

„Behandeln kommt von Hand anlegen, spüren und fühlen“

Interview mit dem Arzt **Godeke von Appen** über die personenzentrierte Verhältnis zwischen Arzt und Patient

Interview: **Michael Ganß**

Die meisten Menschen haben über viel Jahre denselben Hausarzt. Verändert sich die gewachsene Patienten-Arzt-Beziehung mit dem Auftreten einer Demenz? Worin zeigt sich eine personenzentrierte Haltung des Arztes in der Begleitung eines Menschen mit Demenz?

demenz: Herr Dr. von Appen, verändert sich in Ihrer Begegnung etwas, wenn Sie merken, dass ein Patient eine Demenz haben könnte?

Da ist zuerst das Problem, darüber mit dem Patienten sprechen zu können. Also ihm zu vermitteln, dass ich den Eindruck habe, dass es da noch etwas anderes geben könnte und ihn zu bitten, dem nachgehen zu dürfen. Grundsätzlich nehme ich nicht im Geheimen irgendwelche Krankheiten auf, ohne dass mein Patient von dem weiß, was ich dabei im Hinterkopf habe. Und das ist auch bei einem Verdacht auf eine Demenz so, wobei allein der geäußerte Verdacht einen großen Schreck auslösen kann.

Schwierig ist es auch, weil ich als Arzt von den Patienten immer wieder in eine paternalistische Rolle gebracht werde. Eine Rolle, aus der heraus ich sagen soll, es ist alles gar nicht so schlimm, es wird schon alles wieder gut. Das entspricht dem Bild: Ich erzähle das jetzt mal meinem Vater und der wird mir dann schon helfen, das zu lösen. Da besteht schon die Gefahr, die Problematik zu verstärken, weil der Patient in eine Regression geht. Das ist mit Blick auf die Demenz nicht gut. Da wäre es besser, er ginge in seine Erwachsenenanteile, die stärkend sind. Auch wenn ich mir das bewusst mache, bleibt aber die Gefahr bestehen. Ebenso versuche ich, meine Kommunikation so zu verändern, dass ich die Gefühle des Patienten wahrnehmen und auf dieser Ebene reagieren kann.

Auch muss ich bedenken, dass ein Kommunikationsangebot des Patienten davon geprägt ist, dass man nur dann mit einem Arzt reden darf, wenn es einen Grund dafür gibt. Das ist ja leider die Vorstruktur. Solange sich der Patient dessen klar ist, „Das ist ja mein Arzt“, muss er aus seinem Verständnis irgendein körperliches Leiden vortragen, um mit mir in Kommunikation gehen zu können. Für mich gilt es dann herauszufinden, ob der Patient des Gespräches oder „wirklicher“ somatischer Beschwerden wegen kommt.

demenz: Sie sprachen von einer emotionalen Kommunikations-ebene. Können Sie noch einmal darauf eingehen?

Das heißt, ich versuche, bestimmte Strukturen in der Begegnung zu verändern. Mit der üblichen Struktur fasse ich das Problem nicht. Damit bringe ich meinen Patienten nicht voran.

Mit dem Demenzkranken gibt es auch Situationen, in denen ich nicht mehr weiß, was ich sagen soll. Ich also das Gefühl habe, ich kann nichts mehr sagen.

Ich denke da gerade an eine alte Dame, die nur noch im Bett liegen kann und im Prinzip nur noch einen Satz sagt. Wenn ich bei ihr am Bett stehe, dann werde ich auch stumm. Mit meinem beruflichen Rüstzeug gibt es dann nichts, mit dem ich noch interagieren kann. Das einzige, worüber ich als Arzt noch in den Kontakt treten darf, ist dann der Bauch, sag ich mal vorsichtig. Ich stelle ihn also in den Mittelpunkt unserer Begegnung: Wie klappt das mit der Ernährung? Wie klappt das mit den Ausscheidungen? Gibt es irgendwelche Darmbeschwerden? Dann ist es mir „erlaubt“, ihren Bauch abzutasten, so kann ich dann in den körperlicher Kontakt zu ihr gehen. Inhaltlich medizinisch bin ich an meinen Grenzen. In meiner beruflichen Rolle habe ich hier keine automatischen oder selbstverständlichen Aufgaben mehr. Ich habe nicht die Aufgabe, Essen zu geben oder ähnliches aus der Basalstimulation zu tun, deshalb habe ich auch nicht die Möglichkeit, auf diesem Weg gefühlsmäßig irgendetwas auszutauschen. Ich habe eben nur die Aufgabe, zu gucken, warum tut etwas weh oder so. Manchmal gehe ich traurig heraus, weil ich denke, mit welcher Berechtigung gehst Du eigentlich noch zu ihr? Außer der, dass ich immer zu ihr gegangen bin.

demenz: Also aus der Beziehung heraus, die da ist.

