

Tilli Egger

Eine Grenzsituation in der Onkologie

A Borderline Situation in Oncology

Ich möchte im Folgenden eine Grenzsituation, die ich selbst sehr intensiv erlebt habe, beschreiben und auch begründen, warum ich so und nicht anders gehandelt habe.

Ich schildere einen konkreten Fall: Ich war damals Oberärztin, hatte Nachtdienst und zwei Stationen zu betreuen. Die Schwester hat mich gerufen. Herr P., Ehemann einer Patientin, war schon dreimal bei der Schwester: Er wolle sofort einen Arzt sprechen und warum noch immer keiner da sei. Sie rief mich also.

Es war am Nachmittag, ich hatte viel zu tun und ging zuerst ins Schwesternzimmer. Ich kannte die Patientin nicht. Ich bekam von den Schwestern die Vorinformation, dass die Dame seit zehn Tagen mit einem metastasierten Mammakarzinom auf dieser Station lag: Sie hatte Lungenmetastasen mit einem Pleuraerguss und einer peritonealen Aussaat. Frau P. wurde wegen der Schmerzen, die von den Knochenmetastasen ausgingen, bestrahlt. Die Schwestern kommentierten: „Drinne ist auch der Ehemann, beide Mitte 50. Sie ist wirklich nett, aber Herr P., ehrlich gesagt, ist furchtbar...“

Als Ärztin war ich den Schwestern immer dankbar für Vorinformationen. Es ist hilfreich wenn wir im Team aufeinander hören und darauf achten, welche Informationen wir bekommen. Wie oft sagen wir: Der Patient ist am wichtigsten! In der Praxis beschäftigen uns aber die Angehörigen auch sehr.

Als ich ins Zimmer der Patientin eintrat, hatte ich aufgrund der Vorwarnung der Schwestern also zunächst den Ehemann im Blick. Herr P. marschierte im Zimmer auf und ab. Wie der „Panther“ im Gedicht von Rainer Maria Rilke kam er mir vor.

Er saß nicht bei seiner Frau, schaute auch nicht auf sie, sondern war sehr ungeduldig und hat mich auch

gleich angefahren: „Wieso kommen Sie so spät? Und wieso kommen Sie – und nicht der Herr Professor?“ Frau P. hatte eine Zusatzversicherung und lag auf Sonderklasse. Das veränderte die Sachlage natürlich und löste auch bei mir etwas aus. Ich dachte mir: „Soll ich auf diesen Vorwurf jetzt einsteigen und mich rechtfertigen?“

Ich verwarf den Gedanken aber, denn schließlich hatte er ja völlig recht. Er erwartete sich als Gatte einer Sonderklassepatientin, dass der Herr Professor kommt und nicht irgendein Arzt. Aus seiner Position heraus und in seinen Augen war ich, auch wenn ich Oberärztin war, trotzdem ein Unterläufer. Die Schwestern hatten mir noch gesagt, er sei ein Manager, der glaubt, er könne sich deswegen hier „aufplustern“. Das hat mir plötzlich die Augen geöffnet: Ein Manager!

Vieles, was er im Leben gelernt hat, nämlich zu managen, funktionierte hier nicht mehr. Warten in einer Onkologie, auf einer Strahlenabteilung sein, lässt das Krankenhaus noch mächtiger erscheinen – und macht uns gleichzeitig zu einem kleinen und noch kleineren Menschen. Von einem Manager zu einem Bittsteller und Dankesager werden, ist eine hohe Leistung.

„Krankenhaus“ bedeutet auch, dass ein Top-Manager es plötzlich mit Menschen zu tun hat, mit denen er in seinem sonstigen Leben keine Gespräche geführt hätte. Wenn ich diesen Herrn auf einem Empfang treffen würde, würde er vermutlich über mich hinweg schauen, das war mir völlig klar. Das Wissen um seine Position, vor allem aber sein Verhalten hat mir geholfen zu erkennen, dass Herr P. einem Machbarkeitsdenken verhaftet war.

Herr P. sagte zu mir: „Ich hab mit jenem Professor und dem Professor geredet – und alle haben mir versprochen, dass es meiner Frau besser gehen wird“.

