

COPYRIGHT

Dieses Manuskript ist urheberrechtlich geschützt. Es darf ohne Genehmigung nicht verwertet werden. Insbesondere darf es nicht ganz oder teilweise oder in Auszügen abgeschrieben oder in sonstiger Weise vervielfältigt werden. Für Rundfunkzwecke darf das Manuskript nur mit Genehmigung von Deutschlandradio Kultur benutzt werden.

Manuskript für DeutschlandRadio Kultur:

Forschung und Gesellschaft

27.6.2013, 19:30 Uhr

„Ihre Überlebenschancen sind nicht schlecht!“

Die Medizin und die Hoffnung

Susanne Billig und Petra Geist

BEITRAG:

Musik-Geräusch-Collage „Grauzone Hoffnung“

Musik 1

Schwebende Klänge kommen aus dem Hintergrund

Geräusche 1-4

Geräusche tauchen auf: ein Martinshorn,
Menschenstimmen

Die Geräusche verschwinden, O-Töne kommen zu den Klängen

O-Ton 1 Christof Müller-Busch

Ohne Erwartungen und Hoffnungen, wenn eben die Hoffnung unterdrückt wird durch die Angst, durch die Verzweiflung, die Hoffnungslosigkeit, die Aussichtslosigkeit - das lähmt. Das lähmt.

O-Ton 2 Angelika Zegelin

Menschen, die hoffen, legen sich nicht fest. Weil - die Hoffnung darf ja nicht kaputt gehen. Die werden auch fertig mit schlechten Nachrichten, verarbeiten die und entwickeln dann praktisch einen Plan B. Um auch damit fertig zu werden. Um weiter zu leben und weiterzumachen und trotzdem noch positive Seiten zu sehen.

AUTORIN 1

Ein Patient wird in ein Krankenhaus eingeliefert - achtzehn Millionen Mal passiert das in Deutschland pro Jahr. Welche Gefühle bedrängen ihn, sofern er bei Bewusstsein ist? Schock, Schmerz, Furcht. Und ein weiteres Element kommt hinzu, schwer zu fassen. Ein Gefühl - mehr als ein Gefühl: Eine Haltung. Teil der Persönlichkeit. Eine Anstrengung auch, ein Akt des Denkens. Und scheinbar so selbstverständlich, dass es oft aus dem Blick gerät. Es ist die Hoffnung.

O-Ton 3 Christof Müller-Busch

Sehen Sie mal, wir würden in der Medizin ja gar nichts machen, wenn wir nicht erwarten würden oder Hoffnung haben würden, dass es gut ausgeht. Das ist ein Grundelement des medizinischen Handelns eigentlich, dass man etwas Positives, etwas Gutes damit verbindet. Und ich glaube, das als Faktum noch mehr zu berücksichtigen, ist viel zu wenig bekannt und wird auch zu wenig untersucht.

AUTORIN 2

Für Christof Müller-Busch, Arzt und Vorreiter der Palliativmedizin in Deutschland, ist die Hoffnung Ausgangspunkt, Basis und ethische Rechtfertigung aller Medizin. Hoffnungsvoll soll der Kranke darauf vertrauen können: Was der Arzt tut und lässt, das führt zu einem guten Ausgang. Patienten, denen diese Einstellung fehlt, lassen sich schwer behandeln.

O-Ton 4 Christof Müller-Busch

Chirurgen zum Beispiel, erfahrene Chirurgen, die unterlassen Operationen, wenn die Menschen ganz

fatalistisch eingestellt sind und sagen: "Rückenoperationen - ach, das wird nichts." Da gibt es durchaus eine ganze Reihe von Neurochirurgen und Orthopäden, die sagen: „Nein, das machen wir nicht.“ Erst wenn eine positive Erwartungshaltung, eine positive Einstellung vorhanden ist, dann werden sie operiert.

Musik 1 „Grauzone Hoffnung“, schwebende Klänge

O-Ton 5 Angelika Zegelin

Menschen, die hoffen - auch in der zeitlichen Perspektive bleiben die vage. Also die sagen jetzt nicht, „In acht Wochen muss das wieder in Ordnung sein“. Sondern die halten diese Grauzone aufrecht. Und das Besondere an Hoffnung ist ja, dass Hoffnung flexibel ist, dynamisch sich anpasst und auch offen ist für schmerzliche Erfahrungen.

