf die Bedeutung des Wortes Syn - ptom hin: was „zusammen fällt“, „in den gleichen zeitlichen Zusammenhang fällt“. Das Zeichen, das im gleichen Moment wie ein Ereignis auftritt, das den Patienten betrifft. Es ist also ein Signal. Lucien Israël, ein Psychiater, sagt dasselbe mit anderen Worten: Das Symptom hat oft nur den Zweck, mit dem Arzt in Beziehung zu treten. Es ist in einem gewissen Sinn ein Versuch des Patienten, die Sprache des Arztes zu sprechen. In Wirklichkeit geht es um die Person des Patienten.

Auf recht impulsive Art habe ich eines Tages nach Anhören irgend eines neuen Symptoms Frau R. geradeaus mitgeteilt: „ Ich werde Ihnen nichts verschreiben, weder Untersuchung noch Medikament, das würde nichts nützen. Alles würde zwar besser aber in einigen Wochen würden Sie wieder anderswo Schmerzen haben. Sie brauchen offenbar regelmässig irgendwo etwas Schmerzen. Es nützt deshalb nichts, dass ich mich darum kümmere.“ Mein Kollege glaubte seinen Ohren nicht, als er mich so sprechen hörte. Aber Frau R. hatte einige Monate lang Ruhe. Ich meinerseits hörte ihr zu, wenn sie mir gelegentlich aus ihrem Leben erzählte, das unglaublich schwer gewesen war. Jung verwitwet, vier Kinder, ein mühsamer Beruf als Kleiderverkäuferin, drei Kinder starben, eins wurde psychiatrisch interniert, Enkelkinder mussten aufgezogen und der behinderte Schwiegervater während 18 Jahren gepflegt werden. Ich sagte ihr, sie sei sehr

energisch und mutig gewesen. Als ich ihr eines Tages zu verstehen gab, dass sie nirgends mehr Schmerzen hatte, antwortet sie mir: „ Ich brauchte Zeit , um mich daran zu gewöhnen“. Nie zuvor hatte sie zusagen gewagt, dass ihr eigentliches Problem war, dass sie sich nie an die chronische Dialyse hatte „gewöhnen“ können. Da sie das nicht ausdrücken konnte, litt sie immer wieder irgendwo an ihrem Körper. Eine Psychoanalytikerin, Marie-Louise Pierson drückt dies mit einem Aphorismus aus: „Nichts ist den Schmerzen (maux) vergleichbar, um die Worte (mots) zu ersetzen.“ (beide französischen Worte werden als *mo* ausgesprochen. der Übersetzer)

Dieser Unterbruch der erratischen Klagen von Frau R. dauerte nur eine gewisse Zeit. Wie Jean-Claude Jornod sagt: In der Medizin wie in der Liebe kann man weder „nie“ noch „immer“ sagen. Frau R. hatte sich offenbar noch immer nicht an ganz an den Zustand einer Dialysepatientin „gewöhnt“, denn der Kreislauf der Beschwerden begann wieder von neuem. Ich begnüge mich, mir ihre neuen Beschwerden anzuhören, sie begnügt sich mir darüber zu berichten. Nur eine lange und offene Beziehung kann das erlauben. Der Beweis zeigt sich, wenn Frau R. bei einem anderen Arzt, der sie nicht kennt, klagt. Sie kommt dann in den Genuss von Abklärungen und Behandlungen, die aus meiner Sicht nutzlose Risiken sind.

Dank dieser wertvollen Frau R. kann ich jetzt gewissen Klagen zuhören speziell Schmerzen und Nausea, ohne gleich zu verordnen, eine ziemlich schwierige und unbequeme Einstellung für einen somatisch orientierten Arzt. Ich habe noch nie gewagt, einem Kranken zu sagen :“ Sie haben wahrscheinlich Schmerzen, um zu erreichen, dass sich jemand um Sie kümmert“ . Ich fühle mich nicht kompetent, eine solche Aussage zu machen, obwohl dies, wie mir scheint, gelegentlich nützlich wäre. Und mitfühlend! Aber vielleicht lehrt mich Frau R. noch solche Dinge zu sagen. Unterdessen hat sie mir schon beigebracht, nicht zu erschrecken, wenn ein Niereninsuffizienter beginnt, täglich zu erbrechen nachdem ich ihm offenbart habe, dass der Moment der chronischen Dialyse gekommen sei. Sie hat mich gelehrt, den -eher ungläubigen- Assistenten zu sagen, dass eine Gastroskopie unnötig sei. Sie hat mir sogar die Bedeutung klar gemacht, die meine eigene Nausea hat, wenn ich berufliche Zwangssituationen nicht verdauen kann.

Kranke , die uns Lektionen über das Leben erteilen.

Ein anderer Grund, der uns zu Beziehungstreue auffordert, ist die Begegnung mit liebenswürdigen oder ausserordentlichen Personen. Bei gewissen chronischen Patienten zwingt die Behinderung oder das Leiden fast zur Überlegung, zum Hinterfragen , was eigentlich zählt, sich von Moden und Nebensächlichkeiten zu befreien , kurz Klarheit über sich selbst zu gewinnen. In einem herrlichen Roman von Robertson Davies „ Le Manticore, den mir mein eigener Arzt empfohlen hat, finden wir eine Szene , in der ein Zürcher Arzt seinem Patienten sagt: „Im Laufe Ihrer Krankheit haben Sie wohl viel nachgedacht. Wissen Sie, dazu sind die Krankheiten da.“

