

# Vorsicht Arzt!

- 2.1      **Gebrauchsanweisung für den Arzt – 24**
- 2.2      **Der Patient als Kunde – 24**
- 2.3      **Gesundheit ist doch keine Ware! – 26**
- 2.4      **Ende des Halbgotts in Weiß? – 27**
  - 2.4.1      Rollenwandel auf dem Gesundheitsmarkt – 27
  - 2.4.2      Der Arzt als Verkäufer – Absage an den Berufsstand? – 28
- 2.5      **Der »gute Arzt« – 29**
- 2.6      **Was zeichnet einen guten Arzt aus? – 31**
  - 2.6.1      Wunsch und Realität – 31
  - 2.6.2      Dörners »kategorischer Imperativ« – 33
  - 2.6.3      »Arzt vom Letzten her« – 34
  - 2.6.4      Ausblicke – 35
- 2.7      **Der Arzt als Patient – 35**
  - 2.7.1      Der kranke Arzt – ein Tabu – 35
  - 2.7.2      In eigener Sache – 36
- 2.8      **Exkurs: Krankheit als Buße? – 38**
- Literatur – 40**

## 2.1 Gebrauchsanweisung für den Arzt

Das klingt befremdlich. Der Arzt ist ja nicht irgendein Gerät, in dessen Gebrauch ich mich einüben muss. Als Patient muss ich mir doch keine Gedanken machen, wie ein Arzt funktioniert und wie ich ihn korrekt handhaben muss! Entsteht nicht bei manchem Arztbesuch der Eindruck, dieser benötige viel dringender eine Gebrauchsanweisung: Wie gehe ich richtig mit meinem Patienten um?

Ein Schild mit der Aufschrift »Vorsicht Arzt« hatte der streitbare Chirurg Professor Julius Hackethal in den 80er-Jahren angeblich vor seinem Haus aufgestellt, um vor ignoranten Ärzten, uneinfühlbaren und besinnungslos operierenden Chirurgen, kurzum vor den Risiken und Nebenwirkungen des Arzt-»Gebrauchs« zu warnen (Hackethal 1978).

Die unverändert aktuelle Diskussion um die Qualität ärztlicher Behandlung zeigt, dass eine »Gebrauchsanweisung für den Arzt« – mit jeweils ganz unterschiedlichem Inhalt – für beide, den Patienten **und** seinen Arzt wichtig sein könnte:

- Vorsicht: Arzt! Wie kann ich **als Patient** aus der Rolle des zu verarztenden Objekts herauskommen oder gar nicht erst dort hineingeraten, wie kann ich leidend Hilfe suchen, Verantwortung an den Arzt abgeben und dennoch Subjekt und Partner des Arztes bleiben und meine Würde behalten, kurzum: Wie und wo werde ich gut behandelt als ein mündiger Patient?
- Vorsicht, Arzt! Wie reflektiert und selbstkritisch gebrauche ich **als Arzt** mein Arztsein, wie setze ich mich als heilende »Droge« (Michael Balint) ein, um genau diesen Prozess bei meinem Patienten zu befördern, kurzum: Was zeichnet gutes Arztsein aus?

Ich habe die nahe liegende Formulierung, »Wie werde ich ein guter Arzt?«, bewusst vermieden.

Bleiben wir zunächst einmal beim Patienten, der heute zunehmend an seine Eigenverantwortung erinnert und gerne als Kunde im modernen Dienstleistungsbereich Gesundheit hingestellt wird.

## 2.2 Der Patient als Kunde

### Fallbeispiel 2.1: 59-jähriger Privatpatient

Ein 59-jähriger Patient, in der Praxis seit 2 Jahren mit seiner ganzen Familie in hausärztlicher Behandlung, beklagt sich über die zu lange Wartezeit; er sehe überhaupt nicht ein, dass er als Privater mit so vielen Türken in einem Wartezimmer sitzen müsse und verlangt Abhilfe. Es entwickelt sich eine lebhaftige Diskussion.

Für den gesunden Menschenverstand ist es naheliegend, das heute in allen Bereichen unserer Dienstleistungsgesellschaft vorherrschende Bild vom Verbraucher und Verkäufer, Konsument und Dienstleister, auch auf Patient und Arzt anzuwenden. Die Vorteile sind offensichtlich. Als Kunde hat der Patient Anspruch auf:

- Anerkennung als mündiger, gleichberechtigter Partner,
- zuvorkommende Behandlung, Höflichkeit und Aufmerksamkeit,
- den Luxus, den er sich leisten kann,
- überprüfbare erstklassige Qualität,
- Reklamation bei Mängeln,
- die Nutzung von Sonderangeboten und »Schnäppchen«,
- einen – angesichts der konkurrierenden Mitanbieter – frei auszuhandelnden Preis für die gewünschte Leistung.