Aus der Beziehung heraus, ja. Weil ich ja auch aus meiner Beziehung heraus Abschied nehmen muss, was ich gefühlsmäßig längst nicht immer im Griff habe oder verstehe. Also das: Ich

**„Ich muss von meinen Patienten Abschied nehmen.
Abschied nehmen heißt, meine Trauer zu bearbeiten,
so wie alle Angehörigen.“**

muss von meinen Patienten Abschied nehmen. Was natürlich auch nicht besser läuft als sonst. Abschied nehmen heißt hier, meine Trauer zu bearbeiten, so wie alle Angehörigen. Dabei zähle ich zu den Angehörigen auch die professionell eingebundenen Bezugspersonen: Wir alle müssen unsere Gefühle von Verleugnung, Verhandeln, Wut, Verzagen oder Akzeptanz verstehen und bearbeiten.

demenz: Und wie ist es bei Patienten mit beginnender Demenz?

Es kommt immer der mit dem höheren Leidensdruck, das sind meist die Angehörigen. Dadurch rückt der Angehörige für mich häufig mehr in den Mittelpunkt als der Mensch mit Demenz selbst. Ich glaube, dass ich für den Demenzkranken über seine Angehörigen häufig mehr erreichen kann, als im direkten Kontakt mit ihm. Scheinbar entferne ich mich von seiner Person, wenn ich mich intensiv mit seinem Umfeld beschäftige. Es ist vielleicht wie mit einem Umweg.

demenz: Können Sie das an einem Beispiel verdeutlichen.

Da geht es um emotionale Dinge, die verschieden bewertet werden. Den Patienten stört es mitunter gar nicht so sehr, dass er sich nicht mehr zurechtfindet oder weggeht, ohne wiederkommen. Seine Frau jedoch gerät jedes Mal in Panik. Dadurch schaukelt sich die Situation mit der Zeit so hoch, dass die beiden in ihrer Beziehung nicht mehr miteinander klarkommen. In der Folge ist seine Selbstständigkeit bedroht. Ich sehe meine Aufgabe darin, die Beziehung zu stabilisieren. Ein Spiegel zu sein, ihnen zu helfen, sehen zu können, was eigentlich mit ihnen im Moment passiert. Ich habe den Ansatz, dass der nicht erkrankte Partner sich anschauen soll: Was sind meine eigenen seelischen Reaktionen auf diese Veränderungen? Wo kommen die eigentlich her, was bedeuten die und wie kann ich damit umgehen? Ich möchte die Angehörigen dahin führen, von dem Kognitiven wegzukommen, um auf die emotionale Ebene zu gehen. Wenn sie lernen, auf dieser Ebene die Beziehungsstörung wahrzunehmen, dann können sie damit auch anders umgehen. Das ist für die Angehörigen entlastend, aber mehr noch für den von Demenzbetroffenen, der in der Folge stärker in seinem „Sosein“ akzeptiert werden kann.

demenz: Wird dann das Umfeld, der Angehörige, nicht eigentlich zum Patienten?

Ich denke schon, in einem System. Als Hausarzt fühle ich mich als Familienarzt. Ich sehe das System Familie und versuche, das System zu stabilisieren. Oder auch das System Pflegestation. Da kann es sein, dass es viel wichtiger ist, zu besprechen, warum sich die Frühschicht immer mit der Spätschicht streitet. Das hat vielleicht gar nichts mit dem Patienten selber zu tun, der liefert nur einen Anlass.

demenz: Durch die Verschiebung zum Angehörigen kann es doch auch zu einem Zielkonflikt für Sie kommen, wenn die Erwartungen des Angehörigen an Sie andere sind als die des Betroffenen.

Es stellt sich immer die Frage, warum bestimmte Themen überhaupt bearbeitet werden können. Voraussetzung dafür ist, dass Reifungsprozesse bei allen Beteiligten abgelaufen sein müssen. Meiner Meinung nach finden diese Reifungsprozesse auch beim erkrankten Menschen statt. Die können nicht mehr unbedingt immer kommuniziert und, ich sag mal vorsichtig, durchdacht werden, aber sie finden statt. Es geht darum, Abschied zu nehmen von bestimmten Fähigkeiten und Lebensinhalten und trotzdem „zufrieden“ zu bleiben. Das kann auch laufen, ohne dass derjenige es mir erklären kann. Und auch für den Angehörigen heißt es, diesen Reifungsprozess zu durchlaufen.

