

## **Plädoyer für einen "Neuen Arzt"**

### **Arzt-Patient-Beziehung im Wandel**

Linus S. Geisler

In seinem Buch "Die verlorene Kunst des Heilens" [1] schreibt der weltberühmte Kardiologe Bernard Lown, die für ihn denkwürdigste Beschreibung einer guten Arzt-Patient-Beziehung stamme von einer einfachen sibirischen Ärztin. Sie habe ihm gesagt: "Jedes Mal, wenn ein Arzt einen Patienten sieht, sollte sich der Patient anschließend besser fühlen." Ich möchte ergänzen: Idealerweise sollten sich beide besser fühlen.

Mit der Zufriedenheit der Ärzte scheint es nicht weit her zu sein. Mehr als 90 Prozent der niedergelassenen Vertragsärzte fühlen sich durch die Gesetzgebung im Gesundheitswesen und durch die Einflussnahme der Politik bzw. der Kassen auf die Patientenversorgung belastet. 59 Prozent sind "ausgelaugt", ebenso viele fühlen sich am Tagesende "völlig erledigt" [2]. Eine Untersuchung an jungen Klinikärzten in Berlin ergab, dass circa ein Drittel, zermüht von der "Arbeit in der Endlosschleife", den Beruf nicht noch einmal wählen würden [3]. Dokumentiert ist der Fall eines niedergelassenen Arztes, der vollständig frustriert, die Alternative als Gefängnisarzt vorzog.

### **Weltweites Phänomen: unglückliche Ärzte**

Eine aktuelle Untersuchung an Allgemeinärzten in England ergab ebenfalls eine deutliche Abnahme der beruflichen Zufriedenheit. Diese sank von durchschnittlich 4,64 Punkten 1998 auf 3,96 Punkte 2001, gemessen an einer Sieben-Punkte-Skala [4]. Die Zahl der Ärzte, die sich in den nächsten fünf Jahren aus der direkten Patientenversorgung zurückziehen wollen, stieg im gleichen Zeitraum von 14 auf 22 Prozent. Ein Editorial des British Medical Journals vom 6. April 2002 widmet sich allein dem weltweiten Phänomen der unglücklichen Ärzte ("unhappy doctors") [5]. Arbeitslast und als unzureichend wahrgenommene Bezahlung scheinen allerdings das Problem nicht vollständig zu erklären. Als Schlüsselfaktor wertet die Analyse einen Wandel in dem Verhältnis zwischen Beruf, Patienten und der Gesellschaft, der dafür verantwortlich ist, dass der Arztberuf heute nicht mehr dem entspricht, was die Ärzte sich ursprünglich erwartet hatten.

Eine Art vorausseilende Distanzierung zum Patienten zeichnet sich bereits im Verhalten der zukünftigen Ärzte ab. Jährlich brechen 2400 junge Menschen das Medizinstudium ab. Viele wechseln das Studienfach. Jeder zweite Medizinstudent wird später nicht als Arzt arbeiten. Beliebte nichtkurative Ausweichberufe sind Pharmaindustrie, Krankenhausmanagement, Unternehmensberatungen oder Forschung [6]. Während der angehende Medizinstudent vor einer Generation nichts sehnlicher erwartete als den ersten Kontakt mit einem Kranken, geht heute die Hälfte der neuen Ärzte auf Abstand zum Patienten.

Freilich hat sich, was den künftigen Arzt erwartet, ebenfalls grundlegend geändert. Auf hohes soziales Prestige und angemessenes Auskommen kann er in Zukunft nicht mehr rechnen. Ein kaum entrinnbares System von Abhängigkeiten, Stressoren und Pressionen tut sich auf. In den Krankenhäusern wird mit der Etablierung der so genannten Fallpauschalen der Vorrang der Ökonomie mit Nachdruck durchgesetzt. Arbeitszeiten von 70 Stunden pro Woche, überholte Hierarchien und eine kaum zu bewältigende Arbeitsdichte sind klinischer Alltag. Die Karrierechancen sind mäßig, besonders für Ärztinnen. Sie besetzen nur jede zehnte leitende Krankenhausposition. Unflexible Arbeitszeiten und fehlende Kinderhortplätze verstärken den Doppel-Stress durch Beruf und Haushalt.

Bei solchen Zukunftsperspektiven erscheint manchen jungen Ärzten die Abwanderung ins Ausland, vor allem nach Schweden, England oder Australien als rettender Exodus in ein vermeintlich gelobtes Land.

