

## Das ärztliche Gespräch - eine vernachlässigte Aufgabe

Linus S. Geisler

Arztsein ist ein sprechender Beruf<sup>1</sup>. Der niedergelassene Arzt verbringt 60 bis 80 Prozent, der Klinikarzt bis zu 50 Prozent seiner Arbeitszeit im Gespräch mit seinen Patienten. So kann sich die Zahl der Patientengespräche im Lauf eines ärztlichen Berufslebens auf bis zu 200 000 summieren<sup>2</sup>. Doch den meisten Ärzten ist gar nicht bewusst, dass sie einen sprechenden Beruf ausüben. Die Sprache erscheint als belangloses Beiwerk, gemessen an den imponierenden Potentialen der heutigen Medizin, vom roboterassistierten Gelenkersatz bis zur Regeneration geschädigter Herzmuskulatur durch den Einsatz von Stammzellen, als Informationsmedium ohne eigenen Anteil am therapeutischen Prozess.

Das ärztliche Desinteresse am Erwerb kommunikativer Fähigkeiten angesichts der zentralen Bedeutung des Gesprächs für die Arzt-Patient-Beziehung ist immer wieder verblüffend. Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte mit der Thematik „Kommunikation“ zählen - auch wenn sie kostenlos angeboten werden - zu den notorisch am schwächsten besuchten Kongressen. Ein Beispiel: Vor einigen Jahren veranstaltete der Verband der Österreichischen Krankenschwestern in Salzburg eine Tagung zum Thema Kommunikation im Krankenhaus. Geladen waren auch rund 500 Ärzte. Außer dem Referenten erschien kein einziger<sup>3</sup>.

Jeder Versuch, sich auf Kommunikation gar nicht einzulassen ist freilich im Ansatz zum Scheitern verurteilt. Entsprechend der Definition von Paul Watzlawick<sup>4</sup> ist Kommunikation im weitesten Sinne als *jedes Verhalten* in einer sozialen Situation zu verstehen. Da man sich nicht *nicht* verhalten kann, kann man folglich auch nicht *nicht* kommunizieren. Ein Sich-Drücken um Kommunikation ist also nicht möglich.

Ein weiteres wichtiges Axiom lautet: Die Kommunikationsabläufe bestimmen die *Natur der Beziehung* zwischen den Kommunikationspartnern. Diese Erkenntnis ist für die Arzt-Patient-Beziehung von grundlegender Bedeutung. Ihre Qualität steht und fällt mit der Qualität der Kommunikation. Alles in allem Gründe genug, sich als Arzt mit den Prinzipien menschlicher Kommunikation vertraut zu machen.

Ein Blick zurück in die Anfänge der Medizin zeigt, dass das Wort schon immer essentieller Bestandteil ärztlichen Bemühens gewesen ist. Antiphon, der im 5. Jh. v. Chr. als Rhetoriklehrer in Athen lebte, galt als Erfinder einer „Tröstungskunst“, die ihn berühmt machte. Er ließ die Kranken von ihren Leiden erzählen und half ihnen mit einer Form der Rhetorik, die sich ebendiese Äußerungen des Kranken - ihrer Form wie ihrem Inhalt nach - zunutze machte. Mit anderen Worten: Er wandte damals die Methode an, die man heute gesprächstechnisch als „Spiegeln“ bezeichnet. So gelang es ihm, die Wirklichkeit der Patienten zu erfassen und sie so umzudeuten, dass die Kranken nicht mehr darunter litten. Antiphon kam später nach Korinth und bekam an der Agora ein Haus. Damals durften Heiler noch für sich werben. Und so brachte er ein Schild an seinem Haus an mit der Inschrift: „Ich kann Krankheiten durch Worte heilen.“

In seinem Dialog mit Charmides beschreibt Platon, wie Sokrates zu einem migränekranken Jüngling gerufen wird, bei dem er ein bestimmtes Medikament anwenden sollte, das er von den Thrakern bei einem Heerzug bekommen hatte. Aber Sokrates verwickelte den Patienten als erstes in ein Gespräch. Denn der Priesterarzt, hatte ihm die Arznei unter der Auflage überlassen, sie nur anzuwenden, wenn er zuvor er mit dem Kranken ein ausführliches Gespräch geführt habe<sup>5</sup>. Die hellenischen Ärzte, seien Krankheiten gegenüber deshalb häufig so ohnmächtig, weil sie, sobald ein Patient zu ihnen komme, sofort begännen zu trennen: das Auge vom Kopf, den Kopf vom Rumpf, den Rumpf von den Gliedern, die Glieder vom Körper

und den Körper von der Seele - eine Herangehensweise an den Kranken, die auch heute weitverbreitet ist. Aber davon später mehr (s. der „fragmentierte Patient“).

Sokrates wusste, dass es nicht genügt nur den Kopf zu behandeln. Um die Krankheit vertreiben zu können, muss man sich den ganzen Körper vornehmen, und um ihn zu kurieren, bedarf es einer vorherigen Behandlung der Seele. Heilmittel für die Seele aber sind, wie es im Dialog heißt, die „schönen Reden“.

