

ÄRZTETAG 2017



***Arztbild
im Wandel***

**Persönliche Herausforderung
zwischen Ideal und
Versorgungsrealität**

Dokumentation


Erzbistum
Paderborn

Inhaltsverzeichnis

Erzbischof Hans-Josef Becker

Arztbild im Wandel – Persönliche Herausforderung
zwischen Ideal und Versorgungsrealität
Eröffnungsworte 4

Prof. Dr. theol. Franziskus Knoll OP

Der Arzt: Im Spagat zwischen Vor-Gabe und Auf-Gabe 8

Prof. Dr. med. Frank Mader

Angekommen. Aber auch am Ziel? Allgemeinmedizin
zwischen Fach, Funktion und Zukunftsvisionen 25

Dr. med. Doris Dorsel

Heilkunst braucht Sprachkunst – Überlegungen
zur ärztlichen Kommunikation 38

Biographische Hinweise zu den Referenten 51

Dokumentationen der Ärztetage 52

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Redaktion: Dr. Werner Sosna
Domplatz 3
33098 Paderborn

Arztbild im Wandel – Persönliche Herausforderung zwischen Ideal und Versorgungsrealität

Eröffnungsworte
von Erzbischof Hans-Josef Becker

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitbrüder!

Ihnen allen ein herzliches Willkommen zu unserem diesjährigen Ärztetag hier im Heinz Nixdorf MuseumsForum. Ich freue mich sehr, dass Sie die Einladung zu diesem interdisziplinären Forum angenommen haben. Es ist für mich ein besonderes Zeichen Ihrer Wertschätzung für die gemeinsame Bemühung von Ärzteschaft und Kirche um medizinethische Fragestellungen, die uns gesellschaftlich aktuell herausfordern.

Wir haben unsere heutige Tagung „Arztbild im Wandel“ überschrieben. Das mag angesichts der gravierenden Veränderungen, die wir ja seit Jahrzehnten im Gesundheitswesen erleben, nicht gerade spektakulär klingen. Denn Wandel bedeutet auch immer Entwicklung und ohne Entwicklung wäre die Medizin als Heilkunst und die damit vorhandenen Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung in unserem Land so nicht gegeben. Das macht die Versorgung von Patienten auf einem hohen Qualitätsniveau nicht nur möglich, sondern spiegelt sich auch im ärztlichen Selbstverständnis, eine ebensolche Versorgung leisten zu wollen¹.

Dennoch wissen wir alle, dass uns bestimmte Formen des Wandels auch problematisch erscheinen können und uns unausweichlich vor neue Aufgaben stellen. Die zwei großen Schlagworte der Ökonomisierung und der Technisierung in der Medizin lassen ja schon länger aufhorchen und stehen für ein ganzes Bündel an Problemanzeigen, die bis heute virulent sind. Sparzwänge im Gesundheitswesen, fehlende Zeitressourcen, Allokationsprobleme und ein erhöhter Verwaltungsaufwand sorgen nach wie vor für Schlagzeilen.

¹ Bruchhäuser, Iris u.a.: Aktuelle Befragungsprojekte der Landesärztekammer Hessen zum ärztlichen Nachwuchs, Hessisches Ärzteblatt 5/2015

Auf der anderen Seite stehen wir vor gesellschaftlichen Entwicklungen, die eine ganz eigene Dynamik entfalten. Es ist längst kein Geheimnis mehr, dass durch die demographische Entwicklung die Behandlung älterer Patienten und chronischer Krankheiten unausweichlich zunehmen wird. In einem Statement der Ärztekammer Westfalen-Lippe, das erst vor drei Monaten veröffentlicht wurde, mahnt ihr Präsident Dr. Ludwig Windhorst diese Situation als eine der großen Herausforderungen für die Zukunft an und unterstreicht den dringenden Handlungsbedarf mit den Worten: „Im Bereich der Patientenversorgung im Alter gibt es weitaus mehr offene Fragen als Antworten.“²

Die Problematik verschärft sich dort, wo zum Beispiel ländliche Regionen zusätzlich einen Mangel an Ärzten beklagen und Patienten aller Altersgruppen betroffen sind. Die problematische Entwicklung wird seit Jahren unter dem Stichwort „Stadt-Land-Gefälle“ thematisiert. Eine Studie der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2015 belegt diese Ungleichverteilung der fachärztlichen Professionen in Deutschland, obwohl wir mit einer Ärztedichte von 3,8 auf 1000 Einwohner im oberen Drittel des Vergleichs liegen. Erfasst wurde die Ärztedichte in den Mitgliedsländern der „Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit“ (OECD), also in Ländern mit hohem Pro-Kopf-Einkommen³. Auch hier stellt Kammerpräsident Dr. Windhorst fest, dass der künftige Bedarf in der hausärztlichen Versorgung noch nicht gedeckt ist⁴.

Natürlich spielen im Blick auf das sogenannte Stadt-Land-Gefälle ganz unterschiedliche Kriterien eine Rolle, und es wird wahrscheinlich kein Patentrezept dafür geben, diese Problematik zu lösen. Dennoch sind diese Fragen zur Nähe und Erreichbarkeit ärztlicher Dienste aus der Sicht des Patienten von hoher Dringlichkeit. So sollte der Wunsch vieler Patienten nach einer wohnortnahen und bedarfsgerechten ambulanten Versorgung nicht ungehört bleiben. Und vielleicht führt gerade diese Wahrnehmung zu einer medizinischen Versorgungskultur in unserem Land, die mit bisher ungewohnten und neuen Versorgungsmodellen operiert, dadurch aber für

² Dr. Ludwig Windhorst: Geriatrische Versorgung braucht klare Struktur. Hausarzt-Kompetenz darf nicht ausgehöhlt werden, in: Westfälisches Ärzteblatt 08/2017, Editorial; dazu auch Klaus Decker: Trendwende geschafft, Ziel noch nicht erreicht: Mehr Fachärzte für sichere und wohnortnahe Patientenversorgung, in: Presseinformation der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 31.01.2017

³ Mitteilung der Bertelsmann Stiftung vom 24.03.2015: Faktencheck Ärztedichte

⁴ Vgl. dazu Klaus Decker: Trendwende geschafft, Ziel noch nicht erreicht: Mehr Fachärzte für sichere und wohnortnahe Patientenversorgung, in: Presseinformation der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 31.01.2017

viele Menschen zum Segen werden kann. Wohin steuert also die Medizin, welche Antworten werden sich als zukunftsweisend herausstellen, um mit den gesellschaftlichen Wandel Schritt halten zu können?

Diese Frage ergibt sich nicht nur im Blick auf das Leistungspotential der Medizin, um zum Beispiel durch den Einsatz elektronischer Medien die Patientenversorgung zu unterstützen, wie es im Zeitalter der Digitalisierung aller Lebensbereiche und Berufsfelder unumgänglich erscheint. Der Einsatz neuer technischer Möglichkeiten ist ethisch immer geboten, wenn es das Arzt-Patienten-Verhältnis unterstützt und stärkt.

Deshalb ist die Frage, welche Antworten sich für die Zukunft als hilfreich erweisen, ohne den Blick auf die personale Dimension des Geschehens wohl kaum zu beantworten. Denn das zentrale Gut, um das es bei allen Fragen immer wieder geht, bleibt das Vertrauensverhältnis zum Arzt. Es wird Sie wahrscheinlich nicht verwundern und die Zahlen sind Ihnen vielleicht längst bekannt, dass für 90 % aller Patienten das Vertrauen zu ihrem Arzt ein wichtiges Kriterium bildet⁵ und es damit prozentual vor allen anderen Aspekten rangiert.

Mit der Zuwendung zum gebrechlichen Leben des Menschen zeigen Sie – jede Ärztin, jeder Arzt – dass Medizin immer auch ein Beziehungsgeschehen bleibt, in dem Ihre ärztliche Identität wurzelt. Ihr ärztlicher Kollege Prof. Giovanni Maio formuliert es mit den Worten: „Die Existenz und Eigenart des Arztberufes gehört zu den ursprünglichsten Elementen der menschlichen Kultur. Arztsein beginnt genau dort und nur dort, wo es dem Menschen um das Wohl des Kranken geht. So stellt die bedingungslose Zuwendung den Kern dessen dar, was Medizin ausmacht“⁶.

Wir haben unsere heutige Tagung unter die Überschrift gestellt: „Arztbild im Wandel – Persönliche Herausforderung zwischen Ideal und Versorgungsrealität“. Persönliche Herausforderung: denn in Ihnen als individuelle Person kommen die unterschiedlichen Ansprüche zusammen, vor die Sie in Ihrem Berufsleben als Arzt oder Ärztin gestellt sind. Wie wirken sich diese Ansprüche aus, wenn – ich darf mich an dieser Stelle an den Titel des ersten Referates anlehnen – die Auf-Gaben durch die Vor-Gaben aus der Balance geraten? Wie lässt sich Ihr ursprüngliches Ideal stabilisieren,

von einer Motivation für das Wohl des Kranken geleitet zu sein und nicht nur Dienstpläne zu erfüllen?

In der Begegnung mit dem leidenden Menschen zeigen Sie als Ärzte und Ärztinnen in unserer Gesellschaft tagtäglich die Medizin in ihrer zentralen Identität als Institution der Hilfe auf. Dies setzt jedoch voraus, dass Sie erreichbar und ansprechbar bleiben und trotz aller zusätzlichen Belastungen in einer gelingenden Kommunikation mit dem Patienten stehen. Angesichts der unterschiedlichen Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsversorgung stellen sich hier zentrale ethische Fragen, wie der damit einhergehende Wandel gestaltet werden kann und soll.

An dieser Stelle möchte ich Ihrem Kollegen Dr. Gerhard Markus für seine über 30-jährige Tätigkeit in der Planungsgruppe meinen besonderen Dank aussprechen. Er hat den Ärztetag des Erzbistums Paderborn seit seinem Beginn im Jahr 1985 ideenkräftig begleitet und in der Moderation der Tagung mitgewirkt. Der Wechsel in den verdienten „Unruhestand“ sei ihm von Herzen gegönnt.

Zugleich möchte ich Ihren ärztlichen Kollegen Dr. Andreas Kirchner als seinen Nachfolger in der Planungsgruppe des Ärztetages herzlich willkommen heißen. Dr. Kirchner ist als Facharzt für Innere Medizin und Kardiologe hier in Paderborn tätig. Er ist zugleich mein Mitbruder im geistlichen Amt, denn Dr. Kirchner wurde vor 3 Jahren zum Ständigen Diakon geweiht und ist seitdem im Pastoralverbund Schloß Neuhaus eingesetzt.

Soviel zur aktuellen Personalsituation in der Planungsgruppe. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich nun mit Ihnen auf die inhaltlichen Ausführungen unserer Referenten.

⁵ Mitteilung der Bertelsmann Stiftung vom 13.09.2016: Gesundheitsmonitor

⁶ Giovanni Maio: Vom karitativen Dienst am Menschen zum Profitcenter? Zu den ethischen Grenzen der Marktorientierung in der Medizin, in: Medizinische Klinik 2008, Seite 459

Der Arzt: Im Spagat zwischen Vor-Gabe und Auf-Gabe

von Franziskus Knoll OP

1. Terminologische Annäherungen an den Gabe-Begriff

Eine Gabe gilt als eine Anlage, ein Geschenk, ein Talent, eine Begabung oder – im religiösen Sprachspiel – als ein Charisma. Eine Gabe kann aber auch im Sinne einer Widmung, einer Spende oder eines Beitrags verstanden werden. In diesem Sinne gibt dann jemand etwas weiter. Wenn vor diesem Hintergrund und im Blick auf die ärztliche Profession von „Vor-Gabe“ und „Auf-Gabe“ gesprochen wird, hat jemand – umgangssprachlich ausgedrückt – einfach das Zeug, die Kompetenz, Verantwortung oder Verpflichtung dazu, sich um das Wohl oder das Heil anderer Menschen zu sorgen.

Die Termini der Vor-Gabe und Auf-Gabe können jedoch auch anders bestimmt werden, wenn die Vorgaben Ziele definieren und Bestimmungen oder Richtlinien zu deren Verwirklichung festlegen. Auch die Auf-Gabe kann nicht nur als Berufung, Auftrag oder Pflicht gefasst werden, sondern auch als innere Resignation, Abbruch oder Verzicht. All diese Bedeutungen lassen sich ohne Weiteres in einen Bezug zur ärztlichen Profession bringen. Und nicht selten sieht sich die Ärztin oder der Arzt vor einer Art akrobatischen Übung – eben einem Spagat – durch den sie/er gegensätzliche Positionen von Vorgaben und Aufgaben zu überbrücken sucht.

2. Fremdvorgaben

Wie bereits angedeutet: Der Arztberuf und die Versorgung und Begleitung erkrankter Menschen bis hin zur akuten Lebensrettung ereignen sich im Rahmen zahlreicher (Fremd)Vorgaben, von denen im Folgenden einige exemplarisch erwähnt werden sollen, um das Spannungsfeld der berufsbedingenden Faktoren deutlich zu machen.

2.1 Verweildauerverkürzung, Fallzahlen und ärztlicher Personalstand

Der demographische Wandel und der medizinische Fortschritt führen immer wieder zu Reformbestrebungen im deutschen Gesundheitssystem. Denn: Das teuerste Glied innerhalb des Behandlungsregimes eines Kranken ist der stationäre Krankenhausaufenthalt. Daher loten Gesetzgeber und Kostenträger alle Möglichkeiten aus, um die stationären Kosten zu reduzieren. Der durch das DRG-Vergütungssystem hervorgerufene finanzielle Anreiz – man könnte auch Druck sagen – führt seitdem in den Einrichtungen zu einer sukzessiven Absenkung der Verweildauer. Während zur Zeit meiner Pflegeausbildung (1988-1991) die durchschnittliche Liegezeit noch 14 Tagen betrug, dauerte ein stationärer Aufenthalt im Jahr 2016 nur noch 7,3 Tage – ein Rückgang um 52,1%!

