

Die Kunst des Mitgefühls

[I Korinther, 13]

Manchmal hilft es uns, eine bekannte Passage besser zu verstehen, wenn wir sie in einer anderen Übersetzung lesen. Ich war beeindruckt von Dr. Dawlatly's Version einer sehr bekannten Passage, die vor ein paar Jahren in der Zeitschrift „Christian Medical Fellowship“ veröffentlicht worden ist. Es begann mit einem Gedankengang, der schließlich zu dieser Bibel Arbeit führte.

„Wenn ich in der Sprache der Ärzte oder der Chirurgen redete, aber kein Mitgefühl hätte, so wäre ich nur ein tönendes Erz oder eine klingende Schelle. Wenn ich die Fähigkeit hätte, alle Symptome und alle Pathologien zu diagnostizieren und zu ergründen und wenn ich ein Wissen über evidenzbasierte Medizin hätte, das fast jedes klinische Dilemma lösen könnte, aber kein Mitgefühl hätte, so wäre ich nichts. Wenn ich für einen Hungerlohn arbeitete und meinen Patienten all meine Zeit gäbe, damit ich mich anderen meiner Selbstlosigkeit rühmen könnte, hätte aber kein Mitgefühl, gewänne ich nichts.

Mitgefühl ist langmütig und freundlich. Sie beneidet nicht die Fähigkeit der Kollegen, sie prahlt nicht mit korrekten Diagnosen, sie ist nicht stolz. Es ist nicht ungehörig und ist weder selbstsüchtig noch kreuzt es nur Kästchen an, es ist nicht leicht verärgert durch Verspätung, es hält keine Aufzeichnungen über mehrere DNAs. Das Mitgefühl freut sich nicht über die richtige Diagnose, sondern über die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Es schützt immer die Interessen der Patienten, vertraut immer auf die Menschlichkeit der Interaktion, hofft immer auf das Beste, erwartet oft das Schlimmste und bemüht sich immer beharrlich über die 10 Minuten Termine hinaus.

Mitgefühl hört niemals auf, hingegen wo es Medikamente zur Primärprävention gibt, werden sie eines Tages enden; wo es Erklärungen gibt, werden sie unnötig sein; wo es evidenzbasierte Medizin gibt, wird sie ersetzt werden. Denn wir unser Wissen ist Stückwerk, und wir hoffen, dass uns bewusst ist, was unbekannt ist; aber wenn die Spritze aufgezogen ist, schrumpft die Bedeutung unseres Wissens.

Als ich Student war, habe ich wie ein Student beraten, ich dachte wie ein Student, ich argumentierte wie ein Student. Als ich Arzt wurde, ließ ich das kindliche Studentenleben hinter mir. Im Moment diagnostizieren wir Krankheiten meist anhand dessen, was wir messen können; in der Zukunft sollten wir unseren Patienten als Ganzes betrachten. Was man messen kann, ist nur ein Teil; ich sollte danach streben, sie vollständig zu kennen, so wie ich mich selbst kenne.

Nun aber bleiben diese drei: Wissen, Beratungskompetenz und Mitgefühl. Aber das größte davon ist Mitgefühl.“

(Dr. Samir Dawlatly, GP Partner in Birmingham, erschienen in Triple Helix, Frühjahr 2014)

Was verstehen wir unter Mitgefühl? Raymond Chadwick, Autor im British Medical Journal, zitierte 2015 einen früheren Bericht über Mitgefühl und definierte sie als *„Sensibilität für die Not von Anderen und die Verpflichtung dagegen etwas zu tun“*.

Ich weiß nicht, wie es bei euch war, aber meine medizinische Ausbildung konzentrierte sich fast ausschließlich auf die Wissenschaft der Medizin – auf zellulärem Niveau und Organ- Niveau; der biochemische Stoffwechsel, die Anatomie der verschiedenen Körperteile, die Art und Weise, wie Erkrankungen physiologische Abläufe verschiedener Körperfunktionen beeinflussen. Ich lernte in meiner psychiatrischen Ausbildung über psychiatrische Erkrankungen und ihre Manifestation und Behandlung, aber begann erst die Zusammenhänge zwischen Geist, Körper und Seele zu verstehen, als ich neben Büchern von Carl Jung einige von Paul Tournier zu lesen begann.

