

# Leserbriefe

## Wer will schon Empathie?



Jawohl, die Frage ist ernst gemeint – wer ruft heute danach, einmal abgesehen von den diversen Aposteln der Hausarzt-, Ganzheits-, und Mitmenschlichkeitsmedizin? Es bleibt ja unbestreitbar: Etwas mehr ärztliche Empathie, *aufrichtige, persönliche und weiterbegleitende Anteilnahme*, käme ohne Zweifel dem Patienten, dem Behandlungsziel und auch der Kostenrechnung zugute, aber ... die Zeiten ändern sich.

Im Klinikum wurden wir seinerzeit auf einen reinen Arztkittel, eine saubere Krawatte, gewaschene Hände und persönlich sittsame *Distanz* gedrillt: den Kranken nicht mehr als für die Palpation gerade nötig zu berühren und nie und nimmer sich auf die Bettkante zu setzen.

Doch rund zwei Dekaden später wurde, in Fortbildungskursen, im Gegenteil dazu ermutigt, menschliche *Nähe* und persönliche Anteilnahme auch nonverbal zu zeigen, und, weil Be-Handlung mit der Hand zu tun hat, auch einmal einen Händedruck, eine Hand auf Schulter oder Kopf oder sogar einen ermunternden Klaps zu wagen – sofern dies echt empfunden und nicht nur als angelernte äusserliche Geste erfolgt.

Und heute? Es ist unübersehbar, die individuellen Arzt- und Patientenbilder haben sich nach weiteren 20 Jahren erneut gewandelt; man muss es zur Kenntnis nehmen und sich darauf einstellen.

Auch ich selbst biete ja noch immer neben medizinischem Rat und Service eine *nachhaltige partnerschaftliche ärztliche Betreuung* an, in der Meinung, der Kranke schätze, suche und benötige dies. Doch diesem meinem subjektiven Patientenbild entspricht der Durchschnittsklient heute immer weniger! Die Empathie gerät zum kurzlebigen Funken, der gar nicht zündet, oft kaum wahrgenommen wird, zu einer auf den Augenblick beschränkten fakultativen Ingredienz des Arztkontaktes. Denn bald wird der Arzt wieder gewechselt,

häufiger noch als der Lebensabschnittspartner oder das Auto; das sogenannte «doctor shopping» gehört zum Lebensstil wie der Erlebniseinkauf.

Dies erkannte ich deutlich, nachdem ich nach langer Tätigkeit in einem Gebirgstal, wo man sich nur schon aus geographischen Gründen jahrelang bei jedermann als Haus-, Familien- und Leibarzt einsetzte und geschätzt war, ins Unterland kam: Es gibt in unserer urbanen, pluralistischen, schnellebigen Gesellschaft einen Menschentyp, der überall und in allem stets auf Neues aus ist, unkonservativ, klick-, zapp- und *wechselfreudig*, dabei *bindungsscheu* und jede Begegnung mit Orten oder Leuten meidend, die ihn peinlich an vergangene Situationen von Schwäche und Hilfsbedürftigkeit erinnern könnten. Hier scheint Empathie, selbst in bescheidenster Form als «Nähe mit Mass», obwohl vielleicht sehr nötig, einfach nicht mehr gefragt zu sein.

Indessen, derselbe Menschentyp findet sich ja auch im ärztlichen Berufsstand: bestens qualifizierte Mediziner, die mit Einsatz und Begeisterung, gewissenhaft und effizient als aktuelle Troubleshooter amten, die aber persönlich lieber Distanz wahren, sich eher *reserviert* geben und zurückhaltend in allem, was über das beruflich-medizinische hinausgeht, und denen es deshalb oft unangenehm ist, sich bei jeder neuen Begegnung nochmals die ganze Vorlebensgeschichte zu vergegenwärtigen und mit zu berücksichtigen.

Nun, im Spiel von Angebot und Nachfrage werden sich die einander entsprechenden Typen im allgemeinen schon finden; Fehlkontakte kommen natürlich vor: Am besten werden sie sachlich korrekt erledigt – und weggesteckt. Dort jedoch, wo ärztliche Berufsauffassung und Rollenverständnis des Kranken sich noch einigermassen entsprechen, kann die Begegnung, mit oder ohne Empathie, für beide Seiten zu einer befriedigenden und positiven Lebenserfahrung werden.

Dr. med. Hans Rudolf Schwarz, 6613 Porto Ronco

## Die richtige Diagnose kann Leben retten!



Bei allem Verständnis für eine kostengünstige Medizin gehört doch das Erkennen abwendbarer gefährlicher Verläufe zu den vornehmen Hauptaufgaben des Allgemeinpraktikers. Im kürzlich von Beat Knechtle, Thomas Braschler, Aurelia Benz und Armin Neff beschriebenen Fall<sup>1</sup> wundert man sich erstens, dass der erfahrene Hausarzt den Ikterus mit einem Bilirubin von über 80 µmol/L nicht klinisch erkannt und ein lebertoxisches Medikament abgegeben hat. Zweitens würde ich bei einem über 50jährigen Patienten schon gerne die Ätiologie der doch recht schweren Hepatopathie erfahren: Ist es nur eine Hepatitis oder doch ein Tumor oder allenfalls eine medikamentös-toxische Hepatopathie?

Mir sind in letzter Zeit zwei Fälle von schwersten Hepatopathien bekannt geworden: Im einen wurde Diclofenac in Kombination mit Narkosemitteln und Paracetamol für die Erkrankung verantwortlich gemacht, im anderen führte die Kombination eines lange etablierten Antiepileptikums mit einem paracetamolhaltigen Grippemittel zu einem Leberversagen, das eine notfallmässige Transplantation notwendig machte.

In solchen Fällen könnte die richtige Diagnose für den Patienten in Zukunft lebensrettend sein.

Dr. med. Kaspar Sauer, 8542 Wiesendangen

1 Knechtle B, Braschler T, Benz, A, Neff A. Ausser Spesen nichts gewesen! PrimaryCare. 2007;7(27/28):473–5. Available from: [www.primary-care.ch/pdf/2007/2007-27/2007-27-098.PDF](http://www.primary-care.ch/pdf/2007/2007-27/2007-27-098.PDF).