Auch der heutige Patient, durchaus fasziniert von den Angeboten einer hochtechnisierten Medizin, nicht selten aber auch von ihnen bedrängt und geängstigt, sucht sein Heil zuerst im Gespräch mit seinem Arzt. Alle repräsentativen Patientenbefragungen nach dem Wesen des 'idealen Arztes', in den USA, England, Österreich oder Deutschland kommen zu deckungsgleichen Resultaten: was Patienten sich in erster Linie wünschen ist, dass der Arzt mit ihnen spricht, ihnen zuhört, Interesse für sie zeigt. Ärztliche Kompetenz und apparative Ausstattung rangieren erst weit dahinter im Mittelfeld<sup>6</sup>.

In einer 1999 in Deutschland durchgeführten Studie wünschten sich 92 Prozent der befragten Patienten, das Gespräch zwischen Arzt und Patient sollte stärker in den Vordergrund rücken<sup>7</sup>. Eine Befragung an 824 Patienten in ärztlichen Praxen durch Wissenschaftler der Universität Southampton (Paul Little) Anfang 2001 ergab, dass 88% von ihnen vor allem das Gespräch mit ihrem Arzt suchten, nur jeder Vierte wollte ein Rezept<sup>8</sup>.

Die Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg konnte in einer Studie über Patientensouveränität zeigen, dass der Wunsch nach umfassender und verständlicher Information von 93% aller befragten Patienten als „sehr wichtig“ eingestuft wird. Allerdings entsprechen weniger als 30 Prozent der Ärzte diesem Patientenwunsch nach Information<sup>9</sup>.

Die positiven Effekte einer guten Kommunikation zwischen Arzt und Patient sind mittlerweile wissenschaftlich belegt. Zilda Di Blasi und ihre Kollegen von der Universität York in Großbritannien konnten in einer Untersuchung 2001 an 3611 Patienten mit überwiegend körperlichen Erkrankungen zeigen, dass eine warmherzige, freundliche und angstnehmende Zuwendung den Krankheitsverlauf - unabhängig von der sonstigen Behandlung - eindeutig verkürzen und die Nebenwirkungen verringern kann<sup>10</sup>.

In einer kanadischen Untersuchung wurden Frauen mit Brustkrebs (S.R. Harris und E. Templeton, 2001) befragt, welches Verhalten ihres Arztes zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose am hilfreichsten gewesen sei<sup>11</sup>. Die häufigste Antwort lautete: seine Fähigkeit mir zuzuhören.

Umgekehrt steht ebenso fest, dass schlechte Kommunikation sich negativ auf den Krankheitsprozess auswirkt. Eine große prospektive Untersuchung des Tumorzentrums München (2003) an 1131 Brustkrebs-Patientinnen ergab, dass die Frauen, die eine schlechte Kommunikation beklagten, eine signifikant schlechtere Lebensqualität aufwiesen<sup>12</sup>.

### **Zufriedene Patienten - zufriedene Ärzte**

In seinem Buch „Die verlorene Kunst des Heilens“ 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.“<sup>13</sup> Ich möchte ergänzen: Idealerweise sollten sich *beide* besser fühlen.

Mit der Zufriedenheit der Ärzte scheint es allerdings 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“<sup>14</sup>. Dokumentiert ist der Fall eines niedergelassenen Arztes, der vollständig frustriert, die Alternative als Gefängnisarzt vorzog. 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<sup>15</sup>.

Vielen Ärzten ist jedoch nicht bewusst, dass eine gute kommunikative Kompetenz nicht nur die *Zufriedenheit* ihrer Patienten erhöht sondern auch ihre *eigene*. Das liegt unter anderem daran, dass gut geschulte Ärzte fähig sind, die Probleme ihrer Patienten genauer zu identifizieren und es dadurch ihren Patienten wiederum besser gelingt, sich psychologisch an die Krankheitssituation zu adaptieren, was zu einer größeren Zufriedenheit mit der Behandlung und Betreuung führt.

Es ist erwiesen, dass für Ärzte mit hoher Gesprächsführungskompetenz:

- die *subjektive Belastung* durch die Krankheit ihrer Patienten geringer ist,
- die *Stressbelastung* durch den Beruf als niedriger empfunden wird,
- die *berufliche Zufriedenheit* wächst und
- die *Neigung zu Depressionen, Ängsten und Suizidalität* (die bei Ärzten überdurchschnittlich hoch ist) abnimmt<sup>16</sup>.

### **Kommunikationsdefizite und -störungen**

Analysiert man die klinische Realität der Arzt-Patient-Kommunikation, könnte man den Eindruck gewinnen, dass zwei Fremde in jeweils fremder Sprache mit einander reden:

- Die *Hälfte der Beschwerden* des Patienten kommen *nicht* zur Sprache
- Oft erhalten Ärzte nur *wenig Auskunft* über die *Bedeutung* der Erkrankung für den Betroffenen *und ihre emotionalen und sozialen Folgen*<sup>17</sup>
- *Weniger als die Hälfte der psychosozialen Probleme* und psychischen Störungen des Patienten *werden erkannt*
- Arzt und Patient stimmen in *mehr als der Hälfte* der Fälle *nicht über das hauptsächliche Gesundheitsproblem* des Patienten *überein*<sup>18</sup>

Es misslingt also häufig schon der vordergründige Anspruch einer ausreichenden gegenseitigen Information und Standortbestimmung. Im gelungenen Arzt-Patient-Gespräch geht es allerdings nicht nur darum, dass beide sich verstehen. Aufgabe des Arztes ist es vielmehr, seine Beziehung vom Anderen her so zu gestalten, dass dieser *sich selbst besser versteht* (Klaus Dörner<sup>19</sup>).

