

Linus S. Geisler: „Unhappy Doctors“ – Wandel im Verhältnis zwischen Beruf, Patienten, Gesellschaft

Vortrag anlässlich des Kammerkolloquiums der Ärztekammer Nordrhein: Damit der Job nicht krank macht – Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten. Düsseldorf, 22. August 2009.

URL: http://www.linus-geisler.de/vortraege/0908aekno_unhappy-doctors.html

„Unhappy Doctors“ – Wandel im Verhältnis zwischen Beruf, Patienten, Gesellschaft

Linus S. Geisler

Im Mai 2001 war ein ganzes Heft des BMJ dem Thema „Unhappy Doctors“ als weltweites Phänomen gewidmet¹.

Die Resonanz des Artikels war überwältigend. Er schien das Lebensgefühl vieler Ärzte sozusagen ins Mark getroffen zu haben. An die hundert Leserzuschriften von Ärzten nahmen zu dem Editorial von Richard Smith Stellung.

Unglückliche Ärzte – ein schlimmer Befund. Denn es ist anzunehmen, dass unglückliche Ärzte keine glücklichen Patienten haben können, und unglückliche Patienten ihre Ärzte nicht glücklich machen können – ein verhängnisvoller *Circulus vitiosus*. Chronisch unglücklich zu sein, muss sich auch negativ auf die Arztgesundheit auswirken.

Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten sind nicht nur Beschreibungen der Befindlichkeit eines Berufsstandes, sondern sie scheinen auch praktische Implikationen zu entfalten. So gibt es Hinweise darauf, dass sie Auswirkungen auf die Therapie-Ädhärenz (früher Compliance) der Patienten haben.

Natürlich ist nicht davon auszugehen, dass *alle* Ärzte unglücklich sind, denn in allen Systemen finden sich auch mehr oder minder viele glückliche Ärzte. Auch scheinen nicht alle Gruppen innerhalb der Ärzteschaft gleichmäßig betroffen zu sein. In den Führungspositionen finden sich weniger unglückliche Kollegen als bei den angestellten Mitarbeitern mit Zeitverträgen. Und Chirurgen scheinen vor Unglück viel stärker gefeit zu sein als beispielsweise Internisten. Schließlich gibt es regionale Unterschiede: So soll das Phänomen der „Unhappy Doctors“ in Norwegen kaum vorkommen.

Dies alles darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass breite Schichten der Ärzteschaft in ihrem Beruf nicht glücklich sind.

Bevor eine Ursachenanalyse versucht wird, scheint es jedoch sinnvoll zu sein, sich mit dem Begriff „Unhappy Doctors“ auseinanderzusetzen. Die Frage ist, ob „Unhappy Doctors“ mit „unglückliche Ärzte“ zutreffend übersetzt ist. Ich habe Zweifel. Unhappy bedeutet im Englischen ja nicht nur unglücklich, sondern auch betrübt, elend oder unzufrieden. Ich mutmaße, dass unglücklich in unserem Zusammenhang eher etwas ausdrücken soll, was schon Freud in seiner Schrift: *Das Unbehagen in der Kultur* so genannt hat: ein Unbehagen an einem Status quo, das vielfältige Wurzeln hat und eher ein ungutes Lebensgefühl benennen soll.

Dieses Unbehagen trifft uns freilich in der Breite wie in der Tiefe unseres Lebensgefühls. Es wirkt sich auf unsere Berufszufriedenheit aus, unseren Elan, unsere Perspektiven in Beruf

¹ Smith R: Why are doctors so unhappy? BMJ Volume 322 5 May 2001 1073-1074

und Privatleben, es macht uns zu Wesen, die alles in allem anders sind und anders leben, leben müssen als das, was wir als Projektion des Arztberufes ursprünglich vor Augen hatten.

