

Dr. med. Yael Adler

WIR MÜSSEN REDEN, FRAU DOKTOR!

Wie Ärzte ticken und was
Patienten brauchen

Mit Illustrationen
von Katja Spitzer

Das
Rezept für
eine besondere
Beziehung

DROEMER*

Alle Angaben in diesem Buch wurden sorgfältig geprüft. Dennoch können Autorin und Verlag keine Gewähr für deren Richtigkeit übernehmen. Ein ausführliches Literaturverzeichnis findet man auf Dr. Yael Adlers Homepage: <https://dradler-berlin.de/haut/wir-muessen-reden-frau-doktor.php>
Die Benutzung der männlichen Formen im Text ist nicht genderkorrekt, aber erleichtert den Lesefluss. Es sind natürlich immer beide Geschlechter gemeint, außer wenn die Autorin gerade über geschlechtsindividuelle Themen schreibt. Die Begriffe »Arzt« und »Ärzte« bzw. »Patient« und »Patienten« sind ebenfalls als Unisexbegriffe zu verstehen, die weiblich und männlich meinen. Verweise auf wissenschaftliche Studien beziehen sich auf den Stand zum Redaktionsschluss dieses Buches.

**Besuchen Sie uns im Internet:
www.droemer.de**

Aus Verantwortung für die Umwelt hat sich die Verlagsgruppe Droemer Knaur zu einer nachhaltigen Buchproduktion verpflichtet. Der bewusste Umgang mit unseren Ressourcen, der Schutz unseres Klimas und der Natur gehören zu unseren obersten Unternehmenszielen. Gemeinsam mit unseren Partnern und Lieferanten setzen wir uns für eine klimaneutrale Buchproduktion ein, die den Erwerb von Klimazertifikaten zur Kompensation des CO₂-Ausstoßes einschließt. Weitere Informationen finden Sie unter: www.klimaneutralerverlag.de



Originalausgabe September 2020
© 2020 Droemer Verlag
Ein Imprint der Verlagsgruppe
Droemer Knaur GmbH & Co. KG, München
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk darf – auch teilweise –
nur mit Genehmigung des Verlags wiedergegeben werden.
Lektorat: Heike Gronemeier, München
Illustrationen: © Katja Spitzer
Covergestaltung: Isabella Materne, München
Coverabbildung: Thomas Duffé
Satz: Sandra Hacke
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck
ISBN 978-3-426-27802-4

Für Noah und Liam

Arzt: »Na, geht es Ihnen wieder gut?«

Patient: »Nein, aber besser.«

Arzt: »Ist doch gut, wenn es Ihnen wieder besser geht.«

*Patient: »Ja, aber besser wäre es, wenn
es mir wieder gut ginge!«*

Inhalt

Einleitung	11
TEIL I: WIR MÜSSEN REDEN!	15
Kapitel 1: Allein unter Ärzten	19
Dienst nach Vorschrift	28
Kapitel 2: Zusammen ist man weniger allein	31
Wie Ärzte und Patienten sich kennenlernen und warum das nur selten freiwillig passiert	34
Von den Vorteilen einer Vernunftfehe	37
Zufallsbekanntschaft Notaufnahme	39
Warum zu einer Zweierbeziehung am besten drei gehören	47
Im Team intim	50
TEIL II: TRAUMPARTNER GESUCHT	55
Kapitel 3: Patient sucht Arzt	57
Typen gibt es ... (Arzt)	59
Ärzte-Klischees	96
Kapitel 4: Arzt sucht Patient	102
Typen gibt es ... (Patient)	102
Kapitel 5: Ärzte-Tinder	148
Mit Dating-Apps zur großen Liebe?	148
Kapitel 6: Dr. Google sagt aber ... – Patienten, Ärzte und das Internet	153
Der Internet-Patient	155
Gesund und sicher – Tipps fürs Surfen im Netz	157
Im Sog der Influencer	160

Online-Dating	163
Künstliche Intelligenz und Apps vom Arzt	165
Die digitale Patientenakte	168
Schöne neue Welt?	170
Kapitel 7: Ich will doch nur dein Bestes ...	173
Viele Köche ...	174
BWL für Ärzte und Patienten	176
Was tun, wenn mein Arzt mir teure Zusatzleistungen verkaufen will?	179
Schön und teuer – wenn Arztpraxen zu Schönheitssalons werden	184
Über den Umgang mit Privatpatienten	188
Krankenhaus – ein krankes Haus?	194
TEIL III: WENN DIE BEZIEHUNG IN DIE KRISE KOMMT	199
Kapitel 8: Du verstehst mich nicht!	201
Arzt-Deutsch, Deutsch-Arzt	204
Wenn selbst Ärzte nur Bahnhof verstehen	209
Gute Kommunikation ist alles! Ohne Kommunikation ist alles nichts!	211
Das Kommunikations-Quadrat	214
Übertragung und Gegenübertragung	220
Körpersprache oder: Man kann nicht <u>nicht</u> kommunizieren!	223
Nähe und Distanz	239
Kapitel 9: Du fühlst nicht mit mir!	241
Beziehungskiller fehlende Empathie	244
Kapitel 10: Nie hast du Zeit für mich!	249
Der alte Mann und die Hautärztin	250