AUTORIN 3

In Medizin, Soziologie und Psychologie konkurrieren etliche Begriffe um die helle Seite dessen, was sich im Innern von Patienten abspielt. „Resilienz“ - eine robuste Widerstandsfähigkeit in schwierigen Situationen. „Salutogenese“ - Gesundheit als dynamischer Prozess. „Ressourcenorientierung“ - Kraftquellen in sich selber finden. „Optimismus“ - eine Haltung von Heiterkeit und Zuversicht. „Selbstwirksamkeitserwartung“ - der feste Glaube, aus eigener Kraft etwas Positives zu bewirken. Die vielen Konzepte haben Schnittmengen miteinander - und mit der Hoffnung. Die galt bis vor wenigen Jahren als Hoheitsgebiet der Philosophie und Theologie. Eine systematische Erforschung der Hoffnung in der Medizin existiert bislang nicht. Das bedauert Angelika Zegelin, gelernte Krankenschwester, Pionierin der Pflegewissenschaft in Deutschland und Professorin an der Universität Witten/Herdecke.

O-Ton 6 Angelika Zegelin

Selbstwirksamkeit ist auch ein ganz großer Teil von Hoffnung - weil die Menschen selbst Einfluss nehmen wollen auf ihr Wohlergehen. Oder die Salutogenese, die beschreibt im Grunde dieses Kohärenz-Gefühl: „Ich kriege das in den Griff!“ Das sind alles Anteile, die auch für

Hoffnung wichtig sind. Das Problem ist nur - die unterschiedlichen Wissenschaftsbereiche, die reden ja nicht miteinander. Aber es wäre, glaube ich, sehr sinnvoll, dass man da die Energien bemüht und zusammen etwas macht.

Musik 1 „Grauzone Hoffnung“, schwebende Klänge

O-Ton 7 Christof Müller-Busch

Man muss Hoffnung ein bisschen absetzen von Glauben. Dass man etwas annimmt, dass es in der Zukunft so ist, und darauf vertraut. Auch die Zuversicht ist ja sehr konkret - und das ist bei der Hoffnung weniger der Fall. Hoffnung hat letztlich etwas Unbeeinflussbares. Es ist etwas nicht nur von uns abhängig. Das Wesentliche an der Hoffnung ist, glaube ich, dass es auf etwas gerichtet ist, was man nicht beeinflussen kann - und auch nicht ganz genau weiß, was es ist, was es wird.

AUTORIN 4

Nur wenige Medizin-Experten sind am Thema Hoffnung interessiert, und sie tasten sich in ein begriffliches Niemandsland vor. Gleichzeitig erweist sich die Hoffnung selbst als ebenso unklar und unscharf wie ihre Definitionen.

Paradoxerweise ist es genau diese Unschärfe und Vagheit, die dem Hoffen seine besondere Kraft verleiht. Kranke, die hoffen, greifen in ihrer ungewissen Lage zu einer erstaunlichen Strategie: Sie legen sich nicht fest. Warum? Sie wollen die Hoffnung retten - egal was passiert.

O-Ton 8 Angelika Zegelin

Wenn zum Beispiel ein Mensch die Diagnose bekommt, die nicht gut ist, dann denkt er vielleicht am Anfang, „Na, das kann ja nicht sein!“ Und wenn sich das dann bestätigt, dann kommt als nächstes, dass man denkt, man hat eben ganz viele gute Chancen. Und dann kommt wieder irgendwie eine schlechte Nachricht - und die Hoffnung geht aber nicht fort. Sondern die bleibt. Und diese Grauzone macht das eigentlich möglich.