Im Übrigen, da es auch glückliche Ärzte gibt, stellt sich die uralte Frage danach, was Glück ist. Die Antworten füllen Bibliotheken, was gegen einen breiten Konsens spricht. Besonders nachdenkenswert ist für mich die Definition von Glück, die Gottfried Benn in seinem Gedicht „Eure Etüden“ gibt. Er schreibt dort:

„... dumm sein und Arbeit haben:
das ist das Glück.“

Bezieht man diese Glücksdefinition auf Ärzte in der heutigen Zeit, dann scheinen diese allerdings kaum zum Glück prädestiniert zu sein.

Dieses als Unglück apostrophierte Unbehagen ist sehr komplexer Natur. Es nur durch hohe Arbeitsbelastung und inadäquate Bezahlung erklären zu wollen, greift zu kurz.

Es gibt in jedem Arzt, der gewillt ist, seinen Beruf ernsthaft auszuüben, den Bedürfnissen seiner Patienten gerecht zu werden, primär ihr Wohl im Auge zu haben, ein nahezu zeitloses Bild des Arztes, eine quasi archaische Vorstellung vom guten Arzt. Nicht immer ist er sich dieses Arztbildes bewusst. Es kann verschüttet oder verdrängt sein, aber nicht ausgelöscht werden. Es mag historische und kulturelle Einflüsse geben, die dieses innere Arztbild mitbestimmen, dennoch bleibt ein Kern, der sich nicht wandelt.

Am ehesten sind wir uns dieses Arztbildes bewusst, wenn wir beginnen unseren Beruf zu erlernen oder wenn wir anderen Ärzten begegnen, die dieses Bild beispielhaft leben.

Deswegen sind Ausbildung und Vorbilder für die Sozialisation des Arztes von eminenter und unverzichtbarer Wirkung.

Je mehr wir uns in unserem ärztlichen Handeln, Denken und Streben von diesem inneren Arzt entfernen, je größer die Differenz zwischen ihm und der Wirklichkeit wird, desto stärker entwickelt sich in uns ein Spannungsbogen, der für unser Unglücklichsein oder Unbehagen verantwortlich ist.

Alles was die Wirklichkeit des ärztlichen Lebens in Widerspruch zu dem zeitlosen Arzt in uns bringt, verstärkt diese verhängnisvolle Spannung, macht uns unzufrieden, freudlos und vielleicht auch krank. Alles was geeignet ist, diesen Widerspruch zu verringern, kann zur beruflichen und persönlichen Zufriedenheit beitragen. Dieser Auftrag kann nicht einseitig adressiert werden: Er richtet sich an uns und unsere Lehrer, an unsere Patienten, an die politisch für das Gesundheitssystem Verantwortlichen, an die Gesellschaft mit ihren Ansprüchen und Utopien.

Insbesondere Berufsanfänger und jüngere Ärzte erleben die Ökonomisierung ihres Berufs als enttäuschend und traumatisch. Eine junge Kollegin schreibt, als „Geschichtenerzähler oder Jongleur“ komme sie sich vor, 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.

Vorgesetzte als Vorbilder haben Seltenheitswert. Eher stellt sich das Gefühl ein, gerade von ihnen in Stich gelassen zu werden. Eine junge Kollegin, die ihren Chef um Rat bat, weil sie mit ihrer Arbeit nicht zurande kam, erhielt die knappe Empfehlung: „Dann reden Sie einfach weniger mit Ihren Patienten.“

„Man wird verbittert und verliert seine Menschlichkeit“ ist das Resümee eines Medizinstudenten im Rahmen einer Befragung der Uni Bochum. Ein anderer Studienteilnehmer stellt bündig fest: „Medizin studieren ist Masochismus“ ein verheerendes

Fazit, da es als sicher gelten kann, dass die meisten Studienanfänger im Fach Medizin primär psychosozial interessiert und altruistisch ausgerichtet sind.