Zeitgleich stieg die Zahl der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten um knapp 293.200 bzw. 1,5 % auf insgesamt 19,5 Millionen. Im ärztlichen Dienst nahm die Zahl der Beschäftigten gegenüber dem Jahr 2015 um 6.000 Personen zu – davon 3.800 ärztliche Vollkräfte. In der Zusammenschau zwischen 2003 (128.853) – dem Jahr der Ablösung des Mischsystems durch das DRG-System – und 2016 (180.372) erhöhte sich damit die Zahl der ärztlichen Mitarbeiter um rund 40%.¹

2.2 Reglementierungen zur Leistungserbringung

Auch wenn Ärztinnen und Ärzte ihre Leistungen nach ihrem Gewissen erbringen und sich den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit verpflichtet wissen², findet die ärztliche Leistungserbringung doch nicht in einem luftleeren Raum statt, sondern im Rahmen diverser finanzieller, organisatorischer und struktureller Reglementierungen wie z.B. den Operationsmindestmengen. Der nachgewiesene Zusammenhang zwischen der Häufigkeit durchgeführter Operationen und der Qualität des Behandlungsergebnisses, d.h. der Erfahrung bei der Leistungserbringung und im Umgang mit Komplikationen, führte zur Vorgabe von Mindestmengen. Diese Mindestmengenvorgaben förderten wiederum regionale Konzentrationen.

¹ Vgl. Ebd. 12.

² Vgl. Ärztekammer Westfalen-Lippe (2007): Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, 3.

2.3 Fortbildungspflicht

Schließlich sind Ärztinnen und Ärzte gem. § 4 der Berufsordnung auch dazu verpflichtet, „sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.“³ Solche und andere Vorgaben gilt es zusätzlich zu den beruflichen Fremdvorgaben im engeren Sinn im Blick zu behalten und zu bedienen.

3. Der Behandlungsauftrag als ärztliche Kernaufgabe

Neben den exemplarisch erwähnten Fremdvorgaben steht die eigentliche professionelle Kernaufgabe: der Behandlungsauftrag. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe hinterlegt in ihrer Berufsordnung zu den Aufgaben des Arztes das Folgende: „Ärztliche Aufgabe ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“⁴ Damit ist der ärztliche Behandlungsauftrag so klar wie eh und je: Krankheiten sollen erkannt und nach Möglichkeiten geheilt, Beschwerden gelindert und Leben verlängert werden. Dem eigenen Gewissen verantwortlich und den Regeln der ärztlichen Kunst unterworfen sind diese Funktionen dabei vom Ort ärztlicher Tätigkeit unabhängig. Egal ob im Krankenhaus, in der lokalen Arztpraxis oder in einem Gesundheitsverbund: überall gelten die gleichen Grundsätze. Der Arzt definiert, was – oder besser: wer – noch gesund oder bereits krank ist, und definiert das entsprechende Behandlungsregime. Hinzu kommt eine ganze Reihe weiterer Pflichten wie die Schweige- und Aufklärungspflicht, die Achtung der Selbstbestimmung, das Nicht-Schaden, die Fürsorge sowie die Gerechtigkeit.⁵ Soweit zur beruflichen oder äußeren ärztlichen Aufgabe. Wie steht es aber um das innere Aufgabenerleben?

4. Aufgabe als innere Distanzierung?

Während die Zufriedenheit der Deutschen mit ihrem Gesundheitssystem und den erhaltenen medizinischen Leistungen je nach Erhebung

zwischen 50% und 75% schwankt⁶, sind dem Ärztemonitor 2016 zufolge 95% der befragten Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung hochzufrieden – und das trotz der enormen Belastungen!⁷ Zum dritten Mal nach Erhebungen in den Jahren 2012 und 2014 wurde die Situation von ca. 11.000 ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) bestimmt: „Ärzte identifizieren sich mit ihrem Beruf. Auch mit dem persönlichen Einkommen scheinen zwei Drittel durchaus zufrieden.“⁸ „Den Beruf wieder ergreifen würden immerhin 91 Prozent.“⁹ Doch die Studie zeigt auch: „Immer mehr wird persönliche Erschöpfung und ein enges Zeitkorsett für die Patientenbehandlung als negativ wahrgenommen. (...) Bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 52,2 Stunden und 44,6 Patienten am Tag fühlen sich 30% der befragten Haus- und Fachärzte durch ihre Arbeit ausgebrannt. (...) 13% der Befragten sind sogar über 65 Stunden im Dienst.“¹⁰ Zudem sehen 56% der Niedergelassenen eine der größten Herausforderungen im Blick auf die mangelnde Zeit für ihre Patienten.¹¹

Uhlig belegt in ihrer Studie aus dem Jahr 2002, dass mehr Internisten als Chirurgen unter emotionaler Erschöpfung leiden.¹² Als besondere Einflussfaktoren werden u.a. die Anzahl der Bereitschaftsdienste sowie die mangelnde Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte ausgemacht.

Hübler et al. befragten im Jahr 2009 im Auftrag der Sächsischen Landesärztekammer 25% einer Zufallsstichprobe von 14.276 registrierten Ärzten. Auch hier werden berufliche Anforderungen und Belastungen von den Befragten als sehr hoch erlebt. Nicht nur die tatsächliche Arbeitszeit liegt weit über der vertraglich festgelegten, es zeigen sich oft auch Überschneidungen zwischen Beruf und Privatleben.¹³ „Insbesondere Erschöpfung wird im Vergleich zur deutschen Normstichprobe

⁶ Vgl. PWC (2017): Healthcare Barometer 2017 (<https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/buerger-sind-zufrieden-mit-dem-deutschen-gesundheitssystem.html> am 31.10.2017); Vgl. Statista (2017): Sind sie zufrieden oder unzufrieden mit dem deutschen Gesundheitssystem? (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/572/umfrage/zufriedenheit-mit-deutschem-gesundheitssystem/> am 31.10.2017).

⁷ Vgl. Glatzl, H. (2017): Ärztemonitor: Hochzufrieden trotz enormer Belastung, 34-36.

⁸ Ebd. 34.

⁹ Korzilius, H. (2016): Ärzteumfrage, 1902.

¹⁰ Glatzl, H. (2017): Ärztemonitor, 34.

¹¹ Vgl. Ebd.36.

¹² Vgl. Uhlig, M. (2002): Berufliche Belastung und Beanspruchung bei Krankenhausärzten und -ärztinnen, 100.

¹³ Vgl. Hübler, A. et al. (2009), 100.

³ Ebd. 4.

⁴ Ebd. 3.

⁵ Vgl. Ebd. 5.

deutlich stärker angegeben.“¹⁴ Der tatsächliche Anteil der „identifizierten Burn-out-Fälle liegt in der untersuchten Stichprobe bei 3,8% (Ärztinnen: 4,1%; Ärzte: 3,5%) und ist damit eher gering. Einige Burn-out-Symptome werden dagegen von über zwei Fünfteln angegeben.“¹⁵ Zugleich wird der eigene Gesundheitszustand nach den Angaben der Ärzte als gut eingeschätzt. Auch das Sinnerleben resp. die Möglichkeit, eigene Fähigkeiten im Beruf einsetzen zu können, sowie die Zufriedenheit mit dem Verantwortungsumfang wird mit der zweithöchsten Stufe positiv bewertet.¹⁶ Diese Zufriedenheit mit dem Beruf wird von Hübler et al. als ein wesentlich präventiv-wirksamer Faktor bewertet.

Anderes als die Erkenntnisse von Hübler et al. zeigen dagegen die Ergebnisse von Voltmer in dessen Erhebung von Verhaltens- und Erlebensmustern von Medizinstudierenden im ersten Semester (n = 475) und fünften Studienjahr (n = 355) sowie Ärzten mit drei bis acht Jahren Berufspraxis (n = 381).¹⁷ Die Befragungsergebnisse wurden vier validierten, charakteristischen berufsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern nach Schaarschmidt & Fischer (2003) zugeordnet: (1) Muster *Gesundheit*, (2) Muster *Schonung/Schutz*, (3) Muster *Selbstüberforderung* und (4) Risikomuster *Burnout*. Dabei zeigen die beiden letztgenannten Muster eine gesundheitsrelevante, d.h. risikobehaftete Dimension.¹⁸

Der größte Teil der Studierenden wies im 1. Studienjahr das gesunde Muster G auf. Etwa ein Viertel der Studenten zeigte das Risikomuster A für Selbstüberforderung mit einer Tendenz sich zu verausgaben und Schwierigkeiten, sich vom Studium zu distanzieren. „Etwa ein weiteres Viertel zeigte das ambivalente Schutz-/Schonungsmuster und 17% der Studierenden wiesen bereits zu diesem frühen Zeitpunkt des Studiums das burnoutgefährdete Risikomuster auf.“¹⁹ Bei den Ärzten zeigte im Vergleich mit beiden Studiengruppen ein kleinerer Anteil das gesunde und ein höherer Anteil das burnoutgefährdete Muster.²⁰ Voltmer zufolge korrespondieren der Anteil der burnoutgefährdeten Risikomuster mit den Burn-out-Ergebnissen anderer Studien (ca. 20%), die für die Ärzteschaft

¹⁴ Ebd.

¹⁵ Ebd. 101.

¹⁶ Vgl. Ebd. 103.

¹⁷ Vgl. Voltmer, E. (2014): Psychosoziale Belastungen von Medizinstudenten und Ärzten, 45.

¹⁸ Vgl. Ebd. 41ff.

¹⁹ Ebd. 49.

²⁰ Vgl. Ebd.

ingesamt in Deutschland geschätzt werden.²¹ Trotzdem bleibt das beeindruckendste Ergebnis dieser Studie der hohe Anteil an Studierenden im fünften Studienjahr und der Ärzte, die das Muster „Schutz/Schonung“ mit reduzierter beruflicher Motivation zeigen. „Im Gegensatz zum klassischen Bild des Arztes als eines hochmotivierten Leistungsträgers in einem anspruchsvollen Beruf charakterisiert dieses Muster die jeweiligen Studierenden und Ärzte dahingehend, dass sie der Arbeit eine eher geringe Bedeutung geben, eine starke Distanz einnehmen und wenig beruflichen Ehrgeiz zeigen. Berücksichtigt man die niedrigeren Werte im Bereich des emotionalen Wohlbefindens, so scheint dies weniger eine entspannte Zurückhaltung im Sinne der Schonung, sondern stärker Frustration und Überarbeitung widerzuspiegeln.“²²

5. Menschenbild und Ethik

Wenn von Erschöpfung, starker innerer Distanz und rückläufiger beruflicher Motivation die Rede ist, wirft das auch Grundfragen nach dem Mensch-Sein oder nach dem Menschenbild auf: (1) im Blick auf die Selbstsorge und (2) hinsichtlich des professionellen Handelns. Auch wenn man das Thema Menschenbild unerwähnt oder unreflektiert lässt, wird man sich ein Bild vom Menschen und damit implizite Wert- resp. Normvorstellungen voraussetzen müssen.²³ Denn: Es mag sicherlich möglich sein, ärztliches Handeln zu betreiben, ohne Menschenbilder zu erwähnen; es ist jedoch kaum möglich, eine Medizin ohne irgendeine Vorstellung vom Menschen zu praktizieren.

5.1 Was meint die Rede vom Menschenbild?

Ein Menschenbild bezeichnet Annahmen über allen Menschen gemeinsame wichtige Charakteristika – sind also mentale Repräsentationen über das Wesen des Menschen.²⁴ Dabei ist die Rede vom Menschenbild ein Reflexionsbegriff, d.h. „wir reden nicht über die Wirklichkeit, sondern von Überzeugungen, Meinungen, Glauben oder Bildern über die Wirklichkeit. Wer sich auf das Menschenbild bezieht, bezieht sich deshalb auch nicht direkt auf den ‚wirklichen‘ Menschen, sondern auf eine Deutung des Menschen.“²⁵ Deshalb könnte man dem Begriff mit Zurück-

²¹ Vgl. Ebd. 49f.

²² Ebd. 50.

²³ Vgl. Knoll, F. (2017): Spiritualität: (K)eine Frage des Alters?!, 106.

²⁴ Vgl. Zichy, M. (2014): Menschenbild, 29.

²⁵ Ebd. 30.

haltung begegnen, was man in der Naturwissenschaft und selbst in der Philosophie auch tut, doch handelt es sich beim Menschenbild andererseits um Annahmen mit enorm ethischen, gesellschaftlichen und politischen Implikationen.

5.2 Diverse Zugänge zum Menschen

5.2.1 Der Mensch als Gliedermaschine

Versteht man den Menschen im Sinne von René Descartes als ein Kompositum aus Körper und Geist oder – wie er an anderer Stelle schreibt: als eine Gliedermaschine – so könnte die Aufgabe der Medizin auf eine (reine) Wiederherstellung des körperlichen Funktionsapparates reduziert werden.²⁶ Denn gleich den Teilen einer Maschine greifen auch die Abläufe des Körpers gezielt ineinander und können deshalb von außen gesteuert oder korrigiert werden. Ein solcher Ansatz fördert eine biologisch-mechanistische Sichtweise auf den Menschen und lässt mit hoher Wahrscheinlichkeit andere Belange außen vor. Krankheiten werden allein unter körperlich-biologischer Perspektive verhandelt. In einem solchen Denkgebäude spielt der Mensch mit seiner individuellen Lebensgeschichte und Identität – also mit all jenen Facetten, die ihn als Person auch noch ausmachen – eine nachgeordnete Rolle.

5.2.2 Der Mensch als souveräner Kunde

Blickt man mit Adam Smith aus der Perspektive der Ökonomie auf den Menschen, die sich mit Fragen der Verteilung von Ressourcen (sprich: Geld) oder Gütern zwischen verschiedenen Akteuren beschäftigt, dann mutiert der kranke Mensch zu einem öffentlich agierenden Marktteilnehmer, der sich unter den Bedingungen der Gerechtigkeit medizinische Dienstleistungen erwirbt.²⁷ In diesem klassisch ökonomischen Ansatz ruht die Gefahr einer zu ausgeprägten, marktwirtschaftlichen Orientierung, die die Freiheitsrechte betont, Schutzrechte aber in den Hintergrund treten lässt. Das stellt nicht nur schwache Marktteilnehmer wie alte, kranke oder behinderte Menschen vor große Herausforderungen, sondern auch die Vertreter der medizinischen Profession laufen Gefahr, zu reinen Dienstleistern zu mutieren, die sich mit ihrem Wissen und Können allein in den Dienst der (kranken) Kunden zu stellen haben, ohne u.U. deren Wünsche weiter zu hinterfragen (z.B. in der ästhetischen

Chirurgie). Als grundsätzlich souveräner Konsument braucht der Mensch keinen eigentlichen Helfer mehr, sondern lediglich „einen Wunsch-erfüller“²⁸.

