

## Mut, Demut und Achtsamkeit

Liebe Kolleginnen und Kollegen des Examensjahrgangs 2012, eigentlich ist heute ein Tag der Freude für Sie, denn Sie haben Ihr Studium erfolgreich abgeschlossen und bekommen heute Ihre Examen-surkunden überreicht. Diese Freude wird allerdings ein klein wenig getrübt durch Forschungsergebnisse aus der Medizindidaktik, die eindeutig belegen, dass Sie in den vergangenen sechs Jahren:

- perfekt gelernt haben, eine Sprache zu sprechen, die außer Ihnen und Ihren Kollegen niemand versteht, vor allem nicht die Patienten und ihre Angehörigen,
- Ihre Empathiewerte, also Ihr Einfühlungsvermögen für leidende Menschen, im Vergleich zum Studienanfang dramatisch gesunken sind, und
- Sie für den Umgang mit den teilweise schweren Belastungen, die Ihnen im Rahmen Ihrer ärztlichen Tätigkeit bevorstehen, unzureichend bis überhaupt nicht vorbereitet wurden.

Das ist leider keine persönliche Meinung, sondern es sind evidenzbasierte und reproduzierbare Feststellungen. Und jetzt wird es Sie vielleicht wundern, wenn ich Ihnen im Angesicht dieser Tatsachen von ganzem Herzen meine Gratulation überbringe – denn Sie haben die Chance, einen der schönsten Berufe, die es auf der Welt überhaupt gibt, zu ergreifen. Dieser Beruf kann für Sie zu einer unerschöpflichen Quelle der persönlichen Bereicherung werden (die materielle Bereicherung können Sie als zukünftige Ärzte heutzutage getrost vergessen, aber darauf kommt es im Leben nicht an).

Damit es so wird und damit Sie diesen noch langen und anspruchsvollen Weg gut gehen können, habe ich heute für Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, drei Wünsche mitgebracht, die ich Ihnen gerne auf Ihrem Berufsweg mitgeben möchte. Um zu verdeutlichen, welchen Bezug diese

Wünsche zu Ihrer klinischen Tätigkeit haben, werde ich sie anhand eines klinischen Fallbeispiels erläutern. Der Fall ist in seiner Gesamtheit zwar konstruiert, aber jedes einzelne Teil ist wirklich so passiert und wird Ihnen in der einen oder anderen Form mit Sicherheit in Zukunft begegnen.

Es geht um eine 35-jährige Patientin, nennen wir sie Frau K., die wegen unklarer Unterbauchbeschwerden ins Krankenhaus kommt. Sie sind, frisch aus dem Studium kommend, der zuständige Assistent oder die zuständige Assistentin auf der Station. Die Untersuchungen ergeben sehr schnell das Vollbild eines fortgeschrittenen, metastasierten, inoperablen Ovarialkarzinoms. Die Lebenserwartung von Frau K., die verheiratet ist und zwei Kinder im Alter von drei und fünf Jahren hat, beträgt bestenfalls wenige Monate. Der Stationsarzt ist im Urlaub, und der Oberarzt sagt Ihnen im Vorbeigehen „Bitte klären Sie die Patientin heute über die Diagnose auf, sie soll dann morgen nach Hause gehen, wir können nichts mehr für sie tun, und wir brauchen das Bett“.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, hier kommt mein erster Wunsch für Sie: Ich wünsche Ihnen für Ihren beruflichen Lebensweg ganz viel Mut. In solchen und ähnlichen Situationen werden Sie ihn brauchen. Allerdings: Wer von Ihnen jetzt denkt, dass er diesen Mut braucht, um diese schwierige Aufklärungsaufgabe zu



Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio  
© SLÄK

meistern, der hat leider schon die überholten Hierarchievorstellungen mancher Mediziner allzu erfolgreich eingepflegt bekommen. Das Gegenteil ist der Fall: Sie brauchen diesen Mut, um dem Oberarzt höflich aber bestimmt zu antworten, dass dies keine Aufgabe ist, die Sie allein machen können. Die Überbringung einer solchen Diagnose gehört zu den schwierigsten und anspruchsvollsten Aufgaben im ärztlichen Beruf. Und dabei kommt es vor allem aufs Zuhören an. Wie der große dänische Philosoph Søren Kierkegaard sagte:

*„Wenn wir jemandem helfen wollen, müssen wir zunächst herausfinden, wo er steht. Das ist das Geheimnis der Fürsorge. Wenn wir das nicht tun können, ist es eine Illusion zu*

*denken, wir könnten anderen Menschen helfen. Jemandem zu helfen impliziert, dass wir mehr verstehen als er, aber wir müssen zunächst verstehen, was er versteht.“<sup>1</sup>*

Um die Brisanz der eben beschriebenen Situation etwas zu verdeutlichen: Kein Chirurg käme jemals auf die Idee, eine komplexe Operation einem Anfänger ohne jede Supervision durchführen zu lassen. Und wenn er das täte, wäre er rechtlich für die Folgen verantwortlich. Nicht anders verhält es sich mit dem Ansinnen des Oberarztes bezüglich der Aufklärung von Frau K.. Dieses Ansinnen ist in doppelter Hinsicht unangemessen: Gegenüber der Patientin und gegenüber dem Assistenten. Es hat schon Fälle gegeben, bei denen Assistenten nach einer solchen traumatisierenden Überforderung den Beruf aufgegeben haben. Und doch gehört eine gehörige Portion Mut dazu, sich auf angemessene, höfliche aber bestimmte Weise zu wehren und den Oberarzt um Hilfe zu bitten. Er soll Ihnen zeigen, wie's geht. Das wird er in den meisten Fällen gerne tun, und seine Achtung für Sie wird nicht sinken, sondern steigen. Und wenn das einmal nicht der Fall sein sollte, wechseln Sie sofort die Stelle. Ihre Marktaussichten sind heute so gut, dass Sie sich so was nicht gefallen lassen müssen.

Mut und Standhaftigkeit brauchen Sie übrigens auch, um systemimmanenten Verlockungen der Gesundheitsbranche zu widerstehen. Das ist nicht ganz einfach, Sie kennen den Spruch von Oscar Wilde: „I can resist everything but temptations.“ Auf die Gefahr hin, Sie zu desillusionieren, muss ich Ihnen offenbaren, dass es nur drei primäre Steuerungsfaktoren des modernen Gesundheitssystems gibt. Sie lauten: erstens Geld, zweitens Geld, drittens Geld. Sie werden Teil eines durchökonomisierten Sys-

tems, in dem Patienten wie Ärzte primär unter Kostengesichtspunkten betrachtet werden, und es gibt viele Instanzen, die ein hohes Interesse an der Beeinflussung Ihrer Entscheidungen haben, was in dieser Situation als Orientierungshilfe dienen kann, ist der mancherorts aus der Mode gekommene Begriff des Anstands. Anstand, das ist das Gefühl, das einem in bestimmten Situationen zuflüstert: „Das tut man nicht.“ Da sollten Sie ganz genau hinhören. Beispiel: Man lässt sich von einer Pharmafirma nicht zum Mittagessen einladen. Punkt. Ausnahmslos. Das tut man nicht. Zum Abendessen zweimal nicht, und zum Kongress mit Flugreise und Hotel schon dreimal nicht. Scheinbar harmlose Gefälligkeiten sind in Wahrheit der erste Schritt einer Strategie der sanften Korruption, und Sie kommen damit schleichend in ein Netzwerk von Abhängigkeiten, aus dem Sie sich nur sehr schwer werden befreien können. Merken Sie sich den englischen Spruch: „There is no such thing as a free lunch.“ Das wird Ihnen helfen, gute Entscheidungen zu treffen. Und noch wichtiger: Schließen Sie keine Verträge ab, die Ihre Vergütung an Zielvorgaben koppeln, die mit dem Wohl Ihrer Patienten kollidieren könnten. Denken Sie daran: Wenn alle Ärzte sich weigern würden, würde es solche Verträge schlicht nicht geben. Erinnern Sie sich an das ärztliche Gelöbnis, das hier gleich folgen wird und in dem es heißt: „Wohl und Wehe der Patienten sollen stets mein Handeln bestimmen.“ Handeln Sie stets nach dem kategorischen Imperativ von Immanuel Kant, der besagt, dass Ihr Handeln immer auch als Grundlage einer allgemeingültigen Maxime taugen können muss. Haben Sie den Mut, wenn es drauf ankommt, auch ganz klar Nein zu sagen. Diesen Mut wünsche ich Ihnen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich komme nun zu meinem zweiten Wunsch, und dafür kehren wir wieder zu unserem Fall zurück: Die Aufklärung von Frau K. konnte nach Ihrem beherzten Einschreiten auf gute Weise vom Oberarzt und Ihnen