Kurzum, die Verbrauchersouveränität des Kunden Patient wendet eine Reihe von derzeit im Medizinbetrieb beklagten Missständen zum Besseren.

### Fallbeispiel 2.1 (Fortsetzung)

Ich erkläre, die vermutete Nationalität der wartenden Mitpatienten spiele doch keine Rolle – doch, für ihn schon. Ich verweise auf unsere grundsätzlich gute Terminplanung, in der Regel liegt die maximale Wartezeit unter 15 Minuten – das sei ihm zu lang. Ich verweise auf die Möglichkeit, Befunde in der Telefonsprechstunde jeden 2. Tag abzufragen – da sei ja immer besetzt. Er sei schließlich ein zahlungskräftiger Stammkunde, der etwas mehr Entgegenkommen erwarten dürfe. Ich sage, bei uns

werden Privatpatienten nicht schlechter behandelt als die Mehrheit – da reicht es ihm, und er erklärt, sich einen Arzt zu suchen, der ihn besser verstehe. Wir trennen uns.

Hier wurde Verbrauchersouveränität ausgeübt und durch den Arztwechsel versucht, einen Kundenwunsch (jenseits der medizinischen Behandlung) erfüllt zu bekommen. Unschuld (2006) bemerkt dazu:

» Der Arzt, der diesen Kundenerwartungen entspricht, bewegt sich auf der Ebene des Gewerbetreibenden. Coca Cola hat keine Verpflichtung, alle Dürstenden dieser Welt zu stillen. Coca Cola stillt nur den Durst derer, die sich das Getränk leisten können. ... Der Arzt oder das Gesundheitswesen als Gewerbe hat keine Verpflichtung mehr, die Gesamtheit der Bevölkerung als Patienten wahrzunehmen. Im Blick hat der Gewerbetreibende nur seine Kunden – und das sind die, die es sich leisten können, seine Dienste in Anspruch zu nehmen. «

Wer sich als Patient in die komfortabel fantasierte Rolle des Kunden hineindenkt, wird außerdem zur Kenntnis nehmen müssen, dass Kundesein heute nicht nur Ansprüche rechtfertigt, sondern die gleichen Abstufungen beinhaltet, die ihm in der Vorkunden-Medizin als drohende **Zweiklassenmedizin** begegneten. Der Begriff »Zweiklassenmedizin« beschreibt nicht eine unausweichliche Wirklichkeit, er ist bis heute immer noch Programm und setzt eine Entscheidung voraus, ist also nicht zwangsläufig die Folge irgendeines Gesetzgebungsverfahrens, auch wenn dies gerade von Ärzten immer wieder behauptet wird. Zweiklassenmedizin findet im Kopf (und Herz?) statt, es kann sie nur geben, wenn sie von Ärzten praktiziert wird. Kein Gesundheitsminister kann und will sie dazu zwingen. »Zum Glück gibt es auch Ärzte, die nicht von der Zweiklassenmedizin korrumpiert werden und alle Patienten gleich behandeln. Leider hört man von ihnen zu wenig Kritik am Verhalten ihrer Kollegen.« (Lauterbach 2007)

#### Umgang mit Kundendaten

Kundendaten werden seit langem von der Wirtschaft in einem Ausmaß gespeichert und ausgetauscht, dass eine tele-

fonische Bestellung beim Versandhaus z. B. über die Telefonnummer und vom Kunden bereits früher getätigte Geschäfte Informationen liefert, die darüber entscheiden, wie lange er in der Warteschleife des Callcenters kreist und ob er die Lieferung gegen Rechnung oder Vorkasse erhält. Eine Telefonnummer aus Hamburg-Wilhelmsburg oder Berlin-Neukölln war danach keine gute Visitenkarte. Hunderte von z. T. illegal erworbenen Daten – u. a. auch regionale Einkommensprofile – werden zu einem »Kundenprofil« verknüpft, von dessen Existenz der Kunde keine Ahnung hat, die aber darüber entscheiden, ob er kreditwürdig, also ein lukrativer Kunde ist oder einer für die Warteschleife. (Tarik Ahmia, *taz*, 16.1.2006 und »Wiso«, ZDF 16.1.2006).