Einschränkung der Autonomie, massive externe Kontrollen, Zunahme berufsfremder Tätigkeiten und sinkende Einnahmen sind in weiten Teilen der westlichen Welt - so der Internationale Kongress für Ärztegesundheit im Oktober 2002 in Vancouver - das hervorstechende Charakteristikum ärztlicher Arbeitsbedingungen [7]. Sie finden ihren Niederschlag unter anderem in einem erhöhten Suizidrisiko (das wiederum Ärztinnen besonders betrifft), in Depressionen und Abhängigkeitsproblemen (Alkohol, Sedativa, Opiate). Das Privatleben leidet; 69 Prozent der niedergelassenen Ärzte bezeichnen es als unbefriedigend und nur 21 Prozent haben genügend Zeit für eigene Interessen [8]. Trennungs- und Scheidungswahrscheinlichkeit liegen bei Ärzten über dem Durchschnitt [9].

### **Patientenzufriedenheit - eine Illusion?**

Können unzufriedene Ärzte zufriedene Patienten haben? Natürlich nicht, denn zwischenmenschliche Kommunikation läuft regelhaft als zirkulärer Prozess ab. Eine von der Bertelsmann Stiftung initiierte und vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen wissenschaftlich betreute Befragung (Ende 2001/Mitte 2002) unter rund 3000 Bürgern über ihre Erfahrungen in Arztpraxen und Kliniken ergab, dass fast jeder dritte Befragte (31 Prozent) schon einmal den Hausarzt gewechselt hatte, weil er mit dessen Behandlung nicht einverstanden war [10]. Über die Hälfte der Kassenpatienten halten die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland für verbesserungsbedürftig, was gut im Einklang mit der Meinung der behandelnden Ärzte selbst steht: Etwas mehr als die Hälfte ist überzeugt, dass die Qualität der Behandlungen nicht dem neuesten medizinischen Standard entspricht [11]. Im internationalen Vergleich mit den Staaten der Europäischen Union belegt die Patientenzufriedenheit in Deutschland nur einen mittleren Platz [12].

Andererseits fühlen sich viele niedergelassene Ärzte (83 Prozent) durch fordernde Patienten bedrückt. Die Patienten werden als anspruchsvoller erlebt, ihr Informationsstand und ihre Skepsis gegenüber dem Arzt wachsen, viele holen eine Zweitmeinung ein. Gleichzeitig wird dennoch der Arzt als persönliche Bezugsperson wichtiger [13]. Diese Ambivalenz zwischen Misstrauen und Bedürfnis nach Vertrauen unterstreicht den Wunsch nach intensiverer Beratungsarbeit.

### **Vertrag statt Vertrauen**

Die Wurzeln dieser Phänomene reichen rund eine Generation zurück. Medizinverständnis und Arzt-Patient-Beziehung befinden sich seit den 70er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts im Wandel [14], wobei technologische Errungenschaften, gesellschaftliche Einflüsse und ökonomische Rahmenbedingungen bedeutsam sind.

Dem tradierten, überwiegend paternalistisch bestimmten Rollenverständnis von Arzt und Patient [15] treten kontrapunktische Entwicklungen entgegen, in denen der klassische Heilauftrag (Heilen, Lindern, Vorbeugen) immer mehr zugunsten einer Kunden-Leistungserbringer-Konstellation aufgeweicht wird. Das alte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird teilweise abgelöst von einem Vertragsverhältnis mit genau definiertem, juristisch einklagbarem Leistungsumfang. Der Patient wird zum Kunden, der Arzt zum Dienstleister, Praxis und Krankenhaus zum "Profit-Center" [16]. Der Umgang zwischen Arzt und Patient wird berechnender in jedem Sinne. Kein Wunder, dass der Umgang miteinander dann häufig dem von misstrauischen Geschäftspartnern entspricht.

### **Identitätskrisen**

In diesem Spannungsfeld zwischen Kundendienst, Wissenschaftlichkeit und Kostendämpfung, in dem die Medizin zunehmend agieren muss, wird die Identitätsfindung der Beteiligten immer

schwieriger: Axel W. Bauer hat dies als das "Trilemma der modernen Medizin" bezeichnet [17]. Insbesondere Berufsanfänger und jüngere Ärzte erleben die Ökonomisierung ihres Berufs als enttäuschend und traumatisch. Als "Geschichtenerzähler oder Jongleur" komme sie sich vor, schreibt eine junge Kollegin, wenn sie statt Patienten zu betreuen, am Computer die für das Haus kostenträchtigste Hauptdiagnose zu finden versuche. "Nicht selten behandle ich nur Diagnosen auf dem Papier - und erreiche dabei gar nicht den Menschen" klagt ein Berliner Assistenzarzt [18]. Der Einbruch der Ökonomie in ärztliches Handeln rückt den Kranken zunehmend aus dem Blickfeld und wird zum Nährboden für schizoide Selbstbilder des Arztes.