durchgeführt werden: In Ruhe, mit ausreichend Zeit, in Anwesenheit des Ehemanns der Patientin und mit viel Raum für Fragen. Sie haben es auch geschafft, den Oberarzt zu überreden, der Patientin noch ein paar Tage Zeit zu geben, um sich von dem Schock zu erholen und die weitere Versorgung zu planen. Frau K. scheint das Ganze mit bewundernswürdiger Fassung zu tragen. Am nächsten Tag, es ist schon abends, schauen Sie, bevor Sie die Station verlassen, noch einmal bei ihr vorbei. Sie setzen sich an ihren Betttrand und sagen erst einmal gar nichts. Frau K. schweigt auch ganz lange und fängt dann hemmungslos zu weinen an. Sie ist völlig verzweifelt, die Vorstellung, zu sterben und ihre Kinder zurückzulassen, ist für sie furchtbar. Sie schaut Sie an und fragt Sie: „Warum ich? Ich habe immer versucht, gesund zu leben, habe niemandem etwas getan, habe mich so bemüht, um für meine Kinder eine gute Mutter zu sein – warum soll ich jetzt sterben und sie alleine lassen?“ Wer von Ihnen jetzt glaubt, eine Antwort auf diese Frage geben zu können, der sollte besser noch mal in sich gehen. Es gibt nämlich auf diese Frage keine Antwort – jedenfalls keine, die man mit Worten ausdrücken kann. Die Antwort auf diese Frage, liebe Kolleginnen und Kollegen, sind Sie selbst. Es kommt nicht auf Ihre Worte an, sondern auf Ihre Präsenz – im Bewusstsein der Tatsache, dass das unendliche Leiden einer sterbenden Mutter etwas ist, was allein schon unsere schiere Vorstellungskraft übersteigt. In diesem Sinne wäre eine Antwort etwa in dem Stil „Ich kann Sie gut verstehen“ völlig unangemessen, denn das können wir als Ärzte schlicht nicht. Was wir brauchen, um mit solchen Situationen fertig zu werden, und das ist mein zweiter Wunsch für Sie, ist Demut. Demut, um zu erkennen, dass es Dinge gibt, die wir nicht ändern können. Demut, um zu begreifen, dass es Dinge gibt, die wir nicht einmal verstehen können. Demut, um sich immer wieder bewusst zu werden, dass – egal wie schwer krank mein Patient ist – ich mir niemals hundertprozentig sicher

<sup>1</sup> Søren Kierkegaard: Synpunkter for min Forfatter Virksomhet (Der Gesichtspunkt für meine Wirksamkeit als Schriftsteller). In: S. K.: Die Schriften über sich selbst. Regensburg: Eugen Diederichs 1951, S. 38 – 39.

sein kann, dass er vor mir sterben wird. Und Demut, um sich immer wieder an die alte – aber immer noch gültige – Definition des Arztberufes zu erinnern, die da lautet: „Heilen manchmal, lindern oft, trösten immer“.

Zu diesem Wunsch möchte ich Ihnen die Geschichte eines anderen Patienten kurz erzählen, nennen wir ihn Herr M.