Ich bin nun Fachärztin für Kardiologie und kümmere mich um Patienten in der Klinik und versorge im Krankenhaus stationäre Patienten mit Herzinsuffizienz oder anderen allgemeinmedizinischen Erkrankungen. Mir steht eine begrenzte Zeit für jeden Patienten zur Verfügung und ich muss herausfinden, was mit jedem Patienten nicht in Ordnung ist und ihm die richtige Behandlung anbieten. Wie kann ich das besser und mitfühlender erreichen?

Eine Falle, in die ich wiederholt, sowohl persönlich als auch beruflich, tappe, ist zu glauben, dass ich die Lösung für die Probleme und Schwierigkeiten der Patienten habe und ich nicht mehr machen muss, als ihnen zu sagen, wie sie mit den Problemen oder der Erkrankung umgehen sollten. Die Wahrheit ist, dass ich entweder komplett daneben liege oder nur einen Teil der Lösung für die Erkrankung des Patienten habe. Mit ziemlicher Sicherheit werde ich nicht verstanden haben, warum die Person vor mir sich mit ihren speziellen Symptomen vorstellt und werde kaum eine Vorstellung davon haben, wie ihre früheren Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit die klinische Präsentation und die psychologische Reaktion auf ihre Erkrankung beeinflusst haben oder wie ihre Erkrankung ihr Verhältnis zu Familie und Freunden beeinflussen wird. In gleicher Weise wird meine Erfahrung mit anderen Patienten mit ähnlichen Erkrankungen die Art und Weise beeinflussen, wie ich die Diagnose bespreche und welche Empfehlungen ich den Patienten gebe. Paul Tournier schrieb in *„The meaning of persons“*: *„Alles, was wir in der Vergangenheit durchlebt und gefühlt haben, ist eingeschrieben in uns und hilft uns das zu sein, was wir heute sind“*. Ein Teil der Kunst des Mitgefühls ist zu wissen, dass wir nur einen Teil der Geschichte kennen oder wie Paulus es formuliert: *„Wir sehen nur ein undeutliches Bild wie in einem trüben Spiegel“*. (1. Korinther 13; 12). Für das Verhalten der Person und ihre Reaktion auf die Erkrankung mag es gute Gründe geben, von denen wir nichts wissen und von denen einige von der Art und Weise beeinflusst sind, wie ich mit ihnen umgehe.

Wissenschaftliches Wissen und wissenschaftliche Ausbildung können dazu führen, dass wir in die Falle des arroganten Glaubens tappen, dass wir die Antwort hätten. Nochmals ein Zitat von Paul Tournier, diesmal aus *„Die wiedergeborene Person“*: *„Was wir uns wünschen würden, wäre, nur Erfolge zu haben..... die Wahrheit ist, dass wir anderen nicht helfen, wenn wir denken, dass wir ihn schon haben, sondern nur, wenn wir kämpfen und suchen, wie sie es tun.“*

Tournier zitiert einen seiner Patienten in *„The meaning of persons“*: *„Diejenigen, die ihre vorgefertigten Lösungen uns überstülpen, diejenigen, die uns ihre Wissenschaft oder ihre Theologie überstülpen, sind unfähig uns zu heilen“*. Es ist allzu einfach für Ärzte ihren Patienten zu sagen, was sie tun sollten; Gewicht verlieren, mehr Sport, regelmäßige Medikamenteneinnahme, Verzicht auf Salz. Behandeln wir unsere Patienten mit Mitgefühl, wenn wir so zu Ihnen sprechen?

In John Pritchard's Buch *„Treu leben“* gibt es ein Kapitel über die Aufmerksamkeit. Er schreibt: *„Als Gesellschaft scheinen wir es als extrem schwierig zu finden, präsent zu sein. Wir finden es schwierig, uns auf den gegenwärtigen Augenblick zu konzentrieren und auf die Person oder Situation vor uns“*. Er fragt weiter, wie wir darüber nachdenken können.

