

Zusammenfassung

Unsere Stereotypen von Afrika sind: Kriege, Flüchtlinge, Armut und Elend. Leider stimmen viele dieser Bilder über den „verlorenen Kontinent“.

Hinzu kommt auch die Beeinträchtigung durch Krankheiten, hierbei seit über einer Dekade vor allem HIV/AIDS. In Südafrika zum Beispiel ist die Anzahl der Erkrankungsfälle [Prävalenz] innerhalb der letzten 12 Jahre von unter 1 % auf fast 20 % gestiegen.¹ Wenn in einer Gesamtbevölkerung die Rate schon eine solche Größenordnung angenommen hat, dann kumuliert die Anzahl der Betroffenen in den Kliniken und Versorgungszentren der Regionen.

Das Chris Hani Baragwanath Krankenhaus versorgt Soweto, das Township: Dies bedeutet eine Auseinandersetzung mit Armut, Gewalt und vor allem der Immunschwäche sowie den assoziierten opportunistischen Erkrankungen wie z. B. der Tuberkulose. In dieser Situation wird eine Essensausgabe zur ersten medizinischen Tat, da viele Patienten äußerst geschwächt in die Klinik kommen.

Das medizinische Personal ist helfend, versorgend, überfordert und in Anbetracht dieser Dimension erscheint vieles hilflos. – Ein Virus verändert das Leben, die Gesellschaft, die Medizin.

Abstract

Our stereotype view on Africa consists of war, refugees, poverty and misery. Sadly, many of these aspects of life on the “lost continent” are reality.

Additionally there are the adverse effects of disease, for more of a decade mainly of HIV/AIDS. In South Africa, for example, the prevalence of the disease has risen from 1 % to nearly 20 % within the past 12 years. If the rate of infection within the general population has reached such a dimension, there is strong cumulation to be found in hospitals and treatment facilities of the regions.

The Chris Hani Baragwanath Hospital provides treatment for Soweto, the township: this means coming to terms with poverty, brute force and, mainly, the immune deficiency as well as its associated opportunistic diseases, such as tuberculosis. Under these circumstances the dispensing of food becomes the first medical measure, since many patients reach the clinic in an extremely weakened condition.

The medical personnel cares for and treats the patients, feeling overwhelmed and helpless in the face of the dimension of this misery. A virus changes life, society and medicine.

¹ Vgl. 30.09.04; 13 : 24 für die 15- bis 49-jährigen [4]

Vita

Arzt, Diplom-Betriebswirt (BA), Studiumverlauf: BA Mannheim, Private Universität Witten/Herdecke, Beijing University of Traditional Chinese Medicine, University of the Witwatersrand University College London, Internationaler Balint-Preis 2004: Erster Preis.

Korrespondenzadresse

Axel Telzerow · 65830 Kriftel · E-Mail: telzerow@gmx.net

Bibliografie

Balint 2005; 6: 50–54 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-864170
ISSN 1439-5142

Einblick

An den Aufnahmetagen ist im Chris Hani Baragwanath² Krankenhaus viel zu tun. Man sagt, dass eben das ‚Bara‘ nicht nur eins der größten Krankenhäuser der südlichen Hemisphäre ist, sondern das größte: D.h. tausende von stationären und ambulanten Patienten sind jeden Tag auf dieses öffentliche Krankenhaus angewiesen, denn das Krankenhaus versorgt Soweto, das Township. Ein Krankenhaus im Brennpunkt von Armut, Gewalt und HIV. Viele Patienten haben die Immunschwäche, viele Patienten haben auch TB, viele Patienten werden dort in einem Zustand entlassen, in welchem in Europa mit Notaufnahme reagiert würde. Welten stoßen im Bara aufeinander: (Un-)Bildung, Arroganz und Demut, Dankbarkeit und Freude, Geben und Staunen, Lachen und Leid, Verantworten und Verantworten-müssen; auch: verschiedene Kulturen und Sprachen berühren sich, verschmelzen aber kaum.