Herr M. war ein erfolgreicher Geschäftsmann, bevor er mit 48 Jahren an amyotropher Lateralsklerose (ALS) erkrankte. Die ALS ist eine unheilbare Krankheit mit fortschreitendem Muskelschwund und Lähmungen, die in zwei bis drei Jahren zum Tode durch Atemlähmung führt. Bei seinem ersten Besuch in unserer Ambulanz war die Erkrankung schon fortgeschritten, seine Arme und Beine waren fast vollständig gelähmt, und er war somit das, was man hierzulande für gewöhnlich einen „Pflegefall“ nennt. Umso mehr erstaunte mich seine Ruhe und friedvolle Ausstrahlung. Seine Sprache war noch intakt, und er erzählte mir, dass er nach der Diagnose eine schwere Depression mit Suizidgedanken durchlitten hatte. Auf Rat eines Freundes hin hatte er sich dann der Meditation zugewandt und das hatte seine Einstellung zum Leben grundlegend verändert. „Wissen Sie“, sagte er mir einmal, „so komisch es klingt, aber ich meine, dass meine Lebensqualität heute besser ist als vor der Erkrankung, trotz meiner schweren Behinderung. Damals hatte ich keine Zeit, war erfolgreich und gestresst. Jetzt habe ich viel Zeit und habe vor allem gelernt, in dieser Zeit zu leben, einfach dazusein.“

Die erste Reaktion könnte sein, an der psychischen Gesundheit des Patienten zu zweifeln. Wie in aller Welt kann man sagen, dass man mit ALS glücklicher ist als ohne? Für viele Ärzte, die die Krankheit kennen, wäre die Diagnose ALS ein Grund zum sofortigen Suizid. Genau genommen stellt eine solche Aussage unser ganzes Wertesystem als Mediziner, unsere Heilungs- und Handlungsethik in Frage und muss des-

halb sofort als krankhaft deklariert werden. Nur, Herr M. zeigte keinerlei Anzeichen einer psychischen Erkrankung. Er war sehr entspannt, und man konnte feststellen, dass er versuchte, die Gesprächssituation für alle so angenehm wie möglich zu gestalten. In einem weiteren Gespräch stellte er fest, dass er sich in der Tat nicht unbedingt „glücklicher“ fühlte, im allgemeinen Sinne des Wortes. Seine Behinderung, seine fortschreitende Atemlähmung, die Angst, seine Sprechfähigkeit zu verlieren waren ihm sehr wohl schmerzhaft bewusst. „Aber“ sagte er, „das ist es genau, worum es geht: Bewusstheit. Wenigstens bin ich mir jetzt dessen bewusst, was ich erlebe, was ich früher nicht war, und kann daher auch kleine Freuden viel intensiver genießen.“

Herr M. war einer meiner wichtigsten Lehrer. Die Begegnung mit ihm war für mich ein Schlüsselerlebnis, um einen Perspektivenwechsel durchzuführen: Wir sollten uns als gesunde Ärzte davor hüten, die „armen, alten, kranken Patienten“ etwas von oben herab zu bemitleiden, denn wir wissen nicht, ob es nicht vielleicht in Wahrheit genau andersherum ist und wir die Bemitleidenswerten sind, wir diejenigen, die die Hilfe der Patienten noch viel nötiger haben als diese unsere. Diese Demut wünsche ich Ihnen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, bevor ich Ihnen meinen dritten Wunsch mitgebe, erzähle ich Ihnen den Schluss der Geschichte mit der Patientin, der sich tatsächlich genau so zugetragen hat: Nach einigen Monaten kam Frau K. auf unsere Palliativstation in einem sehr schlechten Zustand. Ihr Tumor hatte auf die verschiedenen Chemotherapien nicht angesprochen und inzwischen den ganzen Bauchraum ausgefüllt. Die Darmtätigkeit war praktisch zum Erliegen gekommen, und die Schmerzen durch den Druck der Tumormassen auf die Eingeweide waren unerträglich. Zudem verursachte der Druck von unten auf Zwerchfell und Lunge immer wieder Atemnot.