Das können illusionäre Heilsversprechungen sein, die wir als Ärzte verbreiten, manchmal fällt es sehr schwer, klar zu reden, wenn wir eine schlechte Nachricht überbringen müssen. Das Karzinom zählt nicht gerade zu den wunderbar beleumundeten Krankheiten. Nach wie vor gilt ja Krebs als ein Sammelsurium von allem Böartigen in der Medizin und im Volksmund eher als „Schuld- und Schamkrankheit“, während z. B. der Herzinfarkt als die Folge von Leistung angesehen wird. In der Gesellschaft ist dieses Denken tief verankert, und wir erleben das immer wieder, auch auf einer Onkologie, wenn wir mit Menschen und Angehörigen, die an Krebs erkrankt sind, zu tun haben. Immer wieder gilt es sich hier zu überlegen, welche Mythen sich hinter dem Wort „Krebs“ verbergen. Wir sind alle aufgefordert, diese Mythen zu verändern, denn sie dienen niemandem.

Ein Mythos besteht natürlich auch in der Illusion, dass alles machbar sein muss! In der Onkologie scheint es kaum mehr therapeutische Grenzen zu geben.

Wir Mediziner sind ja nicht unschuldig am Entstehen und Fortleben dieser Geschichten um den Krebs, schon von unserer Sprache her. Das beeinflusst den Verlauf der Begegnung mit Menschen, die an Krebs erkrankt sind. Man darf nicht unterschätzen, welche Wirkung/Bedeutung die Therapieversprechungen haben: „Wir heilen“; „Wir schaffen das“; „Wenn Sie die Chemo machen, dann werden Sie wieder ganz gesund“; „Nun gut und wenn das nicht wirkt, dann haben wir etwas anderes und wenn das auch nicht wirkt, dann gibt es immer noch etwas!“ Hoffnung? Illusion?

Als Radioonkologin habe ich in der Strahlentherapie Aussagen von Kollegen zu Patienten gehört wie: „Ich habe Sie im Gesunden operiert, aber gehen Sie noch ein bisschen bestrahlen.“ Man geht nicht „ein bisschen“ bestrahlen. Die Therapie ist wichtig, gut und sie dauert: eine kurative Strahlentherapie ca. sieben Wochen und das Tag für Tag – und das ist wirklich kein „bisschen“. Unter einem bisschen stellen sich die meisten zwei bis drei Tage

vor. Patienten sind dann sehr enttäuscht, wenn sie hören, dass das jetzt 6 oder 7 Wochen dauert. Im Kopf entsteht dann: „Hat der Chirurg gelogen? Ist da doch mehr in mir?“ Die Angehörigen kommen und sagen: „Bist du doch kränker?“ Oder sie müssen sich Sätze anhören wie: „Dafür, dass du bestrahlt wirst, schaust du ohnehin noch gut aus.“

Die Strahlentherapie und Chemotherapie haben in der Bevölkerung auch nicht den besten Ruf. Wie geht es nun den Menschen, die mit einer zum Teil mit Schuld und Scham behafteten Erkrankung und der Therapie konfrontiert sind.

Jeder Angehörige reagiert darauf auf seine Art. So auch Herr P. Er machte Druck: Er wollte von mir, dass auf der Stelle ein Akut-CT gemacht wird. Seine Frau hatte schon seit Tagen eine Atemnot durch einen rezidivierenden Pleuraerguss. Der Erguss war gekämmt, die letzte CT Untersuchung war drei Tage her und hatte ergeben, dass der Erguss kaum neuerlich zu punktieren war. Die Atemnot hatte zugenommen. Ich habe meine Bedenken an der Sinnhaftigkeit so eines Unterfangens, einer neuerlichen Untersuchung, geäußert. Wirklich ernst genommen hat er mich nicht, das spürte ich schon während meiner Erklärungen. Er bestand auf der Computertomographie. Wenn diese nicht sofort veranlasst werden würde, dann sollte ich den Professor kommen lassen. Ich versuchte ihn – ohne es direkt zu formulieren – von der „Sinnlosigkeit“, den fehlenden therapeutischen Konsequenzen der Computertomographie und der zusätzlichen Belastung für seine Frau zu überzeugen. Leider ohne Erfolg. Wir diskutieren eine Weile hin und her.