5.2.3 Der Mensch als Designer seiner selbst

Wenngleich in anderer Form, so verfällt der moderne Mensch manchmal auch dem Irrglauben, „dass er nicht nur die äußeren Bedingungen, sondern die Ausgestaltung des Lebens selbst ‚machen‘ und steuern könne. (...) Indem Krankheit – nicht zuletzt bedingt durch die Verheißungen der modernen Gendiagnostik – zunehmend zum Produkt menschlicher Vorentscheidungen stilisiert wird.“²⁹ Wenn man aber den Menschen als grundsätzlich machbares Wesen versteht, trägt er nicht nur für Krankheiten selbst die Verantwortung, der er mit Verhinderung, Bekämpfung oder Ablehnung begegnen könnte, sondern streift damit u.U. auch eine Auseinandersetzung mit der menschlichen Kontingenz ab.

5.2.4 Der Mensch als multidimensionales Seelenwesen

Anders als die drei exemplarisch genannten Denkmodelle zeigt sich ein theologisch-anthropologischer Zugang zum Mensch-Sein. Nach dem jüdisch-christlichen Verständnis ist der Mensch nicht nur ein hochkomplexes, körperliches Wesen mit begrenzter Energie und Lebensdauer oder ein Kind seiner leiblichen Eltern, sondern vor allem Person in Relation zu Gott. Der göttliche Schöpfungsakt begründet ein enges, relationales Verhältnis und diese Bestimmung zur Gemeinschaft mit Gott ist weder aufhebbar noch verlierbar – sie überdauert selbst den biologischen Tod! Da Gott nach Auskunft von Psalm 8 in jedem Menschen als innerer Existenzgrund gegenwärtig ist, kommt jedem Einzelnen eine fundamentale und unantastbare Würde zu – auch dann, wenn kein „Sieg“ über Alterungs- und/oder Krankheitsprozesse mehr zu erwarten ist.³⁰ Darüber hinaus begreift ein biblischer Ansatz in Anlehnung an Gen 2,7 den ganzen Menschen als ein ganzheitliches, multidimensionales Bedürfniswesen und nicht – wie es späteren Übersetzungs- und Interpretationsfehlern zu verdanken ist – als einen Dualismus aus Seele und Körper oder als ein Konstitutiv aus Leib, Seele und Geist! Zugleich lassen sich in dieser biblisch-holistischen Gesamtschau verschiedene

²⁶ Vgl. Maio, G. (2008): Medizin und Menschenbild, 216f.

²⁹ Ebd. 222.

³⁰ Vgl. Knoll, F. (2016): Was ist uns der Mensch wert?, 375f.

²⁷ Vgl. Haker, H. (2013): Patientenautonomie aus katholisch-theologischer Perspektive, 141.

Facetten der einen ganzen lebendigen Seele Mensch ausmachen: als lebender Organismus, als animal rationale und als Wesen der Transzendenz in seiner jeweiligen geschichtlichen Mit- und Umwelt.

5.2.5 Fazit

Die hier nur kurz skizzierten, exemplarischen Menschenbilder signalisieren, dass es sich bei der Frage nach dem Menschsein um Annahmen mit fundamentalen Folgen handelt. Daher sollten sich auch Medizinstudierende und Ärzte im Rahmen ihres professionellen Nachdenkens bewusster damit auseinandersetzen, welche Konturen ihr Menschenbild ausmacht und welche Konsequenzen sich daraus für den Bereich der Gesundheitsversorgung, für die ärztliche Begleitung von Patienten und Angehörigen, aber auch für die eigene Lebensgestaltung (sprich: Selbstsorge) ergeben.

6. Ärztliche Gabe und Aufgabe

Wie bereits erwähnt ist die Benennung oder Beschreibung eines Menschenbildes letztlich nichts anderes als die Formulierung eines Leitbildes.³¹ Auch wenn sie nicht explizit benannt werden, finden solche Vorstellungen vom Wesen des Menschen ihren Ausdruck in der Medizinethik oder in der unterschiedlichen Bewertung von Handlungen. Und trotzdem lassen Lehr- und Studienbücher zur Ethik in der Medizin solche anthropologischen Reflexionen außen vor und konzentrieren sich in aller Regel auf pragmatische Reflexionen ethisch-herausfordernder Situationen am Lebensanfang und Lebensende oder beschäftigen sich mit einzelnen Spezialfragen (wie z.B. der Forschung am Menschen). Das Anliegen ist redlich: Man möchte in einem von technischem Fortschritt, unterschiedlichen finanziellen Interessen und rechtlichen Vorgaben bestimmten Gesundheitssystem Orientierung geben.

6.1 Nur biomedizinische Prinzipien?

Im Jahr 1979 präsentierten Tom Beauchamp und James Childress die vier biomedizinischen Prinzipien der Autonomie, des Nicht-Schadens, der Fürsorge und Gerechtigkeit weiterhin richtungsweisend.³² Doch ist die Beachtung dieser biomedizinischen Prinzipien in allen Fällen oder grundsätzlich hinreichend?

³¹ Vgl. Maio, G. (2017): Mittelpunkt Mensch, 477.

³² Vgl. Beauchamp, T./Childress, J. (2012): Principles of Biomedical Ethics.

6.2 Die Frage nach dem Mensch-Sein und guten Leben

Etlche ethische Auseinandersetzungen (wie z.B. im Blick auf die Sterbehilfe) lassen erkennen, dass jenseits der Orientierung an den biomedizinischen Prinzipien auch unterschiedliche Verständnisse vom Menschsein wirksam und Ursache für divergierende Positionen sind. Die bereits skizzierten Leitbilder des mechanistisch-funktionierenden, finanziell-souveränen oder auch sich selbst gestaltenden Menschen haben zur Folge, „dass Krankwerden, Schwachwerden, Gebrechlich- und Hilfsbedürftigwerden nicht als Manifestationen des Menschseins gesehen werden, sondern als bedauernswürdige Defiziterscheinungen und befremdliche Schwundstufen des ‚normalen‘, des gesunden Menschen. In dieser Sichtweise werden der kranke und der nicht mehr heilbare Mensch zum ‚Störfall‘, dem es mit der Aufwartung aller verfügbaren Technik entgegenzuwirken gilt.“³³

Wieviel anders zeigt es sich jedoch, wenn der kranke und angewiesene Mensch nicht als Störfall betrachtet, sondern Krankheits- und Alterungsprozesse als zum Menschen dazugehörig und deshalb als menschliche Existenzform anerkannt werden.³⁴ Ein solcher Ansatz erklärt (nicht nur) den gesunden, autonomen, souveränen Menschen zum herrschenden Leitbild, sondern auch Phänomene der Abhängigkeit, Hilfebedürftigkeit und Angewiesenheit als Merkmale des Mensch-Seins. Auf der Grundlage eines solchen Ansatzes wird es möglich, nicht nur „mit blindem technischen Aktionismus, sondern von einer verstehenden Grundhaltung aus zu reagieren, die das Sosein erst einmal als ein in sich wertvolles und von sich aus grundsätzlich zu bejahendes Sein stehen lassen kann. Erst diese Haltung des Stehenlassens und die Vermeidung eines ständigen Abgleichs der Wirklichkeit mit einem fiktiven Ideal ermöglichen es, dem Sosein einen Sinn abzugewinnen. Einen Sinn nämlich, der es dem Menschen ermöglicht, die neue Erfahrung (...) in das eigene Leben zu integrieren.“³⁵

6.3 Haltungsfragen

Den Ausgangspunkt beim vulnerablen und angewiesenen Menschen zu nehmen, schließt eine sinnvolle, d.h. angemessene medizinische Behandlung selbstverständlich mit ein, verändert aber das Vorzeichen

³³ Maio, G. (2017): Mittelpunkt Mensch, 484.

³⁴ Vgl. Ebd. 484.

³⁵ Ebd. 484f.

oder die grundsätzliche Sichtweise. Sie vermeidet eine alleinige Fokussierung auf die Bekämpfung von Krankheit, in deren Folge u.U. vernachlässigt wird, dass auch der schwache, angewiesene Mensch ein wertvolles Leben führen und weitere Facetten seines Mensch-Seins entdecken und leben darf.³⁶ Das zu sehen und zu leben erfordert eine entsprechende innere Haltung des Arztes, die den Sinn ärztlichen Handelns nicht allein in der Wiederherstellung von Gesundheit oder der Befolgung der biomedizinischen Prinzipien entdeckt, sondern ärztliches Handeln auch dann als sinnvoll erkennen lässt, wenn es nicht mehr heilen, sondern nur noch heilsam wirken kann. Der Wert des ärztlichen Heilberufs liegt dann nicht mehr ausschließlich in dem technischen Heilenkönnen, „sondern vor allem auch darin, dass sich jemand eines anderen Menschen in der Not annimmt.“³⁷ Das wiederum lenkt den Blick von einer pflichtenethischen Befolgung auf das innere, tugendethische Bekenntnis zum ärztlichen Beruf, mit dem sich der Bekennende selbst bindet.³⁸ Was könnte damit genauer gemeint sein?

6.4 Heilsame Begleitung

Wegen der freien Arztwahl wird das Verhältnis zwischen Arzt und Patient (unabhängig von dessen finanzieller Leistungsfähigkeit) nicht unwesentlich durch ein persönliches Vertrauensverhältnis geprägt. Die Arztwahl „bedeutet nicht nur die positive Auswahl einer Vertrauensperson, sondern umfasst auch das Recht, die Behandlung durch eine bestimmte Person abzulehnen, wenn z.B. im Krankenhaus eine Vertrauensbasis nicht herzustellen ist.“³⁹ Denn: Ohne Vertrauen ist eine gute Zusammenarbeit zur Verwirklichung der angestrebten Ziele nicht möglich.

Dieser Beziehung zwischen Arzt und Mensch kommt trotz des Anwachsens medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse, der enormen Fortschritte der Medizintechnik und der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine besondere Bedeutung zu. Dabei steht der Arzt, der der Zuwendung zum einzelnen Menschen einen Vorrang einräumt, durchaus – wie bereits eingangs erwähnt – vor nicht unerheblichen Herausforderungen. Denn: die Interessen zwischen Menschen, die vom Arzt Hilfe erhoffen, den Angehörigen, dem Unternehmen Krankenhaus, der Gesell-

schaft oder dem Gesundheitssystem sind in aller Regel nicht gleichgerichtet – häufiger sogar wohl gegenläufiger Natur. Gerade die Dualbeziehung zwischen Arzt und Patient scheint dabei mehr und mehr fremdbestimmt. So hält § 12 SGB V fest, dass Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht von den Versicherten beansprucht resp. von den Krankenkassen bewilligt werden können.⁴⁰ Zwar haben „die Krankenkassen und die Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen (aber) nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.“⁴¹ Selbst wenn in § 70 Abs. 2 dann von einer Hinwirkung auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten die Rede ist, sind die diesen nicht näher bestimmten Rechtsbegriffen inhärenten Spannungsfelder doch geradezu greifbar: Wer bestimmt und definiert denn die Norm für das Maß des Notwendigen? Hat der gesetzlich Krankenversicherte also keinen Anspruch auf eine optimale Behandlung? Und die Festlegung von Versorgungsentgelten, Budgetvorgaben oder der Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt vereinfachen die Lage der Ärzte, die Aufgabenerfüllung sowie die Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung nicht gerade. Leitlinien und Richtlinien können im Blick auf eine wirtschaftlich gesicherte, qualitativ hochwertige Behandlung nützlich oder zweckmäßig sein, dem einzelnen Arzt sollten jedoch auch Gestaltungsräume belassen bleiben, je nach Befund, Symptomen und individuellem Erleben begründet davon abzuweichen und das für den Einzelnen notwendige, zweckmäßige und ausreichende auf der Grundlage medizinisch wissenschaftlicher Erkenntnisse zu tun.⁴²

„In einem ökonomisch-naturwissenschaftlichen Paradigma wird häufig der Gedanke vernachlässigt, dass das Heilsame der Therapie gerade in der dem therapeutischen Gespräch entspringenden Kraft des Patienten liegen kann, die Dinge der Welt, sein eigenes Leben anders zu sehen als zuvor.“⁴³ Ein solcher Ansatz erinnert, dass der Arzt mehr ist als nur ein Techniker; dass neben der Befunderhebung und den qualifizierten

³⁶ Vgl. Ebd. 485.

³⁷ Ebd. 486.

³⁸ Vgl. Pelegrino, E. (2009): Bekenntnis zum Arztberuf, 38ff.

³⁹ Vilmar, K. (2000): Ärztliche Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen medizinischen Möglichkeiten, 871.

⁴⁰ Vgl. § 12 SGB V.

⁴¹ § 70 SGB V.

⁴² Vgl. Vilmar, K. (2000): Ärztliche Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen medizinischen Möglichkeiten, Kostendruck und Humanität, 873.

⁴³ Maio, G. (2017): Mittelpunkt Mensch, 487.

Methoden der Behandlung das ärztliche Da-Sein, die verstehende Grundhaltung und ein Begleitungsgespräch dem Gegenüber als Hilfe zur Annahme der eigenen Begrenztheit dienen können sowie andere Sichtweisen eröffnen und neue Kräfte freisetzen.

Hier wird deutlich, dass der Ansatz einer prinzipienorientierten Medizinethik um tugendethische Momente zu ergänzen ist (siehe auch: berufsständliche Selbstverpflichtung des Arztes/der Ärztin). Dabei entspringen solche Tugenden oder inneren Haltungen nicht aus dem Nichts, sondern sie sind das Resultat von personaler Einsicht und kontinuierlicher Einübung. Entgegen den biomedizinischen Prinzipien sind sie nicht ohne eine eigene, innere Inanspruchnahme lebbar, sondern bedeuten eine Formationsleistung im Sinne einer Charakterschulung. Das Gute zu tun bedeutet in dieser Perspektive, den Menschen in allen Erfahrungen – auch seiner Kontingenz – zuwendend zu begleiten.