In der Inneren Medizin ist jeder fünfte Tag Aufnahmetag. D.h. zusätzlich zu der Stationsarbeit nimmt jeder Arzt zwischen zwanzig und dreißig Patienten auf. – Manchmal sind es mehr, manchmal weniger. – Die Ärzte freuen sich, wenn es weniger sind: Dann ist es ein guter Tag. Wenn es mehr sind, ein schlechter. Denn viele Patienten müssen bis zum nächsten Aufnahmetag versorgt werden, dann kommen die neuen: Wenige bleiben länger als fünf Tage, denn die Ressourcen sind knapp.

HIV verändert eine Gesellschaft, beeinflusst das Leben, ändert die Medizin. Generationen und Orte schwinden. Man sagt, früher hatte Bara die Breite fast aller Krankheitsbilder; man weiß, heutzutage ist es anders. Nun ist es vor allem AIDS. Ein Virus prägt Gesellschaft, konsumiert Leben, diktiert Medizin. Eine nie endende Geschichte: Ein Patient kommt schwächer als der andere. Einige kommen selbst, viele werden getragen oder geschoben. Die Aufnahmestation ist unterteilt in vier kleinere Bereiche mit jeweils zwei Ärzten. Hinzu kommen zwei weitere Bereiche, eine als Intensivstation, eine andere für psychiatrische Patienten. – Verwirrte, widerspenstige Patienten werden mit Mullbinden am Bett fixiert. Die Binden sitzen stramm. Die Psyche muss warten, denn die Somatik ist drängender. So drängend, dass Essensgabe als Behandlung gerechnet werden kann.

Im Bara werden Patienten mit *Baba* oder *Mama* angesprochen. Beide Begriffe sind in der südafrikanischen Kultur eigentlich Respektsbezeichnungen; im Krankenhaus sind sie vor allem schnell und praktisch. Ein Mann ist Baba, eine Frau ist Mama oder manchmal Sweetie.

² Van den Heever:

„Sage das Wort ‚Baragwanath‘ heutzutage und die meisten Südafrikaner werden unmittelbar Bilder von gebrochenen Körpern, Unmengen von Blut und vor allem Überfüllung sehen. [...] Selbstverständlich beschwören diese Bilder etwas von der Wahrheit herauf. Das ist der Stempel, der fortduert, aber es ist nicht unbedingt das ganze ‚Baragwanath‘.

Tag für Tag durchlaufen Tausende von Menschen das Krankenhaus, einige erhalten eine Ausbildung hier, einige sind Besucher, einige helfen hier, aber die Mehrheit sind Patienten. Baragwanath wurde zu einer Reflektion der südafrikanischen Verfassung mit all seiner Verschiedenheit der Menschen, Sprachen, Kulturen, Erwartungen und Ängsten. Es sind die Menschen, die ‚Bara‘ großartig machen“ [5].

Augenblick

Heute ist unser Aufnahmetag, es ist wieder viel zu tun: Anamnese und Befund, Zugänge legen, Medikamente applizieren. Jeder ist mit seinen Patienten beschäftigt – oder aber mit dem Organisieren eines Sets für eine weitere Lumbalpunktion oder sogar eine Thoraxdrainage. Das mobile Röntgen und das EKG sind im Dauerbetrieb.

Er ist mir am Anfang gar nicht aufgefallen, da in der Masse stille Patienten schnell untergehen. Dieser Baba liegt ruhig in seinem Bett. Erst nachdem der Arzt mich bittet, einen Zugang zu legen, nehme ich Notiz von ihm. Ich gehe zum Bett des Patienten, grüße und erkläre, was ich tun will. Er macht den Arm frei, damit ich den Zugang legen kann. Im Vergleich zu anderen ist dieser gepflegter: Der Bart ist ordentlich geschnitten, seine Kleidung ist sauberer. Er lächelt, etwas schüchtern und verunsichert, eben wie jemand, der eine Situation nicht einschätzen kann. In seinen Augen erscheint so etwas wie Dankbarkeit, dass sich jemand um ihn kümmert.