Eine Befragung im Auftrag des NAV-Virchow-Bundes unter 5 750 niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachgruppen 2002² ergab über deren berufliche Belastungen und ihr Befinden folgendes Bild:

- Durchschnittlich arbeiten die Ärzte 55 Stunden in der Woche und versorgen 255 Patienten.
- 59 Prozent der Ärzte geben an, ausgelaugt zu sein,
- 49 Prozent haben Schlafdefizite, und
- 57 Prozent essen nicht regelmäßig.
- 20 Prozent sind oft sehr verzweifelt, und
- 26 Prozent würden am liebsten alles hinwerfen.
- Das Privatleben wird bei 69 Prozent der niedergelassenen Ärzte als unbefriedigend beschrieben, und
- nur 21 Prozent haben genügend Zeit zur Wahrnehmung persönlicher Interessen.

Sehen so glückliche Ärzte aus?

40-50 Prozent der approbierten Ärztinnen und Ärzte landen in nichtkurativen Sparten der Medizin: Gesundheitsökonomie, Forschung, Pharmaindustrie. Patientenferne als Fluchtweg vor einer beängstigenden Realität in Klinik und Praxis?

Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems greift unvermeidbar tief in die Arzt-Patient-Beziehung ein.

Die Diagnosebildung, die klassischerweise auf sorgfältiger Anamneseerhebung, körperlicher Untersuchung und technischer Diagnostik beruht, wird mehr und mehr durch andere, nichtmedizinische, nämlich ökonomische Determinanten mitbestimmt, die kaum mehr im Interesse des Patienten, wohl aber des Krankenträgers oder der Kassen liegen. Nichtärztliche Faktoren interferieren bei Diagnosestellung und Therapie:

- Das Interesse der Kassen wächst, möglichst viele Kassenmitglieder mit komplizierten chronischen Krankheiten zu versichern, um vermehrt aus dem Gesundheitsfond Mittel abzuschöpfen. Der Druck auf die behandelnden Ärzte durch immer ausgefeiltere Codifizierung aus unkomplizierten chronisch Kranken, solche mit möglichst vielen Komplikationen und Nebenbefunden zu „erzeugen“ wächst. Das Schlagwort von den „Papier-Chronikern“, die den Gesundheitsfond zusätzlich belasten, ist in der Diskussion.
- Das DRG-System (Diagnosis Related Groups, d. h. diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnet ein im Kern ökonomisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet wurden. Diagnosen werden nunmehr codiert, nicht gestellt.
Es gibt berechtigte Zweifel daran, ob dieses aufwendige System sowohl das Diagnosespektrum wie auch die tatsächliche Behandlung zutreffend abbildet. Die Diagnosestellung als primär ärztliche Leistung interferiert nun erstmalig in wenig transparenter und fragwürdiger Weise mit ökonomischen Interessen.

Unter den ökonomischen Einflüssen spielt der Wettbewerb für Lebensgefühl und Berufszufriedenheit vor allem der Klinikärzte eine wesentliche Rolle. Wettbewerb in der

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.

Medizin ist politisch gewollt, wird gefördert und ist längst Realität³. Devise: Was sich nicht rechnet, findet nicht statt. Empathie, Zuwendung, Eingehen auf den Kranken – rechnen sie sich? Menschliches Einfühlungsvermögen und Zuwendung sind nicht ökonomisierbar. Und überall wo es in der Ökonomie Gewinner gibt, gibt es zwangsläufig auch Verlierer. Meistens sind es die Schwächsten im System: die Patienten aber auch die Ärzte.

Kostendämpfung wird zum vorrangigen gesundheitspolitischen Ziel.

Die persönliche Begegnung mit dem kranken Menschen wird durch Arbeitsdichte, Druck zur Kostensenkung und „Verschlankung“ von Leistungen behindert. Dabei ist sicher, dass Personalmangel und Überforderung das höchste Risiko für die Patientensicherheit darstellen.

Schon heute ist, nach Befragungen, die Sorge der Patienten groß, dass der Arzt der Zukunft viel mehr Gesundheitsmanager und Gesundheitsökonom als Therapeut und Heiler sein wird.

Der amerikanische Professionssoziologe Eliot Freidson hat Autonomie als die entscheidende Energiequelle jeder Profession herausgefunden: The very soul of professionalism. Aber der Gestaltungsspielraum in den Heilberufen wird enger und enger.