7. Konklusion und Postulate

Ansatzweise sind die dargelegten anthropologischen und ethischen Einsichten inzwischen auch an den Universitäten angekommen. Seit dem WS 2003/2004 gehört der Querschnittsbereich „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“ (kurz: GTE) zum Pflichtcurriculum für Medizinstudierende. Doch zeigt eine aktuelle Umfrage zu Lehrinhalten, Methoden und strukturellen Voraussetzungen an 29 deutschen medizinischen Fakultäten, dass die Pflichtlehre im Schnitt nur etwa 2 SWS umfasst.⁴⁴ Nach einer quantitativen Gewichtung der einzelnen Arbeitsgebiete verteilt sich die Lehre zu 35,4% auf Geschichte, 14,7% Theorie und 49,9% auf die Ethik. Doch zehn Jahre nach Einführung von GTE konstatieren Schildmann et al., dass die Pflichtstundenzahlen und die personale Ausstattung erheblich variieren und bei einem Drittel eine zu geringe Wertschätzung von GTE durch die Fakultät und seitens der Studierenden besteht. Wenn aber anthropologische und ethische Themen nur schwach adressiert oder akzeptiert werden, Studierende an einzelnen deutschen Universitäten bis nach der Vor-Klinik um ethische Auseinandersetzungen herumkommen, muss man sich nicht wundern, dass solche Kenntnisse in die Praxis nicht integriert und/oder dort gelebt werden.

Abschließend sollen folgende Postulate festgehalten werden:

⁴⁴ Vgl. zu den folgenden Angaben: Schildmann, J. et al. (2017): 10 Jahre Geschichte, Theorie und Ethik (GTE).

(1) Ärzte dürfen ihre Kraftquellen resp. ihre eigene Spiritualität (wieder)entdecken und pflegen – Oder anders: Practice what you preach!

Diverse Quer- und Längsschnittstudien weisen darauf hin, dass nur eine geringe Neigung und Bereitschaft sowohl auf der individuellen als auch auf der institutionellen Ebene besteht, sich mit dem Thema der gesundheitlichen Belastung von Ärzten aktiv auseinanderzusetzen.⁴⁵ Umgekehrt trägt jedoch die Gesundheit des Arztes zur Qualität der Patientenversorgung bei. Deshalb gilt es, bereits während des Studiums angehenden Ärzten für die Sorge um die eigene Gesundheit zu sensibilisieren und geeignete Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Die persönliche Gesundheitsförderung und Strategien zu einem effektiven Coping sind (noch stärker) in die Curricula für Medizinstudierende zu integrieren. Inhaltlich sollte es hier um Selbstaufmerksamkeit, Selbstsorge oder den effektiven Umgang mit Belastungen in Studium und Beruf oder die Entdeckung der eigenen Spiritualität gehen.

(2) Anthropologische, ethische und spirituelle Lehr-Lern-Reflexionen sind aufgrund ihrer handlungsleitenden Wirkungen noch stärker in das Medizinstudium und die ärztliche Fortbildung zu integrieren.

Wenn es keine Ethik ohne implizites Menschenbild gibt, pflichten- und tugendethische Aspekte zusammenzudenken sind und die Förderung von Spiritualität eine wertvolle Ressource sowohl für den Arzt als auch für den Patienten darstellt, sind anthropologische, ethische und spiritualitätsbezogene Lehr-Lern-Prozesse personell und zeitlich noch stärker als bisher in das Medizinstudium, aber auch in die ärztliche Fortbildung zu integrieren.

(3) Als entscheidendster und heilsamer Faktor gilt es, die Beziehungsgestaltung zwischen Arzt, Patient und Angehörigen einzuüben und zu pflegen.

Nimmt man das Bild vom vulnerablen, angewiesenen Menschen ernst, kann sich das ärztliche Selbstverständnis nicht allein in der Diagnose und evidenzbasierten Therapie oder in einem kompetenzorientierten Dienstleistungsverhältnis erschöpfen, wenn sich ärztliches Helfehandeln

⁴⁵ Vgl. Voltmer, E. (2014): Psychosoziale Belastungen von Medizinstudenten und Ärzten und Ansätze zur berufsspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung, 102f.

auch in der Interaktion mit den Betroffenen und deren Angehörigen ereignet. „Das Wissen eines Patienten, er wird von einem guten Arzt behandelt, ist oft das Ergebnis aus einer persönlichen Begegnung, die ein Mensch mit einem anderen gemacht hat, der als Arzt oder Ärztin ausgewählt wurde.“⁴⁶ Diese Beziehung im Sinne einer sich auf den Anderen einlassenden und für ihn aufmerksamen Begegnung schaffen eine wertvolle Vertrauens- und Begleitungsbasis. Dadurch wird Zufriedenheit und Sicherheit erlebt. Und auf dieser Basis entfalten sich zusätzliche Kräfte und erschließt sich Heilungspotenzial. In einem durch-rationalisierten Gesundheitssystem gilt es, diese heilsame Zuwendung als Kern ärztlicher Praxis und als Teil unseres biblischen Erbes neu aufzuwerten und auch in den Entgeltsystemen abzubilden.

Literatur:

ÄRZTEKAMMER WESTFALEN-LIPPE (2007): Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe (https://www.therapie.de/fileadmin/dokumente/berufsrecht/Berufsordnung_AErztekammer_Westfalen-Lippe.pdf am 02.11.2017).

BEAUCHAMP, T./CHILDRESS, J. (⁷2012): Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press.

DETER, H.-C. (Hg) (2010): Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

GLATZL, H. (2017): Ärztemonitor: Hochzufrieden trotz enormer Belastung. In: Der Allgemeinarzt 1: 34-36.

HAKER, H. (2013): Patientenautonomie aus katholisch-theologischer Perspektive. Münster: mentis: 139-153.

HÜBLER, A. et al. (2009): Berufliche Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte. Dresden: Sächsische Landesärztekammer.

JONITZ, G. (1999): Genuine Aufgaben der Ärzte. In: Deutsches Ärzteblatt 15: A-1943f.

⁴⁶ Deter, H.-C. (2010): Einführung: Die Arzt-Patient-Beziehung in der Medizin – ein altes Thema für heute und morgen. In: Ders. (Hg): Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 15.

KNOLL, F. (2017): Spiritualität: (K)eine Frage des Alters?! In: Sailer-Pfister, S. et al. (Hg): Was heißt schon alt? Theologische, ethische und pflegewissenschaftliche Perspektiven: 105-113.

KNOLL, F. (2016): Was ist uns der Mensch Wert? Ein Beitrag zur Sterbehilfedebatte aus der Perspektive von Psalm 8. In: Pastoralblatt 12: 375-382.

KNOLL, F. (2015): Mensch bleiben! Zum Stellenwert der Spiritualität in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer: 125-182.

KORZILIUS, H. (2016): Ärzteumfrage: Große Zufriedenheit trotz hoher Belastung. In: Deutsches Ärzteblatt 43: 1902-1904.

MAIO, G. (²2017): Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Stuttgart: Schattauer.

MAIO, G. (2008): Medizin und Menschenbild. In: Ders. et al. (Hg): Mensch ohne Maß? Freiburg: Karl Alber: 215-229.

PELEGRINO, E. (2009): Bekenntnis zum Arztberuf – und was moralisch daraus folgt. In: Thomas, H. (Hg): Ärztliche Freiheit und Berufsethos. Dettelbach: Röhl: 17-58.

PWC (2017): Healthcare Barometer 2017 (<https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/buerger-sind-zufrieden-mit-dem-deutschen-gesundheitssystem.html> am 31.10.2017).

SCHILDMANN, J. et al. (2017): 10 Jahre Geschichte, Theorie und Ethik (GTE). Eine Umfrage zu Lehrinhalten, Methoden und strukturellen Voraussetzungen an 29 deutschen medizinischen Fakultäten. In: GMS Journal for Medical Education 2 (<https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2017-34/zma001100.shtml> am 02.11.2017)

STATISTA (2017): Sind sie zufrieden oder unzufrieden mit dem deutschen Gesundheitssystem? (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/572/umfrage/zufriedenheit-mit-deutschem-gesundheitssystem/> am 31.10.2017).

STATISTISCHES BUNDESAMT (2017): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden

THANNER, M. et al. (2016): Berufliches Ideal und Gründe zur Aufgabe einer Führungsposition. In: Das Krankenhaus 7: 584-588.

UHLIG, M. (2002): Berufliche Belastung und Beanspruchung bei Krankenhausärzten und –ärztinnen. Hamburg: Hamburger Ärzteverlag.

VILMAR, K. (2000): Ärztliche Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen medizinischen Möglichkeiten, Kostendruck und Humanität. In: Zeitschrift zur ärztlichen Fortbildung und Qualitätssicherung 10: 870-875.

VOLTMER, E. (2014): Psychosoziale Belastungen von Medizinstudenten und Ärzten und Ansätze zur berufsspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung. Bochum: projektverlag.

ZICHY, M. (2014): Menschenbild. Begriffsgeschichtliche Anmerkungen. In: Archiv für Begriffsgeschichte Band 56. Hamburg: Felix Meiner: 7-30.

Angekommen. Aber auch am Ziel? Allgemeinmedizin zwischen Fach, Funktion und Zukunftsvisionen

von Frank Mader

Als ich mich 1974 nach reiflicher Überlegung in der Landarztpraxis meines Schwiegervaters niedergelassen und mit ihm eine Gemeinschaftspraxis gegründet hatte, da hatte mein Praxispartner als Praktischer Arzt und Geburtshelfer seit 1952 bereits rund 500 Hausgeburten geleitet. Ich selber brachte als einer der raren weitergebildeten Allgemeinärzte der ersten Generation meine klinischspezialistischen Fähigkeiten und Fertigkeiten ein: Skelettröntgen, Gastroskopie, Sigmoidoskopie und Proktologie. In der nahen Großstadt Regensburg gab es damals zwei Internisten mit einem Drei-Kanal-EKG. Das hatten wir natürlich auch.

Für uns 68er war es rückblickend wohl die Goldgräberzeit: es gab damals, also bereits vor einem knappen halben Jahrhundert, zu wenig junge weitergebildete Hausärzte. Daher wurden speziell Landärzte großzügig gefördert und hatten ein gutes Einkommen, wenn sie nur rund um die Uhr erreichbar waren und im Kassenarzt auch den Unternehmer sahen. Einen gleichaltrigen Kollegen im Nachbardorf hatte ich gefragt, warum er die Allgemeinmedizin gewählt hätte: „Mein Vater war Praktiker, meine Mutter stand an der Anmeldung. Ich bin auf dem Schoß der Patienten aufgewachsen. Was kann ich anderes werden, als wieder bei meinem Vater einzusteigen?“ Das liegt freilich zwei Ärztegenerationen zurück.

Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin

Die ärztliche Muster-Weiterbildungsordnung von 2017 beschreibt 33 Gebiete, 23 Basisweiterbildungen, 10 Schwerpunktweiterbildungen und 47 Zusatz-Weiterbildungen; in diesem Kanon der Fächer ist die Allgemeinmedizin heute eines davon: ein definiertes, abgegrenztes und gleichwertiges Facharztgebiet mit mehrjähriger Weiterbildungszeit und Facharztprüfung.

Ich kenne in der institutionalisierten Medizin kein Fach, das sich seit Jahrzehnten laufend und auf internationaler Ebene dermaßen umfangreich mit der Definition seines Gebietes, seiner Aufgaben und seiner Tätigkeitsmerkmale, mit seinen Beratungsproblemen, mit seinen Herausforderungen, letztlich mit seiner Funktion, so intensiv befasst wie die Allgemeinmedizin.

Bis ins Jahr 1945 zurück reichen die wissenschaftlichen Anstrengungen und Überlegungen herauszufinden,

- Was tut dieser Praktische Arzt?
- Welche Krankheiten begegnen ihm?
- Wie sind sein Standort und sein Stellenwert in der Heilkunde?

Noch 1965 war die Allgemeinmedizin durch ein – wie ich es nenne – „Losigkeitssyndrom“ charakterisiert (**Abb 1**).

Kein gutes Image	Keine Fachbegrenzung	Keine homogene Arztgruppe	Keine selbstbestimmte Fortbildung
Keine methodische Fundierung	Keine berufsgruppenspezifische Identität	Keine medizintechnische Praxisausstattung	Kein Facharzttitel
Keine originäre Forschung	Kein Qualifikationsnachweis	Keine angemessene Vergütung	Kein lehrbarer Stoff
Keine einheitliche Fachsprache	Keine politischen Rahmenbedingungen	Keine Kommunikation Klinik/Praxis	Keine universitäre Verankerung
Kein Nachwuchs	Keine offizielle Gebietsbezeichnung	Keine Zeit für den Patienten	Kein wissenschaftlich begründetes Handeln

Abb.1. „Losigkeitssyndrom“ der Allgemeinmedizin um 1965
F.H. Mader (2016b) Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin

Heute – mehr als ein halbes Jahrhundert später – lässt sich feststellen: die Allgemeinmedizin hat sich professionalisiert, sie ist angekommen im Medizinbetrieb, es bestehen nur noch wenige Defizite; die wesentlichen davon sind nach Auffassung vieler, vor allem junger Kollegen weiterhin

- Keine politischen Rahmenbedingungen
- Keine angemessene Vergütung
- Keine Zeit für den Patienten
- Kein oder ungenügender Nachwuchs im Fach
- Keine oder ungenügende Kommunikation bzw. Durchlässigkeit zwischen Klinik und Praxis

Dazu im Einzelnen: Die **politischen Rahmenbedingungen** sind, je nach Betrachtung und Anspruch, heute im Jahr 2017 ausreichend bis gut, denken Sie beispielsweise an

- Hausarztzentrierte Versorgung
- Finanzielle Förderung von Ärzten in der Weiterbildung zum Allgemeinarzt
- Niederlassungsförderung in strukturschwachen Gebieten
- Masterplan 2020

Freilich besteht weiterhin das gravierendste Defizit darin, dass sich in Deutschland weder die Bevölkerung noch die Gesundheitspolitik wohl auch in ferner Zukunft für ein *Primärarztssystem* entscheiden kann. Der Allgemeinarzt ist also – zumindest was den Einstieg des Einzelnen ins duale Versorgungssystem betrifft – leider immer noch nicht „*der Arzt der ersten Wahl*“.

Dem Defizit der „**angemessenen Vergütung**“ messe ich im Zusammenhang mit meinem Thema und angesichts der erfreulichen Einkommensentwicklung der letzten 5 Jahre heute keine prioritäre Position bei.

Die knappe Ressource Zeit, also der **Zeitfaktor**, wie es der Berufstheoretiker Braun bereits 1964 genannt hatte, ist schon immer ein konstantes Charakteristikum der Allgemeinmedizin gewesen. Damals, also vor über einem halben Jahrhundert, lag seine Beratungszeit je Patient (auch einschließlich der Hausbesuchspatienten – ohne Fahrzeit) bei 10,5 Min (Braun 1964). Heute wird die durchschnittliche Konsultationsdauer auf 7 bis 9 Min geschätzt – im Unterschied zum Primärarztssystem in Holland mit rund 15 Min (Beyer 2017). Die Gesamtberatungszeit für alle Kontakte mit einem „typischen“ Hausarztpatienten über 30 Jahre hinweg (so habe ich es einmal errechnet) beträgt aber immerhin beachtliche rund 55 Stunden. Fürwahr, eine reichlich erlebte Anamnese. Der Zeitfaktor ist also

eine Herausforderung, andererseits aber langzeitbetrachtet auch ein Schlüssel zum kranken Menschen in seiner Gesamtpersönlichkeit.