„Alles beginnt mit der Selbsterkenntnis. Bin ich mir bewusst, wie ich in menschlichen Beziehungen wirke? Finden Leute mich interessiert, echt, konzentriert, fürsorglich oder distanziert, ego-zentrisch, achtlos mit ihren Gefühlen? Neige ich dazu, Antworten zu geben, bevor ich das Problem gehört habe? Wenn wir darüber nachdenken, wie Jesus Menschen begegnet ist, die in Not waren, ist es klar, dass er sich intensiv gleichzeitig mit dem befasste, was die Leute sagten oder auch nicht sagten. Als er eine Frau traf, die zur Mittagszeit in einem Dorf ankam (um den Kontakt zu anderen Frauen der Gemeinde zu vermeiden), begann er ein tiefgehendes Gespräch mit ihr und merkte schnell, dass sie eine Reihe von traurigen Beziehungen hinter sich hatte, die sie verwirrt und erniedrigt zu zurückgelassen hatten. Er verhalf ihr zu Heilung und Hoffnung für ihre Zukunft (Johannes 4; 1-42).“ Pritchard gibt weitere Beispiele und kommt zu dem Schluss: „Immer, so scheint es, hat es Jesus geschafft, sich so auf den anderen Menschen einzustellen, dass er sich auf das wirkliche Thema unter der Oberfläche der aktuellen Situation einstellte. Könnten wir versuchen, das nachzuahmen?“

Dieser Satz : *„...von der Oberfläche der dargestellten Situation zur wirklichen Frage darüber hinaus...“* sprang mir in's Auge. Im Englischen sprechen wir davon, die Vorgeschichte der vorliegenden Beschwerden zu erheben, bevor wir den Patienten untersuchen, also lese ich es als : *"unter die Oberfläche der vorliegenden Beschwerden zum wirklichen Thema dahinter"*.

Direkt nach der Lektüre dieser Passage sah ich eine Frau in der Klinik, die eine stabile, leichte Herzklappenerkrankung hatte - kein Problem, die nur in seltenen Abständen überwacht werden musste. Als wir uns unterhielten, fing sie an, mir von dem Stress zu erzählen, unter dem sie bei der Arbeit stand, und von der Belastung, der sie ausgesetzt war. Sie entschuldigte sich dann immer wieder dafür, dass sie es angesprochen hatte, bis ich ihr lachend sagte, dass ich gerade an diesem Morgen gelesen hatte, auf die wirklichen Probleme im Leben einer Person aufmerksam zu sein. Für mich ist das in meiner klinischen Praxis ein wichtiger Teil des Mitgefühls, das die Beziehung zwischen Arzt und Patient bereichert.

David Loxtercamp, Allgemeinmediziner auf dem Land in den USA schrieb 2015: *„Die Fähigkeit, Wärme, Interesse und Rückversicherung unseren Patienten entgegen zu bringen, kann die Gesundheit beeinflussen. Sich den Patienten nah zu fühlen ist nur ein Faktor in der komplexen Dynamik einer therapeutischen Beziehung. Indem wir uns unseren Patienten näher fühlen, lernen Ärzte, dass Menschen weit mehr als eine Liste von Problemen oder ein Datensatz sind. Plötzlich sehen wir alte Freunde altern und sterben..... Was wir Ärzte durch fehlende Zuneigung zu unseren Patienten verlieren, ist die Freude, die durch die Fürsorge entsteht. Diese Erkenntnis kann die Tür zu vorsichtigem, uneingeschränktem Zuhören und verändernder Vergebung öffnen. Was die Patienten ihrerseits durch fehlende Zuneigung verlieren, ist die Gelegenheit, schlechte Nachrichten von einem Arzt zu hören, der sich nicht nur um sie kümmert, sondern sich auch für sie interessiert“.*