Das Apotheken-Rechenzentrum VSA in München verkaufte Patientendaten in unzureichend verschlüsselter Form an Marktforscher wie den US-Konzern IMS Health (Hilmar Schmudt: »Pillendreher als Datendealer«, *Der Spiegel*, 19.8.2013). Es geht dabei um Daten von 42 Millionen Versicherten in Deutschland.

Die durch den NSA (National Security Agency)-Skandal bekannt gewordene privatwirtschaftlich-militärische Weitergabe von Kundendaten in den USA zeigt eine Quantität und Qualität von globaler Überwachung, die alles Bisherige harmlos und George Orwells »1984« wie ein Kindermärchen erscheinen lässt.

Schirmmacher (2013) schreibt in der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung*:

» Die Verstörung über Edward Snowdens Enthüllung ist ... der Schock darüber, wohin uns die Marktautomaten der Informationsökonomie zielsicher navigiert haben: in die Welt von Doppelagenten, die uns Suchergebnisse, Bücher, Freundschaften oder auch nur einen Arzttermin verschaffen und im Gegenzug jeden einzelnen unserer Schritte aufzeichnen, speichern und weitermelden. ... Digitale Börsen-, Kommunikations- und Geheimdienstsysteme wollen nicht wissen, was war oder ist, sondern was sein wird. Sie wollen Risiken einkreisen und minimieren: vom Aktienkurs über die Kreditwürdigkeit, die Gesundheitsprognose bis hin zur Frage, ob man im Begriff ist, ein Verbrechen zu begehen. «

Selbst wenn man in Frank Schirmmachers apokalyptischen Tenor nicht einstimmen mag: Es ist absehbar, dass der Patient als Kunde auf dem »Gesundheitsmarkt« auch noch den letzten Schutz aus der Patientenära, den der ärztlichen Verschwiegenheit, verlieren wird

## 2.3 Gesundheit ist doch keine Ware!

Es wird an dieser Sichtweise manchmal grundsätzlich kritisiert: »Gesundheit ist keine Ware« wie die Bluse vom Versandhaus (attac-Kampagne, Heidelberger Erklärung 2002). Dieser empörte Einwand zeigt, wie erfolgreich die Medizin als gesellschaftliche Institution bereits »vermarktet« ist, weil selbst diese Kritiker davon ausgehen, unser Medizin-»Betrieb« handle mit Gesundheit. Es ist eine riesige, geschickt verbreitete Illusion, Ärzte könnten Gesundheit verkaufen.

### Fallbeispiel 2.2: 48-jähriger Patient aus dem Kosovo

Die in den 80er-Jahren eingeführte »Gesundheitsuntersuchung«, auf die Versicherte ab dem 35. Lebensjahr Anspruch haben, hat falsche Erwartungen geweckt. Sie umfasst neben einer körperlichen Untersuchung, einer Urinuntersuchung und der Bestimmung von Blutzucker und Cholesterin eine Beratung.

Ein 48-jähriger Rangierer aus dem Kosovo möchte die Untersuchung, um sicher zu sein, dass er ganz gesund ist, denn er hat 3 Kinder in Ausbildung und macht sich Sorgen, ob er noch 15 Jahre »durchhält«. Er ist seit 5 Jahren Nichtraucher, immer gesund gewesen, hat bei der Arbeit bisher keine körperlichen Probleme gehabt, ist aber in letzter Zeit oft schlaflos. Vor mehr als 20 Jahren habe er 10 Jahre lang in einer Gummifabrik gearbeitet.

Wir besprechen ausführlich seine Sorgen, und ich erkläre, dass es leider keine sicheren Untersuchungen gebe, die seine Gesundheit beweisen könnten. Aber ich schlage ihm eine erweiterte Diagnostik vor, als Krankenkassenleistung mit Belastungs-EKG und Röntgenuntersuchung des Brustkorbs und der Lungen (Thorax), da nicht auszuschließen ist, dass er in der Fabrik Asbestkontakt hatte.

Alle Befunde waren regelrecht, seine Sorgen seien jetzt deutlich weniger. Meine Abrechnungsdiagnose lautet: Ausschluss koronare Herzkrankheit, Ausschluss Asbestfolge-Krankheit.