Auseinanderfallende Menschenbilder und Verstörungen im Rollenverständnis irritieren die Suche der Heilberufe nach ihrer Identität. Sie zu artikulieren erscheint im System einer hochtechnisierten Medizin immer aussichtsloser. Das Resultat ist eine auffallende Aphasie der Handelnden, was ihr Selbstverständnis angeht, und ein kompensatorisches Getriebensein mit Tunnelblick. Wer den Klinikalltag tretmühenhaft erlebt, schleift sich selbst allmählich bis zur Farblosigkeit ab. "Keine großen Einsichten, keine besondere Freundlichkeit, keine ungewöhnlichen Fähigkeiten, kein Anzeichen von Zufriedenheit oder Einsamkeit, keine Spur von Visionen oder Träumen ...", so beschreibt sich der amerikanische Klinikarzt Frank Huyler in seinem Buch "Notaufnahme. Geschichten zwischen Leben und Tod" [19].

### **Lernen ohne Lehrer?**

Eine Wurzel des Übels liegt im Ausbildungssystem. Das Studium wird als obsoleter Frontalunterricht praktiziert, patientenfern, theoretisch überfrachtet, in unzusammenhängende Fächer gesplittet. Die Herangehensweise an Krankheitsbilder orientiert sich am unsäglichen Multiple-Choice-Fragenkatalog des Staatsexamens. Kommunikative Kompetenz wird nicht geschult. Konsequenz ist die erschütternde Sprachlosigkeit nicht weniger angehenden Ärzte. Trotz exponentiell wachsender ethischer Probleme werden nicht einmal ethische Grundbegriffe vermittelt. Was herauskommt, hat die Göttinger Studie von Guido Schmiemann [20] an 700 Studierenden gezeigt: im Laufe des Studiums war zwar ein stetiger Zuwachs an biomedizinischem Wissen zu verzeichnen, reziprok dazu traten psychosoziale Aspekte von Krankheiten immer stärker in den Hintergrund.

Nirgendwo finden sich begeisternde Vorbilder oder gar "Meister", die Halt geben, keine Lehrer, die Schulen begründen, sondern häufig durch Fach-Enge deformierte, mäßig engagierte Dozenten. Die gegenwärtige Jungärzte-Generation sei die wahrscheinlich am schlechtesten ausgebildete deutsche Ärzte-Generation aller Zeiten, befindet der Wissenschaftsjournalist Grätzel von Grätz [21]. Der altruistisch motivierte Studienanfänger beendet seine Ausbildung mit mangelhafter psychosozialer Kompetenz. Wer so ins ärztliche Leben entlassen wird, kann leicht den Kranken als Angst machenden Fremdling erleben und wird selbst als Fremder erlebt. Das Bild des Arztes als Freund des Kranken erscheint dann nur noch als rührseliges Relikt.

### **Sprachlose Welt?**

Dass Arztsein vor allem ein sprechender Beruf ist, wird von dem Faszinosum einer Medizin radikaler Machbarkeit überblendet. "Uns interessiert der Patient nur wenn er auf dem OP-Tisch liegt" ist die ärztliche Auskunft, die die Mutter eines frisch herz-lungen-transplantierten Sohnes in einem großen deutschen Transplantationszentrum erhält [22]. "Haarverlust ist doch kein Ich-Verlust", so wird eine durch Chemotherapie kahl gewordene krebskranke Frau belehrt [23]. Die Interpretation eines angiographischen Befundes durch den Kardiologen lautet: "Dieses eingengegte Blutgefäß ist ein Witwenmacher" [24]. Herzlosigkeit? Gedankenlosigkeit? Wahrscheinlich nicht, sondern eher ein beklemmender Gesichtsfeldausfall im zentralen Bereich des ärztlichen Blickfeldes. Noch immer bestimmt weithin die vielfach beschworene "Silent World of Doctor and Patient", die der Psychoanalytiker und Jurist Jay Katz [25] in dem gleichnamigen Werk bereits 1984 subtil und sachkundig dargestellt hat, die Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Diese Arzt-Patient-Beziehung definiert Peter Kampits als eine besondere, wenn nicht extreme Form der zwischenmenschlichen Beziehung, in der nicht nur ein hohes Maß an Intimität und Ausgesetztsein existieren, sondern mit der auch Eingriffe und Veränderungen in die Existenz des Menschen verbunden sein können, bei denen es im Extremfall buchstäblich um Leben und Tod geht [26]. Diese Beziehung kann nur aus einer empathischen Haltung und einem vorurteilslosen Sich-Einlassen auf den anderen entstehen. Sie reicht über das bloße "Verstehen" des Kranken hinaus und zielt auch darauf ab, dass dieser sich selbst versteht.