Es ist eine Art der schüchternen Dankbarkeit, die ich bei vielen Patienten aus Soweto sehe: Viele sind nicht daran gewöhnt, dass sich ein anderer, vor allem ein Arzt, um sie kümmert. Dem Arzt wird vertraut: Er wird nicht in Frage gestellt, er wird nicht kritisiert, auch wenn eine Lumbalpunktion mehrmals gemacht werden muss. Wie oft geht man hier schon zum Arzt? Und welche Bildung ein Arzt haben muss!

Die Ärzte haben ihn schon vor einer halben Stunde untersucht: 35 Jahre, männlich, erscheint, da seine Schmerzen im Bauchraum seit zwei Wochen kontinuierlich zunehmen. Einige Ergebnisse sind auffallend: Die Abwehrspannung des Unterleibs, das Fieber und das Schwitzen, die schnelle Herzfrequenz und eben der Gewichtsverlust. – Er sieht verbraucht aus, d.h. die Schläfen sind leicht eingezogen. In Anbetracht des massiven Soors der Mundschleimhaut führt der Weg zu HIV/AIDS und eben den opportunistischen Erkrankungen. In den Akten ist ein positiver Testbefund dokumentiert. Baba ist aufgeklärt: Wie so viele andere hat dieser Patient die Immunschwäche.

Das medizinische Personal nennt es nicht mehr HIV/AIDS, sondern ‚retro positiv‘, da uns so weniger Patienten verstehen können. – Aber diese Diagnose beantwortet immer noch nicht den Grund des akuten Abdomens, deshalb werden Blutwerte und Röntgen angefordert.

Wieder einer mehr! Wieder ein Patient mit HIV/AIDS. Wieder und wieder und wieder. Sie sind verbraucht. Was ein Ausdruck! Ein Konsumgut ist verbraucht, aber ein Mensch – jedoch konsumiert diese Krankheit Menschen, in der Hinsicht stimmt das Bild dann doch, aber entmenschlicht. – Ich freue mich mittlerweile, einen Patienten zu sehen, der in Würde und ohne Immunschwäche alt wird. Hier stirbt eine ganze Generation, nein, ein ganzes Land! – Sie sagen mir: Sei vorsichtig wegen HIV! Zuerst kommst Du selbst, dann der Patient. – Nur durch Deinen eigenen Schutz kannst Du auch den anderen schützen! Sie rechnen Statistiken vor, dass bei einem Nadelstich kaum etwas passieren kann – wenn man Handschuhe trägt.

Andere Patienten erfordern erst einmal die Aufmerksamkeit. Auch müssen die Röntgenbilder noch entwickelt werden. – Nach einiger Zeit sind die Aufnahmen immer noch nicht da. – In meinem Kopf taucht die Assoziation auf, dass ein akutes Abdomen ein Notfall ist, der möglichst schnell abgeklärt werden muss. Somit ist dieser Fall dringlich! – Ich gehe zur Röntgenabteilung und hole die Aufnahmen: Die zu sehenden Spiegelbildungen sind klassisch. Dieser Baba hat einen Darmverschluss. – Im Arztzimmer sitzen wir zusammen und besprechen die Aufnahmen. Wir sind uns schnell einig, dass er operiert werden soll, somit rufen wir die Chirurgen.

Als die Chirurgen kommen, gehen wir gemeinsam zum Bett von Baba, d.h. je zwei Ärzte aus der Inneren und der Chirurgie sowie ich als Student und eine Schwester. Wir versammeln uns um sein Bett. Die Chirurgen halten das Röntgenbild gegen das Neonlicht der Lampen, um sich dann zu beraten. – Bisher hat keiner ein Wort mit dem Patienten gesprochen! – Wir alle betrachten das Abbild des Unterleibs. Der chirurgische Facharzt geht zum Patienten und fühlt den Bauch. Er kommt auch zum Schluss, dass unbedingt operiert werden muss. Einmal da es ein Notfall ist, dann aber auch wegen der freien Kapazitäten in der Chirurgie.