Keine Zeit für Babys?	
Überlebenskampf auf der Geburtsstation	252
Notfall Notaufnahme	253
Warum Zeit allein kein Qualitätsmerkmal ist	258
Termine, Termine, Termine ...	264
Kapitel 11: Du nervst nur noch!	268
Warum auch »gut Gemeintes« nerven kann	269
Das sollten Sie vermeiden:	
Die Top 5 auf der »Geht gar nicht«-Liste	271
Nervige Mythen (Patient)	279
Die nervigsten Arztprüche	287
Abgewatscht am Tresen	289
Kapitel 12: Ich vertraue dir nicht mehr!	292
Warum Patienten so häufig schwindeln	
und welchen Anteil der Arzt daran hat	293
Die Last des Lästerns – wenn	
Ärzte schlecht über Kollegen reden	295
Die Schweigepflicht	299
Was Vertrauen kaputt macht	302
Kapitel 13: Ich will die Trennung!	311
Ein paar Klassiker unter den Trennungsgründen	311
Trennung im Streit: Wenn Ärzte und Patienten	
sich vor Gericht treffen	316
TEIL IV: ARZT UND PATIENT –	
EIN HAPPY END	321
Kapitel 14: Tipps nicht nur fürs erste Date	323
Pünktlichkeit und praktische Kleidung	323
Wer fragt, gewinnt	325
Wer schreibt, der bleibt	327

Nie ohne meinen Plan –	
warum wir über Grapefruitsaft reden müssen	328
Selbst Verantwortung übernehmen	330
Geduld haben	332
Mut zum Fremdgehen, auch nach dem ersten Date	333
Lassen Sie sich von einem »Anstandswauwau« begleiten	334
Kapitel 15: In jeder Beziehung gibt es Rechte und Pflichten	336
Bevor es überhaupt zum Arzt geht	336
Patientenrechte während der Behandlung	339
Patientenrechte nach der Behandlung	344
Haben Patienten auch Pflichten?	349
Kapitel 16: Wünsch dir was!	352
Was Ärzte tun können, um Patientenwünsche zu erfüllen	353
Was Patienten tun können, um Arztwünsche zu erfüllen	357
Resümee von Markus	358
Nachwort: Menschliche Medizin	361
Dank	367

Einleitung

Arzt und Patient – selbst Beziehungsmuffel wissen, DIESE Beziehung ist wichtig, oft sogar lebenswichtig. Und das nicht nur in Corona-Zeiten. Leider steckt diese Beziehung in der Krise. Super, wenn es gut läuft ... Doch wenn nicht – dann wird es schnell unangenehm, sogar schon vor dem ersten Date. Man hängt eine gefühlte Ewigkeit in der Warteschleife am Telefon, beschallt von nerviger Dudelmusik und einem mehr oder minder freundlichen »Bitte warten«. Hebt endlich jemand ab, kommt schnell die Frage: »Kasse oder privat?« Und je nach Antwort wartet man dann wochenlang auf einen Termin und schließlich stundenlang in der Praxis auf den Halbgott in Weiß – geparkt auf Freischwingern neben der Gummipflanze, ein paar zerfledderte Lesezirkel-Käseblätter vor sich auf dem Tisch.

Wird man irgendwann doch aufgerufen, ist der Aufenthalt im Halbhimmel schnell vorbei: Nach drei Minuten ist man wieder draußen, ein Rezept für eine Kortison-Creme gegen das juckende Ekzem oder eine neue Ration Pillen für oder gegen dies und das in der Hand. Ein zugewandtes Beziehungsgespräch? Eine wirklich gründliche Untersuchung, so mit Abhören und Abtasten? Oft Fehlanzeige. Informationen über mögliche Auslöser der Erkrankung und Ratschläge zum künftigen Vorbeugen? Ebenfalls eher die Ausnahme.