### **Der heile Arzt**

Aber nur der heile Arzt kann heilen. Das ist der durch Systeme und Reglementierungen paralytierte, zum Dienen unfähige Arzt nicht. Der heile Arzt ist zu jener inneren Polarität fähig, die durch Freiheitsbewusstsein einerseits und Bereitschaft zum Dienen andererseits bestimmt wird.

Eine kardinale Voraussetzung zur Entwicklung dieser ärztlichen Grundhaltung [27] ist Dialogfähigkeit. Kommunikative Beziehungen sind der Stoff, aus dem die Arzt-Patient-Beziehung lebt und der ihren "Kammerton" bestimmt. Es herrscht Einigkeit, dass in der Alltagspraxis erhebliche kommunikative Defizite bestehen. Sie werden häufig von ärztlicher Seite nicht wahrgenommen [28]. Die Folgen sind bekannt: Mangelhafte Compliance [29], gestörtes Vertrauensverhältnis [30], Bruch der Arzt-Patient-Beziehung, Arztwechsel [31].

Der Philosoph Ludwig Wittgenstein kommt zu der Erkenntnis: "Die Grenzen meiner Sprache sind die Grenzen meiner Welt." [32] Dies erklärt, warum die Grenzen einer stumm gewordenen bombastischen High-Tech-Medizin manchmal so kläglich eng erscheinen.

Der sprachlose Arzt ist ein gefährlicher Arzt. Eine Chance, eine Neustrukturierung der Arzt-Patient-Beziehung einzuleiten liegt deshalb in der Stärkung des dialogischen Prinzips, in der Förderung kommunikativer Kompetenzen durch Studium und Ausbildung, in der Höherbewertung sprachlicher Fähigkeiten [33]. Die Voraussetzung ist allerdings ein Wandel des ärztlichen Selbstbildes. Ich sehe diesen neuen Arzt von morgen vor mir: freiheitsbewusst und zuwendungsbereit, mit Zivilcourage und befähigt, mit dem wichtigsten Instrument des Arztes gekonnt umzugehen: der Sprache.

