

Ein guter Arzt – trotz theoretisch orientierter Ausbildung?

Linus S. Geisler

Sich Gedanken zu machen über die Figur des guten Arztes bedeutet, sich mit einer Abfolge stets neu auftauchender Fragezeichen auseinanderzusetzen.

Zunächst drängt sich die Frage auf, was das Wesen des Arztberufes überhaupt ausmacht. Die Antworten darauf fallen durchaus uneinheitlich aus. Der Münchener Medizinhistoriker Hermann Kerschensteiner hat einmal über den ärztlichen Beruf gesagt, er sei wunderlicher Natur, und immer wieder würden geistvolle Köpfe darüber nachdenken, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft, das Wesentliche sei.

Wer überhaupt stellt die Frage nach dem guten Arzt? Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass die AOK, der Patient im Rollstuhl, die Gesundheitsministerin, die reifere Dame, die ihr Seelenheil in der Anwendung von Botox sucht, und die Pharmaindustrie unterschiedliche Idealbilder vom guten Arzt präferieren.

Die Patienten stellen zwar die größte Gruppe dar, aber die Krankenkassen die mächtigste und die Pharmaindustrie die reichste. Daneben existieren ausgesprochen marginale Gruppen wie die eigene Arzt-Familie, deren Vernachlässigung sich allerdings auf die Dauer bitter rächen kann.

Jede dieser Gruppen legt andere Bewertungsmaßstäbe an. Für die Krankenkassen zum Beispiel definiert sich ein guter Arzt durch kurze Arbeitsunfähigkeitszeiten der Erkrankten, sparsame Verordnung und pünktliche Beantwortung sämtlicher Anfragen. Die alte allein stehende Dame mit Diabetes hingegen ist vielleicht weniger an einem optimalen HbA1c-Wert interessiert, als an der Gelegenheit im Gespräch mit ihrem Arzt Kindheitserinnerungen zu beschwören und angenehmere diätetische Freigrenzen auszuhandeln.

So steht der Arzt im Spannungsfeld vieler Interessengruppen. Dennoch: Was den guten Arzt ausmacht, definiert sich aus der Beziehung zu seinen Patienten. Die Stunde der Wahrheit wird in dieser Interaktion zweier Menschen offensichtlich.

Der gute Arzt: Studenten, Ärzte, Patienten – meinen sie den gleichen?

Um die Frage nach dem guten Arzt perspektivisch einzukreisen und systematisch anzugehen erscheint es sinnvoll, an drei partizipierende Gruppen die Frage nach dem guten Arzt zu stellen, nämlich an:

- Medizinstudenten
- praktizierende Ärzte und last, not least
- Patienten

Medizinstudenten

An der Universität Regensburg wurden alle 816 Studenten der Jahre 1997-2001 im ersten

bzw. zweiten Semester gebeten, die Frage: „Wie stellen Sie sich den idealen Arzt vor?“ zu beantworten. Insgesamt zeigte sich, dass die Studenten ein recht homogenes vom idealen Arzt hatten. Im Vordergrund standen seine Kompetenz, seine Aufmerksamkeit gegenüber dem Patienten und sein Interesse an ihm. Sensibilität, Freundlichkeit und sympathische Ausstrahlung erschienen ebenfalls als wichtig, kamen aber erst an zweiter Stelle.

Praktizierende Ärzte

In einer Studie 1999 über die ärztlichen Wunsch- und Leitbilder bei niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen schälte sich heraus, der ideale Arzt solle kompetent, engagiert und verständnisvoll sein. Daneben wurden häufig Fähigkeiten wie Zuhörenkönnen, Empathie und Fürsorge genannt. Ärzte mit der längsten Berufserfahrung fanden die Vorstellung einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung besonders wichtig. Sie nannten als ihr Ideal am häufigsten die menschliche Zuwendung.

Patienten

Im Gesundheitsmonitor von 2008 nehmen als Auswahlkriterien für den Hausarzt Freundlichkeit und guter Umgangston sowie Eingehen auf Fragen und Verständlichkeit der Erklärungen die Spitzenplätze ein. Behandlung nach neuestem Wissensstand rangiert erst auf Platz vier.