Die Auswirkungen einer defizitären Arzt-Patient-Kommunikation reichen jedoch sehr viel weiter. Sie berühren das ärztliche Selbstverständnis und damit die ärztliche Grundhaltung und diese wiederum das Verständnis von Krankheit und Gesundheit und die Wahrnehmung des Patienten. Damit fördert sie das Phänomen des „fragmentierten Patienten“<sup>20</sup>.

### **Der fragmentierte Patient**

Die vorherrschende Gesprächsführung in der Medizin ist nicht auf eine ganzheitliche Beschwerdenerfassung ausgerichtet. Vielmehr zerlegt sie die Patientenäußerungen in *Einzelbeschwerden* und blendet das *Selbstbild* des Kranken, *seine* Deutung und Auslegung der Krankheit aus.

Die auf dieser Grundlage in Gang gesetzte, oft rational gar nicht begründbare umfangreiche Diagnostik liefert dann zwangsläufig *Datensammlungen*, die das Leiden des Kranken nur bruchstückhaft und unzusammenhängend wiedergeben. „Die Grundmelodie menschlichen Leidens wird mehr und mehr übertönt vom 'Rauschen der Daten',“ so schildert Walter Böker diesen Prozess.

Der Kranke wird nur noch in Teilaspekten wahrgenommen, nämlich als *fragmentierter Patient*. Nun passt er in das Raster der Multiple-Choice-Fragenkataloge. Jetzt ist der Patient dort, wo er

scheinbar am ökonomischsten behandelbar ist: im „Kerngeschäft“ des Klinikbetriebes. Erst jetzt ist er *institutionell* wahrnehmbar und verfügbar. Eine klare und einfühlsame *Befundvermittlung*, auf die der Patient dringend wartet und absoluten Anspruch hat, tritt weit zurück hinter die Datensammlung. Der Kranke ist zum passiven, dulddenden Objekt geworden.

Die Konsequenz ist, dass diese Art von kommunikativer Vivisektion kein Bild eines Kranken aus Fleisch und Blut entstehen lässt. Vielmehr setzt sie nicht selten erneute Wellen diagnostischer und auch fragwürdiger therapeutischer Aktionen in Gang. Die konsekutiv wachsenden Datenanhäufungen erweisen sich am Ende oft nur als Datenfriedhöfe. So kann sich die absurde Situation ergeben, dass in den letzten Lebenstagen eines Achtzigjährigen mehr Daten akkumuliert werden, als in den gesamten vorangegangenen achtzig Jahren. Die Lebens- und Leidengeschichte des Kranken enthalten sie allerdings nicht.

Das Erzählenlassen eines Kranken gilt als tabuisiert, meist mit dem Argument der Zeitknappheit. Aber, so der Philosoph Odo Marquard: „Denn die Menschen: das sind ihre Geschichten. Geschichten aber muss man erzählen ... und je mehr versachlicht wird, desto mehr - kompensatorisch - muss erzählt werden: sonst sterben die Menschen an narrativer Atrophie“<sup>21</sup>. Dieser sog. „Story Telling“-Ansatz hat bei der Bemühung um ethische Entscheidungen am Krankenbett schon seit längerem Eingang in die Bioethik gefunden<sup>22</sup>.

Ein interessanter narrativer Ansatz stammt von Arthur W. Frank<sup>23</sup>. Er verwendet die Metapher des „verwundeten Geschichtenerzählers“. Sie deckt auf, dass Patienten mehr sind als nur Opfer einer Krankheit. Indem sie ihre Krankheiten als Geschichten erzählen, eröffnet sich ihnen die Chance einer neuen Orientierung nachdem vielleicht ihre bisherige Welt zusammengebrochen ist. Auf diese Weise wird der Kranke selbst zum Heiler. Die Geschichten der Patienten sind dann mehr als Berichte über ihr persönliches Leiden, sie beinhalten auch die Chance, moralische Einsichten zu entwickeln. Früher oder später, schreibt Frank, der selbst an Krebs erkrankt war, wird jeder zum „wounded storyteller“, zum verwundeten Geschichtenerzähler.

Diese zuvor geschilderte Form der Befunderhebungstechnik zehrt überproportional am *Zeitbudget* des Arztes, das ja in der Regel weitgehend festgelegt ist. Die Formalisierung und Verknappung des Gesprächsanteils erfolgt allmählich quasi reflektorisch. Sie ist aber genau der falsche Ansatz zur Ökonomisierung ärztlichen Handelns. Das Gespräch als „betriebswirtschaftlicher Luxus“ wird Opfer missverständlicher „Sparmaßnahmen“. Was dann als ökonomisch verträgliche Medizin erscheint, ist in Wahrheit ärztlich und menschlich eine Bankrotterklärung. Eine junge Berliner Ärztin, die zu ihrem Chef geht, weil sie mit ihrer Arbeit nicht zu Rande kommt, erhält den schulterklopfenden Ratschlag, sie solle doch einfach weniger mit ihren Patienten reden.