Er liegt. Wir stehen. Wir reden – über ihm, über ihn. Baba schaut und betrachtet. Er hört und horcht. Wie viel wird er von dem Gespräch verstehen? Weiß er schon, dass wir operieren wollen? – Ich glaube, er lächelt immer noch. Wir haben uns nicht einmal vorgestellt.

Der chirurgische Facharzt tritt an das Bett des Patienten, legt seine rechte Hand erneut auf den Bauch und erklärt diesem, dass man operieren muss, dass es keinen anderen Ausweg gibt. Es ist seine erste direkte Ansprache an den Patienten, an Baba mit dem akuten Abdomen. – Doch dieser schüttelt zuerst leicht, dann stärker den Kopf, bis aus ihm ein leises Nein, dann ein lauterer herausbricht: Nein, nein, nein. – Der Chirurg reagiert zuerst nicht, dann dreht er sich zu uns um, um zu erklären, dass der Patient nicht operiert werden will. Eine Atmosphäre zwischen Ratlosigkeit und Gleichgültigkeit macht sich breit. Einem Patienten mit HIV/AIDS wird nicht immer eine Operation angeboten. – Wir verstehen ihn nicht. – Hat er uns verstanden?

Es ist das erste Mal hier, dass ich einen Patienten erlebe, der eine Behandlung ablehnt. Es ist das erste Mal hier, dass ein Patient Nein sagt.

Der eine Arzt aus der Inneren redet laut mit dem Patienten: Baba, wenn Du nicht operiert wirst, dann bist Du morgen tot. Nicht jedem Patienten mit AIDS wird eine Operation angeboten. Du weißt gar nicht, wie glücklich Du sein kannst. Doch unser Baba antwortet nur: Keinen Druck. Keine Schikane! – Es hört sich immer noch so an wie sein nein, nein, nein. Für die beiden chirurgischen Ärzte ist der Sachverhalt geklärt: Die Operation wurde angeboten, aber der Patient wollte diese nicht annehmen. Er hatte seine Chance auf eine Operation, aber er hat sie nicht wahrgenommen. Sie äußern noch einmal ihre Irritation und bekräftigen ihre Ansicht, dass der Patient so die nächsten Tage nicht überleben wird. Die Untersuchung wird in der Akte protokolliert – Baba hatte seine Chance. Für die anderen Ärzte ist das Thema auch vor-

bei: Die Ablehnung wird in der Akte auch protokolliert. Neue Patienten, andere kommen.

Ich stehe hier, ich verstehe die Ärzte, es sind so viele Patienten. Ich verstehe den Patienten, keiner hat mit ihm geredet. Aber ich verstehe diese Situation nicht. – Ich habe viele Patienten gesehen beim Leiden und beim Sterben, beim Lachen und beim Weinen. Die Formel scheint Babas pro Zeit zu sein, je schneller desto besser. Junge Ärzte, die enthusiastisch beginnen, dann aber schnell an der Realität scheitern, um nachher nicht einmal mehr Geschichten von Patienten zu erzählen, sondern Geschichten von Zahlen. – Ich verstehe es nicht, dass nicht einmal eine richtige Aufklärung abgelaufen ist. Es waren vier Ärzte und nur ein Patient.