Musik 2

Hell-freundliche Klänge

AUTORIN 5

Was ist so wertvoll an der Hoffnung, dass kranke Menschen sie trotz Rückschlägen mühevoll hochhalten? Im Zuge der Placebo-Forschung setzt sich allmählich die Erkenntnis durch, dass die positiven Gefühle von Patienten keine psychologische Nebensächlichkeiten sind, sondern echte Wirkfaktoren. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft unterhält seit 2010 sogar ein deutschlandweites Kooperationsprogramm zur Erforschung von Placebo-Effekten. Wissenschaftler haben keinen Zweifel mehr: Wenn Menschen fest daran glauben, dass ein Medikament wirkt, dann wirkt es auch. Selbst der Name eines Mittels - ob düster oder ermutigend - hat Einfluss auf seine Wirksamkeit. Wie schaffen es positive Emotionen, den Körper zu beeinflussen? Friederike Kendel, Medizinpsychologin am Berliner Universitätsklinikum Charité:

O-Ton 9 Friederike Kendel

Sie sind nicht einfach die Kehrseite von negativen Emotionen. Heute weiß man, dass positive Emotionen „protektive“ Faktoren sind, also Schutzfaktoren, auch physiologisch. Dass sie sich positiv auswirken auf zum Beispiel hormonelle Mechanismen, aber auch Entzündungsmarker, die zur Wundheilung beitragen. Aber auch indem sie sich positiv auf den Blutdruck auswirken - und das eben ganz unabhängig von negativen Emotionen.

AUTORIN 6

Positive Gefühle bilden nur einen Teil der Hoffnung, die sehr viel komplexer auch Werte, Zukunftsvorstellungen und Ambitionen eines Menschen berührt. Doch größere medizinische Forschungsprojekte zur Hoffnung bleiben in Deutschland ohne Fördergelder, einzelne Veröffentlichungen verpuffen abseits der großen Medizin-Journale. Am ehesten tastet sich noch die „Psychoneuroimmunologie“ in den Bereich der Hoffnung vor, die sich mit den Wechselwirkungen von Psyche, Hormonen, Nerven-Botenstoffen und Immunreaktionen befasst. Seit den zaghaften Anfängen dieser Forschung in den 1970er Jahren haben Psychoneuroimmunologen eine imposante Datenlage zusammengetragen.

Positive Gefühle wie Dankbarkeit, Fröhlichkeit oder Stolz lassen Verletzungen schneller heilen und Operationen eher gelingen. Gute soziale Beziehungen stärken das Immunsystem. HIV-Patienten können mit einem langsameren Krankheitsverlauf rechnen, wenn sie sich optimistisch und selbstwirksam fühlen. Alles das ist der Hoffnung nicht unverwandt. Und so wenig die Datenlage hier bislang genügt - die vorhandenen Studien weisen in dieselbe Richtung:

O-Ton 10 Angelika Zegelin

Man weiß zum Beispiel dass Menschen, die Hoffnung haben, dass die viel schneller genesen. Dass die ihr Leben wieder selbst in die Hand nehmen, dass die längere Überlebensraten haben. Das ist bei einzelnen Krankheiten recht gut untersucht, zum Beispiel bei verschiedenen Formen von Herzkrankheiten, Herzinfarkt, Herz-Insuffizienz. Im Krebsbereich ist das sehr gut untersucht auch, gibt also viele Studien dazu. Sogar bei Unfällen, bei Knochenbrüchen oder Brand-Verletzten: Hoffnung hat eine eigene Heilwirkung.

Musik 3

Geheimnisvolle elektronische Klänge

AUTORIN 7

In allen Kulturen bildet die Hoffnung die Basis der Medizin. Ein Schamane möchte das kosmische Ungleichgewicht, das seinen Patienten befallen hat, mit einem ausgetüftelten Ritual wieder ins rechte Lot rücken. Damit kann er dieselbe Hoffnung erzeugen wie die moderne Medizin mit ihrem Versprechen von Fortschritt und Heilung. Die Medizinethnologin und Epidemiologin Christine Holmberg arbeitet am Berliner Universitätsklinikum Charité und leitet Forschungsprojekte am Nationalen Krebsinstitut der USA. In einer Feldstudie hat sie sich vor einigen Jahren mit dem Thema Brustkrebs befasst. Was geschieht mit Frauen, die eine Brustkrebsdiagnose erhalten? Der ungewöhnliche Blick der Forscherin richtete sich nicht auf die Frage, ob Amputation, Bestrahlung oder Chemotherapie bei Brustkrebs medizinisch sinnvoll sind oder nicht. Stattdessen nahm sie eine ethnologische Vogelperspektive ein und wollte wissen: Welche Geschichten erzählt sich unsere Kultur über Krankheit, Ursachen und Heilung?