Mancher selbsternannte Kritiker des Gesundheitswesens wie zum Beispiel Paul Nolte (2004) macht dem angeblich permanent Gesundheit nachfra-

genden Kunden Patient gar den Vorwurf des Anspruchsdenkens (► Abschn. 4.1). Das klingt aus der Kundenperspektive so, als werfe man dem Autokäufer vor, dass er das Auto fahren will, das der Händler ihm anpreist. Ärzte haben aber Gesundheit nicht in ihrem Angebot – wenn sie ehrlich sind! Mitnichten! Sie/wir bemühen sich/uns, mit sehr unterschiedlichem Erfolg, von Fall zu Fall (drohende oder manifeste) Mängel des Körpers oder der Seele zu beseitigen oder abzumildern, für die weder die Natur noch der – sich offensichtlich deistisch aus der Verantwortung stehlende – Schöpfer eine Garantie zu geben bereit waren.

### Fallbeispiel 2.2 (Fortsetzung)

Es wurden Kosten verursacht, die über die einer Gesundheitsuntersuchung hinausgingen. War die Ausweitung der Diagnostik gerechtfertigt?

Die Sorgen des Patienten hatten bereits Symptome (Schlafstörungen) verursacht, er hatte kardiale (Ex-Raucher) und pulmonale (Asbestkontakt) Risikofaktoren; das war meine Begründung, die aber weder die Krankenkasse noch die Kassenärztliche Vereinigung mir abverlangte.

Der richtige Terminus für das Tätigkeitsfeld der Ärzte lautet: Krankheit auszuschließen, wie im letzten Fall, zu erkennen und zu behandeln und, wenn möglich, zu heilen.

Und in der Tat, Krankheit ist wahrlich als Ware unverkäuflich, Krankheit ist das letzte, was man gerne einkaufen oder sich einhandeln wollte. Unsere ärztlichen Vorfahren waren außerdem bescheiden und weise genug zuzugeben, dass noch nicht einmal das Heilen der Krankheiten ihre alleinige Leistung darstellt: »Medicus curat«, der Arzt behandelt, »natura sanat«, die Natur heilt, galt Jahrhunderte lang unwiderrprochen. Dieses Eingeständnis der Grenzen der eigenen Potenz hat nicht zuletzt die besondere Stellung des Arztes in der Gesellschaft ausgemacht; es bestand eine Übereinstimmung darin, das Leben als etwas äußerst Verletzliches, Begrenztes und die Gesundheit als ein Geschenk anzusehen, das selbstverständlich nicht käuflich zu erwerben war. Die Zeiten haben sich geändert, unsere Natur nicht.

Wenn es niemals neue Autos geben könnte, weil uns z. B. entscheidendes Material und Know-how

dafür fehlte, wäre der KFZ-Mechaniker in seiner Werkstatt, der unser Auto wieder heil machte, für uns der (Halb-)Gott im Blaumann für unsere autonome Mobilität, so wie der Arzt lange unser Halbgott in Weiß für unsere Gebrechen war, weil es keinen neuen Körper gab.

## 2.4 Ende des Halbgotts in Weiß?

### 2.4.1 Rollenwandel auf dem Gesundheitsmarkt

Die Apologeten des neoliberalen Medizinmarktes suggerieren nun ein Ende des Halbgottes – das mag man vielleicht als längst fällige Anpassung an die Moderne begrüßen, aber die Begründung ist falsch, nämlich: Gesundheit sei heute produzierbar wie neue Opels oder Toyotas. Arzt und Gesundheit werden so gleichermaßen – durch übersteigerte, unrealistische Erwartungen – entwertet und der Arzt wird entweder zum genialen (Gen-)Techniker oder nur noch zum Adressaten enttäuschter Kundenreklamationen. Anders ausgedrückt: Wir haben es mit einer Krise des ärztlichen Selbstverständnisses und einem Rollenwechsel auf der Patientenseite zu tun. Wir Ärzte sollen nicht mehr den Halbgott spielen, aber das göttliche Wunder der ewigen Gesundheit und Jugendlichkeit vollbringen.

Je eindeutiger der Patient auf seinen Kundenstatus pocht, umso weniger wird er die ärztlichen Leistungen bekommen, die es bisher immer umsonst gab: Empathie z. B. oder Menschlichkeit und Wertschätzung, ein Gehör, können nicht gekauft werden, man bekommt sie – entgegen allen Gesetzen des Marktes – immer noch geschenkt. Und an Hightech-Operationen und teuren Designer-Medikamenten alleine werden wir auch in Zukunft nicht genesen.