Er liegt in seinem Bett und hat die Decke nun über den Kopf gezogen. Er will schlafen. – Da die anderen Ärzte wieder am Arbeiten sind, und ich gerade wieder Zeit habe, gehe ich noch einmal zu seinem Bett, um mit ihm über die Operation zu sprechen. Er schläft nicht, sondern er döst, denn er hat zu viele Schmerzen. – Ich spreche ihn mit Baba an. Er dreht sich um. Da ist sie wieder, diese Dankbarkeit. Ich nehme die Röntgenbilder, um ihm die Abbildung zu erklären. Ich beteuere erneut die Aussagen der Ärzte, als ob sie sich mit der Zeit verändern würden. Ich erkläre ihm, warum seine Schmerzen mehr geworden sind. Es ist eine Entzündung. Ich erkläre ihm, dass er an dieser Entzündung sterben kann. Jedoch erwidert er erneut, dass er keinen Druck will, dass er nicht schikaniert werden will. – Dieses Mal wende ich mich nicht von ihm ab, sondern frage, welchen Druck und wovon er Angst hat.

Er scheint mich verstanden zu haben. Die einzige Reaktion ist sein Satz: Keine Schikane, keinen Druck, keine Operation. Die Röntgenbilder immer noch in der Hand erläutere ich, dass keiner Druck machen will, dass eben keiner ihn drängen will, dass er aber sterben wird, wenn er nicht operiert wird. Er wendet sich ab. Auf den Akten hatte ich seinen Namen gelesen: Abel. Dieser Baba heißt Abel!

In Südafrika gibt es elf verschiedene Sprachen, Englisch ist zwar die offizielle, aber eben auch nur eine unter vielen Sprachen. Ein Pfleger, der in der Nähe ist, fängt an mit dem Patienten in Zulu zu sprechen. – Nun kommt die Sprache aus ihm nicht mehr so zögerlich wie vorher im Englischen, er redet schneller und freier! Er erzählt, dass er vor Jahren eine Operation am Kopf hatte, von der er sich nicht so schnell erholte. Er meint, dass er vor der Operation seine Mutter sehen will, sie muss mit in diese Entscheidung einbezogen werden. – Nicht nach der Operation, sondern vor der Operation. Der Pfleger spricht mit ihm eindrücklich, aber nicht sehr einfühlsam. Ich halte noch einmal die Röntgenbilder hoch, um ihm die Aufnahmen zu erklären, um ihm zu zeigen, woher der Schmerz kommt. Der Pfleger übersetzt. Er versteht über was wir reden. Jedoch schüttelt er nur mit dem Kopf, denn er will nicht operiert werden. – Seine Mutter hat kein Telefon, wir können sie nicht anrufen.

Abel kann sich nicht entscheiden. Einmal ist seine Mutter nicht da, dann hat ihn keiner richtig aufgeklärt. In dieser Situation existiert vor allem eins: Seine Angst. Und mit dieser Angst ist er alleine. Elf Sprachen und kein Zugang!

Eine Schwester kommt auf mich zu und meint, wir hätten nicht das Recht ihn zu einer Entscheidung zu drängen. Er hat die Wahl, und er lehnt ab. Patienten sollen machen, was der Arzt ihnen vorschlägt. Wenn Patienten dem Arzt nicht folgen, dann sollen sie das Krankenhaus verlassen, ansonsten belegen sie wertvolle Bettenkapazität. Jedes weitere Gespräch mit diesem Patienten sei reine Zeitverschwendung. – Hierbei geht sie zum Bett des Patienten, um mit diesem zu schimpfen: Wie undankbar er doch sei! Er belege im Krankenhaus ein Bett. Wenn er nicht dem Arzt folgen will, dann soll er doch nach Hause gehen. – Der Angesprochene dreht seinen Kopf langsam zur Seite. Er will nicht hören. Er will auch nicht nach Hause gehen.

In der Zwischenzeit haben die Ärzte das Entlassungsschreiben für den Kranken aufgesetzt, in welcher er seine Entlassung beantragt: Er soll entlassen werden, da er die Therapie ablehnt. Er unterschreibt. Der Facharzt für Innere Medizin schüttelt nur mit dem Kopf. Seiner Erfahrung nach haben zu viele Patienten zu viel Angst vor Operationen. Der andere Arzt flucht über Patient und Arbeitsdruck, denn heute ist ein anstrengender Tag.