Sehr aufschlussreich erscheint mir eine 2003 veröffentlichte Befragung in den USA an über 12.600 Patienten aus einundfünfzig Krankenhäusern. Sie wurden nach ihrer Entlassung gebeten mögliche Hauptgründe zu nennen, um ihr Krankenhaus weiter zu empfehlen. Die Antwort lautete: Mit Respekt und Würde behandelt zu werden und den Ärzten vertrauen zu können.

Bis zum Verstehen oder schließlich Akzeptieren solcher Konzepte ist allerdings ein weiter Weg zurückzulegen. Denn es ist zwar relativ leicht, Arzt zu werden, aber schwer, ein guter Arzt zu sein (von Troschke).

Auf der Suche nach dem guten Arzt

Damit taucht die nächste Frage auf: Kann man überhaupt *lernen* ein guter Arzt zu werden? Wenn der gute Arzt die Verkörperung einer bestimmten Grundhaltung darstellt – wie kommt man zu so einer Haltung, die offensichtlich in keinem Studienplan als Ausbildungsziel verankert ist?

Die der Ausbildungsordnung für Ärzte (AOÄ) vorangestellte Präambel entwirft kein klares Bild des guten Arztes. Dort heißt es lakonisch:

„Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zur ständigen Fortbildung befähigt ist.“

Ist das alles? Wenn der junge Arzt, durch ein naturwissenschaftlich kopflastiges Studium im günstigsten Fall in seinem Altruismus noch relativ unbeschädigt seinen Beruf aufnimmt, greifen dann nicht ganz andere Überlegungen in seinem Denken Raum? Das Unbehagen, nicht nur eingesetzt sondern auch ausgesetzt (ausgebeutet) zu werden? Die Erkenntnis, dass das System, in dem er arbeiten muss, kaum etwas mit seinen Idealen von früher zu tun hat?

Der Arzt im System

Die Zukunftsperspektive des jungen Arztes beinhaltet zwar immer noch eine hohes Sozialprestige aber kaum mehr ein üppiges Einkommen. Ein kaum entrinnbares Geflecht von Abhängigkeiten, Stressoren und Pressionen tut sich auf. In den Krankenhäusern wurde mit der Etablierung der Fallpauschalen der Vorrang der Ökonomie vor der Humanität mit Nachdruck umgesetzt. Arbeitszeiten von 60 Stunden pro Woche und mehr, überholte Hierarchien und eine kaum zu bewältigende Arbeitsdichte sind klinischer Alltag. Die Karrierechancen sind mäßig, besonders für Ärztinnen. Von 2500 leitenden Internisten in Deutschland waren 2007 nur 100 Frauen. Unflexible Arbeitszeiten und fehlende Kinderhortplätze verstärken den Doppel-Stress durch Beruf und Haushalt. Wen wundert, dass rund ein Drittel der heutigen jungen Ärzte nicht wieder den Arztberuf ergreifen würde.

Eine Art vorausseilende Distanzierung zum Patienten zeichnet sich bereits im Verhalten der zukünftigen Ärzte ab. Jeder zweite Medizinstudent wird später nicht als Arzt arbeiten. Beliebte nichtkurative Ausweichberufe sind Pharmaindustrie, Krankenhausmanagement, Unternehmensberatungen oder Forschung. Während der angehende Medizinstudent vor ein oder zwei Generationen nichts sehnlicher erwartete als den ersten Kontakt mit einem Kranken, geht heute die Hälfte der neuen Ärzte auf Abstand zum Patienten.

Wer den Klinikalltag tretmühenhaft erlebt, schleift sich selbst allmählich bis zur Farblosigkeit ab. So beschreibt der amerikanische Klinikarzt Frank Huylar in seinem lesenswerten Buch *Notaufnahme. Geschichten zwischen Leben und Tod* sich selbst als wenig hervorstechende Figur:

„Keine großen Einsichten, keine besondere Freundlichkeit, keine ungewöhnlichen Fähigkeiten, kein Anzeichen von Zufriedenheit, keine Spur von Visionen oder Träumen ...“.

Unhappy doctors

Weltweit ist in der Tat ein alarmierendes Phänomen zu beobachten: das Phänomen des unglücklichen Arztes. Ein Editorial des *British Medical Journal* vom April 2002 widmete sich ausschließlich diesem Phänomen der „unhappy doctors“. Arbeitslast und als unzureichend wahrgenommene Bezahlung scheinen allerdings das Problem nicht vollständig zu erklären. Als Schlüsselfaktor wertet die Analyse im *BMJ* einen Wandel im Verhältnis zwischen Beruf, Patienten und der Gesellschaft, der dafür verantwortlich ist, dass der Arztberuf heute nicht mehr dem entspricht, was die Ärzte sich ursprünglich erwartet hatten.