Nicht nur das erste Date mit der Vertrauensperson Arzt stellen sich viele Patienten anders vor. Auch in bereits gefestigteren Beziehungen knirscht es mitunter gewaltig. Natürlich gibt es viele positive, aufbauende Geschichten aus dem Gesundheitsalltag. Geschichten von Anteilnahme, Verständnis, Heilung und Rettung. Doch es sind die schlechten, die bitteren und empörenden, die im

Gedächtnis bleiben, die Vertrauen zerstören und die Hoffnung nehmen auf ehrliche Zuwendung und Hilfe. Auch meine Patienten berichten mir von solchen Erlebnissen. Etwa die junge Mutter dreier Kinder, bei der eher zufällig eine aggressive Krebsform diagnostiziert wurde und die dann völlig aufgelöst und dennoch hoffnungsvoll einen Krebspezialisten aufsuchte. Und was bekam sie dort zu hören? »Was wollen Sie denn noch hier? Sie haben maximal ein Jahr. Machen Sie sich eine schöne Zeit, eine Therapie gibt es nicht.« Die Folge: eine Patientin in doppeltem Schockzustand, geschockt von der Aussichtslosigkeit *und* der Art und Weise, wie ihr diese Botschaft übermittelt wurde. Die Patientin hatte Glück: Ihr Ehemann, selbst Arzt, fand einen Kollegen, der nicht nur eine Behandlung wagte, sondern ihr durch seine einfühlsame Art Hoffnung gab und damit die Stärke verlieh, die Therapie durchzuhalten. Am Ende ein Wunder – der Tod musste noch warten.

Oder der betagte Herr, dessen Darm innerlich abstirbt, weil Blutgefäße verschlossen sind, und der von mir in die Notaufnahme geschickt wurde, weil am Wochenende die meisten Praxen geschlossen sind und schnelles Handeln erforderlich war. Ich hatte meinen Patienten telefonisch angekündigt, trotzdem musste er sieben Stunden warten und wurde dann auf vorsichtige Nachfrage, wie lange es wohl noch dauern werde, von einer Schwester angeherrscht, er solle bloß nicht glauben, dass er schneller drankäme, nur weil seine hysterische Ärztin zuvor angerufen habe.

Wenn eine Beziehung gelingen soll, dann sollte man sich respektieren und Interesse und Empathie füreinander aufbringen. Das gilt für die Liebe, aber auch für das nicht minder intime Verhältnis von Patient und Arzt. In einer Arztpraxis erzählen wir oft Dinge, die wir anderen Menschen kaum anvertrauen würden. Wir zeigen unsere Schwächen und Ängste, wir sprechen über schambehaftete Erkrankungen, sind verletzlich und fühlen uns ausgeliefert. Uns

gegenüber ein Mensch, den wir nicht oder kaum kennen: Was wissen wir über den Arzt? Vielleicht muss er gerade eine Steuerprüfung überstehen, daheim hängt der Haussegen schief, drei Helferinnen sind gleichzeitig krank ... Es gibt viele Erklärungen, warum Ärzte nicht immer so handeln, wie Patienten es erwarten und wie es nötig wäre. Auch Mediziner sind nur Menschen, mit all ihren Problemen und manchmal Vorurteilen. Kein Wunder, dass da Gespräche auch schief laufen. Patienten verstehen den Arzt nicht, Ärzte verstehen ihre Patienten nicht, man redet aneinander vorbei, und nur selten sind daran die medizinischen Fachbegriffe schuld. Die Folgen sind Frust und Zweifel und am Ende ausbleibende Therapieerfolge. Der Arzt wird vom erhofften Helfer zum Problemfall.

Woran liegt das und was können Patienten, aber auch Mediziner tun, um Vertrauen zu schaffen und gegenseitiges Verständnis? Wie kann es gelingen, dass Arzt und Patient ein gutes Team werden und ist Dr. Google dabei ein guter Ratgeber? Wie vorbereitet und wissend sollte man als Patient in Arztgespräche gehen und ist zu viel Internetrecherche vielleicht sogar schädlich?

Das sind nur einige von unzähligen Fragen, die bei der besonderen Beziehung zwischen Arzt und Patient eine Rolle spielen. Dieses Buch will zeigen, wie Patienten und Ärzte ticken, warum die einen so und die anderen anders reagieren, wie man das Verhalten seines jeweiligen Gegenübers lesen und vielleicht auch beeinflussen kann. Denn zu einer guten Beziehung gehören nun einmal immer zwei. In diesem Fall: ein aufmerksamer, empathischer Arzt und ein mündiger Patient!

TEIL I

Wir müssen reden!

Mein Lieblingsorgan als Dermatologin ist die Haut. Auch Krankheiten, die man lieber verschweigt als bespricht, interessieren mich sehr. Doch es gibt ein Thema, für das ich in den letzten Jahren eine besondere Leidenschaft entwickelt habe: die Frage, was uns Ärzte und Sie als Patienten im Innersten zusammenhält – oder eben auch nicht. Es ist die Frage, wie wir miteinander kommunizieren und wie wir uns gegenseitig eigentlich so finden. Welche geheimen Gedanken haben wir übereinander und wie schaffen wir es, Probleme zu benennen und im besten Fall Lösungen zu finden? Wenn es gut läuft zwischen Ärzten und Patienten, kann das Heilung fördern, zu oft aber ist genau das Gegenteil der Fall.