Wie funktionieren diese Geschichten und wer produziert sie? Die Ethnologin konnte beobachten, welche bedeutsame Rolle der Moment spielt, in dem der Arzt seiner Patientin die Diagnose eröffnet: Es ist der dramatische Einstieg in das westliche Heilungsritual.

O-Ton 11 Christine Holmberg

Die haben erst mal diesen Schock eröffnet, „Du hast eine tödliche Krankheit“, und dann kommen sie aber auch und bieten die Hoffnung an: „Wir können aber im Rahmen unserer Möglichkeiten immer was tun, damit dieser Zustand sich wieder verändert!“ Und man muss praktisch eine Sehnsucht produzieren - eine Sehnsucht nach einem anderen Zustand. Der Jetzt-Zustand wird als nicht gut begriffen und die Sehnsucht nach diesem zukünftigen Zustand: Das ist genau da, wo die Ärzte eben wirklich auch diese Hoffnung infiltrieren.

Musik 4

Sparsam-düstere Klänge

AUTORIN 8

Bis vor einem Augenblick empfindet sich die Frau noch als völlig gesund. Mit der Diagnose Krebs schwebt eine Todesdrohung über ihr. Ohne dies als richtig oder falsch zu bewerten, beschreibt die Ethnologin, was sie beobachten konnte: Der angebotene Heilungsplan funktioniert - im westlichen wie in jedem anderen medizinischen System - nur unter einer Bedingung: Die Patientin muss auf die Wirksamkeit der Maßnahmen hoffen und vertrauen, sonst wäre sie nicht in der Lage, die massiven Prozeduren einer modernen Krebstherapie durchzustehen. Schock und Vertrauen katapultieren die Frau in die Bereitschaft, das Therapieangebot anzunehmen.

O-Ton 12 Christine Holmberg

Diese hoch-toxischen Therapien - das ist kein Spaziergang. Es kann ganz heftig sein. Und das ist nicht schön und das ist furchtbar und das ist eklig. Und sozusagen das auszuhalten oder zu sagen, „Das mache ich“ - das basiert schlichtweg wirklich auf dem Prinzip, „Aber am Schluss stehe ich da und bin halt gesund oder zumindest gesünder, als ich jetzt bin“. Und das ist das klinische Narrativ: die Hoffnung auf diese Zukunft.

AUTORIN 9

Mit Bedeutung aufgeladene Geschichten - die Kulturwissenschaften sprechen von Narrativen - strukturieren den gesamten Krankheitsverlauf. Wie wird die Krankheit entdeckt? Welchen Verlauf nehmen Therapien, Tumormarker, Blutwerte? Welche Hürden müssen überwunden werden? Was passiert am Anfang, in der Mitte und am Ende? Ärzte, Pflegepersonal und Patienten beziehen sich täglich auf solche Geschichten, die ein wichtiges Grundmotiv durchzieht: Es ist der Fortschrittsgedanke, *die* Metapher der Moderne. Mit jedem Forschungsprojekt, jedem neuen Medikament wird dieses Motiv aufs Neue gestärkt. Dabei richtet sich die geballte Hoffnung aller Beteiligten auf Therapien und Medikamente. Denn natürlich soll das Ende der Geschichte „Gesundheit“ lauten.

O-Ton 13 Christine Holmberg

Klinische Narrative machen das auf wirklich wunderbare Weise: Und das ist diese Zukunft, auf die die Patientin dann eben ab da gerichtet ist. Und das muss halt ein Arzt hinkriegen, um seine Patienten in die Therapie einzubinden. Und dadurch sind die Ärzte die Macher der Geschichte, so würde ich es mal bezeichnen.

O-Ton 14 Bernd Friedrich

Die Aufklärung des Patienten ist grundsätzlich erst mal ein Recht, das lange erstritten werden musste. Das fing an im neunzehnten Jahrhundert. Und da war es so, dass Patienten nicht mal dann aufgeklärt wurden anfangs über Versuche, die an ihnen vorgenommen wurden. Das ist die ursprüngliche Idee der Patienten-Aufklärung, dass der Patient die Möglichkeit bekommt, sich für und gegen den Eingriff zu entscheiden.