Ihre Wut und Aggression sind zu spüren. Seine Furcht und Angst auch. Seine Furcht ist ihre Wut. Ihre Aggression ist seine Angst.

Die Behandlung für ihn ist nun abgeschlossen. Er soll nach Hause geschickt werden. Er hat kein Recht mehr. Ich gehe noch einmal zu den Ärzten, um ihnen meinen Eindruck mitzuteilen: Er wird sich schon für die Operation entscheiden, da mit der Zeit seine Schmerzen mehr werden. – Es wächst die Strategie der Vermittlung, es wächst die Idee, beide Seiten zusammen zu bringen.

Diese Situation erscheint sinnlos und verfahren. Sinnlos, da Abels Schmerzen zunehmen, aber eine Lösung möglich wäre. Verfahren, da Abel entlassen ist, d. h. formal kein Patient mehr ist.

Ich trete an das Bett des Erkrankten und rede noch einmal mit ihm. Seine Schmerzen haben weiter zugenommen. Ich wiederhole noch einmal das Gesagte, doch dieses Mal gebe ich ihm das Versprechen, ihn zur Chirurgie zu begleiten. Mit Hilfe von Händen und Pflegern findet die Kommunikation statt. Er versteht. Und ich verstehe auch, er willigt ein.

Für mich scheint Hilflosigkeit, Verfahrenheit, Sinnlosigkeit mit einem Mal aufgehoben. Für mich macht seine Operation Sinn. Eben ein Aufheben der Passivität, der Versuch der Lebensrettung. Ich bin froh, dass sich Abel für eine Operation entscheidet.

Seine Entscheidung teile ich den anderen Ärzten mit, um dann zur Chirurgie zu gehen. Jedoch ist dort keine freie Kapazität mehr. Operationssäle werden schon genutzt oder sind schon gebucht, und die Chirurgen haben keine Zeit bzw. suchen selbst nach Unterstützung. Sie nehmen ihn auf die Warteliste.

In der Nacht sehe ich ihn erneut. Er schläft auf einer Liege auf dem Gang der Aufnahme. Seine Dokumentation liegt auf dem Bauch. Einige Neonlichter sind ausgeschaltet. Er liegt auf dem Gang, da er nun nicht mehr der Inneren Station, sondern der Chirurgie zugeteilt ist. – Er wird wohl erst am Morgen überführt werden. – Der Wartende ist nun in einem Transferbe-

reich: Zwischen Innere und Chirurgie, wartend auf freie Kapazitäten im Operationssaal. Als er erwacht, wechseln wir ein paar Worte miteinander. – Ich erkläre ihm, dass er so schnell wie möglich zur Operation gebracht werden wird. Leider kann ich ihm nicht sagen wann dies sein wird. – Ich hatte ihm versprochen, mit in den OP zu gehen. Ich hatte ihm versprochen, ihn zu begleiten. In seinen Augen leuchtet wieder diese Dankbarkeit, aber zu dieser Stunde scheint mehr Ängstlichkeit in ihnen.

Ich denke an mein Versprechen. Ich ahne, dass ich es nicht halten werde, da niemand weiß, wann er operiert werden kann. Ich sehe ihn vor mir liegen und weiß nicht, was ich noch tun könnte. Es ist eine seltsame Situation, denn Abels Perspektive ist meine Hoffnung gegen diese Hilflosigkeit.

Er wird am nächsten Mittag operiert: Sie finden Tuberkulose im Bauchfell. Auch mehrere Perforationen. Nun ist der Grund für sein akutes Abdomen bekannt, jedoch viel kann man nicht mehr für ihn tun. Er wird auf die chirurgische Station verlegt. Dort trübt er immer mehr ein. Er erlangt das Bewusstsein nicht mehr, er sieht seine Mutter nicht mehr. Vier Tage nach unserem letzten Sehen verstirbt er.