Das habe ich einmal mehr festgestellt, als ich mit der Arbeit an diesem Buch begann. Bei der Suche nach einem passenden Titel gab es für mich zwei Favoriten. »Wie geht's uns denn heute?« trat an gegen: »Wir müssen reden, Frau Doktor!« Ersterer sollte natürlich ironisch sein. Eine Frage, die geradezu symbolisch für die gefühlte Herrlichkeit der Halbgötter in Weiß steht. Jeder Patient, der diesen Satz hört, schreckt innerlich zusammen. Noch vor wenigen Jahren gehörte er zum Standardprogramm bei vielen Chefarztvisiten. Einige meiner Freunde und Kollegen verstanden die Ironie hinter meinem Titel-Favoriten nicht. Eine Krankenschwester schrieb mir, ich könne doch meinem Buch nicht so einen arroganten Titel verpassen. Sie selbst habe in ihrer Ausbildung

gelernt, dass sich Patienten bei dieser Frage nicht gesehen und wahrgenommen fühlen. Gut so, dachte ich, gut, dass immer weniger Patienten diese Frage hören müssen, aber wenn ein Titel so missverstanden werden kann, dann ist er für ein Buch über eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung vielleicht doch nicht die perfekte Wahl.

Dann also: »Wir müssen reden!« Auch ein Klassiker in Beziehungen, ein Satz, der in einer Partnerschaft für den Wunsch steht, einen Konflikt anzusprechen, ein Problem, eine Verletzung. Mit diesem Satz ist eine Aufforderung verbunden, etwas wieder ins Lot zu bringen, und zwar rechtzeitig, bevor die Beziehung in die Brüche geht. Doch auch dieser Titel schien missverständlich. Eine Arztkollegin meinte, damit würde ich die Verantwortung einseitig an die Mediziner delegieren, und das sei irgendwie unverschämt. Patienten, die Ärzte zu etwas auffordern würden, und sei es nur zum Reden, das gehe zu weit ...

Also stellte ich den Titel zurück und begann mit dem Schreiben des Buches. Über allem stand die Frage, was die Beziehung zwischen Arzt und Patient ausmacht. Für mich persönlich ist diese Frage DAS zentrale Thema in meiner Arbeit als Ärztin. Ich bin fest davon überzeugt, dass ein gutes, ein intaktes Verhältnis zwischen Arzt und Patient eine therapeutische Wirkung hat. Bei der Behandlung vieler, vor allem chronischer Leiden sind Zuwendung und Vertrauen oft wichtiger als der Einsatz von Hightech-Medizin. Denn Behandlung heißt auch handeln und etwas verändern, zum Beispiel im Verhalten oder beim Lebensstil des Patienten, es geht um das Bewusstwerden von Dingen und Verhaltensweisen, und das können Geräte und Medikamente allein nicht leisten.

In meiner Studienzeit gehörte ein gutes Miteinander, eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient noch nicht zu den Ausbildungsinhalten. Lange Zeit war ärztliches Kommunizieren für mich ein Erfühlen, ein Ausprobieren, ein tägliches Üben, und

klar sind dabei auch Fehler passiert. Vielen meiner Kolleginnen und Kollegen erging und ergeht es ebenso. Einige Beispiele werden Sie hier in den nächsten Kapiteln wiederfinden. Wie weit wir von einem Idealzustand entfernt sind, wurde mir noch einmal in aller Deutlichkeit klar, als ich für die Recherche zu diesem Buch unter anderem auf Facebook ganz offen folgende Fragen stellte: »Wie stellen Sie sich eine optimale Arzt-Patienten-Beziehung vor?« Und: »Wie sieht der ideale Arzt für Sie aus?«

Ich bat darum, mir von guten und auch schlechten Erfahrungen zu erzählen, und hatte eigentlich auf ein paar unterhaltsame Anekdoten gehofft, die das theoretische Fundament dieses Buches etwas auflockern sollten. Das Ergebnis war erschreckend anders. Innerhalb von nur wenigen Stunden bekam ich fast zweihundert Zuschriften mit zum Teil unglaublichen Leidensgeschichten. Situationen, die mit Angst und Schrecken und Hoffnungslosigkeit verbunden waren und dem Gefühl des Ausgeliefertseins. Die positiven Geschichten waren leider in der absoluten Minderheit. Obwohl es auch diese Geschichten ganz sicher in großer Zahl gibt, war die Reaktion auf meinen Facebook-Aufruf eindeutig. Für mich ein Zeichen dafür, wie viel in dieser hochsensiblen Beziehung im Argen liegt und wie groß der Handlungsbedarf ist. Für Schwerkranke und ihre Angehörigen geht es dabei immer um Leben und Tod. Und für alle Patienten um die Erfüllung der Hoffnung, von ihrem Beziehungspartner Arzt gesehen und ernst genommen zu werden: als Mensch, und nicht nur als wandelnde Diagnose auf zwei Beinen.