AUTORIN 10

Information und Aufklärung sollten Vertrauen schaffen in die Angebote der Medizin. Doch das Arrangement hat eine schwere Schlagseite bekommen. Wie ein Kunde im Geschäft soll der mündige Patient heute zwischen verschiedenen Therapie-Optionen seine reflektierte Entscheidung treffen. Schwerstkranke und auch ihre Angehörigen sind aber vielfach gar nicht in der Lage, eine komplexe

Therapie in allen medizinischen Details und Konsequenzen zu überschauen. Das Wissensgefälle zu den Ärzten ist enorm, die existenziell bedrohliche Situation absorbiert alle geistigen und körperlichen Ressourcen. Das westliche Medizinsystem hat die seelische Lage kranker Menschen aus dem Blick verloren, gibt Bernd Friedrich, Arzt und Medizinethiker an der Universität Bayreuth, zu bedenken:

O-Ton 15 Bernd Friedrich

Sie können sich nicht so souverän verhalten wie der Kunde, der sich einen Gebrauchtwagen anschaut. Und selbst da hat man ja schon Probleme als Verbraucher, wirklich informiert auszuwählen. Man verlässt sich zum Beispiel auf die Stiftung Warentest, und das ist gut, dass es solche Angebote gibt, und jetzt ist es in der Medizin so, dass Sie noch in einer viel schwierigeren Situation sind und da zwingt man ihnen quasi auf, dass sie sich selbst entscheiden müssen.

Musik 5

Dunkle elektronische Klänge

AUTORIN 11

Seine Angelegenheiten vertrauensvoll in die Hände des Arztes legen. In einer lebensbedrohlichen Situation die Verantwortung abgeben - diese Tradition droht, so kritisiert Bernd Friedrich, inzwischen ganz verloren zu gehen. Auch die Ärztinnen und Ärzte selbst sind gar nicht in der Lage, ihre Aufklärungspflichten frei von jeglichen Gefühlen abzuarbeiten - besonders, wenn es um schwere Diagnosen geht. Manche Ärzte werden wortkarg, ziehen eine Schweigemauer. Andere überschütten ihre Patienten mit Fakten. Wieder andere täuschen übertriebenes Mitgefühl vor. Aus Sicht des Patienten sind alles das Hoffnungskiller.

O-Ton 16 Bernd Friedrich

Häufig ist Zeitnot. Das fängt damit an, dass Patienten nur ganz rudimentäre Informationen erhalten, oft sehr unpersönlich, was zum Misstrauen führen kann. Und es kann auch passieren, dass ganz bewusst Risiken verschwiegen werden, und möchte dadurch erreichen, dass Patienten nicht weiter nachfragen, „O Gott, wie schlimm ist das? Was kann alles passieren?“, sondern man möchte sich einfach aus Zeitfressende Rückfragen vom Leib halten.

AUTORIN 12

Auch das Gegenteil müssen Patienten erleiden: Um sich rechtlich abzusichern schildern manche Ärzte drastisch alle nur denkbaren Risiken eines Eingriffs. Unwahrscheinliche Komplikationen kulminieren zu einem wahren Schreckensszenario. Hinter dem Hang zur Radikal-Aufklärung steckt eine komplizierte haftungsrechtliche Situation: In Kunstfehler-Prozessen lassen sich Behandlungsfehler häufig nicht beweisen. Also wirft der Anwalt des Geschädigten dem Arzt mangelhafte Aufklärung vor. Die Logik dahinter: Hätte der Arzt dem Patienten nur sämtliche Risiken genannt, dann hätte der Patient sich nicht operieren lassen und die Komplikation wäre nie passiert. Schließt das Gericht sich dieser Argumentation an, muss der Arzt Schadensersatz zahlen. Klärt ein Arzt also drastisch auf, ist er haftungsrechtlich aus dem Schneider. Der Patient aber verliert Mut und Zuversicht. Das ist fatal, denn unheilvolle Erwartungen neigen in der Medizin dazu, Wirklichkeit zu werden. Das bestätigt die „Nocebo“-Forschung, die sich damit beschäftigt, wie Ängste oder auch die langen Listen möglicher Nebenwirkungen auf Beipackzetteln Menschen messbar krank machen können.