#### Fallbeispiel 2.3: 39-jähriger Patient mit Angina pectoris

Ein 39-jähriger Arbeiter der Kupferhütte kommt wegen seit 4 Wochen bestehender »Herzschmerzen« (klinisch: klassische, belastungsabhängige Angina pectoris). Er ist hinter der Fassade des starken Manns ängstlich; er komme nur, weil seine Ehefrau ihm zusetze, hat immer Sport getrieben, dabei jetzt

zunehmend Beschwerden, Nichtraucher, sein Vater erlitt mit 50 Jahren einen Herzinfarkt, ein Bruder verstarb an einem plötzlichen Herztod. Sein Cholesterinspiegel sei als erhöht bezeichnet worden, bisher keine Medikamenteneinnahme.

Ergebnis der Untersuchungen: Cholesterinerhöhung: gesamt 342, HDL-Cholesterin 29, LDL-Cholesterin 289 mg %; im Belastungs-EKG ab 100 Watt signifikante Durchblutungsstörungen (ST-Senkung in II, III, aVF, V5 und V6). Ich kläre ihn auf, dass sehr wahrscheinlich eine Herzkranzgefäßverengung vorliegt und dies durch eine Herzkatheter-Untersuchung (Koronarangiografie) abgeklärt werden müsse und die verengte Stelle in gleicher Sitzung beseitigt werden könne. Er ist einverstanden und weiß nun, dass bei ihm eine familiäre Belastung für Herzinfarkt besteht.

Zwei Tage später berichtet er geschockt und noch immer fassungslos, was ihm passiert war: Er habe stundenlang vor dem Untersuchungsraum liegen müssen, es sei wohl ein Notfall dazwischen gekommen. Als er endlich an der Reihe ist, ist er so panisch, dass er von der Aufklärung nichts versteht. Er sei wie vor einer Operation mit blauen Tüchern abgedeckt worden. Man habe ihn unter ein riesiges Gerät geschoben, es habe ewig lange gedauert, er fühlte sich »wie gefoltert« und danach auf Station habe er 24 Stunden streng auf dem Rücken liegen müssen mit dem Gefühl in der rechten Leiste, als ruhe dort eine »mächtige Faust«.

Die erfolgreiche Behandlung seines akuten Koronarsyndroms hat ihn nachhaltig verunsichert, in den ersten Monaten kommt er regelmäßig und befürchtet, es müsse erneut mit Herzkatheter nachgeschaut werden, ob noch »alles offen« ist.

Spätestens im Krankheitsfall macht der o. a. gesunde Menschenverstand denn auch meistens der Einsicht Platz, dass »Krankheit ein zutiefst emotionales Erlebnis ist« (Kühn 2005). Und mit der Kundenrolle ist es dann auch bald vorbei. Noch immer kann passieren, was der Medizinsoziologe Rohde bereits 1962 beschrieb: dem Patienten im Krankenhaus komme keine Stellung zu, sondern eine Lage: idealerweise liegend, leicht bekleidet oder entblößt, schweigend und infantilisiert auf Zeit (Rohde 1962). Ein 1997 erschienener Patientenratgeber (Thorsen-Vitt 1997) trägt den Titel »Überleben im

Krankenhaus«, der den Kunden Patient offensichtlich ebenfalls in prekärer Lage sieht oder zumindest verkaufpsychologisch auf dessen Verunsicherbarkeit zielt.

### Fallbeispiel 2.3 (Fortsetzung)

Dieser Fall aus der Anfangszeit meiner Praxis hat mein Vorgehen vor einer geplanten Koronaranangiografie (oder entsprechend bei anderen diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen) im Krankenhaus entscheidend verändert. Ich erkläre, optimalerweise zusammen mit Ehepartner oder anderem Angehörigen, dass

- die Klinik einen hervorragenden Ruf hat und wir seit Jahren gut kooperieren und der dortige Untersucher mir in der Regel nach der Untersuchung das Ergebnis telefonisch mitteilt;
- es zu längeren Wartezeiten und selten auch mal zur Verschiebung der Untersuchung auf einen anderen Tag kommen kann;
- er/sie gewahr sein muss, wie zu einer Operation vorbereitet zu werden und der Katheter in der (meist der rechten) Leistenschlagader eingeführt wird;
- er/sie unter bedrohlich groß erscheinenden Geräten zu liegen kommt;
- die Spezialisten sehr beschäftigt sind, die Ansprechpartner öfters wechseln und die Zeit für ausführliche Gespräche oft fehlt;
- alle offenen Fragen nach Entlassung bei mir geklärt werden, ich die Krankenhausärzte anrufe, wenn Fragen offen bleiben und Angehörige bei dieser Besprechung gerne mitgebracht werden können;
- nach der Untersuchung ein Kompressionsverband auf der Leiste angebracht wird, er/sie 24 Stunden auf dem Rücken liegen muss, und es selten zu einer Nachblutung aus der Punktionsstelle kommt.