Der Nachwuchsmangel in der hausärztlichen Versorgung, insbesondere auf dem flachen Land, betrifft nicht nur Deutschland, sondern auch unsere Nachbarländer. Die Ursachen sind vielfältig und komplex. Obwohl heute in Deutschland das Fach Allgemeinmedizin an jeder der 38 Medizinischen Fakultäten institutionalisiert ist und die Studenten bezüglich des obligaten Lehrangebotes bereits von einem eher abschreckenden Overkill sprechen, können sich nur 7,5 bis 10% der Medizinstudenten vorstellen, Hausärzte zu werden (Walter u. Brems 2009; Bussche 2014; Nahlinger et al. 2016).

Die nahezu fehlende Kommunikation zwischen Klinik und Praxis lässt sich am ehesten durch unsere traditionellen Versorgungsstrukturen erklären: hier Klinik – da Praxis (**Abb.2**).

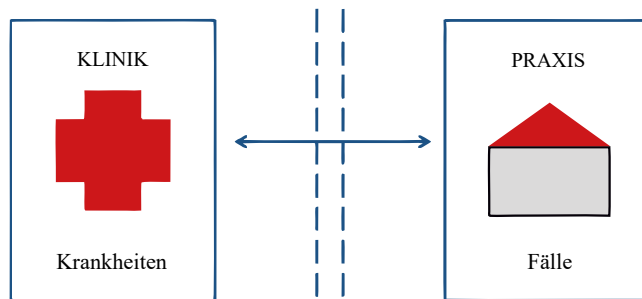


Abb.2. Klinik ist Klinik und Praxis ist Praxis
F.H. Mader (2016b) Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin

Prof. Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenbeirats, dazu sarkastisch: „Das deutsche Gesundheitswesen ist wie ein geteiltes Land. Zwischen Kliniken und Praxen verläuft eine kaum überwindbare Mauer, die für Patienten gefährlich und für alle viel zu teuer ist.“

Hier also die im Team arbeitenden Spezialisten und Superspezialisten für das Erkennen und Behandeln von weit über 60.000 definierten Krankheiten, davon bis heute geschätzte 7.000 sog. Seltene Krankheiten – da der Einzelkämpfer, der diesem gesamten Spektrum in all seinen charakteristischen und uncharakteristischen Präsentationen und dies in allen Stadien, der also dem unausgelesenen Kran-

kengut an der ersten ärztlichen Linie gegenübersteht. Hier als Ziel die exakte wissenschaftliche Diagnostik und Therapie – da Notwendigkeit und Zwang zu raschem Beraten und Handeln, zum Bedenken wichtiger abwendbar gefährlicher Verläufe, zum abwartenden Offenlassen, das alles unter dem Diktat des Zeitfaktors. Hier die sektorale und temporäre Wahrnehmung eines Kranken – da die umfassende und langzeitgerichtete Betreuung eines Individuums in seinem sozialen Kontext. Oder berufstheoretisch ausgedrückt: Hier das krankheitenorientierte Spezialfach – da die einzelfallorientierte Betreuung (Mader 2016b).

Diesen Hiatus „da Klinik – da Praxis“, der vor allem für die Studenten kaum durchschaubar ist, werden auch sog. allgemeinärztliche Portalpraxen, Bereitschaftspraxen oder Institutsambulanzen an einzelnen Universitätskliniken kaum überwinden können: Zu unterschiedlich sind Versorgungsaufgabe, Krankengut und Arbeitsweise.

Die Allgemeinmedizin ist eben mehr als nur ein Fach, sie ist primär eine Funktion: in ihrer Arbeitsweise, ihren Arbeitsgrundlagen und ihrem Arbeitsziel. Sie berücksichtigt den kranken Menschen in seiner somatischen, psycho-sozialen und soziokulturellen Individualität (DEGAM 2002), sie bindet die erlebte Anamnese in die Besonderheiten ihrer Entscheidungsfindung ein. Dies alles letztlich zum Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft, vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung.

Fürwahr ein großer Anspruch. Dies sieht auch der ehemalige Bundespräsident Joachim Gauck so, wenn er in einem Grußwort zum 50-jährigen Jubiläum der DEGAM schreibt: „Die Allgemeinmedizin leistet ihr großes Pensum nicht nur täglich, sondern auch in der Fläche... Hausarztpraxen sind meist die erste Anlaufstelle bei Krankheit, auch für die Seele... Sie sind die Lotsen in einem hoch spezialisierten Gesundheitssystem... Komplette Familien finden sich in der Kartei ‚ihres‘ Hausarztes, das mit keiner Abrechnungsziffer berücksichtigt werden könnte – Vertrauen. Ich möchte Ihr Verbündeter sein, wenn es darum geht, das hohe Gut der hausärztlichen Versorgung zu erhalten“ (zit. Mader 2016a).

Neue Aufgaben für eine neue Ärztegeneration

Warum aber steht dann trotz aller wohlwollenden Worte gerade die Allgemeinmedizin nahezu täglich mehr oder weniger mit dicken Schlagzeilen im Fokus von Politik, Presse und Gesellschaft? Abgesehen von dem schon erwähnten Hausarztmangel sehe ich neben der überbordenden Bürokratie im Wesentlichen zwei Gründe, die weitgehend miteinander in Beziehung stehen:

- Neue Ärztegeneration
- Neue Aufgaben

In den nächsten 5 bis 7 Jahren wird etwa die Hälfte der derzeitigen Hausärzte in Rente gehen. Viele von ihnen werden sich noch nicht mit der Nachfolgefrage auseinandergesetzt haben (übrigens: bei Firmeninhabern über 55 Jahre haben sich 2 von 3 auch noch nicht damit befasst). Eine neue Generation von Ärzten rückt nach, überwiegend sind es Frauen. Vor 141 Jahren musste sich noch als erste Frau Franziska Tiburtius in Zürich ihre Promotion erkämpfen. Heute ist die Medizin weiblich. Möglicherweise erklärt das auch bestimmte Präferenzen der Generation Y:

- Große emotionale Zuwendung
- Hohes Engagement
- Großes wissenschaftliches Interesse
- Bereitschaft zum Lernen von anderen Generationen
- Wenig Interesse an Selbständigkeit/Unternehmertum
- Sichere Rahmenbedingungen (wie Einkommen, Standort, Arbeitszeit, Team)
- Betonung der Work-Life-Balance

Der Begriff „Work-Life-Balance“ steht nicht nur dafür, viel Freizeit zu haben, sondern steht auch für den Arbeitsinhalt. Die Arbeit soll Spaß machen, soll einen weiterbringen, man will etwas lernen. Diese Generation Y (im Gegensatz zu den Baby-Boomern mit ihrem Balanceakt zwischen Beruf und Familie) legt weniger Wert auf eine strikte Trennung von Erwerbstätigkeit und Privatleben und zielt vor allem darauf ab, die eigene Zeit sinnvoll zu verwenden. Diese neue Generation von potenziellen Grundversorgern ist untereinander bestens vernetzt und hat recht konkrete Vorstellungen von ihren Zugangsvoraus-

setzungen zum ärztlichen Beruf, insbesondere als Hausärztin oder Hausarzt:

- Hohe Qualität in Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung
- Standortnahe Verbundweiterbildung
- Flexible Arbeitszeitmodelle
- Bevorzugung städtischer Strukturen
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Kinderbetreuungsmöglichkeit
- Möglichkeit der Teilzeit (Frauen und Männer)
- Arbeit im Team
- Angestelltentätigkeit

Allgemeinmedizin ist mehr als nur retten und heilen

Kann man jedoch ausschließlich mit marktorientierten Ausbildungs-, Arbeitsplatz- und Tarifstrukturen ausreichend neue Grundversorger gewinnen? Hilft ein Studienplatzbonus für künftige Landärzte? Oder empfiehlt sich gar eine Männerquote im Medizinstudium? Eindrucksvoll sind die Bemühungen, bereits im Medizinstudium und in der Weiterbildung den Nachwuchs fürs Fach zu gewinnen:

Medizinstudium

- Praxishospitation
- Blockpraktikum bei Lehrärzten
- Famulaturbörse
- Famulatur-Taschengeld
- Prüfungsvorbereitungsbücher
- Klinik/Praxis
- PJ in PJ-Praxen
- Tage der Allgemeinmedizin
- Lehrbücher
- Summerschool
- Nachwuchsakademie
- Facebookpräsenz

Weiterbildung

- Verbundweiterbildung
- Prüfungsvorbereitungskurse
- Train-the-Trainer-Seminare
- Quereinsteiger
- Gleiche Bezahlung

Geht es aber so einfach, wie es Artur Wechselberger, der Präsident der Österreichischen Ärztekammer, vorschlägt: „Um langfristig ausreichend Ärzte für die Grundversorgung zu gewinnen, muss man sie endlich machen lassen, wozu sie angetreten sind. Dann sind auch die Herausforderungen zu bewältigen“ (Wechselberger 2017).

Wo bleiben die Strategien, die über den Quartalsregress, über den unbesetzten Kassenarztsitz, über die nicht mehr einzudämmenden Kosten der Spezialistenmedizin hinausgehen? Die DEGAM hat – wohl als einzige wissenschaftliche Fachgesellschaft – 2012 das Wagnis unternommen, 24 „Zukunftspositionen“ als literaturunterlegte Thesen der Öffentlichkeit vorzulegen. Einige greifen Bekanntes auf, wie

- Teampraxis,
- stabile Rahmenbedingungen,
- wohnortnahe Grundversorgung,

andere umreißen das Fach mit seinem „umfassenden Behandlungsspektrum“ und der Bedeutung der „Familienmedizin“. Wieder andere Zukunftspositionen sehen die „langfristige vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung im Zentrum hausärztlicher Tätigkeit“, die wesentlich durch die ärztliche Grundhaltung mit Vertrauen, Empathie, Offenheit und Wertschätzung geprägt“ ist (DEGAM 2012).

Dieselbe Wertschätzung, die der Allgemeinarzt gegenüber seinem Patienten zum Ausdruck bringt, erwartet er allerdings auch für seine Arbeit, für sich selbst. Hier scheint jedoch ein Wahrnehmungsproblem zu bestehen: während gerade die Hausärzte in der Wertschätzung der Bevölkerung ganz vorne liegen (TK 2017), fühlen sie sich selber nicht ausreichend wertgeschätzt. Ein Blick in Leserbriefe und Foren bestätigt dies.

Ist diese Wahrnehmung berechtigt? Ich behaupte: nein. Gerade die Begegnungen und Interventionen des Allgemeinarztes mit dem individuellen Menschen, seiner Krankheit, seinem Kranksein, seinem Sich-krank-Fühlen macht die Arbeit anspruchsvoll, manchmal schwierig und – wie der Allgemeinarzt Rüter offen heraus sagt – einer guten Honorierung wert. Der Hausarzt verdient sein Geld für die Anwendung gesicherter medizinischer Erkenntnisse auf ein individuelles Lebens- und Beziehungsfeld (Rüter 2016).

Die Allgemeinmedizin als Prototyp der angewandten Heilkunde muss sich heute also weder berufstheoretisch noch berufspraktisch neu erfinden. Die Allgemeinmedizin ist angekommen im Fächerkanon der Ärztekammern, auf den Lehrstühlen der Universitäten und in der tag-täglichen Versorgungsrealität. Sie muss jedoch gerade der jungen

Ärztegeneration glaubhaft aufzeigen, dass ihr Versorgungsauftrag mehr umfasst als das bloße Retten und Heilen.

Die komplexen psychosozialen Veränderungen sind mit hohen Lebenserwartungen verknüpft, die nicht allein mit Wissenschaft zu beantworten sind (Rüter 2017), aber auch nicht mit einem nur „guten“ Arzt oder gar einem „Pastor in Weiß“. Die neuen Aufgaben, vor denen die neue Ärztegeneration steht, sind gewaltig (**Abb.3**).

Herausforderungen	Beispiele
Digitale Entwicklung (E-Health)	(Datenschutz)
Telemedizin	(apersonale Medizin)
Informierte Patienten	(Dr. Google)
Multikulturelle Vielfalt	(Unterschiedliche Heilungserwartungen)
Neue Familiensysteme	(Ehe für alle – Patchwork)
Chronische Krankheiten	(Teilhabe; existenzielle Not)
Seltene Krankheiten	(Priorisierung)
Geriatrische Patienten	(Mobilität)
Multimorbidität	(Polypharmazie)
Häusliche Pflege	(Psychosoziale Belastung)
Lebensbeginn und Lebensende	(Die Würde des Menschen)

Abb. 3. Beispielhafte Herausforderungen, vor denen die neue Generation von Allgemeinärzten steht

Lassen Sie mich als Familienarzt speziell zum letzten Punkt „Lebensbeginn und Lebensende“ etwas ausführlicher werden. Mich beunruhigt heute der gesellschaftliche Disput, aber auch der Konsens, wie in den letzten Jahren und Jahrzehnten geradezu lautlos und gleitend immer mehr die Fülle der individuellen Persönlichkeit des Menschen in die jeweiligen modischen Designvorstellungen einer angeblich aufgeklärten Gesellschaft hineingezwängt wurde. Gerade die Persönlichkeit des Menschen gehört zu den wesentlichen Sozialprinzipien der katholischen Kirche (Anzenbacher 1987).