O-Ton 17 Friederike Kendel

Wir wissen von vielen Patienten, dass diese Arzt-Patienten-Gespräche, also gerade wenn es um die Diagnose-Eröffnung geht, nicht so verlaufen, wie wir uns das wünschen. Und die Patienten erinnern das oft Jahre später noch. Das ist einfach eine Situation, in der sie auch sehr wach sind, weil - es sind Situationen, die sich auch

einbrennen im Gedächtnis. Und deshalb müssen Ärzte da auf jeden Fall sehr, sehr sorgfältig damit umgehen.

AUTORIN 13

In Kursen lernen angehende Ärztinnen und Ärzte seit kurzem, wie ein gutes Patientengespräch gelingen könnte. An der Berliner Charité werden sogar regelmäßig „Simulationspatienten“ eingeladen.

O-Ton 18 Friederike Kendel

Da kommen Schauspiel-Patienten und spielen solche Situation dann durch. Sie haben eine bestimmte vorgegebene Rolle, und sie werden so trainiert, dass sie dann auch entsprechend reagieren. Also wenn der Arzt sich nicht empathisch verhält, dann machen die eben auch richtig dicht und weigern sich zum Teil auch weiter zu sprechen. Es kommt auch vor, dass so ein Simulationspatient einfach aus dem Raum geht und sagt: „So kann ich nicht weiter sprechen! Mit Ihnen spreche ich nicht mehr!“

AUTORIN 14

Die Studierenden beobachten die Gespräche in kleinen Gruppen und werten sie per Video aus. Weil die jungen Mediziner hier auch ihre eigenen Gefühle klären können, sind die Lerneffekte enorm, berichtet die Medizinpsychologin Friederike Kendel - und ist zuversichtlich, dass solche Übungen selbst das drängende Problem der Zeitnot im durch-ökonomisierten Krankenhausalltag abmildern können.

O-Ton 19 Friederike Kendel

Wenn man so wenig Zeit hat, dann muss man sie eben wirklich sehr, sehr gut nutzen. Das kann man lernen, indem man lernt, vor allem gute Fragen zu stellen. Indem man große Menschenkenntnis erwirbt, also wirklich weiß, wie es dem Patienten geht, an welcher Stelle man welche Fragen stellen muss, um wirklich zu erkennen, was der Patient jeweils braucht.

Musik 1 „Grauzone Hoffnung“

O-Ton 20 Angelika Zegelin

Menschen, die hoffen - trotz negativer Situationen und schlechter Nachrichten überlegen die, was muss ich jetzt aktuell machen? Das ist übrigens der Unterschied zu Optimismus oder zu Wunschdenken und Irrationalität: Da zieht man sich an irgendetwas hoch - und wenn das nicht eintritt, dann ist alles zerstört.

Kreuzblende zu:

Musik 6

Klänge „Unbehagen“

AUTORIN 15

Eine Studie aus dem Jahr 2012 belegt: Die Deutschen haben große Angst vor dem Krankenhaus. 73 Prozent fürchten sich - nicht zu Unrecht - vor einer Infektion durch mangelnde Hygiene. 67 Prozent haben Angst davor, überarbeitete Ärzte könnten eine Fehldiagnose stellen. Mehr als der Hälfte wird mulmig bei dem Gedanken an Kunstfehler oder der Vorstellung, einer Patientenverwechslung zum Opfer zu fallen.

O-Ton 21 Angelika Zegelin

Krankenhäuser, die sollten eigentlich Kathedralen von Hoffnung sein, aber sie sind eigentlich das Gegenteil. Krankenhäuser sind aus meiner Erfahrung, ich bin täglich in Krankenhäusern, eher Angst-Maschinen. Und im Grunde wird das gar nicht beachtet.

Musik noch mal hochkommen lassen**AUTORIN 16**

Im Krankenhaus stirbt die Hoffnung viele Tode. Quälende Untersuchungen. Einsames Warten auf Ergebnisse. Barsche Bevormundung. Fehler, die niemand zugibt. Und der Zeitmangel. Während der Visite haben Ärzte nur noch Minuten-Kontakte zu ihren Patienten, oft in einer entfernten Diagnostik-Abteilung.

Die Pflegenden arbeiten vierundzwanzig Stunden nah beim Patienten, auch sie sind von Stellenabbau und Zeitnot so bedrängt, dass kaum Zeit für Gespräche bleibt. Zumindest im Tagesbetrieb.