Solche Aufklärung wünschen sich alle Patienten in kritischen Situationen und nicht nur vor einer Koronaranangiografie. So gewappnet, berichten sie nach der Entlassung: »Es war, wie Sie gesagt haben, aber nicht schlimm, ich war ja gewarnt.«

## 2.4.2 Der Arzt als Verkäufer – Absage an den Berufsstand?

Die prästationäre Vorwegnahme von zu erwartenden Zumutungen und die grundsätzliche Einbeziehung von Angehörigen bei schwerwiegenden und/oder neuen Diagnosen und/oder geplanten Eingriffen sind wichtige Elemente der Klassenmedizin, die eine ärztliche Behandlung vom Kauf eines Autos unterscheiden.

Man könnte einwenden, genau das sei doch gute Kundenbetreuung. In der Wirklichkeit klappt aber selbst zwischen berechtigten Kundenansprüchen und der Medizinwirklichkeit eine spürbare Lücke. Denn die manchmal zwanghafte Vorstellung, aus Patienten Kunden machen zu müssen, wird m. E. von den Medizinerinnen und Gesundheitsmanagern besonders hartnäckig weiter verfolgt, die es selbst als Verkäufer im Schuhgeschäft an psychologischer Einfühlungskraft fehlen ließen. Herauszufinden, »wo der Schuh drückt«, erfordert in der Medizin manche Fähigkeiten, die Verkäuferinnen und Verkäufer durchaus besitzen können, die aber nicht zu deren klassischen Einstellungsvoraussetzungen gehören: Empathie, liebevolle Zuwendung, selbstkritische Reflektion, Zuhörenkönnen und der unbedingte Respekt vor dem Willen des Gegenüber, kurzum die Grundeinstellung, ihm niemals etwas verkaufen zu wollen und das berufliche Handeln nicht von einer in Aussicht gestellten materiellen Gegenleistung des »Kunden« abhängig zu machen. So verständlich und gerechtfertigt der Rauswurf des Verkäufers wäre, der eine solche Einstellung bei der Arbeit im Schuhgeschäft auslebte, so gerechtfertigt erscheint die Kritik an den Ärzten, die sich wie Verkäufer (z. B. von IGeL-Leistungen = individuelle Gesundheitsleistungen, die von der Krankenkasse nicht bezahlt werden und nicht selten nutzlos oder schädlich sind, ► Abschn. 7.14) aufführen und damit selbst die Zugehörigkeit zu einem historisch alten Berufsstand aufkündigen, der bis zur Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung und ihren Honorartöpfen sein Selbstbewusstsein jenseits merkantiler Interessen definierte.



### Fallbeispiel 2.4: 80-jährige Rentnerin beim Augenarzt

Die 80-jährige Rentnerin kommt empört vom Augenarzt, ich hätte ihr doch sagen müssen, dass die Untersuchung dort 15 Euro koste, sie habe sich dort blamiert, weil sie am Monatsende kein Geld mehr hatte und sie wurde deshalb auch nicht untersucht.

Meine Überweisung der Patientin erfolgte zur regelmäßigen Kontrolle des Augenhintergrunds zum Ausschluss einer Netzhautschädigung (Retinopathie) bei ihrem seit 35 Jahren bekannten Diabetes mellitus Typ 2. Die Mitarbeiterinnen des Augenarztes waren intern angewiesen, vor dieser Untersuchung eine Augendruckmessung durchzuführen, die nicht im Katalog der GKV steht, also vom Patienten selbst bezahlt werden muss. Auch dann, wenn er sie gar nicht nachfragt?