Hohe Verantwortung und geringe Kontrollmöglichkeiten kennzeichnen die berufliche Realität.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient, so die englischen Autoren Kornacki und Silversin, beruhe auf einem falschen Bündnis⁴:

Die falsche Beziehung aus Sicht der Patienten

- Die moderne Medizin leistet Bemerkenswertes: Sie kann viele meiner Probleme lösen
- Du, der Arzt, kannst in mich hineinsehen und erkennst, was falsch ist
- Du weißt alles, was man wissen muss
- Du kannst meine Probleme lösen, sogar meine sozialen Probleme
- Daher gewähren wir dir einen hohen Status und ein gutes Einkommen.

Die falsche Beziehung aus Sicht der Ärzte

- Die moderne Medizin hat ihre Grenzen
- Noch schlimmer: sie ist gefährlich
- Wir können nicht alle Probleme lösen, besonders nicht die sozialen
- Ich weiß nicht alles, aber ich weiß, wie schwierig vieles ist
- Die Balance zwischen Helfen und Schaden ist schwierig
- Ich halte hierzu lieber meinen Mund, um meine Patienten nicht zu enttäuschen und meinen Status nicht zu gefährden

Der Vorschlag von Kornacki und Silversin für eine neue Beziehung lautet:

Patienten und Ärzte wissen gleichermaßen:

- Tod, Krankheit und Schmerzen sind Teil des Lebens
- Medizin hat ihre beschränkten Möglichkeiten, besonders beim Lösen sozialer Probleme und ist zudem riskant

³ Leidner O: Wettbewerb im Gesundheitswesen: Was sich nicht rechnet, findet nicht statt. Dtsch. Ärzteblatt 2009; 106, Heft 28-29, 1208-1212

⁴ Edwards H, Kornacki M J, Silversin J: Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ. 2002 April 6; 324(7341): 835–838.

- Ärzte wissen nicht alles: Sie brauchen Unterstützung bei der Entscheidungsfindung sowie psychologische Hilfen
- Wir sitzen alle in einem Boot
- Patienten können ihre Probleme nicht bei Ärzten abgeben
- Ärzte sollten ihre Grenzen kennen
- Politiker sollten blumige Versprechungen unterlassen und sich mit der Realität auseinandersetzen.

Die Inhalte dieser „neuen“ Beziehung erscheinen durchaus überlegenswert, ihre Vermittlung allerdings (wie? durch wen?) wird nicht leicht sein.

Eine Patentlösung wird es nicht geben, nicht geben können. Ökonomisierung ist bei dem wirtschaftlichen Umfang des Gesundheitswesens nicht mehr verzichtbar. Es wird also vorwiegend um Begrenzungen gehen müssen. Grenzen sind dort erreicht, wo das primäre Ziel der Medizin, zu heilen oder zumindest zu helfen, aufgeweicht wird, wo der Patient nicht mehr Subjekt, sondern nur noch Objekt ist.

Als Ärzte sollten wir nicht nur immer fragen, wer und was alles zusammenwirken muss, um ein Klima in der Medizin zu verhindern, das unglücklich macht und lähmendes Unbehagen auslöst. Hier lassen sich viele Gruppen und Faktoren benennen. Wir müssen zuerst fragen, was wir selbst beitragen können.

Dazu wird es zunächst nötig sein, sich selbst und die eigene Profession kritisch zu analysieren. In einem der am meisten gelesenen Artikel des Deutschen Ärzteblattes hat der Arzt und Politologe Ekkehard Ruebsam-Simon 2002 ein Psychogramm des deutschen Arztes erstellt, das sicher nicht perfekt ist, aber der Realität in einer Weise nahe kommt, dass sie hilfreiche Folgerungen in Aussicht stellt⁵:

- Individuation und Sozialisation der Ärzte fördern *isolierte* und *autistische* Verhaltensmuster.
- *Angstgesteuertes* Verhalten und Mangel an *Zivilcourage* sind bestimmende Reaktionen.
- Es finden sich Züge, die an das anklingen, was Erich Fromm als „Die *Furcht* vor der Freiheit“ beschrieben hat.
- *Solidarische* Verhaltensweisen tun sich schwer.
- Der Mut zur *Opposition* ist wenig ausgebildet.
- *Politisches Engagement* in einem ausgeprägt politisch bestimmten Beruf ist selten. Unter den rund 600 Bundestagsabgeordneten der letzten Legislaturperiode waren vier Ärzte, aber über 80 Juristen und über 70 Lehrer.
- In *Wirtschaftsfragen* sind Ärzte zumeist erschreckend unerfahren.
- In den Kliniken herrschen *dysfunktionale Hierarchien*, die Ausbildung dort führt dementsprechend zu weiterwirkendem autoritären Verhalten.
- Das *Ausbildungssystem* in der Medizin und der ärztliche Alltag in Klinik und Praxis zeigen vielfach nur eine mangelhafte Kompatibilität.

Ein englischer Hausarzt im Ruhestand, Julian Hart, hat eine bedenkenswerte und typische Bilanz seines Berufslebens gezogen: Das Medizinstudium habe ihn nicht besonders gut auf seine Tätigkeit als Assistenzarzt im Krankenhaus vorbereitet. Die Krankenhaustätigkeit wiederum sei nur eine unzulängliche Vorbereitung auf die Aufgaben als niedergelassener Allgemeinarzt gewesen. Eigentlich habe er dreimal eine Ausbildung als Arzt beginnen müssen.

⁵ Ruebsam-Simon E: Arztberuf in der Krise: Veränderung beginnt im Kopf. Dtsch Ärztebl 2002; 99(43): A-2840 / B-2415 / C-2261

Managementqualitäten und ökonomisches Denken, juristische Grundlagen, Kenntnis ethischer Prinzipien und kommunikatives Können werden dem Arzt abverlangt, ohne dass er dafür eine systematische Ausbildung erfahren hat.

Wenn es darum geht, einem tiefgreifenden Unbehagen der Ärzteschaft in der Medizin entgegenzuwirken, stellt sich die Frage: Welcher Arzt ist gefragt? Die Antwort kann nur lauten: Der „gute Arzt“.

Der gute Arzt kennt Mut und Demut⁶. Mut heißt in erster Linie Zivilcourage. Er hat den Mut, sich einem Wandel des ärztlichen Selbstbildes auszusetzen, und ist doch couragiert genug, sich drohenden institutionellen Einbindungen und Zwängen nicht kampflos zu unterwerfen. Wo er ökonomischen Pressionen ausgesetzt ist, beachtet er das Wohl seiner Patienten und Mitstreiter als unüberschreitbare Grenze. Er ist bemüht, zwischen vernünftigen Zukunftsvisionen der Wissenschaft und Utopien zu unterscheiden, die gegen Menschenwürde und menschliches Leben gerichtet sind. Er ist demütig, oder sagen wir unpathetischer bescheiden genug, seine eigenen Grenzen und die seiner Profession anzuerkennen.

Dieser Arzt ist zuerst Anwalt seiner Kranken.

Dieser Arzt ist ein starker Arzt. Jedenfalls kann er gemeinsam mit den anderen stärker sein, als er es in einem autistischen Eigenleben je vermutet hat.

Ich weiß nicht, ob dieser Arzt *immer* glücklich sein wird. Ich bezweifle es sogar. Aber ich bin sicher, er wird weniger unglücklich sein als viele der heutigen Ärzte. Und dies wird mit Sicherheit auch seiner Gesundheit zugutekommen und der Zufriedenheit seiner Patienten.

© beim Autor

⁶ Geisler LS: Der gute Arzt. Auf der Suche nach einem verlorenen Ideal? Symposium am 24. März 2004 in Werneck. http://www.linus-geisler.de/vortraege/0403guter_arzt.html