Individuation und Sozialisation der deutschen Ärzte führen, so der Politologe Ruebsam-Simon im *Deutschen Ärzteblatt*, zu einem isolierten und autistischen Verhaltensmuster. Die Wirklichkeit wird mit medikalisiertem „Tunnelblick“ unter Ausblendung politischer und sozialer Wirkfaktoren wahrgenommen. Angstgesteuertes Verhalten statt Selbstbewusstsein und Zivilcourage wird mehr und mehr zum dominierenden Verhaltensmuster.

Diese Phänomene sind aber mit Sicherheit kein spezifisch deutsches Problem. Einschränkung der Autonomie, massive externe Kontrollen, Zunahme berufsfremder Tätigkeiten und sinkende Einnahmen sind in weiten Teilen der westlichen Welt – so der *Internationale Kongress für Ärztegesundheit* im Oktober 2002 in Vancouver – das hervorstechende Charakteristikum ärztlicher Arbeitsbedingungen.

Sie finden ihren Niederschlag auch in einem erhöhten Suizidrisiko (das wiederum Ärztinnen besonders betrifft), in Depressionen und Abhängigkeitsproblemen (Alkohol, Sedativa, Opiate). Das Privatleben leidet; 69 Prozent der niedergelassenen Ärzte bezeichnen es als

unbefriedigend und nur 21 Prozent haben genügend Zeit für eigene Interessen.

Hier muss als dringliches Monitum die nur unzulängliche Auseinandersetzung in Deutschland mit dem Problem der Ärztesundheit nicht unerwähnt bleiben. Die US-amerikanische und die kanadische Ärztesgesellschaft veranstalten schon seit Mitte der 70-er Jahre internationale Fachkongresse zum Thema Ärztesundheit. Hinzu kamen in letzter Zeit große Delegationen aus England, Spanien, Skandinavien bis hin zu Australien und Neuseeland. Deutsche Teilnehmer waren nur vereinzelt vertreten.

Aktuell finden sich doch begrüßenswerte Initiativen in Deutschland, die „Work-Life-Balance“, also das Verhältnis zwischen Arbeitszeit und Freizeit besser auszubalancieren. So ist das Thema „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten“ eines der drei großen Felder, die die Bundesärztekammer im Rahmen ihrer Förderinitiative zur Versorgungsforschung ausgeschrieben hat.

Unglückliche Ärzte - alles ungünstige Vorzeichen für die Entwicklung zum guten Arzt, denn können unglückliche Ärzte glückliche Patienten haben? Können die Patienten unzufriedener Ärzte selbst zufrieden sein? Mit Sicherheit nicht, denn zwischenmenschliche Kommunikation läuft regelhaft als zirkulärer Prozess ab.

Der Arzt als Feind?

Gelegentlich entwickelt sich sogar ein Konfrontationsverhältnis zwischen Arzt und Patient. Ein ausgelaugter Assistenzarzt, der Endlosschleife zermürender Dienste nicht mehr gewachsen, gesteht, für ihn werde nach dreißig Stunden Dienst „jeder Patient zum Feind“ (O-Ton). Sind seine Chancen, ein guter Arzt zu werden, nicht längst schon verspielt?

Unter dem Pseudonym Samuel Shem hat der Harvardprofessor für Psychiatrie Stephen Bergmann 1998 einen Roman mit dem Titel *House of God* veröffentlicht, ein bitterböses Werk, das die Erfahrungen und Leiden eines jungen Arztes im ersten klinischen Weiterbildungsjahr schildert. Er lebt in ständiger Angst, Angst vor den Erwartungen der Vorgesetzten, den Bedürfnissen und Emotionen seiner Patienten. Die Kranken erscheinen ihm fast ausnahmslos als Monster, die nichts anderes im Sinn haben, als die behandelnden Ärzte zu quälen. Im Klinikjargon werden sie als „Gomer“ („get out of my emergency room“) bezeichnet.