Vielleicht hat die Krankheit, Herrn P. seine erstaunliche Weisheit gegeben: Er ist seit 22 Jahren an der Dialyse und ist jetzt 72. Er spricht immer mit grosser Ruhe von seinen Beschwerden. Er ist geschwächt und kann seine Hände wegen eines Karpaltunnelsyndromes bds. nur schlecht gebrauchen. Andererseits ist er belesen und liest unaufhörlich. Zu Hause sind alle Zimmer mit Büchern vollgestopft vom Boden bis zur Decke. Ist es seine Belesenheit oder seine 22 jährige Dialyse, die ihn so überlegt, weise, zum philosophischen Kranken gemacht haben? Vor 5 Monaten hat man bei ihm einen Brustkrebs mit multiplen Hautmetastasen und gleichzeitig einen Nierentumor mit Metastasen in den Lungen festgestellt, was schon medizinisch sehr ungewöhnlich ist. Aber am ungewöhnlichsten war das Gespräch mit dem Todgeweihten. Wie gewohnt nennt er die Dinge beim Namen. Wir sprechen also bei meiner Visiten an seinem Bett von Dialyse, Krebst, Chemotherapie und Metastasen. Dieses Gespräch findet drei mal wöchentlich in einem Zimmer statt , wo noch drei andere dialysiert werden, die kein Wort von dem verpassen, was da gesprochen wird. Ist das eine Verletzung der Intimsphäre? Ist es Exhibitionismus? Ich glaube nicht. Die Bettnachbarn sind alte Kumpanen von Hr P. Sie haben oft

sein Leben geteilt. Sie teilen nun seine Begegnung mit dem Tod. Die Haltung von Hr P. ohne Maske und Angst ist eine Lebenslektion auch wenn es ums Sterben geht. Ich glaube, dass sie sehr fruchtbar ist. Sie kontrastiert mit dem gewohnten Schweigen der leidenden Patienten und dem gewohnten Ausweichen der Ärzte, die keine Lösung haben. Das ganze Zimmer wird dadurch humaner - ich hoffe es jedenfalls. Eine so positive Dynamik kann nur entstehen in der Folge einer langen Beziehung.

Mit mehreren Patienten zusammen segeln.

In der Nephrologie kommt eine ganze Mischung von chronisch Dialysierten zusammen. Sie kann ein Trumpf in der Beziehung zwischen Arzt und Patient sein. Ich brauche diesen wenig wissenschaftlichen Trumpf bewusst. Wenn ich zum Beispiel mit lauter Stimme einem Dialysepatienten seine letzten Eiweisswerte oder sein Kalium kommentiere und die diätetischen Empfehlungen gebe, um die Fehler zu korrigieren, weiss ich genau, dass sein Nachbarn es hören und sogar zuhören. Das ist sehr nützlich. Denn jedes Mal wo man einem Patienten erklärt, er habe zu viel Früchte gegessen, was eine Empfehlung sein sollte, macht man ihm unweigerlich auch einen Vorwurf. Wenn ich also diesen Vorwurf einem Patienten mache und die drei Nachbarn es hören so haben zusammen vier Personen eine nützliche Information erhalten aber nur einer wurde wegen seiner gefährlichen Diätfehler getadelt. Eine grosse Ersparnis an Aggressivität. Nur für die Gesundheitstechnokraten, die Frankreich überschwemmen und den Therapeuten ihr Verhalten vorschreiben, sind diese Methoden verwerflich: Ein Kranker sollte nie hören, was seinem Nachbarn gesagt wird!

Die langjährige Beziehung erlaubt auch dem Patienten die Persönlichkeit seines Arztes kennen zu lernen. Das ist nicht nutzlos. Und auch da kann man als Werkzeug, die Bettenmischung brauchen. Zum Beispiel Fr. B. 66 jg, sehr ängstlich, hustet und ist darüber sehr besorgt. Da dieser Husten als „spastische Bronchitis“ beurteilt, seit Jahren besteht, kümmert mich das wenig aber schliesslich verordne ich ein Röntgenbild. Es ist normal. Ich zeige es der Patientin und betone, dass nicht Schlimmes darauf sei. Wie ich spüre, dass ich sie nicht überzeugt haben, trete ich ins Fettnäpfchen, was das Problem nur verstärkt:

- Nein wirklich, Sie haben keinen Krebs. Auch diesmal nicht,
- So oder so, Herr Doktor, würden Sie es mir nicht sagen, auch wenn ich einen hätte.
- Natürlich würde ich es Ihnen sagen Ich erzähle keinen Käse. Und wenn man mir eine Frage stellt, antworte ich die Wahrheit. Aber Sie müssen mich natürlich fragen, wenn Sie eine Antwort haben wollen....

Dass Fr. P. vollständig beruhigt wäre, bezweifle ich. Aber ich bin überzeugt, dass die Zimmergenossinnen wissen werden, wie sie mit mir umgehen müssen, wenn sie eines Tages wissen wollen oder nicht wissen wollen, wie es um sie steht.

Das harte Leben des Patienten

Ein anderes Faktum bringt mich dazu, eine langdauernde Beziehung zu pflegen, die nicht punktuell ist sondern anhaltend: Ich meine den intensiven Gebrauch von Antidepressiva. Unsere Zeit will das. Aber wie der Dichter Joseph Brodsky maliziös bemerkt: Wer seine Zeit heiratet wird bald Wittwer. Ich erlaube mir deshalb zu zweifeln.

Die Dialyse ist eine lange und harte Probe. Jeder zehnte meiner Dialysepatienten steht unter Antidepressiva, meist seit vielen Jahren, nicht von mir verschrieben sondern von ihrem Hausarzt, selten vom Psychiater.