Seit vielen Jahren habe ich ein Ehepaar als Patienten in der Klinik. Er hatte einen schweren Herzinfarkt, der zu einer sehr schlechten linksventrikulären Funktion führte. Er war immer jemand, der gerne vielbeschäftigt unterwegs war, der gerne jeden Tag draußen war, sich mit seinen Freunden auf ein paar Bier im Pub traf und skurrile Witze erzählte. Es gab nichts Medizinisches, das ich ihm nun anbieten konnte. Meine Kollegen der interventionellen Medizin führten alle üblichen Tests durch, es gab kein vitales Myokard, also waren Angioplastie oder Bypass keine Optionen. Zu diesem Zeitpunkt hätten sie ihn zu seinem Allgemeinmediziner entlassen. Aber mein Patient hatte große Schwierigkeiten zu akzeptieren, dass er nicht mehr das ehemals fitte und gesunde Ex-Mitglied der Streitkräfte ist. Er fühlte sich zunehmend kurzatmig, hatte Episoden von schweren Brustschmerzen und Schwindel, die ihn in der Unfall-Ambulanz des Krankenhauses überkamen, in dem sein EKG und die Laborwerte immer unauffällig gewesen waren. Er erwartete von mir: TU ETWAS. Alles, was ich tun konnte, war ihn alle 3-4 Monate in der Klinik zu sehen, dem Ausdruck seiner Frustration zu zuhören und seiner Frau zu zuhören, die von seinem Bedürfnis aus dem Haus zu kommen, völlig erschöpft war. Die Untersuchung in der Klinik war immer komplett unauffällig – keine Anzeichen von Herzinsuffizienz, normaler Rhythmus im EKG. Jede Untersuchung endete mit einem oder zwei schlüpfrigen Witzen, was seine

Frau sehr peinlich berührte, und damit, dass er sich – während sie abseits stand – über sie beklagte, wie leicht sie Sachen verlegen würde. Ich sah beide immer wieder, während er immer schwächer wurde, kaum in der Lage, das Haus zu verlassen, schließlich kachektisch bis kurz vor seinem Tod. Ich weiß von ihnen, und sie hat es auch ihrem Hausarzt nach seinem Tod bestätigt, dass allein der Besuch in der Klinik für 20-30 Minuten alle paar Monate, wo ich nicht mehr tun konnte als ihren Sorgen zu zuhören, sehr wichtig für sie war. Ich war nicht in der Lage ihn zu heilen oder viele seiner Symptome zu lindern. Alles was ich tun konnte, war mit Mitgefühl zu zuhören, beide am Ende der Untersuchung zu umarmen und einen neuen Termin in ein paar Monaten zu vereinbaren.

„Mitgefühl ist langmütig, Mitgefühl ist gütig.....es erfreut sich an der Arzt-Patienten-Beziehung.“

Ein Assistenzarzt, Daniel Grant, schrieb im Juni 2017 über seine Frustration, nicht der Arzt sein zu können, der er gerne sein würde: mit der Person gegenüber arbeiten, eine Beziehung aufbauen und ihr helfen zu können. Er schrieb: *„95% meiner Zeit verbringe ich mit dem Computer anstatt mit dem Patienten vor mir. Ich identifiziere sie durch ihre Bettensnummer oder durch ihre Erkrankung. Ich prüfe ihre Untersuchungsergebnisse flüchtig, und, im günstigsten Fall, plaudere ich ein wenig mit ihnen und halte ihre Hand. Die Medizin hat sich von der persönlichen Zuwendung zu unpersönlichen Leitlinien, akademischem elitären Denken und zu bürokratischer Komplexität entwickelt. Den Patienten fehlt ihre menschliche Würde, weil wir sie sich wie Maschinen auf einem Fließband fühlen lassen, obwohl wir sie als Individuen behandeln sollten. Wenn wir angemessen kommunizieren können und wenn wir die kreative Ader unserer Natur nutzen, dann können wir beginnen zu verändern, was es bedeutet Arzt zu sein.“*

„Immer die Interessen der Patienten schützen, immer auf die Menschlichkeit der Interaktion vertrauen, immer das Beste hoffen, oft das Schlimmste befürchten, immer sich über die 10 Minuten Termine hinaus beharrlich bemühen.“