Der durch mehrfache Klinikaufenthalte erfahrene (fragmentierte) Patient lernt allmählich, dass von ihm am ehesten eine knappe, am Körperlichen orientierte Leidensschilderung in „Berichtsform“ erwartet wird (Lalouschek 2002<sup>24</sup>). Übernimmt er diese Kommunikationsform, gilt er als angenehmer Patient. Die Aneignung ärztlicher Ausdrucksweisen durch den Patienten kann dann eine nicht ungefährliche, aber selten realisierte Beziehungsfalle zwischen Arzt und Patient etablieren.

Diese Begegnungsform zwischen Arzt und Patient ist trügerisch. Sie gaukelt einer Form der Patientenautonomie vor, die eigentlich nur ein Autonomieplacebo darstellt. Sie unterbindet das Wachsen von Vertrauen, sie gewährt dem Kranken kein Gefühl der Geborgenheit. Im Gegenteil: sie fördert den schleichenden Prozess der Isolation und Distanzierung. In den babylonischen, stummen Festungen der Hochtechnologie geht es einsam zu. Heidegger gebraucht das Bild von der Sprache als dem „Haus des Seins“<sup>25</sup>. Ohne Sprache ist der Mensch ein un-behauster, ungeborgen, grenzenlos einsam. „Ohne die Sprache“, so Hegel, „wäre nur die bewussthlose Nacht“<sup>26</sup>. Hans-Georg Gadamer schreibt: „Sein, das verstanden werden kann, ist Sprache“<sup>27</sup>.

Schon in der Grundsatzrede von Karl Jaspers<sup>28</sup> aus dem Jahre 1958 „Der Arzt im technischen Zeitalter“ kommt diese Verlorenheit des kranken Menschen zum Ausdruck:

„Die Diagnostik geschieht durch immer zahlreicher werdende Apparate und Laboratoriumsuntersuchungen. Die Therapie wird zur errechenbaren, immer komplizierter werdenden Anwendung der Mittel für den durch diese diagnostischen Daten erschöpften Fall. Der Kranke sieht sich in einer Welt von Apparaten, in der er verarbeitet wird, ohne dass er den Sinn der über ihn verhängten Vorgänge versteht. Er sieht sich Ärzten gegenüber, von denen keiner sein Arzt ist.“

Die fragmentierte Wahrnehmungsweise des Kranken bleibt schließlich nicht ohne Folgen für den Arzt selbst. Der nur „Bruchstücke“ sammelnde Arzt verliert allmählich die Fähigkeit, Befunde in einem der Individualität des Kranken entsprechenden Zusammenhang zu bringen, „Übersetzer“ für den Kranken zu werden, ihn als leidende Person wahrzunehmen. Schließlich ist er selbst zum „fragmentierten“ Arzt geworden. Dies hat Auswirkungen auf sein Rollenverständnis und -gehabe.

Was in unserer *Sprache* nicht vorkommt, weil wir es nicht hineingenommen haben, fehlt in unserer Wirklichkeit und Wahrnehmungswelt. Das *Nichtzulassen von Gefühlen* verlangt nach Abwehrstrategien. Coole superprofessionelle Attitüde, Zynismus und vorgeblich ständiger Zeitdruck sind nicht selten das Resultat. Dabei zeigt sich im übrigen, dass Deutschland hinsichtlich der ärztlichen Gesprächsdauer in Europa das Schlusslicht bildet. Die durchschnittliche Gesprächsdauer in der Praxis beträgt in der Schweiz 15,6 min, in den Niederlanden 10,2 und in Deutschland 7,6 min<sup>29</sup>.

### **Das Verschwinden des Dialogischen<sup>30</sup>**

Jeder Versuch, Kommunikation immer stärker auf Informationsvermittlung und Erzielung eines „informed consent“ zu reduzieren, bewirkt ein Verkümmern des dialogische Denkens. Dieses wurde in den zwanziger Jahren des vorigen Jahrhunderts von den „Philosophen des Dialogs“ wie F. Ebner, M. Buber<sup>31</sup>, F. Rosenzweig, G. Marcel und V. v. Weizsäcker entwickelt, dem auch der Begriff der „sprechenden Medizin“ zugeschrieben wird. Dem dialogischen Denken ist die Einsicht zu verdanken, dass die personale Wirklichkeit des Menschen nicht in der Entfaltung der Autonomie des Subjekts zu suchen ist, sondern in der Beziehung von Subjekt zu Subjekt, vom Ich zum Du, und dass sich diese Beziehung grundlegend in der Sprache, im Dialog realisiert<sup>32</sup>. Menschliche Personen, hat Guardini sinngemäß gesagt, gäbe es nicht „in der Einzahl“. Noch am ehesten haben Psychiatrie und Psychotherapie der Einsicht vom dialogischen Charakter der menschlichen Person Rechnung getragen (zum Beispiel Hans Trüb<sup>33</sup>).