O-Ton 22 Angelika Zegelin

Der Nachtdienst in Krankenhäusern scheint so ein Ort zu sein, wo vielleicht noch Hoffnung vermittelt werden kann. Die Pflegenden sind viele dichter an den Patienten und müssen sich ständig was einfallen lassen, wenn Menschen verzweifelt sind, sich aufgegeben haben. Und von daher ist es eigentlich ein Thema der Pflegewissenschaft geworden.

AUTORIN 17

Es sind die Pflegewissenschaften, vor allem in den USA, die das Thema Hoffnung und Medizin verstärkt in den Blick nehmen. Die Heilerinnen und Heiler des westlichen Medizinsystems - die Ärztin, der Arzt, die Schwester, der Pfleger - sollen ihre Rolle erfüllen: eine Quelle der Hoffnung zu sein.

O-Ton 23 Angelika Zegelin

Nur das passt natürlich überhaupt nicht zu unserer naturwissenschaftlichen Ausrichtung: Eigentlich darf kein Mensch im Gesundheitswesen arbeiten, kein Arzt, keine Pflegeperson, die nicht in der Lage ist, Hoffnung zu unterstützen. Das wäre für mich auch ein Einstellungskriterium. Also ich würde das viel, viel mehr puschen.

AUTORIN 18

Fragt man die Pflegewissenschaftlerin Angelika Zegelin nach Möglichkeiten, im Klinikalltag Hoffnung zu erzeugen, verweist sie auf die reichen Erkenntnisse der Gesundheitspsychologie. Patienten als ganze Menschen mit ihren Werten und Vorstellungen wahr- und ernstnehmen, damit sie nicht in Gefühle eines totalen Kontrollverlustes abgleiten. Eine effektive Schmerzbehandlung, denn unter schweren Schmerzen kann es keine Hoffnung geben. Schon im Aufnahmegespräch klären, wie viel Angst, wie viel Zuversicht ein Patient empfindet, und seine innere Lage regelmäßig in Schichtübergaben und

Fallbesprechungen einbringen.

O-Ton 24 Angelika Zegelin

Das Wichtigste ist aber, mit den Patienten und den Angehörigen im Gespräch bleiben. Und sich dann zu überlegen, für diesen einzelnen Menschen: Kann ich aus der Biografie, aus früheren Sachen oder aus künftigen Dingen, was derjenige vielleicht noch vorhat und machen will, kann man daraus ein Quäntchen Hoffnung ziehen?

AUTORIN 19

Dazu könnten Patienten-Gesprächskreise kommen, Musikangebote, Körperarbeit, Raumgestaltung und vieles mehr. Von „Mini-Interventionen“ spricht die Pflegewissenschaftlerin.

O-Ton 25 Angelika Zegelin

Ich habe neulich mal eine Studie gelesen aus den USA, da hat man dafür gesorgt, dass fünf Minuten am Tag, mehr nicht, ein Gespräch auf Augenhöhe stattfindet. Dass Pflegende sich zu den Patienten hingesezt haben, auf einen Stuhl. Und dann mit den Patienten über ihre aktuelle Befindlichkeit gesprochen haben. Das kam super gut an. Das ist ja wirklich nur eine Kleinigkeit.

AUTORIN 20

Fünf Minuten Gespräch auf Augenhöhe – im durch getakteten Klinikalltag scheint schon diese Kleinigkeit unendlich fern.

Geräusch 5

Intensivmedizinisches Messgerät piept

Musik 7

Rhythmisch-dunkle Klänge

AUTORIN 21

Was aber geschieht, wenn die Therapien nicht greifen und das große Versprechen auf Fortschritt und Heilung an seine Grenzen stößt? Dann erleben

viele Patienten und ihre Angehörigen - teilweise erwarten und fordern sie es auch - einen großen Aktionismus am Ende des Lebens. Todkranke werden wiederbelebt. Hochbetagte Menschen, die zu Hause sterben möchten, doch noch wegen einer Lungenentzündung ins Krankenhaus eingeliefert. Noch einmal zeigt die moderne Hochleistungsmedizin, was sie alles kann - gefangen in ihrer eigenen Geschichte von der Hoffnung auf Heilung.