So wie am Lebensband des Menschen zu seinem Beginn, so könnte auch an seinem Ende herumgeschnipselt und herumgedoktert werden. Wir müssen nur aufmerksam die Tageszeitung verfolgen. Diese Beratungsprobleme haben längst schon, wenn nicht direkt, so indirekt über die entsprechenden Indexprobleme oder Indexpatienten unsere Praxen erreicht, was den Beginn des Lebens betrifft (ich erwähne nur die Begriffe Kinderwunsch – Wunschkind – Designbaby):

- Stammzellforschung
- Genome Editing
- Assistierte Reproduktion
- Samenspende
- Eizellspende
- Embryospende
- Präimplantationsdiagnostik („Zeugung auf Probe“)
- Pränataldiagnostik
- Selektiver Fetozyd
- Social Freezing
- Schwangerschaftsabbruch
- Postmenopausale Mutterschaft
- Leihmutterschaft

Vielleicht noch bedrängender – auf alle Fälle häufiger angesichts der Alterspyramide – werden wir Hausärzte mit Fragen konfrontiert, welche das Ende des Lebens betreffen; nicht alle unserer Hoch- und Höchstbetagten sehen das Alter als einen geruhsamen „Balkon“, sondern empfinden es eher als „Kerker“ und befürchten sogar das „Massaker“ (Garhammer und Lohausen 2016):

- Tötung auf Verlangen
- Tötung ohne Willensäußerung des Patienten
- Indirekte Sterbehilfe (Lebensverkürzung durch palliative Maßnahmen)
- Passive Sterbehilfe (Sterbenlassen)
- Sterbefasten
- Beihilfe zur Selbsttötung (ärztlich assistierter Suizid)

Die Persönlichkeit des Kranken, des Siechen, des Schutzbedürftigen muss aber auch für das immer mehr herausfordernde Gebiet der Pflege bewahrt und verteidigt werden, in welche der Hausarzt in besonderem Maße eingebunden ist. In dieser palliativen Phase des Alters geht es nicht nur um Betreuungsrecht, Ressourcenpriorisierung

oder terminale Lebensqualität (Landendörfer 2017), sondern auch um die so fundamentale Beachtung und Achtung des Schamgefühls derer, die dem ärztlichen oder pflegerischen Zugriff hilflos ausgeliefert sind.

Spiritualität der angewandten Heilkunde

Der Paderborner Ärztetag 2014 war dem Thema „Medizin und Spiritualität“ gewidmet. Im Sprachgefühl des Gesundheitsmarktes von heute oszilliert dieser emotional besetzte Wohlfühlbegriff zwischen Ich-Werdung, Achtsamkeit und psychodelischer Wellness.

Wenn ich von einer „Spiritualität der angewandten Heilkunde“ spreche, so leitet mich folgende Überzeugung: Die Allgemeinmedizin ist das prototypische Fachgebiet der angewandten Heilkunde und der Allgemeinarzt als Arzt der ersten Wahl ihr prototypischer Fachvertreter. Beide, das Fachgebiet und der Fachvertreter, sind in einzigartiger Weise direkt oder indirekt konfrontiert mit den Grenzsituationen des Lebens der ihnen Anvertrauten und deren Mitbetroffenen, angefangen von Fürsorge und Sorge um das entstehende und ungeborene Leben, aber auch ebenso direkt oder indirekt konfrontiert mit den vielfältigen Krisen, Brüchen und Transformationsprozessen des Lebens in Gesundheit, Krankheit oder im Schwinden der Kräfte.

Eine solche Spiritualität der angewandten Heilkunde kann jedoch nur unzureichend im Hörsaal im Rahmen einer Ethikvorlesung vermittelt werden. Hier sind wir als eingeseessene Hausärzte aufgefordert, unsere urärztliche Leidenschaft, die viel weiter greift, als uns der hippokratische Eid abverlangt, diese „metaphysische Sensibilität“ (Prat de la Riba 2013), diese Leidenschaft für den Menschen in seiner ganzen Persönlichkeit wieder zum Glühen zu bringen. Dann haben wir mit einem solchermaßen gewandelten Arztbild eine wirklich neue und attraktive Allgemeinmedizin. Dann wird die jahrelang belegte Berufszufriedenheit der Hausärzte trotz aller Mühen weiterhin überdurchschnittlich sein (Rottenfußler 1999; Kurzke 2011; Behmann et al. 2012; Löffler 2014).

Das ist meine Vision.

Literatur:

ANZENBACHER, A. (1987) Christliche Sozialethik. Paderborn

BEHMANN, M. et al. (2012) Berufszufriedenheit von Hausärzten. Ergebnis einer Befragung. Dtsch Arztebl Int 109(11):193-200

BEYER, M. (2017) Persönl. Mitteilung vom 9.7.2017

BRAUN, R.N. (1964) Die Allgemeinpraxis und der Zeitfaktor. Unter besonderer Berücksichtigung des praktischen Arztes. Dtsch med Wschr 88:2084-2092

BRUCHHÄUSER, I. et al. (2016) Ärztlicher Nachwuchs blickt auf die eigene Generation. Qualitative Studie. Hess Arztebl 2:83-86

BUSSCHE, H. v.d. (2014) Verändert sich das vertragsärztliche Berufsziel Hausarzt oder spezialisierter Internist im Verlauf der Weiterbildung? DOI 10.3238/zfa.2014.0508-0516

DEGAM (2002) Fachdefinition Allgemeinmedizin. <http://www.degam.de/fachdefinition.html>

DEGAM (2012) DEGAM-Zukunftspositionen. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. Frankfurt

GARHAMMER, E., LOHAUSEN, M. (Hg.) (2016) Heiße Fragen – coole Antworten. Überraschende Blicke auf Kirche und Welt, Würzburg (2.Aufl.)

HILPERT, K. (2009) Der Begriff Spiritualität. Eine theologische Perspektive. In Frick u. Roser (2009) Spiritualität + Medizin. Stuttgart

KURZKE, U. (2011) Berufszufriedenheit und Zukunft der Versorgung. DOI 10.3238/zfa.2011.0152

LANDENDÖRFER, P. (2009) Medizinische Aspekte am Lebensende. 1. Fachtagung des Ethikkomitees des Caritasverbandes für die Erzdiözese Bamberg. 25. November, Bamberg

LÖFFLER, C. et al. (2014) Was macht Hausärzte glücklich? Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern – eine repräsentative Querschnittsstudie. Gesundheitswesen. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387743>

MADER, F.H. (2016a) Von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin. 50 Jahre DEGAM. Festschrift. Kirchheim-Verlag, Mainz

MADER, F.H. (2016b) Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin. Die angewandte Heilkunde von der Funktion zum Fach. Festvortrag 50 Jahre universitäre Allgemeinmedizin, Universität Freiburg. 9.7.2016

NAHLINGER, S. et al. (2015) Berufliche Pläne und Motive hessischer Absolventen der Ärztlichen Prüfung von 2009 bis 2014. Hess Arztebl 5:270-276

PRAT DE LA RIBA, E. (2013) Editorial Spiritualität in der Medizin I. In: Imago Hominis. Quartalsschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik 20, Heft 3, S. 159 - Pers. Mitteilung 25.10.2017

ROOTENFUßER, R. (1999) Glücklichere Hausärzte? Überdurchschnittliche Arbeitszufriedenheit der deutschen Allgemeinärzte. Der Allgemeinarzt 20:311-315

RÜTER, G. (2016) Training fühlenden Gestaltens als ein Herzstück hausärztlichen Handelns. Der Mensch 52:42-46

RÜTER, G. (2017) Wofür der Hausarzt sein Geld verdient. Komplexität in der allgemeinärztlichen Sprechstunde. Der Allgemeinarzt 18:27-31

TK Baden-Württemberg (2017) Hausärztliche Versorgung. Aktualisiert 8.8.2017

WALTER, N., BREMS, H.-J. (2009) Ärztemangel, Morbiditätszuwachs und Erodierung des Sicherstellungsauftrags. Hess Arztebl 581-582

WECHSELBERGER, A. (2017) Neue Generationen, neue Aufgaben. ÖÄZ 4:14-16

Heilkunst braucht Sprachkunst – Überlegungen zur ärztlichen Kommunikation

von Doris Dorsel

Das Thema des diesjährigen Ärztetages „Arztbild im Wandel“ ist hochaktuell und betrifft uns als Patienten und Ärzte, aber auch als Angehörige gleichermaßen. Nach den soeben gehörten Vorträgen über den Spagat des Arztes in der modernen Medizin und die Umbruchsituation, in der sich die Allgemeinmedizin befindet, sind wir in der Pause miteinander ins Gespräch gekommen. Um das Gespräch soll es nun auch im letzten Vortrag unserer heutigen Tagung gehen, mit dem ich Sie in das weite Feld der *Sprache in der Medizin* entführen möchte.

Was steht für Sie auf meinem Therapieplan? Es erwartet Sie weder ein Gesundheits-Check-up noch ein Parforceritt durch diverse Kommunikationstheorien, sondern ein Einblick in den Sonderfall des Arzt-Patient-Gesprächs. Um Ihnen die Besonderheiten der Sprache in der Medizin aufzuzeigen, möchte ich einige Situationen beschreiben, in denen sich Arzt und Patient heute begegnen: Heilkunst braucht Sprachkunst – oder warum Heilkunst durch Sprachkunst erst möglich wird.

1. Das Arzt-Patient-Gespräch

Lassen Sie uns gemeinsam ein besonderes Heilmittel betrachten, das Arzt-Patient-Gespräch. Wie bei jedem Heilmittel gibt es Risiken und Nebenwirkungen, vor allem aber die erwünschte Hauptwirkung: Die Chance einer heilenden Begegnung zweier Menschen in einer Konstellation, in der der eine der Hilfe bedarf – und der andere sehr gut ausgebildet und bereit ist diese Hilfe zu geben. Unsere Protagonisten treffen als Arzt und Patient in bestimmten Rollen aufeinander, kennen sich in der Regel nicht, noch nicht oder zumindest nicht privat, sollen aber offen über persönlichste, teils intimste Dinge miteinander sprechen.

Wir alle wissen oder haben es bereits „am eigenen Leib“ erfahren: Eine gute Arzt-Patient-Beziehung ist Voraussetzung jeder gelingenden Behandlung. Ein wesentlicher Beitrag guter Beziehungen – sei es im privaten Rahmen, in Politik und Gesellschaft oder im gesundheitlichen Kontext – ist die Kommunikation. Diese erfährt im Verhältnis von Arzt

und Patient eine spezifische Dimension, geht es doch nicht nur um den Austausch von Daten und Informationen, wie wir es aus anderen Zusammenhängen gewohnt sind, sondern um persönliche, teils existenzielle Fragen, die den Kern unseres menschlichen Daseins berühren. Das Gelingen einer patientenorientierten Kommunikation hat nicht nur wesentlichen Einfluss auf das Verständnis, das Patientinnen und Patienten für den Umgang mit ihrer Erkrankung entwickeln können, sondern auch auf das Verständnis des Arztes für die individuelle Lebens- und Krankheitssituation, die mit der jeweiligen Diagnose und Therapie verbunden ist.

2. Perspektive Patientenzufriedenheit

Unsere Diskussion um Sprachkunst als notwendige Bedingung der Heilkunst fällt in eine Entwicklung unseres Gesundheitssystems, in dem die Rollen von Arzt und Patient erneut einem Wandel unterworfen sind: Nachdem der „mündige Patient“ als autonomer Partner seines Arztes in der öffentlichen Debatte bereits etabliert schien und diesem auf Augenhöhe begegnen sollte, stellen wir nicht – wie zu erwarten gewesen wäre – mehr Patientenzufriedenheit fest. Das Gegenteil scheint der Fall: Werfen wir einen Blick in die mediale Berichterstattung oder Erlebnisse im eigenen Umfeld, stellen wir eine zunehmende Verunsicherung fest. Diese äußert sich nicht nur in Orientierungslosigkeit in einem prosperierenden Gesundheitsmarkt, sondern auch in steigendem Anspruchsdenken bei gleichzeitigen Gefühlen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins.

Wie kann das sein in einem Gesundheitssystem, das nicht nur innerhalb Europas beispielhaft ist, sondern weltweit als eines der besten gilt? Was sind die Gründe, weshalb andere Systeme, wo nicht nur die freie Arztwahl eingeschränkt ist, sondern auch die Wege zum Arzt lang und die Wartezeiten noch länger sind und wo medizinische Maßnahmen, die uns selbstverständlich erscheinen, nicht zu Lasten einer Einheitskrankenkasse angeboten werden, positiver bewertet sind? Oder wo Leistungen nicht nur rationalisiert und priorisiert, sondern auch rationiert und bestimmten Patientengruppen gänzlich vorenthalten werden? Unmut scheint demnach nicht vorzuherrschen, wo tatsächlich Mängel zu beklagen sind, sondern dort, wo solche empfunden werden und ein auf Selbstverantwortung setzendes System der Überforderung ausgesetzt ist.

Deutlich wird, dass wir es in der Medizin nicht mit Gebrauchsgütern zu tun haben, die wie andere Produkte auf dem Markt gehandelt und ökonomischen Regeln unterworfen werden können, sondern mit etwas Wesentlichem darüber hinaus, das nicht nur auf medizinisches Wissen und hoch technisierte Ausstattung angewiesen ist, sondern einer zwischenmenschlichen Ebene bedarf. Wenn wir heute über das „Arztbild im Wandel“ sprechen, einhergehend mit der persönlichen Herausforderung zwischen Ideal und Versorgungsrealität, geht es ganz wesentlich um ein kostbares Gut, nämlich um Zeit! Zeit für Zuwendung und Gespräche, ohne die ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient als Basis einer therapeutischen Beziehung nicht gelingen kann. Gehen wir noch einen Schritt weiter und erkennen diese Ebene nicht nur als zwischen-, sondern vor allem als mitmenschlich, dann sind wir bei unserem heutigen Thema.

3. Die Brücke der Kommunikation

Was ist Medizin? Wissenschaftstheoretisch ist Medizin eine praktische Wissenschaft. Das heißt, es geht um wissenschaftliche Erkenntnisse, die sich erst in der Zuwendung zum Patienten praktisch entfalten. Medizin ohne Wissenschaft kann erfolgreich sein – und nicht selten ist die wundersame Heilung der Besonnenheit geschuldet, dem Körper die Zeit zu geben, die er für die Aktivierung seiner Selbstheilungskräfte benötigt. Ohne Wissenschaft bleibt die Medizin jedoch dem Einzel- oder gar Zufall überlassen und kann weder begründet noch gesichert und weiterentwickelt werden – es herrschen Versuch und Irrtum, Stillstand statt Fortschritt. Wissenschaftliche Medizin ohne menschliche Zuwendung aber bleibt wirkungslos, sie existiert im Elfenbeinturm medizinischer Labore und Journale, kann jedoch nicht Leuchtturm sein und den Weg zu einer besseren Medizin weisen, die den kranken Menschen zuverlässig erreicht.