Untermuert wurden diese Erkenntnisse durch Ergebnisse der Entwicklungspsychologie und physiologische Experimente mit Einschränkung von Sinnesreizen oder Isolation. Sie alle zeigten, dass Menschen weder körperlich noch seelisch das gänzliche Fehlen von Kommunikation mit anderen überstehen können<sup>34</sup>.

Im Grunde sind diese Erkenntnisse nicht neu. Frater Salimbene aus Parma berichtet in seiner Chronik über Kaiser Friedrich II, der die Ursprache des Menschen herausfinden wollte<sup>35</sup>. Zu diesem Zweck ließ er mehrere Kinder von Geburt an von Ammen aufziehen, die den Auftrag hatten, sich der Kinder in jeder Weise anzunehmen, aber nicht in ihrer Gegenwart zu sprechen. Der Kaiser hoffte auf diese Weise herauszufinden, ob die Kinder spontan beginnen würden Hebräisch, Arabisch, Griechisch oder Latein zu sprechen. Leider scheiterte das Experiment kläglich: „Es war verlorene Mühe, denn die Kleinen starben alle“<sup>36</sup>. Im übrigen soll Herodot über einen ähnlichen Versuch in Ägypten berichtet haben.

Dialogisches Denken ist von Anfang an auf *Gegenseitigkeit* in der Beziehung begründet. Das für die Arzt-Patient-Beziehung Wesentliche wurzelt in der im dialogischen Denken geforderten Grundhaltung, die unter anderem *Zuwendung*, und *Gesprächsfähigkeit* einschließt. Die

Untrennbarkeit von Vertrauen und Zuwendung zum Du wird als wesentliche Voraussetzung für dialogisch motiviertes Handeln verstanden. Der österreichische Philosoph Peter Kampits sieht im dialogischen Prinzip die Möglichkeit, den heute sehr aktuellen Spannungsbogen zwischen Paternalismus und Autonomie in der Arzt-Patient-Beziehung aufzulösen<sup>37</sup>.

Kommunikationsstörungen und -defizite in der modernen Medizin haben eine Art Doppelnatur. Sie sind sowohl Ursache als auch Symptom einer sich paradigmatisch ändernden Medizin, die sich mehr und mehr vom Prinzip der Fürsorge entfernt und starre Autonomiekonzepte verfolgt, in denen der vorgeblich mündige Kranke in eine scheinbar grenzenlose Selbstbestimmungsfreiheit gerät, der er keineswegs immer gewachsen ist und von der er nicht erkennt, dass sie auch Phänomene der Verantwortungsverlagerung enthält. In einem Klima der Geschäftlichkeit, in der nicht Ärzte Patienten behandeln, sondern Leistungserbringer Kunden versorgen, wo Verträge statt Vertrauen die Handlungsmaximen bestimmen, findet eine Ethik der Fürsorge keinen Raum, ist Geborgenheit ein Fremdwort<sup>38</sup>.

### **Woher die Sprachlosigkeit?**

Dass Arztsein vor allem ein sprechender Beruf ist, wird von dem Faszinosum einer Medizin radikaler Machbarkeit überblendet. Sprachliche Kollateralschäden fallen kaum auf. „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<sup>39</sup>. „Haarverlust ist doch kein Ich-Verlust“, so wird eine durch Chemotherapie kahl gewordene krebskranke Frau belehrt<sup>40</sup>. Die Interpretation eines angiographischen Befundes durch den Kardiologen lautet: „Dieses eingeeengte Blutgefäß ist ein Witwenmacher“<sup>41</sup>.

Was steht hinter solchen Äußerungen? 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<sup>42</sup> in dem gleichnamigen Werk bereits 1984 subtil dargestellt hat, die Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Was bringt Ärzte dazu, sich in einer Art Tunnelblick dem Kranken anzunähern, ihn fragmentarisch zu erfassen, sprachlich zu entmündigen und seine Selbstausslegung, seine Befindlichkeit und seine Krankheitsausdeutung auszublenden?

Ärzte werden ja nicht geboren, um als unsensible Biotechniker ihren Beruf zu betreiben. Im Gegenteil: Eine Studie von Guido Schmiemann an der Universität Göttingen an 700 Medizinstudenten hat gezeigt, dass die meisten Studenten am Beginn des Studiums stark an der psychosozialen Situation der Patienten interessiert sind. Reziprok zur Zunahme an „biologischem Wissen“ kommt es dann allerdings im Verlauf des Studiums zu einem ansteigenden Verlust an kommunikativer und psychosozialer Kompetenz<sup>43</sup>.

Das Medizinstudium erzieht zu sogenannter „*wissenschaftlicher Objektivität*“. Es ist somatisch-, fakten- und leistungsorientiert. Anstatt für die Wichtigkeit kommunikativer Prozesse zu sensibilisieren, stellt es eher ein „konsequentes Desensibilisierungsprogramm“ gegenüber kommunikativen Prozessen und der psychosozialen Wirklichkeit von Patienten dar (Helmich 1991<sup>44</sup>). Kommunikative Kompetenz wird nicht gelehrt. Trotz exponentiell wachsender ethischer Probleme in der Medizin werden ethische Grundbegriffe kaum oder nur unzureichend vermittelt.