Wenn ein Patient Antidepressiva nimmt, trägt er wie eine Etiquette: „ Ich leide, Ich bin unglücklich“. Ich stelle deshalb meine Fragen zu dieser Therapie und zu ihrer Wirksamkeit. In

den meisten Fällen stelle ich fest, dass der Patient weder weiss, dass die Pille ein Antidepressivum ist noch wozu sie gut sein soll. Vielleicht hat er es vergessen? Vielleicht will er es vergessen? Jedenfalls scheint mir diese Unwissenheit, die eine Psychotherapie in Verbindung mit dem Mittel verhindert, Indiz einer entmenschlichten Begleitung, die die Person nicht mehr wahrnimmt und sie vielleicht sogar betrügt.

Man betrachtet das psychische Leiden als Symptom wie der Schmerz bei einer Fraktur: Wenn das der Fall wäre, müsste die Pille das depressive Syndrom unterdrücken ohne dass der Patient dies bemerkte. Das scheint mir wenig wahrscheinlich. Und wenn es wahr wäre, schiene es mir eine eigenartige Art für einen Arzt, seinen Patienten zu begleiten. Die blossе Traurigkeit über einen Schicksalsschlag scheint heute einen Grund darzustellen, einen Serotoninaufnahmehemmer wie z.B. Prozac zu verschreiben. Nun alle Dialysepatienten erleben einen harten Schlag, durch die lebenslange Abhängigkeit von einer Maschine. Alle erleben frustrierenden Verzicht in der Gegenwart und haben Angst vor der Zukunft. Die Mehrzahl sind wiederholt traurig. Wenige passen zu Antidepressiva, auch wenn manche unglücklich sind, sogar furchtbar unglücklich. Das ist ein Grund, die lange Reise womöglich zusammen mit ihnen anzutreten in der Beziehung wie in der Verordnung der Langzeitdialyse. Wahr ist zwar, dass die Effektivität der Beziehung zur Behandlung der Traurigkeit nicht gerade famos ist, aber die der Antidepressiva ist es auch nicht mehr.

III. Schwierigkeiten in der langdauernden Reise oder Hindernisse gegen die Treue

Die Patienten, die wir über Jahre hinweg betreuen, machen uns gerne Geschenke. Ich zögere, ob diese Geschenke zu den Förderern oder zu den Hindernissen für die Treue zu zählen sind. Ich nehme sie mit dem Gefühl an, sie vertieften die Beziehung aber ich muss gestehen, dass ich oft bedaure, dass die Nippsachen, die wir bekommen, praktisch unzerbrechlich sind.

Die Forderung nach Effizienz oder sogar Rendite

Die chronische Krankheit verändert nicht nur den Körper. Sie beeinflusst die gesamte Existenz. Wenn man einen Niereninsuffizienten dialysiert, führt man Zwänge in sein Leben ein, die die Ernährung, die Arbeit, die Ferien, die Ressourcen, die Sexualität, die Fruchtbarkeit, die Zeiteinteilung und die Angehörigen prägen. Der Patient muss daher mit seinem Nephrologen über sein ganzes tägliches Leben sprechen und nicht nur über seine Symptome. Das ist ziemlich zeitraubend. Aber auch die Familienangehörigen haben ein grosses Bedürfnis, dem Arzt Fragen zu stellen, oder auch, was letzterem noch viel mehr Zeit nimmt, sie möchten ihm mitteilen, was sie bei ihrem dialysierten Verwandten feststellen und was sie selbst empfinden.

So kann der Arzt manchmal eine Stunde mit dem Patienten sprechen, tags darauf eine Stunde mit dem Ehepartner, und am dritten Tag am Telefon mit einem der Kinder oder der Sozialarbeiterin. Dieser notwendige Zeitaufwand ist unbekannt und undenkbar in den Augen derer, die heute der Medizin die Begriffe von Effektivität und Rendite aufzwingen und meinen, Pflege sei eine wissenschaftliche Tätigkeit zusammengesetzt aus technischen Handlungen.

Herr N. 72 Jg. und seit 5 Jahren an der Dialyse, ist seit einem Jahr sehr müde und ist verzweifelt darüber, seine langen Waldspaziergänge nicht mehr wie gewohnt machen zu können. Eine Herzinsuffizienz hat sich eingestellt. Bisher konnte er auf Verlangen eine halbe Stunde lang singen für seine Zimmernachbarn und für die Schwestern, am Samstag morgen, mitten in der Dialysebehandlung. er macht das nicht mehr. er hat keine Freude mehr daran. Er sagt, die Dialysesitzungen seien ein unausstehlicher Zwang und lässt sich fallen. „Was nicht mobilisiert, immobilisiert.“ sagte Jean-Pierre Scherding. Was tun gegen diese Asthenie? Ich habe einige Dialyseparameter angepasst und intravenöse Eisengaben verordnet. Der Hausarzt hat Homöopathie versucht und Antidepressiva eingesetzt. Ohne Erfolg. Können die administrativ für

die Gesundheit Verantwortlichen verstehen, dass die Behandlung dieser Asthenie vielleicht verlangt, dass ich mir die Zeit nehme, dem Patienten zuzuhören, wie er mir aus seiner Jugendzeit erzählt, als er enorme Muskelkräfte hatte, wie er sagt? Und wirklich, als ich ihn über seine Muskelschwäche genauer ausfrage, beginnt er mir lang über seine harte Spenglerlehre zu berichten. Vielleicht antwortet er so neben der Frage, weil da gerade da das Problem liegt und die Lösung. Übrigens hörte Paul Tournier seinen Patienten am Kaminfeuer zu.