Dass Menschen auf der Suche nach medizinischem Wissen sind, sehen wir an der Nutzung von Internet und Gesundheits-Apps. Der Gesundheitsmarkt boomt und wird überschwemmt von aktuell über 300.000 verschiedenen Apps zur Selbstdiagnose, Prävention, Fitnesskontrolle und vielen anderen Funktionen. Die häufigste Krankheit ist die (vermeintliche) Diagnose, die Dr. Google ausspuckt – und die sich beileibe nicht mit dem decken muss, was hinter den eingegebenen Symptomen

tatsächlich steckt. Es braucht fachkundige Orientierungshilfe, um in der Informationsflut nicht zu ertrinken.

Wie kann die moderne Medizin den Weg in die medizinische Praxis finden? Damit Medizin als Dienst am Menschen gelingen kann, damit wir nicht nur gute Ärzte haben, sondern diese ihre Patienten auch erreichen können, führt der Weg zwischen Arzt und Patient über die Brücke der Kommunikation.

Stellen wir uns die Begegnung von Arzt und Patient als Theater vor – nicht umsonst heißt der Operationssaal im Englischen „operating theatre.“ Unser Stück spielt im Spannungsfeld von Lebenswelt des Patienten und professioneller Welt der Medizin. Es treten Akteure mit unterschiedlichen Rollen, Interessen und Erwartungen auf. Auf der Bühne sehen wir zunächst den Hauptdarsteller der Erzählung, des Dramas oder der Tragödie. Dieser ist nicht etwa der Arzt mit seinen Insignien Stethoskop und Kittel, sondern der Patient mit seinen Beschwerden, Sorgen und Ängsten. Auch wenn der Patient weder das Skript noch seine Rolle frei wählen kann, so ist er doch Darsteller und Regisseur in einer Person – und sollte so weit wie möglich selbst entscheiden dürfen, welche weiteren Haupt- und Nebenrollen er besetzen und wann er wem welche Aufgaben und Verantwortungen übertragen möchte. Erst dann, wenn er über die Besetzung der zweiten Hauptrolle entschieden hat, erscheint der Arzt auf der Bühne. Im Idealfall treten nun beide in einen Dialog und gestalten das weitere Stück gemeinsam.

Zwischen Arzt und Patient entwickelt sich die Handlung. Die Eingangsfrage „Was führt Sie zu mir?“ lässt sich auch zeitgemäßer formulieren, eröffnet das Gespräch aber situationsgerecht und *soll* dem Patienten Gelegenheit geben, sein Anliegen vorzutragen. Die Betonung liegt auf *soll*, denn Studien zufolge wird der Patient bereits nach durchschnittlich 18 Sekunden erstmals unterbrochen. Auch wenn die Zeit vermeintlich drängt, der Grundstein für Diagnose und Therapie wird bereits im ersten Anamnesegespräch gelegt – und Kommunikationsdefizite sind später kaum noch auszugleichen. Wir Ärzte wären gut beraten zuzuhören, denn aus Zeitdruck entsteht schnell Zeitnot – und kein Patient hat nichts zu sagen!

In der hochsensiblen Gesprächssituation, in der sich Arzt und Patient begegnen, sind Respekt und Wahrhaftigkeit gefordert. Und weil die Waagschalen eben nicht auf gleicher Höhe liegen, weil der Arzt einem Patien-

ten begegnet, der sich in Krankheit und Leid an ihn wendet, wird jedes seiner Worte auf die Goldwaage gelegt und wiegt dort doppelt schwer. Sich dieser Asymmetrie bewusst zu sein, Professionalität und Menschlichkeit in die Waagschale zu legen, ist Pflicht und Aufgabe des Arztes. Seien wir klar in der Sache, aber empathisch gegenüber dem inneren Menschen, der aus seinem gewohnten Leben geworfen ist. Auf der anderen Seite steht der Arzt in seiner vertrauten Rolle, die er mit ausgewogenem Maß an Nähe und Distanz auszufüllen hat. Dass diese Asymmetrie dem Arzt-Patient-Verhältnis inhärent ist und sich nicht aufheben lässt, muss der Arzt am eigenen Leibe erfahren, wenn er selbst erkrankt und in der Rolle des Patienten einem Kollegen gegenüber sitzt. Womöglich erlebt er dann, wie schwer verständlich selbst vertraute medizinische Inhalte sein können, wenn diese ihn in der Situation schwerer Krankheit schlichtweg überfordern.

4. Zum Aspekt der nonverbalen Kommunikation

Medizinische Kommunikation ist zugleich auch medizinisches Handeln und damit medizinisch wirksam. Medizin muss, wenn sie heilsam sein soll, den ganzen Menschen ansprechen. Aber unser Bild von der Heilkraft der Worte wäre unvollständig ohne die nonverbale Kommunikation. Ein Großteil der Botschaft wird durch Körpersprache vermittelt, durch Körperhaltung, Gestik und Mimik, auch durch Tonfall und Lautstärke.

Der medizinische Alltag ist voller Beispiele, nehmen wir das Phänomen des Weißkitteleffekts: Bereits bei Routinemaßnahmen wie der Blutdruckmessung macht es einen Unterschied, wer diese einfache Untersuchung durchführt – wir selbst im häuslichen Umfeld oder der Arzt in Klinik oder Praxis, dann sind die Werte oft höher...

Ist es Zauberei, Hokusfokus oder Magie – menschliche Vorstellungskraft kann nicht nur Berge versetzen, sondern auch Heilkräfte freisetzen. Glaube, Liebe, Hoffnung – oder Wahrhaftigkeit, Zuwendung und Zuversicht – all dies ist nicht messbar, aber wirksam. In der Wissenschaft müssen wir zweifeln, als Menschen aber dürfen wir glauben. Wie sonst wäre es möglich, Schmerzen vom Knie unseres Kindes wegzupusten?

Ein weiteres Beispiel ist der Placebo-Effekt – ein Phänomen, für das es keine naturwissenschaftliche Erklärung gibt. „Placebo“ kommt aus dem Lateinischen und meint „ich werde gefallen“ oder „ich werde die positive Erwartung erfüllen“. Placebos sind Scheinmedikamente ohne Wirkstoff,

die aber nachweislich wirksam sind. Große Placebos wirken besser als kleine und teure besser als preiswerte, rote können anregen, blaue beruhigen. Spritzen wirken besser als Tabletten, am wirksamsten sind Infusionen. Die Erklärung ist nicht logisch, aber psychologisch. Studien haben nachgewiesen, dass Placebos auch dann funktionieren, wenn die Versuchsperson weiß, dass sie ein Placebo - am besten ein Placebo forte - erhält ...

Das Phänomen, wonach eine erwartete negative Wirkung tatsächlich eintritt, nennen wir Nocebo-Effekt (wieder aus dem Lateinischen „ich werde schaden“). Tatsächlich zeigen Medikamente eher die Nebenwirkungen, auf die der Beipackzettel hinweist („Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“, § 4 Absatz 3 Heilmittelwerbegesetz).

Statt aber mit dem Arzt oder Apotheker zu sprechen, wird das Präparat zunächst einmal beiseitegelegt. So wird mit Sicherheit jede Nebenwirkung vermieden, aber auch jede Wirkung. Oft werden weitere Ärzte aufgesucht, Dosierungen erhöht und andere Präparate verordnet. Hier ist der neue Medikationsplan ein guter Schritt, aber keinesfalls ein Ersatz für das vertrauensvolle Arzt-Patient-Gespräch. Viele Rezepte werden in der Apotheke zwar eingelöst, die Medikamente in mehr als der Hälfte der Fälle aber nie genommen. Stattdessen wird vieles konsumiert und aus eigener Tasche bezahlt, was nachweislich ohne jede Wirkung ist.

Placebo- und Nocebo-Effekte sehen wir auch bei Worten. Heilsame Worte helfen heilen, schädliche Worte können schaden. So wie Kommunikation Menschen verbindet – oder wenn sie missglückt, auch trennt – ist Sprachkunst in der Medizin nicht nur Mittel zum Zweck, sondern zentraler Bestandteil des Behandlungs- und Heilungsprozesses.

5. Plädoyer für eine sprechende Medizin

Was aber ist Kommunikation? Auch der Begriff „kommunizieren“ kommt aus dem Lateinischen und meint „gemeinsam machen, mitteilen, Anteil nehmen, sich beraten“. Kommunikation ist etwas, das zwischen Menschen, also zwischenmenschlich geschieht. Kommunikation in der Medizin geht noch einen Schritt weiter: Es geht um etwas, das mit Menschen geschieht – und daher auf Mitmenschlichkeit angewiesen ist. Gesellschaftliche Veränderungen machen auch vor der Sprache nicht halt und betreffen auch die gesundheitliche Versorgung: So leitet sich

der Name „Charité“ nicht etwa von „shareholder value“ ab, wie man in Zeiten des Gesundheitsmarktes und -marketings denken könnte, sondern von „caritas“ im Sinne christlicher Nächstenliebe. Waren noch vor wenigen Jahrzehnten die Errungenschaften der modernen Medizin mit z. B. Anästhesie und Antibiotika undenkbar, ist es heute an der Zeit, der Wirtschaftlichkeit in der Medizin wieder den Respekt vor dem kranken Menschen entgegenzusetzen.

Im Umfeld einer rasant um sich greifenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens wurde vor wenigen Tagen die Neufassung des Genfer Gelöbnisses, einer modernen Fassung des Hippokratischen Eids, vorgestellt. Der Weltärztebund hatte die Aktualisierung 2015 in Auftrag gegeben, nachdem das Bedürfnis nach einem Eid für den ärztlichen Berufsstand gerade unter jungen Ärzten angestiegen war. Auch über 2.500 Jahre nach Hippokrates ist dieses Gelöbnis kein Griff in die Mottenkiste, sondern Ausdruck eines wachsenden Verlangens nach wieder mehr Menschlichkeit in der Medizin – damit aus dem ärztlichen Traumberuf kein Trauma wird! Die Neufassung 2017 stellt mehr denn je den Patienten in den Vordergrund, verpflichtet aber auch Ärzte zu mehr und besserer Kommunikation, um „medizinisches Wissen zum Wohl der Patienten zu teilen“.

Ein gutes Arzt-Patient-Verhältnis ist die Voraussetzung jeder gelungenen Behandlung. Aber die Rollen von Arzt und Patient haben sich verändert. Es ist noch nicht lange her, dass ärztliches Handeln wie selbstverständlich vom Paternalismus geprägt war: Der Arzt kümmerte sich um den Patienten wie ein guter Vater um sein unmündiges Kind, denn schließlich wusste er am besten, welche Behandlung die richtige für ihn ist. Oberste Priorität hatte – nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen – das medizinische Wohl. Der Patientenwille spielte eine wichtige Rolle, aber eben erst an zweiter Stelle. Dies ging so weit, Patienten oft nicht oder zumindest nicht umfassend aufzuklären, sei es um sie zu schonen oder ihre letzte Lebenszeit nicht zu belasten, sei es aber auch, um das Überbringen schlechter Nachrichten zu meiden. Oft wussten die Angehörigen mehr als der Patient selbst – der daraufhin nicht selten das Vertrauen verlor und mit seinen Ängsten und Nöten allein blieb.

Hier hat sich ein Paradigmenwechsel vollzogen: Heute steht mit der Patientenautonomie der Behandlungswille an erster Stelle und bestimmt

jedes ärztliche Handeln. Dies geht so weit, dass eine mangelnde Aufklärung nicht nur berufsrechtliche, sondern als Körperverletzung auch strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann – unabhängig davon, ob die Behandlung an sich lege artis durchgeführt wurde. So zeitgemäß ein solcher Rollenwandel sein mag: Es erfordert mehr Gesprächszeit und auch Gesprächskompetenz, Patienten aktiv zu beteiligen als über ihren Kopf hinweg zu entscheiden.

Hinzu kommt die moderne Medizin mit ihren nie dagewesenen Lebenschancen, aber auch Ängsten und Risiken. Viele Entscheidungen stellen uns heute nicht nur vor medizinische, sondern auch ethische Konflikte. Statt aber Freiräume für hierzu notwendige Gespräche zu schaffen, wurden und werden diese immer mehr beschnitten – was zu Kommunikationsstörungen, Missverständnissen und Komplikationen oder Behandlungsfehlern führen kann. Bis zu 80% solcher „vermeidbaren unerwünschten Ereignisse“ gehen auf fehlerhafte Kommunikation zurück, damit ist das Risiko des gegenseitigen Nichtverstehens höher als das Risiko eines fehlerhaften Eingriffs. Erst neuerdings soll der „sprechenden Medizin“ wieder mehr Bedeutung beigemessen werden, nachdem auch die modernste Technik allein dem kranken Menschen nicht gerecht werden konnte.

6. Faktoren für ein gelingendes Gespräch

Heilkunst braucht Sprachkunst: Hier geht es um mehr als Kommunikation in der Medizin! So wie Heilkunst mehr ist als die fachgerechte Anwendung medizinischen Wissens und Könnens, ist Sprachkunst weit mehr als die korrekte Anwendung von Vokabeln und Grammatik. Sprachkunst in der Medizin ist (mindestens) ein duales System mit verschiedenen Rollen und Bedürfnissen. So unterscheidet z. B. das Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun verschiedene Sach- und Beziehungsebenen, die Einfluss haben auf das, was wir sagen, und das, was wir hören und verstehen. In der Medizin geht es auf der Sachebene um Informationen, auf der Beziehungsebene aber weiter darüber hinaus als in allen anderen professionellen Begegnungen.

Im Arzt-Patient-Gespräch ist entscheidend, ob ich als Patient ernst genommen werde. Sagt der Arzt – medizinisch korrekt – „So etwas sehen wir hier häufig, das hat keine ernste Bedeutung“ höre ich als Patient: „Stell dich nicht so an, da haben andere ganz andere Probleme!“ Je sensibler die Gesprächssituation, desto größer die Gefahr sogenann-

ter Übertragungsverluste. Ist es nur unsensibel, wenn die Schwester mich schon mal fertigmachen soll? Was heißt das, wenn mein Arzt von einem schicksalhaften Verlauf spricht – kann er dann nichts mehr für mich tun? Was ist eine „erfreuliche Entwicklung“ – werde ich wieder gesund – oder nur morgen nach Hause entlassen? Um sich in einen medizinisch unkundigen Patienten hineinzusetzen, kann es ausreichen, mit einem „Digital Native“, also einem Vertreter der in der digitalen Welt aufgewachsenen jungen Generation über moderne Medien zu sprechen...