Kapitel I

ALLEIN UNTER ÄRZTEN

Bevor wir gleich richtig loslegen, gestatten Sie mir noch eine Bemerkung. In jeder Beziehung können Missverständnisse zu Problemen führen. Das erste Missverständnis in der Beziehung zwischen Ärzten und Patienten ist häufig schon das Rollenbild: Eine befreundete Gynäkologin ist Oberärztin in einer Geburtsklinik. Während eines Nachtdienstes musste sie ein Kind per Kaiserschnitt auf die Welt bringen. Gemeinsam mit der Narkoseärztin und einer Hebamme bereitete sie die werdende Mutter auf die Operation vor. Der Venenzugang war gesetzt, das Aufklärungsgespräch war geführt, es konnte also losgehen, da fragte die junge Frau plötzlich: »Und wann kommt der Arzt?«

Ich selbst habe während meiner Zeit als Hautärztin in einem Krankenhaus Ähnliches erlebt. Bei einer Visite sprach ich mit einer Patientin über ihren Gesundheitszustand und die notwendige Therapie. Als ich geendet hatte, schaute sie erwartungsvoll zu dem Zivildienstleistenden neben mir und fragte ihn: »Bekommen Sie mich wirklich wieder hin, Herr Doktor?«

Und als ich vor vielen Jahren weiße Arztsocken in Größe 36 suchte, verwies mich die Verkäuferin auf den Ständer mit den »Schwesternsocken«. Arztsocken begannen erst ab Größe 40 ...

Auch wenn knapp die Hälfte des angestellten ärztlichen Personals inzwischen Frauen sind und deutlich mehr junge Frauen als Männer ein Medizinstudium beginnen, bleibt für viele Patienten der Arztberuf männlich geprägt. Wenn ich in diesem Buch Bezeichnungen wie Arzt, Patient, Doktor oder Spezialist im Sinne der weiblichen UND der männlichen Form verwende, dann ist das jedoch

kein Einknicken vor dieser alten Erwartungshaltung. Ich verwende diese Begriffe ausschließlich zur besseren Lesbarkeit des Textes.

Und noch etwas möchte ich voranschicken: Alle Geschichten, die ich in diesem Buch schildere, sind wahre Geschichten. Sie wurden mir genauso von Patienten und Ärzten berichtet. Verändert wurden lediglich die Fachrichtung, das Geschlecht oder Namen, um die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen zu schützen, ohne jedoch die Aussagen zu verfälschen.

Die folgende Geschichte hat mich besonders bewegt, weil sie zeigt, wo es gravierende Defizite in unserem Gesundheitssystem gibt, warum fehlgeschlagene Kommunikation gefährliche Konsequenzen für Patienten haben kann und dass selbst Privatversicherte und sogar Mediziner, die selbst zu Patienten werden, nicht vor Unheil gefeit sind. Diese Geschichte zeigt: Es geht nicht nur um Geld, um »Vitamin B« oder die richtige Versicherung. Sie zeigt, dass es im Kern um den Verlust an Empathie geht.

Markus arbeitet als Mediziner in einem Pharmaunternehmen an der Entwicklung neuer Medikamente. Ein Mann also, der sich auskennt im Gesundheitssystem, der sich eigentlich zu wehren weiß und sich dennoch immer wieder ohnmächtig fühlte. Markus hat ein Prostatakarzinom. Die Diagnose traf ihn mit Anfang fünfzig, mitten im Berufsleben, glücklich verheiratet, drei schulpflichtige Kinder. Markus hatte zunächst keinerlei Beschwerden. Dennoch entschied er sich – wie für sein Alter empfohlen – für eine Früherkennungsuntersuchung der Prostata. Dabei wurde zunächst der sogenannte PSA-Wert im Blut bestimmt, das prostata-spezifische Antigen. Dieses Eiweiß ist ein Tumormarker. Je höher der Wert, desto aktiver das Gewebe und desto problematischer wird es. Bei Markus lag der PSA-Wert an der Obergrenze des Normalen, die Ultraschalluntersuchung der noch normal großen Prostata dagegen zeigte keinerlei Auffälligkeiten. Für sein Alter ein durchaus üblicher Befund.

Wenige Monate nach der Untersuchung spürte Markus, dass sein Urinstrahl etwas dünner und schwächer wurde. Allzu große Sorgen machte er sich deswegen zunächst nicht. Ein Prostatakarzinom ist statistisch gesehen eher eine Erkrankung älterer Männer, also der Sechzig- bis Siebzيجjährigen. Markus erinnerte sich an den umstrittenen Krebsmediziner Julius Hackethal, der in den 1980er-Jahren verkündete, dass die meisten Prostatakarzinome »nur« eine Art »Haustierkrebs« seien. Ein Krebs also, der so langsam wachse, dass er mit den alternden Männern lebe, sie aber nicht umbringe, weil sie vorher aus anderen Gründen sterben würden. An die gefährliche Variante »Raubtierkrebs«, der aggressiv und schnell zupackt und rasch lebensbedrohlich wird, dachte Markus nicht. Mittlerweile weiß man, dass es viele unterschiedliche Arten von Prostatakrebs gibt und gerade jüngere Männer leider häufig von der »aggressiven« Variante betroffen sind.