© beim Autor

**URL des Artikels:** <http://www.linus-geisler.de/art2003/03mabuse-arzt.html>

**URL der Druckversion:** <http://www.linus-geisler.de/art2003/dd/03mabuse-arzt.pdf>

## Literatur:

- [1] Lown, B.: Die verlorene Kunst des Heilens. Schattauer, Stuttgart New York. 2002. S. 103
- [2] Gebuhr K, Brendan-Schmittmann-Stiftung: Die vertragsärztliche Gegenwart im Lichte des Burnout-Syndroms; Die wirtschaftliche Entwicklung und die ärztliche Selbstverwaltung in der vertragsärztlichen Meinung, Berlin, Mai 2002.
- [3] Brennecke R., Brendler CI, Gerhardus T: Arbeit in der Endlosschleife. Ergebnisse einer Befragung junger Ärztinnen und Ärzte in Berlin. Berliner Ärzte, Heft 5, 2002, S. 18 ff
- [4] Sibbald B, Ch Bojke, H Gravelle: National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. BMJ Volume 326, 4 January 2003, p. 1-4 - URL: <http://bmj.com/cgi/reprint/326/7379/22.pdf>
- [5] Edwards, N. et al.: Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ, 324, 2002, S. 835-838. - URL: <http://bmj.com/cgi/reprint/324/7341/835.pdf>
- [6] Geisler, Linus S.: Am Horizont der Mangel. Frankfurter Rundschau, 17.12.2002, S. 2 - URL: <http://www.linus-geisler.de/art2002/1217fr-medizinstudium.html>
- [7] Mäulen, B.: Förderung der Ärztesundheit: Es besteht Nachholbedarf. Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 50 vom 13.12.2002, Seite A-3392 - URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=34878>
- [8] Gebuhr, K.: aaO. [2]
- [9] Institut für Ehe- und Familienforschung. Ärztezeitung, 14.05.1992, S. 1.
- [10] Böken, J. Braun, B., Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2002 - Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh 2002.
- [11] Böken, J. Braun, B., Schnee, M. (Hrsg.): aaO. [10]
- [12] Mossialos, E.: Citizens' views on health care system in the 15 member states of the European Union. Health Econ 1977 Mar-Apr; 6(2):109-16
- [13] PULSUS. Ärztebefragung Zentralschweiz
- [14] Kerschensteiner, H., zit. n. Wittern, R.: Kontinuität und Wandel des Arztbildes im Abendland. In: Geßler, U., Pilgrim, R., & Gmelin, B. (Hrsg.) Der Arzt. München-Deisenhofen. 1991.
- [15] Geisler, L. S. Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch, 4. Auflage 2002, Frankfurt a.M. - URL: <http://www.linus-geisler.de/monografien/monograf.html#ap>
- [16] Kloiber, O. Der Patient als Kunde - Der Arzt als Dienstleister. Beitrag zur öffentlichen Dialogveranstaltung der Enquete-Kommission "Recht und Ethik der modernen Medizin" in Jena am 2. Juli 2001. - URL: [http://www.bundestag.de/gremien/medi/medi\\_oeff5\\_1.html](http://www.bundestag.de/gremien/medi/medi_oeff5_1.html)
- [17] Bauer, A. W. (2001): Das Trilemma der Medizin zwischen Wissenschaftlichkeit, Kostendämpfung und Kundendienst. In: Engelhardt, Dietrich von; Loewenich, Volker von; Simon, Alfred (Hrsg.) Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität. Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Frankfurt 2000. Münster/Hamburg/Berlin/London, S. 94-106.
- [18] Müller-Schubert, A.: Ökonomisierung des Arztberufes. Berliner Ärzteheft 07/2002.
- [19] Huyler, F.: Notaufnahme' Geschichten zwischen Leben und Tod. Verlag C.H. Beck, München. 2002.
- [20] Ärzte Zeitung, 30.05.2001: Studium: Patientengespräche immer unwichtiger. - URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/05/30/099a2004.asp?nproductid=1653&narticleid=162757>
- [21] Grätzel von Grätz, Ph.: Jung-Mediziner sagen öfter ja zu einer Karriere ohne weißen Kittel. Ärzte Zeitung, 31.10.2002 – URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/10/31/197a10201.asp>
- [22] Persönliche Mitteilung der Mutter. 2003.
- [23] Tausch, A.: Gespräche gegen die Angst. Rowohlt, Reinbek, 1997.
- [24] Lown, B.: aaO. [1]
- [25] Katz, J.: The Silent World of Doctor and Patient. New York. 1984.
- [26] Kampits, P. Das dialogische Prinzip in der Arzt-Patienten-Beziehung. Passau. 1996

[27] Dörner, K. Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart/New York. 2001

[28] Geisler, L. S. Arzt und Patient im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. Deutsches Ärzteblatt, 50, 1988, S. 3568-3574; Geisler, L. S. Sprachlose Medizin? Imago Hominis, IV(1). 1997.  
URL: [http://www.linus-geisler.de/artikel/97imagohominis\\_sprachlose.html](http://www.linus-geisler.de/artikel/97imagohominis_sprachlose.html)

[29] Sakett, D. L., Hayner, B. & Taylor, D.W. Compliance. Handbuch. München/Wien. 1982.

[30] Goedhuys, J. & Rethan, J. J. On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. Family Practice, 18(6), 2001, S. 592-596.

[31] Keating N. L. et al. How are patient's specific ambulatory experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? Journal of general internal medicine: official journal of the Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine, 17(1), 2002, S. 29-39.

[32] Wittgenstein, L.: Logisch-Philosophische Abhandlungen. Humanities Press, New York, 1951.

[33] Geisler, L. S. (2000) "Die Liebe verkümmert". Wohin steuert die Hightech-Medizin? DER SPIEGEL, 17. April 2000. - URL: [http://www.linus-geisler.de/artikel/0004spiegel\\_interview.html](http://www.linus-geisler.de/artikel/0004spiegel_interview.html)