Die heutige Forderung nach Rentabilität ist genau das Gegenteil zu diesem Hinhören auf die Antwort neben der Frage in der Medizin. So meinen die Verwaltungen und die Kostenträger dass wir jedes Jahr mehr Kranke übernehmen oder mehr Leistungen erbringen können dank den neuen leistungsfähigeren Apparaten wie den neuen Dialysegeräten. Ich glaube nicht daran: Wie Didier Tronchet sagt: Die technischen Neuerungen, die ein schnelleres Ausführen erlauben, verkürzen in Wirklichkeit die Zeit der Reifung." Auf dem Gebiet des Verkehrs empfiehlt er das Velo. In der Nephrologie ist es kontraproduktiv, dreissig Konsultationen täglich zu machen, wie das einige meiner Kollegen behaupten. Vor allem, weil dieser Zwang, schneller zu arbeiten, sich nicht auf die technische Seite beziehen kann, weil ein klinischer Status oder das Legen eines Katheters heute gleich viel Zeit in Anspruch nimmt wie früher. Die Zeitersparnis geht deshalb ausschliesslich auf Kosten des Wortes. Zuerst leidet das Wort unter der vermehrten Belastung des Arztes. Man handelt oder lässt uns handeln, wie wenn die Linderung oder Heilung gar nicht vom Zuhören, von der Mitteilung oder von der Empathie abhinge. Sorgfältige Studien habe jedoch ergeben, - denn alles wird heute untersucht- dass je mehr Minuten der Nephrologe am Bett des Kranken verbringt, desto weniger Komplikationen treten auf.

Je schneller man arbeitet desto schlechter arbeitet man. Unter diesen Bedingungen sehe ich mit Bestürzung jeden neuen Dialyse-Kandidaten ankommen. Was für ein Empfang für diesen armen Kranken! Denn er fühlt zweifellos, was ich empfinde: Ich zöge vor, er wäre nicht da. Ich bin versucht, ihn abzuweisen, wie auf dem Rettungsboot jeder zusätzliche Schiffbrüchige abgewiesen wird. Ein Schiffbrüchiger mehr, ein Kranker mehr und alle gehen unter, wenn man schon keinen Platz oder keine Zeit hat für die, die schon da sind. Die Folge der heutigen Notwendigkeit, das medizinische Rendement zu verbessern, führt dazu, dass die lange gemeinsame Reise mit einem Kranken immer weniger die Begleitung einer Person ist. Es ist immer mehr das technische Aufrechterhalten eines Organs. „Man existiert nicht“ hat mir kürzlich ein Patient vorgeworfen, als ich seit einigen Tagen keine Zeit für eine Visite gehabt hatte.

Das "Sterbezimmer" oder das Lösegeld einer prometheischen Medizin

Frau R. 77 jg. seit 3 _ Jahren an der chronischen Dialyse, Witwe, allein, depressiv. Sie bekommt seit Jahren Antidepressiva. Niemand weiss mehr genau, weshalb. Eine Psychotherapie war versucht worden. Aber Frau R. hatte bald verlangt, den Psychologen nicht mehr sehen zu müssen. Vor 3 Jahren hat sie definitiv aufgehört sich zu waschen, sie hat begonnen, sich das Gesicht zu verunstalten und gewöhnte sich an, grundlos immer wieder Sauerstoff zu verlangen. Wir haben erfahren, dass sie zu Hause den ganzen Tag im Bett verbrachte und massenhaft ass. Man fand im Kehricht die Medikamente, die ich ihr verschrieb. So kam es zu einer grossen Anzahl von Zwischenfällen und Komplikationen während der Dialysen. Diese Zwischenfälle zu vermeiden war nicht Aufgabe der Medizin. Sie traten auf, weil Frau. R. das Leben in dieser Form hasste. In diesem Falle galt, was Bernard Rüedi in Drübeck sagte: „ Die Gesundheit fördern heisst vor allem, die Liebe fördern“. Oder wie Freud sagte. "Man muss lieben, um nicht krank zu werden." Es fertig zu bringen, dass Frau R. ihr Leben und ihre Umgebung lieben konnte, war nicht in unserer Macht. Übrigens wollte sie gar nicht sprechen. Alle mitfühlenden Annäherungen fielen ins Leere. Sie schien gegen eine Behandlung zu sein, ohne es zu sagen, aber sie zeigte es auf eine infantile Art: zum Beispiel öffnete sie alle ihre Verbände oder machte ganz ruhig ins Bett. Ich habe ihr mitgeteilt, dass ich sie nicht dialysieren konnte, ohne dass sie mitarbeite und dass ich die Behandlung abbrechen würde, wenn sie ihre Opposition nicht aufgäbe. Meines Erachtens

wollte sie nicht mehr leben, konnte aber weder sprechen noch sich umbringen. Schliesslich haben wir sie in ein Altersheim verlegt zwangsweise. Seither ist sie sauber, ruhig, und stört die Dialysesitzungen nicht mehr. Aber sie ist auch inaktiv, stumm, offenbar gleichgültig allem gegenüber. Ich gehe praktisch nie ins Pflegeheim, um sie zu besuchen. Wenn ich hingehe, fühle ich mich niedergeschlagen und revoltiert. Für mich ist das eine Sterbehäuser, nicht ein Haus der Pflege geschweige denn des Lebens. Ich begegne Greisen, die mir meist traurig erscheinen, völlig unbeschäftigt, ohne jede Autonomie. Manchmal sehe ich einen, eine Pflegerin schlagen, wie um sich gegen die Pflege zu wehren. Ich fühle dann, wie eine Logik, dass ein Abbruch der Pflege humaner wäre als sie weiterzuführen. Aber was mache ich selbst? Mit der Dialyse verabreiche ich Frau R. eine ausgeklügelte Behandlung, sehr aufwendig und teuer, obwohl sie das nicht verlangt und fast ein vegetatives Leben zu führen scheint, ohne Wünsche und voller Trauer. Vor zwei Jahren hat sie einen hypokaliämischen Herzstillstand gemacht, der eine ganze Nacht Reanimation und Dialyse erforderte, woran ich mich als besonders erschöpfend erinnere. Ich empfinde heute diese anstrengende Nacht als sinnlos. Das Resultat ist, dass ich heute ein menschliches Wesen dialysiere, zu dem ich keine Beziehung habe.