In der unendlich großen Sorge um seine Frau dachte er wohl: „Wenn ich nicht alles durchsetze, was nur irgend möglich ist bzw. wenn nicht alles gemacht wird, dann stirbt meine Frau.“ Mir wurde klar: Die CT Untersuchung war für ihn die Gewissheit alles gemacht zu haben. Daran konnte er sich festhalten. Herr P. hat das dann auch so ausgedrückt. „Ich muss mich um alles kümmern!“ Und er hat sich wohl auch immer um alles gekümmert.

Ich habe meinen Blick von ihm abgewandt und seine Frau im Bett liegen gesehen und die Verzweiflung in ihren Augen. Mit dieser Verzweiflung – sie war geistig ganz da – hat sie mich geradezu angefleht – zumindest war es das, was ich aufgefangen habe: „Bitte, geben Sie nach...“. Sie hatte Angst, dass die Diskussion zwischen mir und ihrem Mann eskalieren könnte. Ihr Blick war ein Flehen. Und so habe ich nachgegeben.

Familiensysteme die jahrelang bestehen, in denen der Mann alles bestimmt – und die Frau nachgibt, kommen eben vor. Sie haben sich für das Paar sehr bewährt. Wir sollten achtsam mit ihnen umgehen. Vielleicht ist gerade so ein System im Kranksein eine wichtige Ressource, die ich durch mein vermeintliches Besserwissen zerstören könnte.

Ich habe bei vielen kranken Menschen erlebt, dass sie ängstlich im Umgang mit Angehörigen, auch mit Freunden sind. Sie haben dann Sorge, den Partner, der sich ja rührend um alles kümmert, zu enttäuschen, wenn sie nicht zu allen „gut“ gemeinten Vorschlägen „Ja und Amen“ sagen.

Sie wollen einfach brav sein, sonst heißt es wieder: „Du gibst dich auf, du tust gar nicht mit, ich mache alles und du tust gar nichts“.

Frau P. kannte ihren Mann nur zu gut und sie wollte sich seinem Wunsch fügen. Und ich beschloss, mich auf ihre Seite zu stellen und ihrem Wunsch nachzukommen („bitte gib nach“), und nicht dem ihres Mannes („tun Sie, was ich sage“), auch wenn das Ergebnis letztlich dasselbe war.

Die Schwester kam herein und wir organisierten alles für ein Akut-CT im Röntgen. Bei einem schlechten Zustand des Patienten muss ein Arzt von der Station in den anderen Pavillon mitfahren. Bei Frau P. war das also notwendig. Ich war außerdem froh, dass ich mitfahren konnte, um die Umstände zu erklären und um etwaigen abschätzigen Kommentaren vorzubeugen: „Wieso kommt die Frau P. jetzt schon wieder?“ „Wer hat denn das angeordnet, wo sie doch schon in so einem Zustand ist?“

Wir waren schon unterwegs im Krankentransporter, da nahm Frau P. meine Hand, drückte sie und schaute mich an: „Ich danke Ihnen so sehr, dass Sie nachgegeben haben“.

Mir fiel alles herunter, ich schämte mich für meinen vorherigen Disput mit ihrem Mann, da war natürlich mein Herz ganz offen für sie. Sie war ruhiger. Sie atmete leichter. Ihre ganze Unruhe war weg. Die CT Untersuchung ist auch komplikationslos verlaufen. Es hat sich aber gezeigt, dass der Pleuraerguss zugenommen hatte, was auch die Zunahme der Atemnot in den letzten beiden Tagen erklärte. Wir sind schweigend miteinander zurückgefahren.

Vom Auto aus hatten wir noch zehn Meter bis zum Eingang vom Pavillon der Strahlentherapie. Frau P. am Transportwagerl liegend, ich daneben.