Ich konnte mehr auf den Kranken eingehen als andere, da ich als Student mehr Freiraum hatte. Dies war der einzige Grund. Kein weiterer, kein anderer. Ich hatte nicht die Pflicht, zwanzig bis dreißig andere Patienten aufzunehmen.

Wenn in Krankenhäusern Gesundheit und Krankheit so nah sind, dann sind es im Bara auch noch Sprachen und Kulturen, Sorgen und Rationierungen sowie verschiedene Hautfarben. Das Wort Schicksal fühlt sich hier anders als in Europa an! Gegensätze prallen aufeinander, eben in diesem Spannungsfeld wird Bara zu einem noch unwirklicheren Ort. Abel war für mich der Unterschied zur Gleichgültigkeit, er war für mich der Unterschied zur Hilflosigkeit. Aber ich weiß, dass ich mein Versprechen nicht halten konnte. Ich konnte ihm nicht helfen. Ich denke nur *Ach, Afrika!* und bringe so sehr viel Abstand zwischen mich und die Abels, Mamas und Babas dieser Welt.

Ausblick

Über den Patienten/Arzt-Kontakt gibt es mehrere Modelle. [2] Zwei diametral entgegengesetzte scheinen paternalistisches und partnerschaftliches Modell: Die paternalistische Haltung hat ihren Ursprung im ärztlichen Vorsprung an Kompetenz, Wissen und Macht. Im väterlichen Sinne muss/will der Patient geleitet werden. Er vertraut sich an, und eben dafür soll der Arzt ihn aus der Krankheit führen. Auf der anderen Seite steht eine partnerschaftliche Haltung. Es geht um eine ‚Subjektbeziehung‘ und ein gemeinschaftlicheres Vorgehen, d. h. Patient und Arzt stehen in einer Kooperation zusammen:

Beide Modelle stellen nur zwei mögliche Extreme der Patienten/Arzt-Beziehung dar: Auf der einen Seite wäre eine weitgehende Verantwortungsabgabe des Patienten wesentlich. Auf der anderen Seite erfordert eine gleichberechtigtere Partnerschaft mit ei-

nem Arzt wesentlich mehr Wissen und Verantwortungsübernahme.³

In der Praxis wird sicherlich eine Mischung beider Extreme vorliegen, die sich im Laufe der Zeit immer neu austariert. Um aber die Vielschichtigkeit der Beziehungsebene zu erfassen, ist auch eine angemessene Differenzierung in verschiedene Bereiche notwendig: „Wenn wir eine Theorie der Krankheit und Therapie entwickeln wollen, so haben wir es mit Phänomenen in [...] drei genannten Bereichen zu tun – dem organischen, dem sozialen und dem psychischen –, die sich alle drei [...] gegeneinander abgrenzen lassen“ [3].

Ausgehend von obigen Ausführungen und der Darstellung des Augenblicks lassen sich drei Punkte für einen Arzt im Patienten/Arzt-Kontakt formulieren:

1. Der Arzt erfasst aus seinem Blickwinkel, d. h. relativ. Um dieses bewusster zu machen, könnte er sich beim Beobachten beobachten bzw. auch seine Kriterien der Beobachtung erfassen. Also: Was ist das Muster seiner Unterscheidung.⁴
2. Patient und Arzt treffen im sozialen [kontextuellen] Bereich aufeinander, welcher durch Soma und Psyche beeinflusst wird.⁵ Alle Bereiche sind unterschiedlich zugänglich und stehen in unterschiedlichen Kopplungen miteinander.
3. Durch die Veränderung eines Bereiches werden die anderen auch verändert, d. h. sie stehen in Wechselwirkung miteinander. Somit kann durch den Arzt [„Arzt als Droge“] und seine Kommunikation allein sowohl der psychische als auch der somatische Bereich des Patienten beeinflusst werden. Hierbei liegt keine Linearität vor, sondern wie oben angedeutet, sind die Bereiche unterschiedlich zugänglich.