Diese Lebensverlängerung kann sich noch eine ganze Reihe von Jahren hinziehen, die Medizin ist sehr effizient geworden, um den Tod eines Menschen hinauszuzögern. Wenn ich Frau R. vor nur wenigen Dezennien hätte behandeln müssen, wäre sie schnell gestorben. Sogar mehrmals gestorben: An Infektionen wegen ihrer Bettlägrigkeit, an Eiweissmangel, an schwerer Anämie, an ihrer Niereninsuffizienz vielleicht an der Depression. All das können wir heute beherrschen mit viel Geld, Anstrengung und medizinischer Technik. Wie Prometheus hat sich die Medizin wirksamer Mittel bemächtigt und sie in den Dienst des zerbrechlichen Menschen gestellt. Wie in der Sage von Prometheus hat der Erfolg seine Kehrseite: Frau R. kann nicht sterben aber sie überlebt dauernd in der Einsamkeit, der Depression und des Zerfalls. „Denn das grösste Elend ist zu sein ohne zu leben“ (Victor Hugo). Gegenüber einzelnen Patienten mit denen ich die lange Reise mache, scheinen mir meine schönen prometheischen Mittel manchmal Mittel des Unglücks.

Der Verrat

Den zu verraten, den man behandelt, ist der grösste Misserfolg. Es kommt vor. Beim Segeln auf der gemeinsamen Fahrt muss der Patient, der die Klippen und Riffe nicht kennt, dem Arzt vertrauen, um das Ziel zu bestimmen, das ihm erlaubt, das Riff zu umschiffen.

Passiert es dem Arzt dieses Vertrauen zu verraten? Was mich betrifft, ja. Man muss das Kind beim Namen nennen. Seit mehr als 15 Jahren kommt es vor, wenn ich Patienten operieren lassen muss, dass ich sie, obwohl sie mir vertrauen, Chirurgen zuweise, die ich für nicht genügend kompetent halte.

Bei den Dialysepatienten braucht es eine kleine Operation, bei der eine Vene mit einer Arterie verbunden werden muss. Man erhält so einen „shunt“ d.h. eine grosse Vene mit einem hohen Blutfluss, die erlaubt, das Blut zu reinigen. Einen gut funktionierenden shunt zu haben bedeutet einfache Dialyse, während ein mittelmässiger shunt Schwierigkeiten, Versager, Leiden, Hospitalisationen und wiederholte Operationen verursacht. Das Schaffen eines Dialysehunts ist deshalb ein entscheidender Eingriff. Manchmal ist die Operation einfach zu bewerkstelligen und ein erfahrener Chirurg schafft es perfekt. In anderen Fällen kann nur ein spezialisierter Operateur Erfolg haben, wenn z. B. die Venen wegen vielen früheren Blutentnahmen in schlechtem Zustand sind.

Idealerweise sollte die Mehrzahl der Niereninsuffizienten von einem spezialisierten Chirurgen operiert werden. Aber in meiner Gegend gibt es keinen. Ich müsste deshalb meine Patienten in ihrem Interesse 300 km weit weg schicken. Ich möchte das tun. Ich mache es, so oft ich kann aber nicht in jedem erforderlichen Fall. Denn die Hindernisse sind erheblich: Die nötigen administrativen Arbeiten sind mühsam, weil der Transport nicht vergütet wird. Es ist gefährlich sogar sehr gefährlich, zu zeigen dass man an den Fähigkeiten eines chirurgischen Kollegen

zweifelt. Man spielt mit seiner Ruhe, setzt seine Karriere aufs Spiel, verliert sogar die Möglichkeit später viele andere Patienten korrekt behandeln zu lassen.

Ich kann also meine Patienten nicht immer dem Chirurgen zuweisen, der ihnen die beste Chance gäbe. Es folgen daraus viele Misserfolge, viele Reinterventionen, Komplikationen, die manchmal schwer sind: mehrere Patienten haben eine Hand verloren, einer ist gestorben. Das ist von meiner Seite ein unverzeihlicher Verrat. Ich mache das ganz bewusst. Ich bin nicht alleiniger Mitwisser: Meine Krankenschwestern wissen das genau und wir sprechen oft darüber. Ich bin nicht der einzige Verantwortliche: Die Direktoren und Ärzte des Gesundheitsdienstes, die die Patienten daran hindern, korrekt behandelt zu werden, sind durch mich bestens über die Folgen ihrer Obstruktion informiert. Vergessen wir nicht, dass dieser Zustand in Frankreich und anderswo auf der Welt sehr häufig ist.

Für mich ist das eindeutig ein Missbrauch des Vertrauens. Ich habe mehrmals mit Claude Jacob darüber gesprochen weil er ein Versagen ähnlicher Art aber mit weitaus schlimmeren Folgen, das wir alle in Erinnerung haben, von nahem verfolgt hat: 1984 und 1985 haben Ärzte ihren Patienten Blut transfundiert, von dem sie wussten, dass es mit HIV kontaminiert war. Sie hätten wahrscheinlich Mühe gehabt, etwas anderes zu tun aber einem Familienmitglied hätten sie sicher kein solches Blut verabreicht. Wenn man dieselben Kriterien für meine Shuntoperationen anwendet, ist der Verrat eigentlich derselbe.