Innerhalb einiger Tage konnten Schmerzen und Atemnot mit Medikamenten gut gelindert werden, die Darmtätigkeit blieb aber minimal. Es bestand kein Zweifel darüber, dass der Patientin nur noch wenige Wochen Lebenszeit verblieben. Die Hoffnung unseres Teams war, dass die Besserung des Allgemeinzustandes durch die palliativmedizinische Behandlung der jungen Frau ermöglichen würde, sich auf gute Art und Weise von ihrer Familie (Eltern, Ehemann und den zwei kleinen Kindern) zu verabschieden. Das trat aber nicht ein, und zwar aus einem für uns Ärzte unerwarteten Grund.

Neben den beschriebenen Beschwerden litt Frau K. unter einer rechtshirnigen Metastase. Diese hatte eine Lähmung der linken Körperseite, insbesondere von Gesicht und Arm, zur Folge. Wir hatten dem keine große Bedeutung beigemessen, da die Patientin aufgrund ihres Tumors ohnehin bettlägerig und pflegebedürftig war. Ansonsten war sie aber durchaus in der Lage, zu kommunizieren und auch selbständig mit der rechten Hand zu essen.

Was wir alle unterschätzt hatten: Die Lähmung der linken Körperhälfte störte die Patientin in ihrem Körperbild und Selbstbewusstsein mehr als alles andere an ihrem Gesundheitszustand. Sie war darüber tief deprimiert, wollte keine Form von psychosozialer Hilfe annehmen, redete nicht mehr mit ihrem Ehemann und weigerte sich, ihre Kinder zu sehen. Die Familie litt unbeschreiblich unter dieser Situation, die einen guten Abschied unmöglich zu machen drohte.

In dieser verfahrenen Situation bat ich die Kollegen des CyberKnife-Zentrum München um Hilfe. Das CyberKnife ist eine hochmoderne Form der Strahlentherapie. Dabei werden mit Hilfe eines computergesteuerten Präzisionsgeräts die Strahlen genau dort gebündelt, wo die Geschwulst sitzt, und das gesunde Gewebe wird geschont. Das Problem: Es handelte sich um eine damals noch ganz neue Technik, die mehrere Voraussetzungen erforderte. Unter anderem sollte

die Geschwulst möglichst klein sein, und der Patient sollte einen einigermaßen guten Allgemeinzustand aufweisen. Beides traf nun auf unsere Patientin überhaupt nicht zu. Ich bat die Kollegen trotzdem, die Patientin anzuschauen und nach Möglichkeit Messung, Planung und Durchführung der Bestrahlung in einer Sitzung statt der üblichen drei durchzuführen, weil die Patientin das sonst nicht überleben würde. Das taten die Kollegen dann auch, wofür ich ihnen bis heute dankbar bin.

Schon ein Tag nach der CyberKnife-Behandlung spürte die Patientin, wie der Druck in ihrem Kopf nachließ und sie den linken Arm wieder bewegen konnte. Am zweiten Tag konnte sie die linke Hand bis Schulterhöhe heben, und die Gesichtslähmung hatte sich deutlich gebessert. „Praktisch“ gesehen hatte sich damit an ihrem Zustand wenig geändert, sie war immer noch bettlägerig und ihre Prognose war unverändert – aber ihre Gemütslage war wie verwandelt. Sie unterhielt sich mit den Pflegenden und trank sogar (ein Schlückchen) Sekt mit ihrem Ehemann, sie holte ihre Kinder wieder zu sich und regte eine Abschiedsfeier an. Diese wurde vom Seelsorger der Palliativstation für und mit der ganzen Familie gestaltet. Wenige Tage später starb die Patientin friedlich im Kreise ihrer Familie und im Beisein ihrer Kinder.