Das Studium wird nicht selten als altmodischer Frontalunterricht praktiziert, patientenfern, theoretisch überfrachtet, in unzusammenhängende Fächer gesplittet. Die Herangehensweise an Krankheitsbilder orientiert sich am unsäglichen Multiple-Choice-Fragenkatalog des Staatsexamens, der lediglich unzusammenhängenden Wissenserwerb und passive Wissensreproduktion zulässt (bundeseinheitlich 870 MC-Fragen<sup>45</sup>).

Der angehende Arzt gerät in einen klinischen Alltag, der die Richtigkeit dieser Ausbildung zu bestätigen scheint und von ihm kaum kommunikative Kompetenz erwartet. Wie sollte er fähig sein, seine *defizitäre Sicht auf den kranken Menschen* wahrnehmen zu können?

Rationalisierungszwänge und ökonomische Pressionen bestärken ihn weiter in seinem Verhalten und üben eine subtile systemstabilisierende Funktion aus. Diese wiederum schlägt zurück auf das Ausbildungssystem und erklärt dessen unglaubliche Rigidität und Resistenz gegenüber wirklich tiefgreifenden Reformen.

Nirgendwo finden sich begeisternde Vorbilder oder gar „Meister“, die Halt geben, keine Lehrer, die Schulen begründen, sondern eher 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<sup>46</sup>. 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 nostalgisches Relikt<sup>47</sup>.

Die Zahl der Absolventen des Medizinstudiums ist in den letzten sechs Jahren um 23 Prozent zurückgegangen. Jährlich brechen 2400 junge Menschen das Medizinstudium ab, viele wechseln das Studienfach. Jeder zweite Medizinstudent wird später nicht als Arzt arbeiten, sondern in nichtkurative Berufe ausweichen wie Pharmaindustrie, Krankenhausmanagement, Unternehmensberatungen oder Forschung<sup>48</sup>. 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. Der Arzt als Distanzberuf? Wie ein vorausseilendes burn-out-Syndrom wirkt diese Entwicklung.

In diesem Spannungsfeld zwischen Kundendienst, Wissenschaftlichkeit und Kostendämpfung, in dem die Medizin zunehmend agieren muss, wird die Identitätsfindung der Beteiligten immer schwieriger. Insbesondere Berufsanfänger und jüngere Ärzte erleben die Ökonomisierung ihres Berufs als enttäuschend und traumatisch. Die Verwaltung von Krankheit scheint wichtiger zu sein als ihre Behandlung. 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<sup>49</sup>. 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 schwieriger. Das Resultat ist eine auffallende Aphasie der Handelnden, was ihr Selbstverständnis angeht, und ein kompensatorisches Getriebensein mit Tunnelblick. Wer den Klinikalltag tretmühenhart erlebt, schleift sich selbst allmählich bis zur Farblosigkeit ab. Der amerikanische Assistenzarzt Frank Huyler beschreibt dieses Phänomen in seinem Buch „Notaufnahme. Geschichten zwischen Leben und Tod“ folgendermaßen: „Keine großen Einsichten, keine besondere Freundlichkeit, keine ungewöhnlichen Fähigkeiten, kein Anzeichen von Zufriedenheit oder Einsamkeit, keine Spur von Visionen oder Träumen ...“<sup>50</sup>.

### **Reform des Medizinstudiums?**

Die neue Approbationsordnung soll eine der umfangreichsten Reformen des Studiums seit 1970 bewirken. Ziel ist es, für die Studierenden einen stärkeren Praxisbezug bereits ab Beginn des Studiums anzuvisieren. Kernstücke der Reform sind eine Akzentuierung des Kleingruppenunterrichts, eine bessere Verzahnung von vorklinischem (theoretischem) mit klinischem (praktischem) Unterricht und Wissen und ein verstärkt fächerübergreifend Unterricht. Zugleich soll die Vermittlung sozialer Kompetenzen nachhaltig gefördert werden. In sog. Querschnittsbereichen sollen die Inhalte themenbezogen, patientenausgerichtet, problemorientiert und fächerverbindend vermittelt werden. Prävention, Gesundheitsförderung, Medizinethik und vor allem die Allgemeinmedizin sollen besser in den Unterricht einbezogen

werden<sup>51</sup>.

Diese Reformansätze sind alles in allem zu begrüßen. Sie könnten die Vermittlung von theoretischem Wissen und auch praktischen Fähigkeiten durchaus verbessern. Der Schwachpunkt aber wird dort deutlich, wo es um die Vermittlung einer ärztlichen Grundhaltung geht, die ihre Grenzen nicht in naturwissenschaftlichen Fakten findet sondern ausgerichtet ist auf den jeweils einen Patienten aus „Fleisch und Blut“, die die Selbstausslegung seines Krankseins in die Entscheidungsfindungen einbezieht und die versucht, der Einmaligkeit seines Leidens gerecht zu werden.

