

Neue Arzt-Patient-Verhältnisse in der Palliativversorgung

Dreßke, Stefan; Göckenjan, Gerd

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Dreßke, S., & Göckenjan, G. (2006). Neue Arzt-Patient-Verhältnisse in der Palliativversorgung. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2* (S. 1976-1981). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-144088>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Neue Arzt-Patient-Verhältnisse in der Palliativversorgung¹

Stefan Dreßke und Gerd Göckenjan

Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung sind häufig konzentriert worden auf die Kommunikations- und Wissensnachteile zu Lasten des Patienten. Entsprechend sind Vorstellung von einem mündigen und durch das Internet aufgeklärten Patienten formuliert worden. Von diesem aufgerüsteten Patienten soll das bestehende Machtungleichgewicht verändert und die Effektivität von Therapien erhöht werden können – so die These.

Tatsächlich erscheint es auch uns fraglos, dass eine immer verbesserte Kommunikation notwendig ist. Aber zugleich ist es auf einer konzeptuellen Ebene plausibel, dass die Arzt-Patient-Beziehung fundamental asymmetrisch ist. Die Asymmetrien lassen sich nicht auflösen, man wird diese als soziale Konstanten ansprechen müssen. Allerdings werden Asymmetrien in sozialen Figurationen vermittelt. Diese Vermittlungsleistungen wollen wir genauer ansehen.

Zunächst sollen kurz vier zentrale Dimensionen der Asymmetrie angesprochen werden. Dann diskutieren wir anhand von Fallbeispielen aus Beobachtungsstudien zur Palliativversorgung, wie Asymmetrien sozial vermittelt werden. Dabei weisen wir insbesondere auf die Bedeutung von Sozialisationsleistungen für die Arzt-Patient-Beziehung hin.

Nun zu den Dimensionen der Asymmetrie:

1. Als zentrale Kategorie gehen wir von der Leidenserfahrung durch Krankheit aus. Krankheit ist eine Bedarfslage, die als Schmerz, als körperlicher Verfall, als Lebensbedrohung erlebt wird. Der Leidende tritt in eine Beziehung zu einem Gesunden und körperlich Intakten.
2. Diese nicht auflösende Asymmetrie wird im sozialen Zusammenleben in Rollenbeziehungen zwischen Hilfebedürftigem und Helfer überführt. Beide Positionen sind sozial normiert, sanktioniert und durch Rechte und Pflichten geleitet.

¹ Der vorliegende Beitrag entspricht dem unveränderten Vortragsmanuskript. Es werden Ergebnisse aus der DFG-Studie »Patientenrolle und Sterberolle in der Palliativversorgung« (Projektleiter Prof. Göckenjan) präsentiert. Zu danken ist den Projektmitarbeiterinnen Kerstin Probst und Wenke Richter-Dreßke.

3. Helfer spezialisieren sich auf die Hilfe und erwerben Expertenwissen als Machtwissen. Hier können Potenzen gesehen werden, Asymmetrien zu verringern. Allerdings bleibt immer ein struktureller, nicht hintergebar Vorteil auf Seiten der Experten. Die immer zunehmende Spezialisierung und Unübersichtlichkeit des Wissens unterstützt das.
4. Schließlich ist die Entscheidungshoheit des Helfers anzusprechen. Der Helfer entscheidet über die geeigneten Maßnahmen und Versorgungswege. Der Hilfebedürftige trägt die Risiken dieser Entscheidung.

Wir wollen also von strukturellen, unauflösbaren Asymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung ausgehen. Entscheidend für die Beurteilung wird aber etwas anderes sein, nämlich festzustellen, wie sich diese Asymmetrien vermitteln, dass heißt wie sich unter Machtkonstellationen Akteure formieren und sich Vorstellungen vom richtigen Handeln entwickeln. Denn, was ist schlecht an diesen Asymmetrien? Dass sie zu Bevormundung bzw. Entmündigung führen, dass sie Zuwendung und menschliche Nähe vermissen lassen, dass sie die Menschenwürde antasten können. Derartige Probleme müssten moderierbar sein.