Wie können wir dem Anspruch „Heilkunst braucht Sprachkunst“ gerecht werden? Wir können nicht den Rezeptblock zücken und 3 x täglich gute Arzt-Patienten-Kommunikation verordnen, aber wir können uns der besonderen Gesprächsatmosphäre bewusst sein. Wir können für ein störungsfreies Umfeld sorgen, uns empathisch zuwenden, ganz Ohr sein und Blickkontakt halten und uns in klarer Sprache ohne Füllwörter und Konjunktive verständlich ausdrücken. Wir können geschlossene Fragen stellen („Sie haben doch alles verstanden?“ – wer wagt da schon nein zu sagen...) – oder aber mit offenen Fragen arbeiten und unsere Patienten bitten, das Verstandene in eigenen Worten zusammenzufassen.

Für ein heilsames Gespräch müssen beide Seiten kommunizieren *wollen*, es muss eine Basis des Vertrauens herrschen und das Gespräch auf Augenhöhe stattfinden. Damit ist nicht das gleiche medizinische Wissen gemeint, sondern der Respekt vor dem Wissen und der Erfahrung des anderen. Der Arzt ist Experte für die verschiedensten Teilaspekte von Diagnose und Therapie, aber nur der Patient erlebt seine Krankheits- und Lebenswirklichkeit in ihrer ganzen Dimension.

Sprechen wir patientenorientiert oder – oft unbewusst – fachchinesisch und an unseren Patienten vorbei? Wissen wir, was unsere Patienten nicht verstehen – und vielleicht nie fragen? Wie soll ein „normaler Mensch“ verstehen, dass ein negatives Ergebnis etwas Gutes ist, ein positiver Befund aber womöglich Anlass zur Sorge? Eine Psychologin berichtete von einem Patienten, der nach dem Besuch bei seinem Kardiologen eigentlich zufrieden war, sich dann aber über den Brief an den Hausarzt zutiefst empörte. Was war geschehen? Der Kardiologe hatte ihn als „überdrehten Linkstyp“ bezeichnet! Bestenfalls hat der Patient seinen Kardiologen zur Rede gestellt und ihm so die Möglichkeit gegeben, diesen Ausdruck als Fachterminus für eine harmlose Norm-

variante im EKG zu erklären – und mit seinem Patienten gemeinsam über das Missverständnis zu lachen.

Apropos Lachen: Wie steht es um den Humor in der Medizin, geht das zusammen? Wo doch so viel Leid und Sterben ist?

Humor und Lachen sind – der Situation angemessen und wohldosiert – gesund, und die entlastende Wirkung kennen wir alle. Daher gibt es Klinikclowns, und auch „normale“ Ärzte und Pflegende mit Humor verbreiten ein heilsames Klima. Kirk Douglas sagte in einem Interview zu seinem 100. Geburtstag, einem Alter, wo es hier oder da schon mal etwas zwickt: „Ohne Humor kann man nicht leben. Man muss über sich selbst lachen können, sonst hat man es schwer.“ Untersuchungen zufolge zeigt Humor eine heilsame Wirkung, auch bei schwerer Krankheit, in der Palliativmedizin und Sterbebegleitung.

Lachen führt über neuroendokrine Wirkungen - nach anfänglich erhöhter Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin - zu länger anhaltender parasympathischer Aktivität und reduziert Stress. Auch eine positive Mimik, oder sagen wir ein Lächeln, kann diese Wirkung haben. Lachen ist ansteckend – und zum Glück gibt es gegen diese Reaktion keine Impfung!

Schon Voltaire wusste: „Man soll vor allem Mensch sein – und dann Arzt!“ Zuwendung schenken und den Selbstheilungskräften vertrauen, um nur dort und notfalls beherzt einzugreifen, wo es nötig ist – und wo es der Arzt bei sich und seinen Liebsten auch täte. In Zeiten hohen Anspruchsdenkens und oft geringer Gesundheitskompetenz ist der begründete Verzicht auf medizinischen Aktionismus womöglich auch Hohe Schule medizinischer Sprachkunst.

Wie kann ein gutes Arzt-Patient-Gespräch aussehen? Es gibt kein Patentrezept, aber es bietet sich ein Trichtermodell an, wonach das ärztliche Gespräch mit offenen Fragen beginnt und nur zur Diagnose mit geschlossenen Fragen gelenkt wird. Wir können Sprache mit Bildern unterstützen – eine gute Möglichkeit nicht nur in der Medizin, komplexe Sachverhalte verständlich darzustellen oder die Wahrnehmung des anderen besser zu verstehen.

Hierzu sei als bekanntes Beispiel das Bild einer großen weißen Fläche mit einem kleinen schwarzen Punkt in der Mitte genannt. Meist sehen wir nur den schwarzen Fleck – und kaum die große weiße Fläche um ihn

herum. Wenn wir im Augenblick der Diagnose nur diesen schwarzen Punkt sehen, ist es Aufgabe des Arztes, zur rechten Zeit am rechten Ort auf die weiße Fläche aufmerksam zu machen. Auch in der Not füllt das Schwarz oft nicht alles, es bleiben helle Momente mit Freundschaft und Liebe, Freude und Lachen, Güte und Mitgefühl.

Das Überbringen einer schlechten Nachricht braucht Zeit und Raum – und ein Höchstmaß an Empathie und Gesprächskompetenz, um die Wahrnehmung des Betroffenen aufzunehmen und gemeinsam einen Weg finden zu können. Denn: Hoffnung zu nehmen ist der schwerste aller Behandlungsfehler.

Wenn wir uns schwertun mit schwierigen Gesprächen, ist das menschlich verständlich, ärztlich aber unprofessionell und für den Betroffenen nicht hilfreich. Sprechen wir daher nicht von einem positiven oder negativen Befund – drücken wir uns klar und deutlich aus und fragen nach, was der Patient verstanden hat. Sonst kann es geschehen, dass nach der ängstlich erwarteten Visite, wenn der Chefarzt die Türklinke schon wieder in der Hand hat, der Patient noch leise fragt: „Aber es ist doch kein Krebs?“

7. Gesprächskompetenz – für die Praxis lernen

Kommunikation im Gesundheitswesen hat viele Akteure, Kontexte und Medien. Kommunikation ist eine ärztliche Kernkompetenz – nicht eine Kompetenz unter vielen. Die Bedeutung des ärztlichen Gesprächs ist keine neue Erkenntnis, musste aber offenbar wiederentdeckt und in den Mittelpunkt der ärztlichen Aus- und Weiterbildung gerückt werden.

Die Frage, ob gute Arzt-Patienten-Kommunikation gelehrt und gelernt werden kann, wurde vielfach untersucht. Heute steht der Einsatz moderner Medizindidaktik in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung außer Frage. Seit 2013 ist der „Erwerb notwendiger Fähigkeiten und Fertigkeiten auch in der ärztlichen Gesprächsführung“ Inhalt der Approbationsordnung für Ärzte und umfasst einen erheblichen Teil der studentischen Ausbildung.

Auch der Masterplan 2020 soll bereits im Medizinstudium ansetzen und die Herausforderungen an die nächste Ärztegeneration neu definieren. Wie das Bundesbildungsministerium im März 2017 mitteilte, soll das Studium mehr Praxisbezug mit Betonung kommunikativer Fähigkeiten erhalten. Angehende Ärztinnen und Ärzte sollen neben hoch spezialisiert

ten Fällen an den Universitätskliniken auch ganz alltägliche Erkrankungen kennenlernen. Allgemeinmedizinische Inhalte sollen über das gesamte Studium hinweg vermittelt und im Staatsexamen geprüft werden.

Die Ärztekammern sind sich der Bedeutung der ärztlichen Gesprächskompetenz bewusst. In ihrer Zuständigkeit für die ärztliche Fort- und Weiterbildung wird eine Vielzahl von Maßnahmen angeboten – von Veranstaltungen zur Kommunikation bis hin zur Vermittlung interdisziplinärer kultureller Kompetenz. Vor allem aber wird die Novellierung der ärztlichen Weiterbildungsordnung 2018 die ärztliche Kommunikation als zentrale Kompetenz allen fachgebietsspezifischen Weiterbildungsinhalten voranstellen.

Auch die Fachsprachenprüfungen für ausländische Ärzte, die in Deutschland tätig werden wollen, liegen inzwischen in der Hand der Ärztekammern. Die bestandene Fachsprachenprüfung ist Voraussetzung für den Erhalt der deutschen Approbation. Die Durchfallquoten sind hoch, aber: Sprachkompetenz ist praktizierter Patientenschutz! Wer hier Abstriche zulässt, riskiert Behandlungsfehler durch mangelndes Sprachverständnis – bis hin zu Todesfällen. Der Ärztemangel ist da und trifft Klinik und Praxis gleichermaßen. Wir wollen und brauchen unsere ausländischen Kollegen, aber die deutsche Sprache ist ein Muss – nur so können Worte eine Brücke sein und keine Mauer.

Zeit für das Arzt-Patient-Gespräch ist keine Zeitverschwendung, sondern – auch ökonomisch betrachtet – gut investiert. Und dies muss sich in der Vergütung dieser essentiellen ärztlichen Leistung abbilden! Was der Deutsche Ethikrat in seiner aktuellen Stellungnahme „Patientenwohl als Maßstab für das Krankenhaus“ fordert, gilt für die Praxis ebenso. Gesetzgeber und Selbstverwaltung sind aufgefordert, eine patientenorientierte Kommunikation zu gewährleisten und den zeitlichen und organisatorischen Aufwand im Vergütungssystem angemessen zu berücksichtigen.

Ob Masterplan 2020, neue Weiterbildungsordnung oder die Forderung des Deutschen Ethikrates nach mehr Patientenorientierung, auch der Internationale Tag der Patientensicherheit stand 2017 unter dem Motto der Kommunikation: Das Arzt-Patient-Gespräch ist wieder in aller Munde!

Unser Thema „Heilkunst braucht Sprachkunst“ ist ein weites Feld – und das ärztliche Gespräch unser wichtigstes Instrument. Nicht ohne oder

gegen unsere Patienten, nur im Gespräch mit ihnen kann Heilkunst gelingen. Lassen wir unsere Patienten zu Wort kommen – und die Sprechstunde auch eine Hörstunde sein. Sprechen wir nicht nur zu, sondern auch mit ihnen – und geben wir der sprechenden Medizin die Chance zurück, heilsam zu sein.

Die Referenten:

Erzbischof Hans-Josef Becker

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn. Erzbischof Becker ist Vorsitzender der Kommission VII (Erziehung und Schule) der Deutschen Bischofskonferenz.

Doris Dorsel, Dr. med., MA. LLM.

geboren 1961, verh., 4 Kinder. 1980–1981 Lehramtsstudium, 1981–1987 Studium der Humanmedizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. 1990–2004 Lehrtätigkeit Gesundheits- und Krankenpflege in Paderborn und Ahlen. 2004–2009 Weiterbildungsstudium Medizinethik an der FernUniversität Hagen und der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, 2010–2012 Weiterbildungsstudium Medizinrecht an der Universität Münster. Seit 2008 Tätigkeit bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Münster, von 2012–2016 als Leiterin Patientenberatung der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, seit 2016 als Referentin der Geschäftsführung. Mitglied der Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Westfälischen Wilhelms-Universität.

Franziskus Knoll OP, Prof. Dr. theol.

geboren 1971; 1988-1991 Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger in Trier und mehrjährige berufliche Tätigkeit im Brüderkrankenhaus in Koblenz. Anschließend Studium der Pflegepädagogik in Mainz. Seit 1998 Lehrtätigkeit am Bildungsinstitut für Gesundheitsfachberufe in Trier. 2002-2007 Studium der Kath. Theologie an der Universität Mainz und 2008 Priesterweihe durch Kardinal Lehmann. Danach bis 2009 Visiting Scholar der George Washington University und anschließend Tätigkeit als Krankenhausseelsorger in Bergisch-Gladbach. 2014 Promotion zum Dr. theol. im Fach Pastoraltheologie. Seit 2015 Juniorprofessor für Diakonische Theologie und Spiritualität an der Phil.-Theol. Hochschule der Pallottiner in Vallendar und Lehrbeauftragter für Anthropologie in der Pflege an der Universität Eichstätt-Ingolstadt.

Frank H. Mader, Prof. Dr. med.

geboren 1943 in Falkenau/Eger; Studium der Humanmedizin in Erlangen und Essen, Promotion zum Dr. med. und Weiterbildung zum Allgemeinarzt in Regensburg und München. Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Medizindidaktik an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit 1974 Facharzt für Allgemeinmedizin in Nittendorf; Ausbildung in Proktologie in Bochum und London; 1979 Gründungsmitglied des Berufsverbandes der Coloproktologen. Medizjournalist und Autor medizinischer Fachbücher. 1982 Fachprüfer für Allgemeinmedizin und seit 1995 Prüfungsvorsitzender im Rahmen der Facharztprüfung an der Bayerischen Landesärztekammer. 2001 Ernennung zum Honorarprofessor für Allgemeinmedizin an der TU München. Mitglied zahlreicher medizinischer Fachgesellschaften im In- und Ausland.

Über die Homepage des Liborianums stehen alle Dokumentationen der Ärztetage 1998 – 2017 als pdf-Datei zum Download zur Verfügung:

<http://www.liborianum.de/Unser-Programm/Aerztetag>

Von einigen Tagungen sind noch gedruckte Broschüren kostenlos erhältlich. Diese können telefonisch unter 05251 1254462 oder per E-Mail bestellt werden: info@liborianum.de

- 2014 **Medizin und Spiritualität – in gemeinsamer Sorge um den Menschen**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln
Prof. Dr. Eckhard Frick SJ, München
- 2015 **Ebola, Malaria und Co. – Ärztinnen und Ärzte im weltweiten Einsatz gegen Epidemien**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Dr. Uta E. Düll, Gikonko/Rwanda
Dr. Klemens Ochel, Würzburg
- 2016 **Wann ist der Mensch tot? Das Kriterium des Hirntodes und die Organspende**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Franz-Josef Bormann, Tübingen
Prof. Dr. Hartmut H.J. Schmidt, Münster
Dr. Theodor Windhorst, Münster
Daniel Schrader, Essen
- 2017 **Arztbild im Wandel – Persönliche Herausforderung zwischen Ideal und Versorgungsrealität**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Franziskus Knoll OP, Vallendar
Prof. Dr. Frank H. Mader, Nittendorf
Dr. Doris Dorsel, MA. LLM, Münster



Herausgeber:
Erzbischöfliches Generalvikariat Paderborn
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Domplatz 3 · 33098 Paderborn