Sollten diese Schilderungen der Verhältnisse in einer der besten Medical Schools der USA auch nicht frei von Überzeichnungen sein, so ist die Erkenntnis des Protagonisten über die Ursachen dieser Übel sehr wohl von paradigmatischem Wert. Er kommt zu dem Schluss:

„Was wir sagen wollen, ist, dass das eigentliche Problem ... nicht die Gomers waren, sondern die Tatsache, dass wir niemanden hatten, zu dem wir aufsehen konnten“.

Hier wird ein wesentliches Phänomen thematisiert: Die Suche nach begeisternden ärztlichen Vorbildern, die Halt geben, ärztliche Figuren, deren Wirken und Leben der Stoff sind, den der junge Arzt auf dem Weg zum guten Arzt unverzichtbar braucht. Ich erinnere mich sehr wohl noch an große Arztgestalten meiner Studien- und frühen Berufsjahre wie beispielsweise Ludwig Heilmeyer (1899-1969), Gotthard Schettler (1917-1996) oder Hans Erhard Bock (1903-2004).

Wege zum guten Arzt

Die Frage nach der Leichtigkeit oder Schwierigkeit des Arztes auf seinem Weg zum guten

Arzt entzieht sich einer definitiven Beantwortung, alleine schon aufgrund der Vielfalt der ärztlichen Charaktere.

Sicher aber ist, dass der gute Arzt nicht umhin kommt zu lernen in einem Spannungsfeld zu leben. Ihn zeichnet aus, dass er zu jener inneren Polarität fähig ist, die durch Freiheitsbewusstsein einerseits und Bereitschaft zum Dienen andererseits bestimmt wird.

Der Großteil der medizinischen Studienanfänger ist durchaus guten Willens, altruistisch motiviert und psychosozial engagiert. In einer von dem Medizinsoziologen Prof. Jürgen von Troschke durchgeführten Fragebogenerhebung bei Medizinstudenten verschiedener Studiensemester bekannten sich 80,5 % eindeutig und ohne Einschränkungen zu der Aussage: „Mein Ziel ist, später ein guter Arzt zu werden“. Skeptisch hingegen bewerteten die Studenten die Aussage: „Unsere Fakultät bietet gute Voraussetzungen für Studenten, alles zu lernen, was einen guten Arzt ausmacht“.

Kein Zweifel: der ganz überwiegende Teil der Studienanfänger im Fach Medizin hat das Ziel, ein guter Arzt zu werden. Kein Zweifel aber auch, dass dies langfristig nicht allen gelingt.

Wo liegen die Gründe? Im allgemeinen Phänomen, dass sich die beruflichen Ideale des Anfangs im nüchternen Berufsalltag zwangsläufig abschleifen? Ist der gute Arzt vielleicht ein Ideal, das sich immer nur kurzfristig erreichen lässt? Bewirken das System und eine neue Patientengeneration mit möglicherweise unangemessenen Ansprüchen, dass sich zwischen Arzt und Patient nur noch ein Klima der Vertragserfüllung und nicht des Vertrauens entwickeln kann?

Arztbilder

Vor Beginn der Hochtechnisierung der Medizin befassten sich unter anderem zwei bemerkenswerte Werke mit dem Spannungsbogen zwischen ärztlichem Auftrag und technischen Eingriffsmöglichkeiten in den Patientenkörper:

- 1977 publizierte Dietrich Rössler, Arzt und Theologe, seine Monografie *Der Arzt zwischen Technik und Humanität*. Er warnte vor einer „ideologisierten Verwissenschaftlichung des Lebens“.
- einige Jahre später (1986) veröffentlichte Karl Jaspers sein noch heute lesenswertes Buch *Der Arzt im technischen Zeitalter*.

Im Kontrast zur enormen Leistungsfähigkeit der modernen Medizin, so Jaspers, sei nicht selten eine Stimmung des Versagens zu beobachten. Für die Menge der kranken Menschen werde es immer schwerer, ihren für den einzelnen Menschen richtigen Arzt zu finden. Und dann findet sich jener Satz, der heute mehr Gültigkeit hat denn je:

„Man könnte meinen, die guten Ärzte würden seltener, während Wissenschaft als Können ständig wächst.“

Das Thema des guten Arztes bleibt aber auch in einer technisierten Welt nach wie vor hochaktuell.