## 2.5 Der »gute Arzt«

Ist »Der gute Arzt« nicht ein Pleonasmus? Ganz so selbstverständlich scheint es allerdings mit der Güte der Ärzte nicht auszusehen, dafür gibt es zu viele Veröffentlichungen zu diesem Thema (eine Auswahl: Dörner 2001; Simon 2005; Gathmann u. Semrau-Lininger 1996; von Uexküll 2002; Lown 2002; Schmeding-Kludas 2005; von Troschke 2004).

Der Psychoanalytiker Georg Groddeck (1978) hat vor fast 100 Jahren die Gut-Böse-Dialektik der Ärzte auf den Punkt gebracht:

» Das Wesentliche des Arztes ist ein Hang zur Grausamkeit, der gerade so weit verdrängt ist, dass er nützlich wird, und dessen Zuchtmeister die Angst ist, weh zu tun. «

Auf die Angst als Begleiter in der Medizin wird im Verlauf (und speziell in ► Kap. 3) noch eingegangen werden. Sie ist nicht gerne gesehen in der Medizin, gilt als unprofessionell, wird oft tief verdrängt, kann dann als »Zuchtmeister« nichts mehr verhindern und auch beim Patienten nicht adäquat wahrgenommen werden. Mediziner ohne Angst sind wie Autofahrer ohne Licht bei Nacht.

Wie muss er also aussehen, der gute, der menschliche Arzt? Es heißt immer wieder, Patienten könnten – zumal im Falle einer sie ängs-

tigenden oder körperlich-seelisch einschränkenden Erkrankung – die Qualität des Arztes, den sie aufsuchen, nicht beurteilen. Wer aber dann? Im Gegensatz zum Kauf eines Elektrogerätes oder der Inanspruchnahme einer Dienstleistung wie Friseur oder Reinemachfrau besteht gegenüber den Angeboten der Ärzte keine Verbrauchersouveränität (► Abschn. 2.4).

Dem wollen Krankenhausbetreiber abhelfen<sup>1</sup>, indem sie den »Arzt als Marke« (Storcks 2013) etablieren wollen. Konkret soll die Person des Chefarztes als strategisches Instrument zum »Imageaufbau« benutzt werden, es soll also menschn dürfen, »marktkonformes Verhalten« der so aufgebauten Persönlichkeiten soll durch monetäre Anreize geweckt werden. Die Autoren warnen gleichzeitig vor den Risiken: Wenn der Chefarzt das zu gut mache, im Sprech der Ökonomen: wenn die Marke Arzt übermächtig werde, drohe eine »starke interne Verhandlungsmacht gegenüber der Geschäftsführung«. Also: Charisma und Patientenorientierung sind erwünscht bis zu dem Punkt, an dem sie die Geschäfte stören. Die Ökonomisierung ist offenkundig, das Marketing durchdringt die Patient-Arzt-Beziehung wie ein schleichendes Gift. Was darf der Patient noch glauben, was ist echt?

Von Professor Bernard Lown (2002), dem bekannten amerikanischen Kardiologen, Mitbegründer der Internationalen Vereinigung der Ärzte gegen den Atomkrieg (IPPNW) und weisen alten Arzt stammen ehrliche und schlichte Empfehlungen, »die bei der Suche nach einem guten Arzt befolgt werden sollten«:

- »Reicht ein Arzt dem Patienten bei der Begrüßung die Hand?«
- »Pünktlichkeit sollte ein ganz wesentliches Kriterium« sein.

<sup>1</sup> Die Zeitschrift *KU Gesundheitsmanagement* ist Organ des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD), der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V. (DGfM) und der Deutschen Vereinigung für Krankenhaus-Controlling e. V. (DVKC). Auf die Veröffentlichung wurde ich durch ein kritisches Editorial des *Deutschen Ärzteblatts* 110: 33–34 vom 19.8.13 aufmerksam. Die Autorin Dr. Birgit Hibbeler ist Redakteurin für Gesundheits- und Sozialpolitik. Ihre Position ist für diese Zeitschrift ungewöhnlich klar. Chapeau!

- »Er lässt sich während des Patientengesprächs nicht von Telefonanrufen unterbrechen.«
- »Sicherheit und Optimismus« sollte er ausstrahlen, »man sollte immer Zuspruch erwarten können, auch wenn eine Heilung nicht in Sicht ist.«
- Er sollte »willens und bereit sein, zuzuhören« und das Gesagte wiederholen und zusammenfassen.
- Fragen »nach der Arbeit und anderen sozialen Aspekten« sprechen für seine »Gründlichkeit in der Anamneseerhebung«.
- