

# Der Arzt als „mütterlicher Vater“

Im März hat die Ärztekammer Nordrhein ihre neuen Mitglieder erstmals zu einer Begrüßungsveranstaltung ins Haus der Ärzteschaft eingeladen. Die jungen Ärztinnen und Ärzte bewerteten die Vorträge und das anschließende „come together“ äußerst positiv, so dass die Begrüßung nun regelmäßig stattfinden soll.

„Alle Ärztinnen und Ärzte sind Besitzer dieses Hauses, und deswegen dürfen Sie sich hier ruhig wohlfühlen“, sagte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. In seinem Vortrag machte er deutlich, dass die Ärztekammern in der Geschichte des Arztberufes fest verwurzelt sind – „formal durchaus nachvollziehbar und verfolgbare seit dem frühen 13. Jahrhundert“. Im Jahre 1231 nämlich legte der Hohenstaufenkaiser Friedrich II. die Trennung der Pharmazie und des Arztberufes fest, und schon damals gab es eine sechsjährige Ausbildung, an die sich eine gemeinsame Zeit mit bereits erfahrenen Ärztinnen und Ärzten anschloss. In der Sprache von heute: Sechs Jahre Ausbildung plus Weiterbildung. Hoppe: „Das ist der Beginn der geordneten Aus- und Weiterbildung im ärztlichen Beruf.“

Bei seinem Streifzug durch die Geschichte der ärztlichen Organisationen und ärztlichen Ordnungen in den nachfolgenden Jahrhunderten entdeckte Hoppe zahlreiche Parallelen zu den heutigen Verhältnissen, zum Beispiel verglich er die „Lese-gesellschaften“ des 18. und 19. Jahrhunderts mit den Qualitätszirkeln von heute. Der Reichsgründung 1870/71 folgte 1873 in Wiesbaden die offizielle Konstituierung des Deutschen Ärztevereinsbundes, der als erster Deutscher Ärztetag gilt.

Hoppe machte deutlich, dass die Ärztekammern heute – aufgrund ihrer historisch gewachsenen Stellung in Staat und Gesellschaft – im öffentlichen Interesse arbeiten und gleichzeitig die beruflichen Belange der Ärztinnen und Ärzte gegenüber Politik und Gesellschaft wahren. Dem entspricht das Aufgabenspektrum, von der ärztlichen Fort- und Weiterbildung über die Schlichtungsfunktionen bis hin zur Berufsaufsicht und zur Einrichtung eines ärztlichen

Alters- und Hinterbliebenenversorgungswerkes. Die Pflichtmitgliedschaft der Ärztinnen und Ärzte in der Kammer steht nach Hoppes Worten in engem Zusammenhang damit, dass sonst die Wahrnehmung öffentlicher Interessen kaum möglich wäre.

„Ich möchte Sie ein wenig begeistern dafür, dass wir in einem Beruf tätig sind, in dem wir uns selbst organisieren können“, sagte der Präsident. Er lud die jungen Ärztinnen und Ärzte ein, sich aktiv in der Selbstverwaltung zu engagieren „und daran mitzuwirken, dass die Geschicke der Ärzteschaft in guter Weise gestaltet werden.“

## Was ist ein guter Arzt?

„Ein guter Arzt – trotz theoretisch orientierter Ausbildung?“ lautete das Thema des Vortrages von Professor Dr. Linus S. Geisler, langjähriger internistischer Chefarzt in Gladbeck. Nach seiner Auffassung greift ein ausschließlich naturwissenschaftliches Verständnis der Medizin zu kurz. Eine der besten Charakterisierungen des guten Arztes stamme von französischen Medizineren, die den guten Arzt einen „père maternel“, einen „mütterlichen Vater“ nannten – „jemanden, der zugleich lenkender Vater und warmherzig verstehende Mutter ist“.

Auszüge aus dem Vortrag von Professor Geisler im Wortlaut:

Wer nach dem guten Arzt fragt, müsste auch nach dem „guten Patienten“ fragen. Vielleicht ist auch er nur ein Phantom, eine Projektionsfläche des kranken Menschen, das sich komplementär zur Welt des guten Arztes verhält. In Wirklichkeit aber, so wird eingewandt, dominiert heute eher der so genannte „fragmentierte Patient“ (Walter Böker). Die konventionelle Gesprächstechnik

der Ärzte zerlegt die Patientenäußerungen in Einzelbeschwerden und blendet das Selbstbild des Kranken, seine Deutung und Auslegung der Krankheit aus.

Die auf dieser Grundlage in Gang gesetzte, oft rational letztlich gar nicht begründbare umfangreiche Diagnostik liefert dann zwangsläufig Datensammlungen, die das Leiden des Kranken nur bruchstückhaft und unzusammenhängend wiedergeben. Was resultiert ist der „fragmentierte Patient“. Der Arzt, der sich diese Herangehensweise an den Kranken langfristig zu eigen macht, wird schließlich zum „fragmentierten Arzt“, unfähig seinen Patienten in der Ganzheit seines Leidens wahrzunehmen.

Es ist unverkennbar, dass dieser „fragmentierte Arzt“ als Gegenstück des guten Arztes zu begreifen ist. Er freilich ist wiederum das Resultat einer ärztlichen Ausbildung, die das dialogische Prinzip als Urelement des Umgangs von Arzt und Patient sträflich vernachlässigt, den klinischen Blick als Hantieren mit „weichen Daten“ abtut und auf die unlimitierte Erhebung harter Daten setzt. In diesen Datenbergen, die manchmal nicht mehr als Datenfriedhöfe sind, ist der Patient mit seiner individuellen Leidens- und Lebensgeschichte nur noch auszumachen, wenn der Blick auf Person und Persönlichkeit nicht durch sie restlos verstellt wird ...

Bedeutet dies aber auch, dass der Arzt nur noch in schachfigurenhafter Manier, gelenkt von Systemen, die er nur noch unvollständig durchschaut, zu agieren vermag? Ist dies der fast unmerklich schon vollzogene Abschied von einem nostalgischen Relikt, nämlich dem „guten Arzt“ von gestern?

Oder genügt es, sich mit einem den Zeitverhältnissen angepassten, quasi entideali-



Kammerpräsident Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (hinten) mit Teilnehmern an der Premiere der Begrüßungsveranstaltung für neue Kammermitglieder, die künftig regelmäßig stattfinden wird.  
Foto: uma

sierten Arztbild zu begnügen, das im Mainstream eines vorwiegend ökonomisch ausgerichteten Gesundheitswesens nirgendwo mehr aneckt?

Eine Haltung, die dem heutigen Arzt zwar eine Suche nach neuer Identität zugeht, deren Ergebnis aber nicht mehr der gute Arzt ist, sondern allenfalls der „bessere Arzt“, quasi eine rudimentäre Plusvariante des „unhappy doctors“, überzeugt kaum. Denn der gute Arzt, so schwer er auch definitorisch festgemacht werden kann, eines ist er auf keinen Fall: eine Kompromissfigur im Spannungsfeld diverser Interessengruppen.

## Sprechende Augen

Ein wesentlicher Charakterzug des guten Arztes ist seine Fähigkeit und seine Bereitschaft, sich auf seinen Patienten einzulassen. Sich auf den Patienten einzulassen bedeutet auch, sich ihm auszusetzen. Der französische Philosoph Emmanuel Lévinas beschreibt diese Beziehung vom Anderen her in einem eindringlichen Bild:

„Es sind die sprechenden Augen des ungeschützten Antlitzes des Anderen, die mich dazu bewegen, mich ihm auszusetzen.“

Die Sprache dieser Augen lässt sich nicht in einem binären Code erfassen. Sie zu verstehen und in einer für den Patienten verstehbaren Sprache antworten zu können, macht eine essenzielle Fähigkeit des guten Arztes aus. Dieser Dialog hat sich wahrscheinlich in seinem Kern nicht verändert seit es Ärzte und Patienten gibt, auch wenn er sich in einem gewandelten technischen Umfeld vollzieht.

Die Einmaligkeit der Begegnung zwischen Arzt und Patient als einer Interaktion von Ich und Du, die im Extremfall schicksalsbestimmend sein kann, bleibt weitgehend unberührt von den Machbarkeitspotenzialen der jeweils vorherrschenden Medizin.

Der gute Arzt ist sich dessen, zumindest intuitiv bewusst. Nicht umsonst gehört es zur Pflichtlektüre von Harvardstudenten, Martin Bubers Buch *Ich und Du* von 1923 zu lesen.

## Zuversicht

Kann es überhaupt eine bindende Definition des guten Arztes geben? Einige charakteristische Eigenschaften des guten Arztes sind bereits genannt worden. Aber wäre es nicht geradezu kontraproduktiv angesichts der Vielfalt ärztlicher Persönlichkei-



**Professor Dr. Linus S. Geisler**  
Foto: privat

ten eine in Erz gegossene Figur des guten Arztes schaffen zu wollen, die am Ende statisch und erhaben kaum mehr etwas mit der komplexen Wirklichkeit einer patientenzentrierten Medizin zu tun hat?

Insofern kann man Jürgen von Troschke zustimmen, wenn er sagt, schließlich könne jeder Arzt nur auf seine Weise ein guter Arzt werden und sein. Vielleicht ist es daher sinnvoll, den guten Arzt einfach zu beschreiben als den Arzt, den wir als Ärzte uns selbst wünschen, wenn wir krank geworden sind und Hilfe brauchen. Denn es hat sich gezeigt, dass der Arzt, trotz seines Wissens und Könnens, wenn er selbst krank wird, sich kaum anders verhält als seine Patienten: Er will ernst genommen werden, er erwartet neben Fachkompetenz Einfühlung, Fürsorge und Respekt. Er wünscht sich einen dialogfähigen Arzt, der seinen Blick zumindest gelegentlich von Skalen, Zahlen und Monitoren lösen kann und ihm in die Augen sieht, sich ihm aussetzt und seine eigenen Grenzen kennt.

Dieser Arzt geht der Beziehung zu seinem Patienten nicht aus dem Weg. Er weiß, dass sie über das bloße Verstehen des Kranken hinausreicht und darauf abzielt, dass dieser selbst sich besser versteht. In dieser Beziehung sind ärztliches Krankheitsverständnis und die Selbstausslegung von Krankheit durch den Patienten nicht sich ausschließende sondern komplementäre Wirklichkeiten.

Der gute Arzt kennt Mut und Demut. Er hat den Mut, sich einem Wandel des ärztlichen Selbstbildes auszusetzen und ist tapfer genug, sich drohenden institutionellen Einbindungen und Zwängen nicht kampfflos zu unterwerfen.

Er ist bemüht, zwischen vernünftigen Zukunftsvisionen der Wissenschaft und Utopien zu unterscheiden, die gegen Menschenwürde und menschliches Leben ge-

Der gesamte Vortrag von Professor Dr. Linus S. Geisler ist im Wortlaut verfügbar unter [www.aekno.de](http://www.aekno.de).

richtet sind. Er versucht, in seinem Wirkungsbereich gerecht zu sein, obgleich er in einer globalisierten Welt leben muss, in der die gerechte Verteilung knapper Güter eines der größten ethischen Probleme darstellt.

Er ist demütig genug, seine eigenen Grenzen und die seiner Profession anzuerkennen. Ich bin zuversichtlich, dass die Fähigkeit ein guter Arzt zu sein nach wie vor erlernbar ist. Es ist mein intensiver Wunsch – und ich meine dies ganz pragmatisch und unpathetisch –, dass gerade die junge Ärzteschaft sich für diese Zuversicht öffnet, auch wenn ihr ärztlicher Alltag nicht selten im Kontrast zu dieser Hoffnung zu stehen scheint. Meine Zuversicht leitet sich ab von der Erkenntnis, dass die „sprechenden Augen“ des ungeschützten Angesichts des Anderen uns Ärzte auch heute wie eh und je ansehen und uns bewegen können, sich diesem Anderen auszusetzen ...

Ich höre Kritiker im Hintergrund, die vielleicht einwerfen: War das nicht ein zu sehr idealisiertes Berufsbild mit zu wenig Bodenhaftung in der Realität? Diese Kritik nehme ich ernst, sehr ernst. Die heutige Medizin ist ein hochkomplexes und von so vielen nichtmedizinischen Variablen abhängiges System, so dass es unangemessen erscheint ihre Qualität als Last ausschließlich auf die Schultern der Ärzte, noch dazu der angehenden Ärzte zu legen.

Um gute Ärzte auszubilden und nicht nur Mediziner bedarf es mehr.

Denn der gute Mediziner ist noch lange kein guter Arzt. Er kann es erst werden,

- *durch eine Ausbildung, die auch ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz als wesentliches Element ärztlicher Grundhaltung vermittelt,*
- *die sich nicht nur auf Leitlinien sondern auch auf Leitbilder, ja Vorbilder stützt,*
- *die den Unterschied zwischen Krankheit als biologischem Phänomen und dem individuellen Leiden des Kranken an ihr zu vermitteln vermag.*
- *Es geht um ein Gesundheitssystem, in dem der Arzt mehr ist als eine betriebswirtschaftliche Größe, die den so genannten ökonomischen Erfordernissen beliebig angepasst werden kann.*
- *Es geht um die Erkenntnis, dass das ärztliche Bemühen um die leibseelische Gesundheit des Kranken untrennbar verbunden ist mit der leibseelischen Gesundheit des Arztes selbst.*

Hier sind viele Akteure im Gesundheitswesen gefragt. Und es bleibt noch vieles zu tun.

RhÄ