Plötzlich sagte sie: „Einen Moment!“ und hat in den Himmel geschaut. Sie wollte den Himmel sehen. Wir blieben stehen. Später habe ich erfahren, dass sie seit vielen Wochen wegen ihres Krankseins nur in Zimmern verbracht hatte. Sie blickte hinauf in den Himmel. Ihre Stimme war ganz klar, als sie sagte: „Gott sei Dank“. Und dann ist Frau P. gestorben, im Freien, unter freiem Himmel.

Ich hatte es sofort erkannt, zu tiefst erschrocken stand ich da und dachte mir. „Was mache ich jetzt?“ Mir war klar, dass ein Herzalarm nicht die richtige Entscheidung wäre; so sagte ich zu den Trägern: „Bitte, fahren wir gleich hinauf, der Dame geht’s etwas schlechter.“

Wir brachten Frau P. in ihr Zimmer. Herr P. war nicht da. Es dauerte, bis er kam. So hatte ich Zeit mich auf das folgende Gespräch vorzubereiten. Nachdem Herr P. wieder ins Zimmer gekommen war, erklärte ich ihm, dass seine Frau ein friedliches Sterben hatte, mit dem Blick in den Himmel und den Worten: „Gott sei Dank“.

Für Herrn P. war das alles sehr schwer. Wenn ein so großer Druck abfällt, dann sind Menschen oft hin- und hergerissen zwischen „Darf ich jetzt traurig sein?“ „Darf ich froh sein?“. Angehörige sind manchmal erleichtert, wenn der Betroffene gestorben ist. Nicht darüber, dass er gestorben ist, sondern dass diese dichte Situation aufhört.

Herr P. war so hin- und hergerissen: Wie sollte er reagieren? Ich bemerkte: „Natürlich ist es sehr traurig, dass Ihre Frau gestorben ist. Das ist sehr schwer. Sie haben so viel für Ihre Frau getan.“ Daraufhin sagte er: „Ja, ich kann mir das gar nicht vorstellen. Wissen Sie, ich habe ja alles gemacht, aber ich kann mir trotzdem nicht vorstellen, wie es jetzt daheim sein wird, wenn alles so leer ist.“

Dann wurde Herr P. sehr traurig und – was ich nicht erwartet hätte und ich ihm hoch anrechne – er hat den Mut aufgebracht, vor mir zu weinen.

Wir gehen mitunter so befremdlich mit Tränen um. Tränen sind keine akute Blutung, die sofort gestillt werden muss: Auf einer Onkologie darf man eigentlich nur kurzfristig weinen, sonst muss gleich eine Therapie her! Da ist etwas in unserer Trauerkultur verloren gegangen. Ich denke, es ist unendlich mutig und Zeichen einer hohen Beziehungsqualität, wenn sich jemand traut vor einem Anderen, einem Fremden, zu weinen, noch dazu, wenn man, wie Herr P. ein Manager ist! *Und er sagte plötzlich: „Ich verstehe das überhaupt nicht, dass ich weine“.*

Wir zweifeln so an dieser gottgeschenkten Qualität der Tränen. Wir halten sie zurück und nehmen uns dadurch so viel weg. Tränen sind heilsam.

Mir fiel einer meiner Lieblingsprüche ein, den ich von einer Frau aus dem Waldviertel gelernt habe. „Wissen Sie“, sagte ich zu Herrn P., „Tränen sind der Stuhlgang der Seele und dabei soll man sich nicht behindern lassen. Und manchmal hat man auch Durchfall.“

Ich glaube wir alle brauchen viel Mut zum Sterben. Sterben ist kein Scheitern kein Aufgeben. Uns allen steht dieser Weg bevor. Auch wenn wir noch so sehr unseren Machbarkeitsphantasien nachhängen.

Was mich in der Begegnung mit Frau P. noch heute ganz tief berührt, das ist ihr Gehen unter dem freiem Himmel: Sie ist als Mensch gestorben, nicht als Patientin. So wünsche ich mir auch zu sterben: als Mensch – und nicht als Patientin.

Dr. Tilli Egger
Hüttelbergstraße 21, A-1140 Wien
tilliegger@gmx.at