Das Fehlen des wirklichen Einverständnisses (Wer befiehlt an Bord?)

Wer ist bei der langen Reise mit dem Patienten der Kapitän? Eher der Arzt, denn er kann das Schiff manövrieren. Aber wer soll das Ziel festlegen? Eher der Patient, denn er soll frei über sein Schicksal entscheiden. Der Arzt hat also nicht das Monopol der Entscheidung.

Eine ganze Reihe chronisch Niereninsuffizienter ist nach Jahren der langsamen Verschlechterung nicht einverstanden, die Dialyse zu beginnen, wenn diese Behandlung für ihr Überleben unabdingbar wird. Ihre Ablehnung geschieht aber nicht in Kenntnis aller Umstände, da sie ja nicht wirklich wissen, was sie erwartet weder an Linderung noch an Leiden. Natürlich informiert man sie so gut es geht. Aber im Gegensatz zu dem, was die Gesetzmacher und die Vertreter der Patientenorganisationen denken, ist diese Information weitgehend illusorisch.

In der heutigen Medizin legt man grossen Wert auf die Freiheit der Patientenentscheidung. Das ist was man informed consent nennt. Man will, dass der Arzt dem Patienten die verschiedenen Therapiemöglichkeiten mit ihren Vor- und Nachteilen erklärt. Aber ist das nicht eine Täuschung? Zu glauben, man könne einem zukünftigen Dialysepatienten erklären, wie sein Leben an der Dialyse oder mit einer Transplantatniere aussehen werde, ist wie wenn man glaubt, Romeo und Julia ihr Leben nach der Hochzeit erklären zu können. Jedenfalls lehnen viele Niereninsuffiziente mit ihrem mageren Wissen die Dialyse mehr oder weniger strikt ab, wenn sich die vitale Entscheidung eines Tages stellt. Was geschieht dann? Heut, in Frankreich werden im Allgemeinen die Familie und der Arzt den Patienten zwingen oder überzeugen, seine Meinung zu ändern. Es ist eine hinterlistige und schreckliche Gewaltanwendung, obwohl wir der Überzeugung sind, richtig zu handeln. Um sich bewusst zu werden, dass unsere Medizin in einem solchen Fall nicht zivilisiert sondern barbarisch ist, reicht es einmal den ruhigen Gesichtsausdruck den die Inuits (sogenannte Wilde) in Canada der Krankheit gegenüber haben, zu beobachten.

Neben dieser Situation von fehlendem Einverständnis gibt es eine leicht abgeänderte Variante: nämlich die „Meuterei“, oder der Versuch von „Sabotage“. Man sitzt mit dem Patienten während Jahren in einem Boot. Aber er widersetzt sich ständig und beharrlich gewissen medizinischen Verordnungen. Er bohrt Löcher in die Schiffswand, unter der Wasserlinie wohl verstanden. Und der Arzt? Nun, er stopft zu.....

Unter meinen Dialysepatienten sind mindestens ein halbes Dutzend Meuterer. Sie sind nicht gegen diese Behandlung, die sie am Leben erhält, aber sie akzeptieren nicht, dass die Dialyse

unbequem sei. Der Arzt steht also vor einem Kranken, den er theoretisch heilen könnte, der aber entschieden nur die Hälfte der Behandlung annimmt und die Folgen seines Handelns übergeht. Die Amerikaner haben dafür den Ausdruck des „hassenswerten Patienten“ geprägt, um die Dialysepatienten zu bezeichnen, die die vorgeschriebene Diät nicht beachten und daher in schlechtem Zustand zu jeder Tages- und Nachtzeit ins Spital kommen und so den Nephrologen zwingen, sie die ganze Nacht notfallmässig an die Dialyse zu nehmen und wiederholen das Spiel am nächsten Wochenende.

Es gab immer unbelehrbare Patienten und man kann sie gut verstehen. Aber dieses Phänomen scheint heute für den Arzt belastender als früher, denn neuerdings betrachtet sich der Patient manchmal als reiner Konsument und berechtigt, seinen Willen durchzusetzen. Das ist vielleicht auch ein spezieller Aspekt der heutigen kollektiven Illusion, nach der der normale Mensch, wie ihn die Reklame beschreibt, in seinem Leben nur Befriedigung und Erfolg kennt.

Die Versüssung der Sprache

Damit die Verständigung auf lange Sicht möglich ist, sollte, wie mir scheint, das Wort aufrichtig sein.

Allerdings ist im Bereich der Krankheit das aufrichtige Wort des Arztes für den Kranken oft hart zu hören. Im Allgemeinen ist es eine schlechte Nachricht, eine Ungerechtigkeit, eine Bedrohung. Der Arzt ist deshalb versucht, in Euphemismen zu reden. Er verniedlicht die Ernsthaftigkeit der Diagnose. Im Namen der Hoffnung, die man, so heisst es, immer hochhalten muss, präsentiert er die Prognose übertrieben optimistisch. Ist das Mitleid? Oder ist das Irreführung? Zwei Beispiele:

Viele ältere und alte Patienten haben Cervicalgien, Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Muskelschmerzen bei Tätigkeiten, die sie früher ohne Mühe erledigten. Oft ist das nicht mit einer behandelbaren Störung verbunden sondern mit der unumkehrbaren Alterung, letztlich banal, sogar wenn sie ungerecht ist, indem sie den einen härter trifft als den anderen. vernünftigerweise sollte der Arzt dem Patienten helfen, sein Leiden zu akzeptieren, indem er ihm erklärt, dass leider die abgenützten Knorpel oder die altersbedingte Müdigkeit nicht mit einem Mittel weggewischt werden können. Oft würde der Patient eine solche Feststellung annehmen, da er es im Grunde genommen schon weiss. Aber er lebt in einer verlogenen Zeit, die behauptet, dass man zu jeder Zeit jung sein kann und dass die Medizin jede Störung wieder ins Gleis zu bringen hat. Unter diesen Bedingungen wird eine realistische Beurteilung des Arztes als fatalistisch angesehen und dieser Fatalismus als fachliche Schlamperei. Dies ist eine typisch westliche Haltung. Jean-Pierre Péroncel - Hugoz, ein Kenner der östlichen Kulturen, bemerkt, dass das was bei uns negativ als „Fatalismus“ oder „Resignation“ bezeichnet wird, im Orient angesehen wird als „diese passive Form von Mut, die sich aus Geduld, Toleranz und Relativierung von Unglück islamischen Tugenden erster Qualität zusammensetzt“.

Zweites Beispiel: Die Versüssung der Sprache ist besonders üblich bei tödlichen Krankheiten. Unter dem Vorwand, den Kranken zu schonen versteckt man ihm, dass seine Tage gezählt sind. Dabei wäre es doch unendlich viel humaner, ihm die Hinweise zu geben, die es ihm erlauben würden, den wichtigen Zeitabschnitt seines Todes in voller Kenntnis vorzubereiten. Der Tod ist der Ort, wo sich Hoffnung und Verzweiflung begegnen. Wenn die Information, die der Patient auf der Schwelle des Todes über dessen Nähe erhält, falsch ist, wie soll er dann diese Trennung von den Seinen zu einer Verbindung in alle Ewigkeit verwandeln können? Wie soll die Zärtlichkeit an die Stelle der Einsamkeit treten? Was ist das eigentlich, das der Arzt verschweigt und verleugnet: die Realität des Todes? Ernst Wiecher sagt es in seinem Roman „Jéromines Kinder“ : „Arzt kann nur der sein, der ein Freund des Lebens ist und nicht der der ein Feind des Todes ist.“

Einsamkeit des Kapitäns

Der Arzt gleicht etwa einem Kapitän, der seine Kenntnisse in den Dienst des Patienten stellt, der sich zu ihm ins Boot setzt. Aber wegen der Schwierigkeiten, die wir eben erwähnt haben, ist es ein Kapitän der grossen Zweifeln ausgesetzt ist. Handelt er wirklich überlegt? Hat diese Reise einen Sinn? Der Zweifel ist ein anderer Ausdruck für Aufgewecktheit. Dabei muss man doch täglich entscheide, welche Segel zu setzen sind, welche Richtung anzusteuern ist, denn wie der Psychiater Lucien Israel sagt " Der Arzt muss zweifeln aber er darf nicht zögern". Also handelt er im Zweifel falsch.

An Land sind viele Leute , die behaupten besser zu wissen als er , was zu tun ist: Sie geben ihm gute Ratschläge und Vorschriften über das Radio. Da sind zuerst die Reeder, die Geldgeber und öffentlichen Entscheidungsträger. Sie haben nur ein zu kleines Schiff und ungenügend Besatzung liefern können und wollen doch, dass das Schiff ohne Havarie segelt. Dann sind da die Meteorologen. Das wären die Wissenschaftler und Professoren der Medizin. All diese Leute sagen nicht nur Dummheiten aber ihre technokratische und wissenschaftliche Sicht der Schifffahrt verkennt das Wesentliche.

Der Kapitän Arzt ist ganz schön allein.

IV Alles in allem , eine ganz besondere Reise

Die lange Schiffsreise mit einem Patienten ist eine Reise besonderer Art. Natürlich gibt es ausgezeichnete Navigationshilfen. Wir behandeln mit ausgezeichneten Maschinen und wirksamen Medikamenten. Aber, was uns nicht unbedingt sicherer macht, wir behandeln auch mit unserer Persönlichkeit. Wie Balint schreibt: „Das was der Arzt während seiner Berufstätigkeit am meisten verschreibt, ist er selbst.“ Wenn man sich etwas besser kennt, wie sollte man sich nicht insuffizient vorkommen? Auch wenn man sich nicht unbedingt dafür verantwortlich erkennt. So steckt zweifellos auch heute noch etwas Wahres im Ausspruch von La Bruyère „ Ich ziehe es vor, mit einem glücklichen als mit einem vielwissenden Arzt zu tun zu haben.“ Es gibt wahrscheinlich Tage, an denen wir die Kranken , die wir behandeln, krank machen, ohne irgend etwas dafür zu können.

Eine weitere Besonderheit: Wir meinen ganz gerne, der Arzt heile die Kranken. Dabei wäre es richtiger zu sagen, dass wir ihn pflegen und dass es der Patient selber ist, der sich heilt auch dann, wenn wir ihn nicht „geflickt“ haben. Denn bei einer Krankheit langer Dauer mit all ihren sich folgenden Komplikationen ist heilen meist nicht die Entfernung aller Anomalien. Vielmehr bedeutet es neue, befriedigende, manchmal bessere Lebensweisen als die alten zu finden mit weiterbestehenden Pathologien. Das was zur Heilung nützlich ist, ist nämlich die Krankheit und nicht ihr Verschwinden. Denn die Krankheit , wenigstens gewisse unter ihnen, ist gleichzeitig ein Alarmzeichen des Organismus, der dem Menschen anzeigt, dass sein Leben nicht in Ordnung ist, und ein mehr oder weniger eindeutiger Befehl, sein Leben zu ändern. Das ist die Beurteilung von Georges Canguilhem im folgenden etwas verkürzt wiedergegeben: „Der Organismus macht eine Krankheit, um sich zu heilen.“ Mir scheint, dass die Etymologie des Wortes Depression eine schöne Illustration dazu bietet: Die De - pression, vielleicht eine Art von Druckentlastung taucht in dem Moment auf, wo der Organismus unter einem solchen Überdruck steht, dass er zu explodieren droht.