Angesichts dieses Fallberichts ließe sich einwenden, das sei nun wirklich Ressourcenverschwendung gewesen: Eine derart teure Methode anzuwenden, nur um den Gemütszustand einer ohnehin sterbenden Patientin für wenige Tage aufzuhellen – wo bleibt da die Relation zwischen Aufwand und Wirkung? Diejenigen unter Ihnen, denen die wichtige Veränderung für die Patientin in ihrer Sterbephase nicht ausreicht, sollten bedenken, dass die Wirkung dieser Maßnahme nicht auf die letzten Tage der Patientin beschränkt bleiben wird. Durch die Möglichkeit eines guten Abschiednehmens ist den Angehörigen eine erschwerte Trauerphase erspart geblieben, den

Kindern möglicherweise sogar eine ernsthafte psychische Traumatisierung. Das Erlebnis einer würdevollen und friedlichen Sterbephase wird die Einstellung der Angehörigen zu Tod und Sterben für die Dauer ihres Lebens beeinflussen, was bei den Kindern eine Nachwirkung über geschätzt ca. 70 bis 80 Jahre bedeutet. Das ist Palliativmedizin.

Ich werde oft gefragt, wie ich es denn aushalten würde, einen so schrecklichen Beruf zu haben und als Palliativmediziner ständig mit Tod und Sterben konfrontiert zu sein. Das Gegenteil ist der Fall: Die Arbeit in der Palliativmedizin und Sterbebegleitung ist ein großes Geschenk. Es ist sogar ein doppeltes Geschenk: Zum einen ist es das Bewusstsein um die eigene Endlichkeit, das eine unabdingbare Voraussetzung für die Ausübung des Arztberufs ist. Zum anderen ist es die einmalige Chance die wir haben, von unseren sterbenden Patienten das Leben zu lernen. In einem arabischen Gedicht steht: „Die Menschen schlafen, solange sie leben. Erst wenn sie sterben, erwachen sie.“ Pfarrer Peter Frör, der langjährige Leiter der Seelsorge am Klinikum Großhadern in München sagte dazu: „Sterbende, die ihr Erwaschen zulassen, nehmen uns mit hinein in eine Welt, in der eine andere Wachheit herrscht, als wir sie sonst kennen.“

Und damit komme ich zu meinem letzten Wunsch für Sie: Damit Sie von der großen Chance profitieren können, die Ihnen dieser wahrhaft wunderschöne Beruf bietet, wünsche ich Ihnen Achtsamkeit. Achtsamkeit für die Geschenke, die unsere Tätigkeit täglich mit sich bringt. Achtsamkeit nicht nur für die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien, sondern auch für die Bedürfnisse Ihrer eigenen Familie und für Ihre eigenen Bedürfnisse. Achtsamkeit für die kleinen und großen Wunder des Lebens, die Ihnen helfen werden, über schwierige Zeiten hinwegzukommen. Achtsamkeit für die Schönheit um uns herum. Gehen Sie, wenn Sie das Glück haben, in der wunderschönen Stadt

Dresden zu arbeiten, regelmäßig in die Gemäldegalerie, gehen Sie in die Oper, gehen Sie in die Natur spazieren, und genießen Sie die herrliche Landschaft. Sie wissen ja: Zeit hat man nicht, Zeit nimmt man sich. Nehmen Sie sich diese Zeit. Gehen Sie mit offenen, wachen Augen durch die Welt, bereit, sich immer wieder aufs Neue überraschen und

bezaubern zu lassen. Diese Achtsamkeit wünsche ich Ihnen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lange Rede, kurzer Sinn: Sie sind die Zukunft unserer Medizin. Seien Sie mutig. Bleiben Sie demütig. Und bleiben Sie achtsam. Das wünsche ich Ihnen allen von Herzen und danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio  
Lehrstuhl für Palliativmedizin  
Universität Lausanne  
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois  
Av. Pierre Decker 5, CH-1011 Lausanne  
T +41 21 314 02 88, F +41 21 314 09 22  
borasio@chuv.ch, www.chuv.ch

Teile dieses Vortrags basieren auf Passagen aus dem Buch von G.D. Borasio „Über das Sterben: Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen“, C.H. Beck-Verlag 2012.