Ich kann da nur ein Spiegel sein und versuche zu helfen, hinzusehen. Da ist diese Enttäuschung, die Kränkung darüber, dass ausgerechnet ihnen das widerfahren ist und alles anders läuft, als sie sich das mal gewünscht hatten. Gemeinsam da hinzukommen, diese Gefühle dann auch aufarbeiten zu dürfen oder sie auch nur benennen zu dürfen, bedarf eines großen Vertrauens und einer stabilen Beziehung. Das sind dann die Aufgaben und die Schwierigkeiten.

demenz: Ihre Aufgabe?

Ja. Auch eine Aufgabe für mich, nicht nur für mich, sondern für alle, die wir da herum sind und verstehen wollen, was abläuft. Dann ist es ganz gut, wenn die Beziehung so tragfähig ist, dass man auf diese Ebene gehen darf. Dabei platzt häufig auch mal ein Knoten und die Angehörigen merken, dass sie eben mit ihren Erwartungen die Situation schwierig machen.

demenz: Da ist ihre Rolle als Arzt ja schon viel weiter gefasst, als gemeinhin angenommen wird.

von Appen: Nein, ich glaube, das ist die Rolle des Arztes. Die meisten Menschen sehen die Rolle des Spezialisten. Klar, der Chirurg muss seine Nähte sauber ziehen, aber er muss auch noch Arzt sein. Denn es könnte sein, dass sein Patient, obwohl er so toll operiert wurde, nicht gesund wird. Und dann kommt er wieder in die Rolle des Arztes, der erklären können, begleiten oder mit ihm erleben muss, dass das Leben auch schicksalhaft anders sein kann, als sie vorher dachten. Und dass immer diese Frage mitbeantwortet werden muss: Warum ausgerechnet ich? Ich glaube, das ist eigentlich das, was der ärztliche Teil ist. Und der vielleicht auch am schwersten zu lernen ist.

demenz: Wie nehmen Sie die Person ihres Patienten in der fortgeschrittenen Demenz wahr?

Das ist schon auch davon geprägt, wie lange und gut ich die Person kenne. Wenn ich jemanden sehr spät kennenlerne, ihn erst als Schwerstpflegefall und nicht mehr sprachfähig kennenlerne, dann ist mein Bild von der Person dann ganz blass. Ich glaube, wenn eine Beziehung nicht kommuniziert werden kann, erhellt sich auch kaum die Person. Wenn die Angehörigen die Person aufrecht halten, kann ich über sie die Person meines Patienten wahrnehmen.

demenz: Sie haben vorhin von der Patientin gesprochen, der Sie den Bauch untersuchen, ihr die Hand darauf legen. Ist das nicht auch eine Form von Kommunikation? Und gehen Sie darüber nicht in eine Beziehung zu der Person, obwohl sie nichts mehr sagen kann?

Ich kenne sie schon länger. Ich lege meine Hand auf ihren Bauch, um diesen Menschen wieder spüren zu können. Ich finde den Begriff behandeln schön, weil da das Wort Hand drin vorkommt, das heißt Hand anlegen, heißt behandeln. Also den anderen ertasten, spüren, fühlen. Und dass ich mich darauf einlasse. Den Bauch eines Menschen anfassen zu dürfen, ist etwas sehr Intimes. Das ist eine gefühlsmäßige Begegnung, auch wenn sie nur ganz kurz sein darf.

demenz: Verändert sich in Ihrem Kontakt zu einem langjährigen Patienten etwas, wenn die Begegnungen überwiegend auf einer basalen Ebene erfolgen?

Eigentlich dann, wenn ich spüre, dass mein Kommunikationsangebot nicht angenommen wird, ich beispielsweise die Füße abtaste und dabei spüre, dass es unangenehm zu sein scheint. Dann verändert sich auch bei mir etwas. Ich fang dann an, irgendetwas hineinzudeuten.

demenz: Sie machen sich ein Bild?

Ja, ich versuche eine Idee zu entwickeln, von dem, was dahinter steckt. Ich mache das, weil ich mich in Zukunft darauf einstellen will. Allerdings kann die Hypothese genauso gut falsch sein. Es ist schon schwierig, damit umzugehen, wenn ich die Korrekture des Patienten auf meine Deutungen nicht verstehen kann.

Faszinierend bleibt es dadurch, dass ich eine Person mehr, näher und genauer kennenlernen darf, obgleich sie nicht mehr von sich erzählen kann. Und das ist sicherlich auch eine Faszination unseres Berufes, dass wir andere Menschen kennenlernen und ihnen begegnen dürfen.

demenz: Herr Dr. von Appen, wir danken Ihnen für das Gespräch. ▶

Dr. med. **Godeke von Appen** ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Altersmedizin und Palliativmedizin in Bremervörde
Kontakt: vonAppen@t-online.de