Nun zu unserer Studie

Das Beispiel der Palliativversorgung zeigt in besonderer Weise die Konfliktlinien auf, die entstehen, wenn im Selbstverständnis der Therapeuten Asymmetrien abgebaut werden sollen, die aber strukturell nicht abgebaut werden können. Der Arbeitsstil des Palliativen versucht, dem Bild des partnerschaftlichen Verhältnisses zwischen Therapeutenteam und Patient nahe zu kommen. Das Generalziel der Palliativversorgung heißt nicht »Heilung«, sondern »Lebenserleichterung bei unheilbarer Krankheit«, womit auch die Bedarfslage definiert ist, für die sich die Palliativmedizin zuständig fühlt. Hier werden Patienten betreut, die nach konventionellen Maßstäben austerapiert sind und bei denen nun das Lebensende zu erwarten ist. Dies kann Monate dauern, aber oftmals auch nur einige Wochen oder Tage. Im Vordergrund der palliativen Behandlung stehen Symptome wie Schmerzen, Übelkeit und Angst, die der Patient nicht mehr als notwendiges Übel im Rahmen eines Heilungsversuchs hinnehmen muss. Mit der Perspektive des Lebensendes wird der Patient als »ganzer Mensch« angesprochen, so zumindest lautet die Forderung an das gute Sterben. Das bedeutet eine starke psychosoziale Orientierung, wichtig auch in Bezug auf die Moderation der medizinischen Maßnahmen.

Bei den Patientenkarrieren, die wir in unserer Studie beobachten konnten, fiel uns regelmäßig die Unsicherheit auf, die Patienten in der ersten Zeit auf der Pallia-

tivstation an den Tag legen. So muss das Personal die neuen Patienten routinemäßig daran erinnern und manchmal mahnen, dass sie »klingeln« sollen, wenn etwas gewünscht wird und dass sie es frühzeitig sagen sollen, wenn sie Schmerzen haben. Die Palliativstation ist eine Krankenhausstation – aber mit einem völlig anderen Zuschnitt, was die kommunikative Kultur angeht.

Palliativpatienten sind nicht frei von Verpflichtungen: Sie müssen »etwas Neues lernen«, nämlich Bedürfnisse zu formulieren, die jenseits der Heilung stehen. Die neuen Patienten müssen lernen, sich mit dem Lebensende auseinander zu setzen, ohne in Lethargie oder in unrealistische Hoffnungen zu verfallen. Sie sollen mitarbeiten an dem Ziel der Lebensqualität in der letzten Lebensphase und das heißt regelmäßig, Heilungshoffnungen aufzugeben. Wenn Patienten also aus dem kurativen Milieu auf die Palliativstation verlegt werden, kommt es zu einem Bruch mit einer Behandlungsideologie, die ganz dominierend auf die Heilung abzielt und unter die sich alle anderen Interessen und Bedürfnisse ganz selbstverständlich unterordnen. Dieser institutionell vorgegebene Milieuwechsel erfordert vom Patienten einen Perspektivwechsel, der sozial vermittelt werden muss.

Die Geschichte einer solchen Überzeugungsarbeit soll ein Fallbeispiel illustrieren:

Frau Hellbach ist eine 57-jährige Patientin, die an einem ausbehandelten Rektumkarzinom im Endstadium leidet. Auf der Palliativstation wird der Schmerz behandelt. Mit dem Personal kann sie längere Gespräche über ihre schwierige Biographie führen. Immer wieder blutet sie und sie wird so unruhig, dass sie kurzfristig sediert werden muss. Der Tumor tritt nach außen und die Schmerzbehandlung schlägt nicht an. Zwischendurch wird sie als sterbend bezeichnet, stabilisiert sich jedoch wieder, so dass über ihren Verbleib nachgedacht werden muss. Eine häusliche Unterbringung kann wegen des hohen Pflegeaufwands nicht mehr in Betracht gezogen werden, eine Hospizverlegung wird angesprochen. Dem steht Frau Hellbach jedoch ablehnend gegenüber.

Es entsteht ein Konflikt: Mit einer Verlegung ins Hospiz könnte die Behandlungsideologie der Palliativstation fortgesetzt werden, die in der Organisation eines würdigen Sterbens besteht. Das Interesse der Patientin aber sieht ganz anders aus: Sie hat das Lebensende noch nicht in ihren Erwartungshorizont aufgenommen.

Die Steuerungs- und Vermittlungsleistungen in Palliativstationen werden über »Pakte« erbracht, die offene aber unter Umständen auch stillschweigende Vereinbarungen zwischen Personal und Patient darstellen, in denen die Asymmetrien moderiert und weitestmöglich unsichtbar gemacht werden.

Den Fallverlauf vorweggenommen: Frau Hellbach wird nach der erfolgreichen Schmerzbehandlung am Ende ihres 25-tägigen Aufenthalts mit ihrem Einverständnis in ein Hospiz verlegt, wo sie drei Wochen später stirbt.

Wie wird nun mit Frau Hellbach verfahren, dass sie ihre existentiellen Pläne ändert und in die Hospizverlegung einwilligt?

Der zu beiderseitigem Nutzen abgeschlossene Pakt bezieht sich zunächst auf die »kleinen«, naheliegenden Ziele, die zum aktuellen Wohlbefinden beitragen. Ein zentrales Anliegen ist die Aufrechterhaltung ihrer Würde, die durch Blutungen, Wunden und sichtbare Krebswucherungen bedroht ist. Dabei wird Frau Hellbach im Pflege team immer als eine Frau wahrgenommen, die sehr auf ihr Äußeres achtet. Es wird versucht, dieses Selbstbild zu unterstützen. Um die Würde trotz der schwierigen Situation zu erhalten, wendet zum Beispiel das Personal nur die notwendigsten Schutzmaßnahmen an. Eine zunehmende Distanzierung wird so vermieden. Umarmungen werden zugelassen. Frau Hellbach erfährt eine hervorragende Pflege, bei der sie mithilft und durch die sie stets kleine Erfolge spürt. Sie gewinnt Vertrauen, Selbstsicherheit und kooperiert mit dem Personal.

Allerdings verlieren die Mitarbeiter die langfristige Perspektive nicht aus den Augen: Ziel ist es, der Patientin Einsicht in ihren Erkrankungsstand zu ermöglichen und dies möglichst frühzeitig, wie eine andere Episode zeigt:

Obwohl die Ärzte dem therapeutischen Nutzen einer Chemotherapie skeptisch gegenüberstehen und diese nicht befürworten, bekommt sie Frau Hellbach auf eigenen Wunsch. Sie hofft eben noch auf ihre Heilung. Die Nebenwirkungen erweisen sich aber trotz der reduzierten Form als so stark, dass die Therapie schließlich abgebrochen wird, sehr zu ihrer eigenen großen Erleichterung. Retrospektiv wird vom Personal eingeschätzt, dass die Chemotherapie wichtig war, damit sich Frau Hellbach mit ihrer Krankheit auseinandersetzt.

Hier werden Kompromisse geschlossen zwischen der Orientierung an medizinischen Kalkülen, nämlich, dass eine kausale Therapie keine Wirkung mehr zeigen wird und der Hoffnung einer todkranken Patientin auf Besserung. Die Erfahrung der leidvollen Chemotherapie ermöglicht der Patientin das Verständnis der eigenen Bedarfslage und führt auf einen palliativen Behandlungspfad. Es ist das Lernen »am eigenen Leib«, durch die eigene Erfahrung körperlicher Unzulänglichkeit und nicht durch das ärztliche Verdikt des »Therapieverzichts«. Der Pakt, Geduld mit einem letzten Aufbegehren zu zeigen, mit der stillschweigenden Erwartung, der Patientin so eine tiefere Einsicht in ihr bevorstehendes Sterben zu vermitteln, hat schließlich Erfolg. Man lässt der Patientin Zeit, sich mit ihrer Lage vertraut zu machen. Und auch hier ist wieder die Würde im Vordergrund, da der Therapieabbruch auch von der Patientin schließlich als unabwendbar erkannt wird. Die Abweisung der letzten Hoffnung, die Erniedrigung durch ärztliche Expertise wird ihr erspart.

Der Perspektivwechsel auf das Sterben wird als eine Sozialisationsleistung institutionell gesteuert und so der Weg zu einer Hospizverlegung geebnet. Die Entlassung ist nun ein zufriedenstellendes Ergebnis, weil eben ihre Würde bewahrt werden konnte. Dieses Beispiel zeigt: Ein Machtgefälle, wie es jeder Krankenhausaufenthalt aufgrund der Bedarfslage des Patienten mit sich bringt, muss nicht automatisch mit seinem Würdeverlust einher gehen.

Die Asymmetrien lassen sich aber auch in der Palliativversorgung nicht immer durch Sozialisationsleistungen moderieren. Hierzu ein kurzes Fallbeispiel aus der gleichen Palliativstation:

Auch Herr Dippel (79 Jahre) hat einen austherapierten Krebs im Endstadium und ist auf der Palliativstation bekannt. Diesmal wird er wegen eines Harnverhalts behandelt. Es liegen keine Schmerzäußerungen und keine sonstigen onkologischen Beschwerden vor. Herr Dippel fühlt sich also relativ gesund, obwohl er von den Pflegekräften als »sehr abgebaut« eingeschätzt wird. Tatsächlich möchte er wieder nach Hause zurück, allerdings übersteigt seine Pflege die Fähigkeiten der Angehörigen. Er muss also institutionell untergebracht werden. Es wird eine Verlegung in das Hospiz angedacht, auch mit der Begründung, dass dort die notwendigen medizinischen Maßnahmen besser durchgeführt werden können als im Pflegeheim. Herr Dippel möchte jedoch nicht ins Hospiz.

Diese Situation befriedigt das Personal keineswegs. Herr Dippel ist zwar über seine Krankheit aufgeklärt, jedoch anders als bei Frau Hellbach setzt er keine Signale, dass er das Lebensende in seinen Erwartungshorizont aufzunehmen bereit ist. Demzufolge auch seine beharrliche Weigerung, woandershin als nach Hause entlassen zu werden und schon gar nicht in ein Hospiz. Die Gespräche werden also mit den Angehörigen geführt und eine Verlegung in ein Kurzzeitpflegeheim vereinbart. Die Ausgrenzung von Herrn Dippel aus den zentralen Entscheidungsprozessen wird mit seiner Verwirrtheit gerechtfertigt. Das Etikett ist nicht psychiatrisch verifiziert, und kann auch von der Beobachterin nicht nachvollzogen werden. Im Abschlussgespräch mit der Ärztin fordert Herr Dippel Mitbestimmung ein und beschwert sich: »(...) und der Patient hat dazu gar nichts mehr zu sagen?« Die Ärztin erwidert nur, mit ihm schon alles besprochen zu haben.

Herr Dippel nimmt zwar die medizinische Expertise der Palliativstation in Anspruch und die Geduld des Personals, setzt sich jedoch in einer für das Personal unrealistischen Weise mit seiner Krankheit auseinander. Aufgrund dessen können die üblichen offenen Kommunikationsstrategien der Palliativstation nicht greifen: An Herrn Dippel ist »kein Herankommen« und: alles deutet darauf hin, dass er wieder gesund werden will. Niemand kann ihn dazu bringen, sich als einen unheilbar Kranken zu sehen. Damit schließt er sich aus und wird faktisch aus dem Sterbediskurs ausgeschlossen. Das Personal geht zu einem kurativen Arbeitsstil über. Und so wie ein Kranker erfährt Herr Dippel nun die typischen Restriktionen eines kurativen Arbeitsstils. Er negiert seine Bedarfslage und kommt deshalb nicht mehr in den Genuss der psychosozial orientierten, auf Lebensqualität gerichteten Versorgung. Wie die Ärztin es formuliert: »Es ist alles gesagt.«

Was lässt sich nun aus den Fallbeispielen schlussfolgern? In unseren Beobachtungen charakterisiert sich das palliative Milieu nicht durch besonders flache oder verringerte Asymmetrien, vielmehr: es ist die soziale Vermittlung von Asymmetrien, die das Therapeuten-Patienten-Verhältnis ausmacht. Im Zusammenwirken von

medizinischer Praxis, körperlichem Verfall und einer besonderen Zuwendungskultur formiert das Palliativmilieu den Patienten als Palliativpatienten. Die moderierten Asymmetrien erleichtern es dem Patienten, wie im Fall von Frau Hellbach, die Expertensicht seiner Bedarfslage Stück für Stück in die eigene Erfahrungswelt zu übernehmen. In diesem Sozialisationsprozess setzen die Helfer auch wieder Professionsdispositionen und -ideale durch, darüber kann es keinen Zweifel geben.

Wir kommen am Beispiel der Palliativversorgung zu folgendem Fazit: Der mündige, aufgeklärte Patient ist keineswegs ein Korrektiv zur professionellen Entscheidung – sondern eine Person, die in die medizinischen Entscheidungen erfolgreich einsozialisiert worden ist. Hier werden Asymmetrien nicht vermindert – das ist in der Palliativversorgung nicht anders als in der Normalversorgung. Allerdings gibt es in der Palliativversorgung ein reiches Potential an Moderationsstrategien, auf die in der Normalversorgung verzichtet wird. Denn dort sind die Härten des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Hinblick auf die wiederzugewinnende Gesundheit hinzunehmen.