Unter diesem Blickwinkel, der die Krankheit als ein Abwehrmittel des Lebens betrachtet, fragt sich, was die Rolle des Arztes sein könnte. Gegenüber Störungen, die oft mit Niereninsuffizienz assoziiert sind wie Übergewicht, Diabetes oder Hypertonie denke ich gelegentlich, dass ich jahrelang Symptome bekämpfe, das Leben verlängere aber eigentlich die Heilung hindere.

Dritte Besonderheit: Im Allgemeinen gleicht das Ende der Reise mit einem chronische Dialysepatienten mehr einem Schiffsbruch als einer Ankunft im Hafen. Wie sollen wir vorgehen, damit es umgekehrt sei? Das hängt natürlich vom Einzelfall ab. In einigen Fällen will der Patient

über Bord. In anderen ist es der Arzt, der meint, man gehe unter und die Maschinen müssten abgestellt werden.

Im ersten Fall ist es der Patient, der seinen Zustand nicht mehr erträgt. Er hat keinen Geschmack mehr daran weiterzufahren. „Ich wäre wohler im Loch“ sagt mir Herr C, 70 jg. gewesener Briefträger, ledig aber von vielen Freunden umgeben, seit 11 Jahren an der Dialyse. Er leidet unter chronischen Gelenkschmerzen, hat nicht mehr die Kraft mehr als einige Schritte zu gehen. Er fürchte, gegen seinen Willen ins Pflegeheim gebracht zu werden, was ihn hindern würde die kleinen Freuden, die ihm bleiben zu pflegen: mit den Freundinnen plaudern, ins Wirtshaus zu gehen, sich abends still zu Hause betrinken. er teilt mir seinen Wunsch zu sterben mit, geradeheraus, ernsthaft und wiederholt. Ich antworte ihm, dass er trotz seinem Wunsch „ins Loch zu kommen“ auch heute wieder, wie jeden Samstag zur Dialyse erschienen sei. Alles geschehe, wie wenn er zwar gerne sterben würde aber doch behandelt zu werden wünsche. „Wir möchten Sie gerne behandeln aber wir werden Sie nicht anschliessen, wenn Sie dies wirklich nicht wünschen.“ Langes Schweigen. Ich bin nicht sehr stolz, in Herrn C. eine solche Spannung verursacht zu haben. War ich zu hart? Ich denke nicht. Ganz im Gegenteil: Der Moment ist hart, weil die Freiheit der Wahl offen steht, zum Dialog ohne Wenn und Aber, also zur Menschlichkeit. Die Schwester, die bereitsteht zum Anschliessen bleibt untätig, die Nadel in der Hand, auch sie gespannt. Sie hat eine grosse und langjährige Zuneigung zu Herrn C. In der Härte der Situation liegt Respekt und Sympathie. Nach einer gewissen Zeit streckt Herr C. seinen Arm und sagt: „hängt mich an“. Der Wunsch zu sterben, den er noch vor 10 Minuten äusserte ist deswegen aber nicht vom Tisch oder erloschen. Unser Gespräch geht übrigens weiter.

Eine grosse Minderheit von Dialysepatienten bezeugt, dass der Tod eine Erlösung für sie wäre. Andererseits wissen alle, dass es reichen würde, die Dialyse zu stoppen, um relativ rasch und ohne grosse Leiden zu sterben. Dennoch beschliesst keiner, definitiv nicht mehr zur Behandlung zu erscheinen.

Der andere Fall: Es kommt der Moment gegen Ende des Lebens, zweifellos viel zu spät, dass ich selbst denke, dass es vernünftig wäre, diese Dialysebehandlungen abubrechen. Ich schlage das dem Patienten vor, versuche taktvoll zu sein....d.h. leicht die letzte Wahrheit umgehend. In diesen Fällen erhalte ich nicht eine klare Zustimmung. Ich begnüge mich mit dem Schweigen, das einer stillen Zustimmung gleichkommt. Offenbar wird die Situation gegen Ende der langen gemeinsamen Reise von Arzt und Patient am Ende des Lebens nach meiner limitierten Erfahrung etwas speziell: Es ist nicht mehr der Moment von rationalen Überlegungen, von klaren Entscheiden und von Gesprächen. ohne Zwiespältigkeit. Abgesehen von wenigen Ausnahmen schweigt derjenige, der sterben wird und der Arzt, der ihn bisher begleitet hatte, geht nicht mehr mit.

So ist es also wenn wir mit den chronischen Patienten die lange Reise unternehmen. Verzeiht mir, wenn ich mehr berichtet als untersucht habe. Man sieht, dass wir bescheidene Steuermänner sind viel eher als erfahrene Kapitäne. Man sieht., dass es sich um eine anregende Reise handelt aber um eine schwierige und einzigartige. Unter diesen Umständen fehlen die Misserfolge nicht: unsere Treue zu den Patienten, die wir begleiten, geht durch Höhen und Tiefen. Aber kennt Ihr Reisen, wo alles gut geht?

Etienne Robin

Deutsche Übersetzung : Frédéric von Orelli