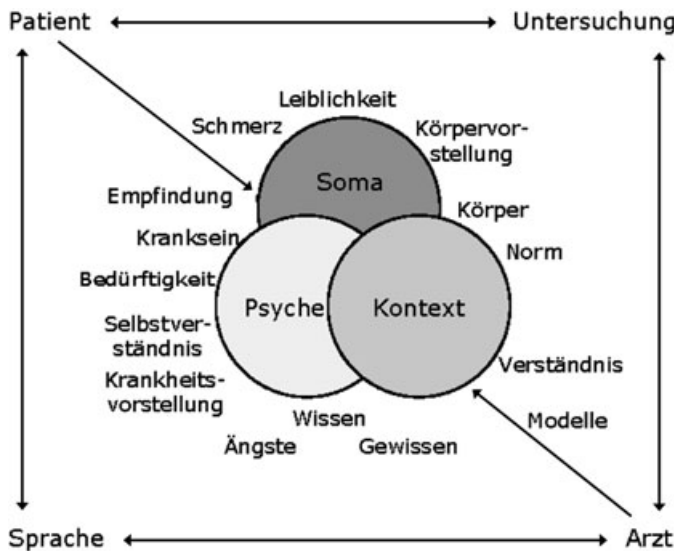


Abb. 1 Patienten/Arzt-Bindung als System

³ Dies wird sicherlich bei einigen chronisch Erkrankten der Fall sein.

⁴ Es geht hierbei um die Beobachtung der Beobachtung (der Beobachtung etc.). Abzugrenzen ist die Fremdbeobachtung, durch welche ein evtl. blinder Fleck aufgehoben wird.

⁵ Genau: die Bereiche (Systeme) sind eigentlich unabhängig, aber strukturell gekoppelt, d. h. sie können sich wechselseitig stören – besitzen aber eine ihnen eigene Reaktionsart.

Anderer Blick

Blumsohn:

„Wie viele von uns, die Arme und Kranke behandelt haben, [...] haben die zerlumpte Kleidung und den kargen Besitz unserer Patienten gesehen. – Ein Bild, das für sich eine Geschichte erzählt.“

Haben wir wahrgenommen bzw. sind wir uns bewusst, welche Demütigung ein armer Patient erlebt, wenn er nicht einmal die kläglich geringe Krankenhausbüch bezahlt kann? Können wir uns wirklich diese öffentliche Demütigung ausmalen? Diesen Verlust der Würde verstehen?

Wie viele von uns können sich sogar mit den menschlichen Wracks, die wir alle gesehen haben, identifizieren. – Menschliche Wracks auf dem Abfallhaufen – die vergessenen Menschen, vergessen, von allen gemieden.

Können wir damit beginnen, die Hoffnungslosigkeit der Menschen in ihrer Hilflosigkeit und ihrer Abhängigkeit von anderen zu würdigen? Tragen wir Sorge?

Wir sind alle großartige Wissenschaftler mit erheblichem Wissen und Weisheit. Wir sind alle gute Lehrer, sogar gute Kliniker.

Aber sind wir gute Ärzte?“ [1] [...]

Literatur

- ¹ Blumsohn D. The History of Baragwanath Hospital. In: Huddle K, Dubb A. 7. zitiert nach: Blumsohn D. The pathology of poverty The Leech, 1980; 50(1) (aus dem englischen übersetzt vom Autor)
- ² Dörner K. Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung; 1. unveränderter Nachdruck Stuttgart: 2001: 67 – 78
- ³ Simon FB. Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie; 2. Auflage Heidelberg: 2001: 62 (aus dem englischen übersetzt vom Autor)
- ⁴ UNAIDS: <http://www.unaids.org/en/geographical+area/by+country/south+africa.asp>
- ⁵ Van den Heever C. The History of Baragwanath Hospital. In: a.a.o.: Baragwanath Hospital. 50 Years. A Medical Miscellany Bertsham: 1994: 5