So sind 2001 fast zeitgleich drei Bücher zum Thema der gute Arzt erschienen. Alle drei garantieren eine faszinierende Auseinandersetzung mit der Gestalt des guten Arztes, seinen Wesenszügen, seinen Wurzeln und seiner Transponierbarkeit in die Wirklichkeit der Medizin des 21. Jahrhunderts.

Jürgen von Troschke fasst in seinem Buch *Die Kunst ein guter Arzt zu werden* in zehn

Thesen die Wege zum guten Arzt zusammen.

Von *Bernard Lown*, den die meisten als Erstbeschreiber des „Sick-Sinus-Syndroms“ und der Klassifikation der ventrikulären Extrasystolen kennen, stammt das Buch *Die verlorene Kunst des Heilens*. Die für ihn denkwürdigste Beschreibung einer guten Arzt-Patient-Beziehung, schreibt Lown, stamme von einer einfachen sibirischen Ärztin. Sie habe ihm gesagt: „Jedes Mal, wenn ein Arzt einen Patienten sieht, sollte sich der Patient anschließend besser fühlen.“ Ich möchte ergänzen: Idealerweise sollten sich *beide* besser fühlen.

Das anspruchsvolle und differenzierteste der drei Werke hat *Klaus Dörner* geschrieben: *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*.

Keines der drei Bücher ist im Kern resignativ oder larmoyant, jedes ist auf seine Weise geprägt vom Glauben an den guten Arzt, jedes gibt ihm eine Zukunft, jedes zeigt und ebnet Wege zu diesem Ziel.

Der gute Arzt über die Jahrtausende hinweg

Beim Blick zurück in die Vergangenheit stellt sich die Frage, ob der gute Arzt medizinhistorisch betrachtet überhaupt durchgängig eine konsistente Gestalt war, ob es einen Wesenskern gibt, der alle guten Ärzte über alle Zeiten hinweg verbindet und ausmacht?

Christoph Wilhelm Hufeland, Mitbegründer der neuzeitlichen Medizin, schrieb vor rund 200 Jahren:

„Es bedarf noch immer derselben Eigenschaften, um ein großer Arzt zu sein, wie zu Hippokrates' Zeiten.“

Gilt dies auch noch heute?

Das Medizinverständnis von Bernhard Naunyn, einer der bedeutendsten Internisten des 19. Jahrhunderts, fand in dem berühmten Satz seinen Ausdruck: „Medizin muss Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein.“

Dass aber ein ausschließlich naturwissenschaftliches Verständnis der Medizin zu kurz greift, war schon den damaligen Ärzten durchaus bewusst. Eine der besten Charakterisierungen des guten Arztes im gleichen Jahrhundert stammt von französischen Medizinern. Sie nannten den guten Arzt einen „père maternel“, einen „mütterlichen Vater“ – jemanden, der zugleich lenkender Vater und warmherzig verstehende Mutter ist.

Fragmentierte Ärzte

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.

Niemand kann ernsthaft verkennen, dass ärztlichen Entfaltungsmaßnahmen und Handlungsspielräumen dadurch in einer bisher kaum bekannten Weise Grenzen gesetzt werden. 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 entidealisierten 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 zugesteht, 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 um sonst 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 Persönlichkeiten 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 kampflös zu unterwerfen.

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

Fast am Ende meiner Ausführungen kann ich mir vorstellen, dass es Stimmen gibt, die fragen, ist das alles?

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 Gesundung 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.

Literaturhinweise:

Dörner, K.: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart, New York: Schattauer. 2001

Troschke, J. v.: Die Kunst, ein guter Arzt zu werden. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber. 2001

Ruebsam-Simon, E.: Arztberuf in der Krise: Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 43 vom 25.10.2002, Seite A-2840 / B-2415 / C-2261 URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=34102>

Rössler, D.: Der Arzt zwischen Technik und Humanität. Religiöse und ethische Aspekte der Krise im Gesundheitswesen. München. R. Piper. 1977

Jaspers, K.: Der Arzt im technischen Zeitalter. Piper. München. 1986

Buber, M.: Ich und Du. Leipzig 1923

Geisler, L. S.: Der gute Arzt - Auf der Suche nach einem verlorenen Ideal? Symposium am 24. März 2004 in Werneck. URL: http://www.linus-geisler.de/vortraege/0403guter_arzt.htm

Prof. Dr. med. Linus S. Geisler – www.linus-geisler.de – kontakt@linus-geisler.de

© beim Autor