Als Markus mit seiner Ehefrau, die ebenfalls Ärztin ist, über seine Beobachtung sprach, bat sie ihn, den PSA-Wert zur Sicherheit noch einmal überprüfen zu lassen. Die erneute Blutkontrolle zeigte einen massiven Anstieg des PSA-Wertes – und das innerhalb von nur vier Monaten. Kein gutes Zeichen, Markus wusste das. Jetzt musste schnell abgeklärt werden, was sich da in den letzten Monaten verändert hatte. Deshalb bat er im Universitätsklinikum um einen Termin bei einem bekannten Urologen. Der hatte bereits seinen Vater und seinen Schwiegervater erfolgreich behandelt. Beide litten an einem Prostatakarzinom, das zum Glück jeweils rechtzeitig entdeckt worden war. Offenbar ein guter Arzt, dem man vertrauen konnte. Doch diesmal wurde daraus keine Erfolgsgeschichte. Schon das Verabreden eines Termins erwies sich als äußerst schwierig. Erst drei Wochen nach der ersten Anfrage gab es überhaupt eine Reaktion aus dem Sekretariat des Professors. In der Zwischenzeit bekam Markus Hüftschmerzen. Er ließ ein MRT machen. »Nichts Auffälliges«, sagte der Radiologe.

Als Markus nach weiteren langen Wochen des Wartens endlich bei dem Urologie-Professor vorsprechen konnte, schlug dieser eine weitere MRT-Untersuchung vor, ohne das weiter zu begründen. Markus vermutete sofort Geldschneiderei, denn gerade bei Privatpatienten werden gut bezahlte Untersuchungen immer wieder sehr großzügig verordnet. In diesem Fall aber irrte Markus. Leider hielt es der Professor nicht für nötig, seinem skeptischen Patienten die Notwendigkeit eines erneuten MRT zu erklären. Dabei wäre es ganz einfach gewesen: Bei der ersten Hüftuntersuchung war kein Kontrastmittel zur Darstellung der Prostata gespritzt worden. Man konnte also genaue Aussagen zum Zustand der Hüfte treffen, aber nicht zum Zustand der Prostata. Diesen wichtigen Hinweis gab der Professor jedoch nicht. Am Ende einigte man sich auf einen Ultraschall, eine für Markus sehr schmerzhaftes Untersuchung durch den Anus. Durchgeführt wurde sie vom Oberarzt, der wenig einfühlsam und ohne weitere Erklärungen agierte. Der einzige Kommentar des Oberarztes während der Untersuchung: »Es ist groß, sehr groß.«

Markus fühlte sich allein gelassen. Warum setzte sich niemand auf vernünftige Weise mit ihm auseinander? Immerhin war er selbst Arzt, man hätte offen, von Kollege zu Kollege, mit ihm reden können. Er fragte sich, wie es anderen Patienten an seiner Stelle gehen würde, Nichtmedizinern, Menschen, die die Lage überhaupt nicht einschätzen konnten. Als er dem Professor in einem Auswertungsgespräch seine Empfindungen mitteilte, war die Reaktion ernüchternd. »Tja, wir sind hier nicht wie Sie in der Industrie. Das ist ein öffentlicher Betrieb, wir sind nun mal kein Serviceunternehmen.«

Ein empathischer Arzt hätte Markus in der Partnerschaft gehalten. Er hätte ihm begründet, warum ein neues MRT nötig gewesen wäre, ihm den Ernst der Situation geschildert und vor allem die emotionale Ausnahmesituation seines Patienten erkannt

und entsprechend darauf reagiert. Stattdessen wertete er Nachfragen als Kritik und begegnete dem Patienten mit Arroganz und Kältherzigkeit, nicht mit Verständnis.

Eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient heißt nicht, Laborwerte herunterzuleiern und Ansagen zu machen, sondern den Patienten emotional abzuholen. Dabei geht es im Kern um die Frage, wie es der Stärkere, der in dieser Partnerschaft immer der Arzt ist, schafft, das Denken und Fühlen des Schwächeren zu erreichen. Dazu später mehr. Markus jedenfalls hatte das Vertrauen in seine große Hoffnung, den Retter seines Vaters und seines Schwiegervaters, längst verloren. Eine gescheiterte Beziehung.

Markus' Ehefrau Elke, die als Ärztin eine internistische Praxis betreibt, hatte inzwischen ein anderes Krankenhaus recherchiert und einen anderen renommierten Urologen gefunden. Wieder dauerte es lange, bis ein erster Gesprächstermin möglich war. Mitte Dezember klappte es dann mit der Vorstellung beim Chefarzt, der ebenfalls ein neues MRT empfahl, den Grund dafür aber erklärte. Da jedoch über die Weihnachtszeit keine Untersuchung mehr möglich war, musste sich Markus bis Januar gedulden.