O-Ton 26 Christof Müller-Busch

Ich verabreiche Bluttransfusionen bei einem schwerstkranken Menschen mit Krebs, wo ich die Lebenssituation nicht mehr verbessern kann dieses Menschen, sondern eigentlich nur noch etwas tue, um einen Laborwert zu beeinflussen. Es hat schon etwas damit zu tun, wie man darüber nachdenkt, was man eigentlich für ein Therapieziel mit einer bestimmten Situation und Diagnose verfolgt. Was möchte ich eigentlich? Und vor allen Dingen, was möchte der Patient? Warum muss ich denn die Entzündungsparameter zur Grundlage meines Handelns machen und nicht das, was vielleicht in dieser Lebenssituation angemessen ist?

AUTORIN 22

Was wäre angemessen am Ende des Lebens? Was kann ein Mensch hoffen, der nie mehr gesund werden wird? Ist da nicht alles zu Ende gehofft? Zeit haben mit den Menschen, die man liebt. Wieder auf eigenen Beinen stehen.

Gesundwerden, das Leben selbst in die Hand nehmen. All die Pläne verwirklichen, die man hatte, die Reisen, die Hobbys, die beruflichen Veränderungen? Wenn alles das nicht mehr möglich sein wird - was kann da an Hoffnung noch bleiben? Wer die Hoffnung auf Heilung beschränkt, schadet sterbenskranken Patienten, sagt der Medizinethiker Bernd Friedrich:

O-Ton 27 Bernd Friedrich

Denn Hoffnung besteht auch in palliativmedizinischen Situationen, also in Situationen, in denen keine Aussicht mehr auf vollständige Heilung besteht, aber die Hoffnung besteht beispielsweise noch in einer einfühlsamen, aufrichtigen Begleitung - und auch natürlich in ganz konkret medizinischen Zielen.

O-Ton 28 Christof Müller-Busch

In der Palliativmedizin fangen wir meistens damit an - wir wollen zunächst mal dafür sorgen, dass Sie gut schlafen. Wenn die Menschen sehr ängstlich sind, wenn die sehr aufgeregt, sehr verzweifelt sind, dann ist ein erstes Anliegen jetzt nicht zu sagen: „Na ja, wir wollen jetzt die Lebensqualität verbessern.“ Das erste ist mal: „Kommen Sie zur Ruhe.“ Zur Ruhe kommen, Schlaf finden und vielleicht eben dann am nächsten Tag weitersehen in der Kommunikation.

AUTORIN 23

Jemand hilft mir zu schlafen. Jemand nimmt meine Schmerzen. Jemand wendet sich mir zu, berührt meine Hand, fragt mich nach meinen Bedürfnissen, hält meine Trauer aus, meine Fragen. Wie soll es weitergehen? Was wird aus meinen Angehörigen?

O-Ton 29 Christof Müller-Busch

Was kann ich meinen Angehörigen noch sagen? Was soll gesagt werden? Jeder schweigt und keiner findet Worte. Also darüber zum Beispiel mit Menschen und Betroffenen zu reden, erfordert natürlich eine Einstellung, dass ich eben in dieser Situation versuche, die Gespräche so zu führen, dass eben die Aussichtslosigkeit, die Angst, die Verzweiflung nicht im Vordergrund steht. Wir können sehr viel tun in solchen Situationen - das ist, glaube ich, etwas ganz Wichtiges.

Musik 1 „Grauzone Hoffnung“**O-Ton 30 Christof Müller-Busch**

Die Schulmedizin hat die Beziehung zum kranken Menschen verloren. Mit seinen Nöten und auch seinen Vorstellungen und Werten. Sie ist viel zu sehr krankheitsorientiert und zu wenig menschenorientiert. Und das ist etwas, was wir viel mehr lernen müssen: Dass es nicht nur die Organe sind, die krank sind, sondern dass es ein Mensch mit Organen ist.

O-Ton 31 Angelika Zegelin

Unser Gesundheitswesen gerade in Deutschland läuft völlig aus dem Ruder, wir sind total fixiert auf Technik und Ökonomie. Und so ein Thema wie Hoffnung, das wird abgespeichert unter „soft factor“ - wenn Hoffnung ein Medikament wäre, würde das überall verschrieben. Das wäre schon längst zugelassen. Es wäre alles viel preiswerter, wirksamer und menschlicher. Also ich denke, dass man damit sehr viel erreichen könnte.

Musik klingt aus