Es besteht zunehmende Evidenz, dass sich messbare Verbesserungen einstellen, sowohl für den Patienten als auch für den Arzt, wenn Patienten mit Mitgefühl behandelt werden. In einem Artikel von Robin Youngson and Mitzi Blennerhaslett mit der Überschrift „Humanisierung im Gesundheitswesen – wir müssen mit der Entwicklung einer mehr mitfühlenden Gesellschaft beginnen“ fand ich Folgendes:

„Wenn wir krank sind, verletzt sind oder wenn wir uns in einer Lebenskrise befinden, ist unser größtes menschliches Bedürfnis liebevolle Güte und Mitgefühl als Antwort auf unsere Verletzlichkeit und Leiden..... Zu oft erfahren Patienten derzeit schnelle, klinische und emotional losgelöste Pflege. Ärzte haben viele Evidenz-basierte Leitlinien zur Behandlung von Krankheiten, aber wenig Evidenz-basierte Medizin zur Behandlung der ganzen Person. Randomisierte kontrollierte Studien brachten eine hohe Evidenz, dass mitfühlende Versorgung ebenso das Ergebnis verbessert. Empathische und unterstützende präoperative Visiten verbessert die Wundheilung und chirurgische Ergebnisse, halbiert den Bedarf an Opioiden und verkürzt den stationären Aufenthalt. Patienten in Notfall-Ambulanzen kommen 30% weniger häufig zurück, wenn sie mit Mitgefühl behandelt werden.... Meta-Analysen legen nahe, dass mitfühlende Ärzte die 5-Jahres-Sterberate mehr senken, als wenn Männer aufhören zu Rauchen. Mitfühlende Versorgung bringt Mitarbeitern im Gesundheitswesen Bedeutsamkeit, Freude und Zufriedenheit, spiegelt ihre Ideale wieder und schützt vor burn-out.“

„Nun aber bleiben diese drei: Wissen, Beratungskompetenz und Mitgefühl. Aber das größte davon ist Mitgefühl.“

Ich schließe mit einem wunderbaren Segen, den ich in einem fiktiven Bericht der ersten Erzbischöfin von Canterbury mit dem Titel ' „Erzbischof“ von Michele Guinness gefunden habe (Ein ausgezeichnetes Buch, wenn man die Gelegenheit hat, es zu lesen). Der Mentor des Erzbischofs, der sehr krank ist und wenig später

stirbt, betet diesen Segen für sie, denn es ist ihre letzte Begegnung. Es drückt alles aus, was ich mir im Umgang mit Freunden, Familie und Patienten erhoffe:

„Der Segen der Ehrlichkeit und Integrität, des Mutes und der Würde, der Furchtlosigkeit und der Ausdauer, des Vorsatzes und der Hoffnung, der Freude und des Lachens, der Liebe und des Friedens und des Heiligen Geistes in seiner ganzen Fülle ruhe auf euch für den Rest eurer irdischen Tage, wie wenige oder viele auch immer es sein mögen, wozu Gott euch beruft.“

Amen.

References

- **Chadwick, R.** (2015). Compassion: hard to define, impossible to mandate. *British Medical Journal*, h3991.
- **Dawlatly, S.** (2014, Spring). A Corinthian Fragment. *Triple Helix*, p. 14. <https://bit.ly/2M6j9x3>
- **Grant, D.** (2017). Humanizing healthcare. *British Medical Journal*, 435.
- **Guinness, M.** (2014). *Archbishop*. Hodder and Stoughton.
- **Loxtercamp, D.** (2015). Relationships-the water that doctors breathe. *British Medical Journal*, h4185.
- **Pritchard, J.** (2013). *Living faithfully*. SPCK.
- **Robin Youngson, M. B.** (2016). Humanising healthcare. *British Medical Journal*, i6262.
- **Tournier, P.** (1957). *The Meaning of Persons*. SCM Press Ltd.
- **Tournier, P.** (1967). *The Person Reborn*. SCM Press Ltd.