Als er endlich in der Röhre lag und dem heftigen Wummern der Magnetspulen lauschte, war Markus in großer Sorge. Er fühlte, dass die Zeit mittlerweile gegen ihn arbeitete, und hoffte, dass der Radiologe im Krankenhaus gleich mit ihm über den Befund sprechen würde. Doch man richtete ihm aus, der Radiologe habe leider keine Zeit, das Ergebnis würde direkt an den Chefarzt gehen.

Zwei unendlich lange Wochen später dann der erneute Termin beim Chefarzt und eine dramatische Nachricht. Markus hatte ein Prostatakarzinom, das innerhalb von sechs Monaten quasi von null auf hundert angewachsen war. Es hatte bereits die Organkapsel durchbrochen und sich in Darm, Blase und Beckenboden hineingefressen.

Jetzt wurde eine Gewebeprobe angeordnet, um zu überprüfen, wie schwerwiegend die Zellen entartet waren und ob es Medikamente gab, die zielgerichtet gegen diesen Zelltyp eingesetzt werden konnten. Noch offen war die Frage, ob der Krebs bereits gestreut hatte. Zur Abklärung war eine weitere Untersuchung notwendig: eine sogenannte PSMA-PET/CT. PSMA steht für prostataspezifisches Membran-Antigen, PET für Positronen-Emissions-Tomografie, CT für Computertomografie. Bei diesem sehr modernen bildgebenden Verfahren werden radioaktiv markierte Antikörper vom Körper aufgenommen und zeigen dann mögliche Prostatakrebszellen an. So können auch kleinste Tumore und Metastasen recht genau lokalisiert werden.

Inzwischen quälten Markus erhebliche Schuldgefühle. Er hatte mindestens acht Wochen verloren, weil er dem Professor, dem Chefarzt der Uniklinik, nicht mehr vertraut und sich einen neuen Arzt gesucht hatte. Waren das womöglich genau die Wochen, in denen der Tumor durchgebrochen war? Hatte er durch sein Misstrauen und seinen Frust die eigenen Heilungschancen verringert? Und warum ließ das Ergebnis der Gewebeprobe so lange auf sich warten?

Als es endlich vorlag, wurde nicht Markus, sondern seine Ehefrau Elke darüber informiert. Es war ein Freitagnachmittag, als Elkes Handy klingelte, mitten in ihrer Sprechstunde. Der Urologe war am Apparat und knurrte ins Telefon: »Schwer entartet, nicht gut.« Elke versuchte, Ruhe zu bewahren. Sie bat ihre Patientin um einen Moment Geduld und verließ das Sprechzimmer.

»Haben Sie meinen Mann denn bereits informiert?«, fragte sie irritiert.

»Nein, ich hatte seine Nummer gerade nicht zur Hand, und Ihre stand ganz oben auf den Unterlagen.«

Der Arzt hatte sich nicht einmal die Mühe gemacht, die Nummer seines Patienten herauszusuchen, die selbstverständlich eben-

falls auf dem Anmeldeformular notiert war. Ein klarer Bruch des Arztgeheimnisses, doch nicht nur das – auch die Art und Weise, wie er den Befund übermittelte, war kalt und ohne jedes Einfühlungsvermögen.

Elke war wie vor den Kopf gestoßen. Als sie sich wieder gefangen hatte, sagte sie: »Okay, ich rufe meinen Mann selbst an, und dann kommen wir gemeinsam zu Ihnen, und Sie sagen uns, wie es weitergeht.«

Der Chefarzt erwiderte: »Das geht jetzt leider nicht, ich habe noch einen privaten Termin, und ab Morgen bin ich im Urlaub!«

Elke wurde wütend: »Sie warten!«, schrie sie in den Hörer. In ihrer Praxis saßen nur noch drei Patienten, sie arbeitete wie in Trance, dann holte sie ihren Mann ab und fuhr gemeinsam mit ihm in die Klinik. Der Chefarzt war geblieben und empfing das unter Schock stehende Paar mit dem Satz: »Vermutlich haben Sie sich auch zu Silvester Glück und Gesundheit gewünscht. Jetzt wissen Sie, was das bedeutet. Tja ... Der Tumor ist inoperabel. Sie haben wahrscheinlich noch ein Jahr – und jetzt gehen Sie erst mal ein Weinchen trinken.«

Elke war in diesem Moment weniger Ehefrau, sondern vor allem Ärztin. Sie wollte sich nicht so abspeisen lassen, sie brauchte eine Perspektive, einen Plan. Fieberhaft dachte sie nach. Sie fragte den Arzt, was er von einer Antihormontherapie halte. Dabei wird dem Patienten ein Wirkstoff verabreicht, der die Testosteronproduktion des Körpers stoppt. Das männliche Geschlechtshormon benötigen die Krebszellen dringend, um zu wachsen. Elke hatte dazu Studien gelesen und wusste, dass diese Therapie, insbesondere in Kombination mit einer Chemotherapie, wirksam sein könnte. »Wäre das vielleicht eine gute Idee für meinen Mann?« fragte sie.