Dieses Grundproblem der neuen Approbationsordnung wird jetzt schon deutlich. In einem Kommentar zu den Reformansätzen heißt es: „Für die Vermittlung einer adäquaten emotionalen und ethischen Haltung werden vermehrt Vorlesungen und Seminare angeboten sowie entsprechende Abteilungen eingerichtet. Dabei ist unstrittig, dass der Umgang mit Patienten und Krankheit immer noch durch die Vorbildfunktion älterer Kollegen und Vorgesetzter vermittelt wird (oder nicht), nicht aber theoretisch beigebracht werden“<sup>52</sup>.

### **Auf der Suche nach dem „Neuen Arzt“**

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

Der Philosoph Ludwig Wittgenstein kommt zu der Erkenntnis: „Die Grenzen meiner Sprache sind die Grenzen meiner Welt“<sup>53</sup>. 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<sup>54</sup>.

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<sup>55</sup>.

Ich sehe aber auch, dass der Weg dahin schwierig und in seinem Verlauf in weiten Teilen noch zu beschreiben ist.

### **Literatur:**

<sup>1</sup> Geisler, L.: Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch. 4. Auflage. pmi AG. Verlag Frankfurt/Main. 2002.

URL: <http://www.linus-geisler.de/monografien/monograf.html#ap>

<sup>2</sup> Stein, R.: Gespräch in der Sprechstunde vernachlässigt. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 06.12.2000, Nr. 284, S. N3

<sup>3</sup> v. Lutterotti M.: Sprachlose Medizin. Von der Funktion des Gesprächs in der ärztlichen Praxis. Referate des fünfzehnten Ärztetages im Bistum Essen. Verlag Wort und Werk, St. Augustin, 1982.

<sup>4</sup> Watzlawick, P, Beavin J H, D D Jackson: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. H. Huber, Göttingen. 2000.

<sup>5</sup> Schmidt G., Platons Vernunftkritik oder die Doppelrolle des Sokrates im Dialog "Charmides". Würzburg. 1985.

<sup>6</sup> Geisler, L.: Arzt und Patient im Zeitalter der High-Tech-Medizin. Nieren- und Hochdruckkrankheiten, 19, 10 (1990) 466 - 472

<sup>7</sup> Das Gespräch mit dem Arzt hat für Patienten die höchste Priorität. Ärzte Zeitung, 28.02.2001

URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/02/28/038a0101.asp>

<sup>8</sup> Little, P, Everitt H, Williamson J, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne Sh: Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ 24.02.2001; 322:468-472

URL: <http://bmj.com/cgi/reprint/322/7284/468.pdf>

<sup>9</sup> Dierks, M. L. et al.: Patientensouveränität - Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. Stuttgart. 2001.

- 
- <sup>10</sup> Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J.: Influence of Context Effects on Health Outcomes: A Systematic Review. *The Lancet* 357 (2001): 757–762.
- <sup>11</sup> Harris SR, Templeton E. Who's Listening? Experiences of Women with Breast Cancer in Communicating with Physicians. *Breasts J* 2001 Nov-Dec; 7(6): 444-9
- <sup>12</sup> Kerr, J., Engel J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D: Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Annals of Oncology* 14: 421-427, 2003.
- <sup>13</sup> Lown, B.: Die verlorene Kunst des Heilens. Schattauer, Stuttgart New York. 2002. S. 103
- <sup>14</sup> 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.
- <sup>15</sup> 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 - URL: [http://www.aerztekammer-berlin.de/10\\_Aktuelles/18\\_BERLINER\\_AERZTE/BAethemen/05mai02/10ErgFrageb.html](http://www.aerztekammer-berlin.de/10_Aktuelles/18_BERLINER_AERZTE/BAethemen/05mai02/10ErgFrageb.html)
- <sup>16</sup> Maguire, P., C. Piceathly: Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 325, 2002, S. 697-700. URL: <http://bmj.com/cgi/reprint/325/7366/697.pdf>
- <sup>17</sup> Maguire P, C Pitceathly: aaO (16)
- <sup>18</sup> Buddeberg C, Willi J, (Hrsg): *Psychosoziale Medizin*, 2. Aufl. Springer Berlin Heidelberg New York 1998.
- <sup>19</sup> Dörner, K.: *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart. 2001. S. 83
- <sup>20</sup> Böker, W.: Arzt-Patient-Beziehung: Der fragmentierte Patient. *Deutsches Ärzteblatt* 100, 06.01.2003, S. A-24 URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=35041>
- <sup>21</sup> zit. n. Schernus, R.: Abschied von der Kunst des Indirekten - oder: Umwege werden nicht bezahlt. In: J. Blume et al (Hrsg.): *Ökonomie ohne Menschen? Neumünster. Paranus*. 1997.
- <sup>22</sup> Ritschl, D.: Das "Storykonzept" in der medizinischen Ethik, in Hans-Martin Sass (Hrsg.): *Güterabwägungen in der Medizin*, Heidelberg 1990, S.156-167.
- <sup>23</sup> Frank, A.: *The wounded storyteller. Body, Illness and Ethics*. University of Chicago Press. 1995
- <sup>24</sup> Lalouschek J.: *Ärztliche Gesprächsausbildung*. Radolfzell. 2002 URL: <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/lalouschek.htm>
- <sup>25</sup> Heidegger, M.: *Sein und Zeit. Jahrbuch der Philosophie und phänomenologischen Forschung*. 1927
- <sup>26</sup> Hegel, G.W.F.: zit. n. Stierlin, H.: Zwischen Sprachwagnis und Sprachwirmis. In Watzlawick, P., P. Krieg (Hrsg.): *Das Auge des Betrachters*. Piper. München - Zürich 1991.
- <sup>27</sup> Gadamer, H.-G.: *Wahrheit und Methode*. Tübingen, 1960.
- <sup>28</sup> Jaspers, K.: *Der Arzt im technischen Zeitalter*. *Klin. Wschr.* 36 (1958), 1037-1043
- <sup>29</sup> Deveugele, M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer D: Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, 325, 31. August 2002. S. 1-6 URL: <http://bmj.com/cgi/reprint/325/7362/472.pdf>
- <sup>30</sup> Geisler, L. S.: *Sprachlose Medizin? Das Verschwinden des Dialogischen*. *Imago Hominis*, Wien 1997, Band IV/Nr. 1, S. 47-55 - URL: [http://www.linus-geisler.de/artikel/97imagohominis\\_sprachlose.html](http://www.linus-geisler.de/artikel/97imagohominis_sprachlose.html)
- <sup>31</sup> Buber, M.: *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg. 1979.
- <sup>32</sup> Langemeyer, B.: *Die Entdeckung des Dialogischen in den menschlichen Beziehungen*. In: *Sprachlose Medizin? Referate des fünfzehnten Ärztetages im Bistum Essen*. Verlag Wort und Werk, St. Augustin, 1982.
- <sup>33</sup> Trüb, H.: *Heilung aus der Begegnung*. Stuttgart 1952
- <sup>34</sup> Gadamer, H.G., P. Vogler: *Neue Anthropologie*. Thieme Verlag Stuttgart. 1975
- <sup>35</sup> Heinisch K J (Hg.): *Kaiser Friedrich II. Sein Leben in zeitgenössischen Berichten*. München 1994, S. 196-200: "Denn sie könnten nicht leben ohne das Händeklatschen und Winken, das fröhliche Lächeln und die Koseworte ihrer Ammen und Nährerinnen ..."
- <sup>36</sup> Watzlawick, P., J.H. Beavin, D.D. Jackson: *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern, Stuttgart, Wien. 1974
- <sup>37</sup> Kampits, P.: *Das dialogische Prinzip in der Arzt-Patient-Beziehung*. Passau. 1996.
- <sup>38</sup> Haker H: *Feministische Bioethik*. In: Düwell M, K Steigleder (Hg): *Bioethik. Eine Einführung*. Suhrkamp Frankfurt/Main. 2003. S. 168-183.
- <sup>39</sup> *Persönliche Mitteilung der Mutter*. 2003
- <sup>40</sup> Tausch, A.: *Gespräche gegen die Angst*. Rowohlt, Reinbek, 1997.
- <sup>41</sup> Lown, B.: *Die verlorene Kunst des Heilens*. Schattauer, Stuttgart New York. 2002. S. 103
- <sup>42</sup> Katz, J.: *The Silent World of Doctor and Patient*. New York. 1984.
- <sup>43</sup> *Ärzte Zeitung*, 30.05.2001: *Studium: Patientengespräche immer unwichtiger*. URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/05/30/099a2004.asp?nproductid=1653&narticleid=162757>
- <sup>44</sup> Helmich, P. et al.: *Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung*. Springer Verlag. Heidelberg. 1991. S. 123
- <sup>45</sup> Clade H: *Reform des Medizinstudiums: Ein langer Weg*. *Deutsches Ärzteblatt* 99, Heft 18, 03.05.03. Seite A -1189.
- <sup>46</sup> 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>
- <sup>47</sup> Geisler, Linus S.: *Am Horizont der Mangel*. *Frankfurter Rundschau*, 17.12.2002, S. 2 URL: <http://www.linus-geisler.de/art2002/1217fr-medizinstudium.html>
- <sup>48</sup> *Nachwuchs läuft der kurativen Medizin weg*. *Ärzte Zeitung*, 20.06.2001 URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/06/20/112a1605.asp>
- <sup>49</sup> Müller-Schubert, A.: *Ökonomisierung des Arztberufes*. *Berliner Ärzteheft* 07/2002.
- <sup>50</sup> Huyler, F.: *Notaufnahme: Geschichten zwischen Leben und Tod*. Verlag C.H. Beck, München. 2002.
- <sup>51</sup> Clade H: aaO (45)
- <sup>52</sup> Jocham D, Schulze J, Schmucker P: *Medizinstudium: Wunschzettel für die Reform*. *Deutsches Ärzteblatt* 99, Heft 14 vom 05.04.03. Seite A-912 - URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=31072>

---

<sup>53</sup> Wittgenstein, L.: Logisch-Philosophische Abhandlungen. Humanities Press, New York, 1951.

<sup>54</sup> Geisler, L. S.: "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)

<sup>55</sup> Geisler, L. S.: Plädoyer für einen "Neuen Arzt" - Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Dr. med. Mabuse, Nr. 142, 28. Jahrgang, März/April 2003, S. 34-37. - URL: <http://www.linus-geisler.de/art2003/03mabuse-arzt.html>