»Ja, damit können Sie erst mal nichts falsch machen«, so die Antwort des Chefarztes, der demonstrativ auf seine Uhr blickte.

»Da gibt es auch noch diesen Bestrahlungsmediziner, der ist ganz toll, rufen Sie den doch mal an!«

Im Buch *House of God* des Psychiatrieprofessors Stephen Bergman alias Samuel Shem, das großen Einfluss auf die Reform der medizinischen Ausbildung in den USA hatte, wird das Wegschieben eines belastenden Patienten oder Angehörigen »Turfen« genannt. Turf ist im Englischen die Verkürzung von »to get rid of somebody«, was so viel wie »jemanden loswerden« oder »abwimmeln« heißt. Und genau das versuchte der Chefarzt gerade. Kurz bevor er den Raum verließ, fiel ihm dann doch noch eine persönlich gefärbte Frage ein: »Ach, Frau Kollegin, Sie haben eine eigene Praxis? Eine internistische Praxis, aha. Lohnt sich das denn heutzutage überhaupt? Na, ich freue mich jetzt erst mal auf den Skiurlaub. Sie können mich ja anrufen, um mir die Ergebnisse des PET-Scans mitzuteilen. Aber bitte rufen Sie erst nach dem Skifahren an – und vor der Sauna. Nicht dass Sie mich beim Aperol stören.«

Ein kleiner Scherz zum Abschied? Vielleicht, aber auf jeden Fall ein schlechter und in dieser Situation völlig unangebracht.

Vor lauter Vorfreude auf seinen Urlaub hatte der Chefarzt übrigens noch ein kleines Detail vergessen: Für den PET-Scan zur Metastasensuche müssen vor der Untersuchung wichtige Laborwerte bestimmt werden, etwa der Schilddrüse und der Nieren. Das aber war von der Klinik nicht veranlasst worden. Hätte Elke dieses Versäumnis nicht bemerkt, hätte diese wichtige Untersuchung nicht zum geplanten Termin stattfinden können. Einem medizinischen Laien wäre dies erst gar nicht aufgefallen.

Nun lag Markus ein weiteres Mal still und bewegungslos in einer Röhre und hoffte, dass sein Prostatakarzinom noch nicht gestreut hatte. Als er wieder aufstehen durfte, wollte er natürlich wissen, was die Untersuchung ergeben hatte. Doch der Pfleger meinte nur: »Das kann Ihnen hier jetzt keiner sagen, die Oberärztin ist nicht mehr da.« Markus war mit seiner Geduld am Ende.

Nicht schon wieder tagelang warten. Er bat den Pfleger freundlich, aber bestimmt: »Bitte suchen Sie jetzt jemanden, der zuständig ist und mir sagen kann, was dabei herausgekommen ist!«

Ein paar Minuten später war der Pfleger wieder da. Er hatte die Oberärztin doch noch angetroffen, in einem Besprechungsraum. Da könne sie jetzt nicht weg, aber der Pfleger solle Markus ausrichten, dass sie keine Metastasen gefunden hätten. Für Markus war das eine existenzielle Information. Dass er keine Metastasen hatte, verbesserte seine Prognose deutlich. Hätte er nicht auf einer sofortigen Auskunft bestanden, hätte er eine weitere Woche voller Bangen und Hoffen verbracht. Denn so lange dauerte es, bis der schriftliche Befund vorlag.

Der einzige Arzt, der in diesem unrühmlichen Trauerspiel sofort verstand, dass es bei so einer lebensbedrohlichen Diagnose immer um zwei Dinge geht – um fachliche Kompetenz UND Menschlichkeit –, war der empfohlene Strahlenmediziner. An jenem Freitagnachmittag, an dem sich der Chefarzt auf dem Weg in den Urlaub befand und das verzweifelte Ehepaar im freien Fall, ging er sofort ans Telefon. Er wollte alles wissen, bot Hilfe an und warnte zum jetzigen Zeitpunkt dringend vor der Einnahme der Antihormontabletten. Sie würden das Ergebnis der Metastasensuche verfälschen.

Der Strahlenmediziner gab Kraft, er hatte ein offenes Ohr für die Sorgen und Nöte des Ehepaares und suchte sogar noch eine wissenschaftliche Studie mit Überlebensstatistiken heraus. Die Zahlen räumten Markus durchaus Chancen ein. Ein Mutmacher, ein Rettungsanker, der ihm Halt gab in der folgenden schweren Zeit.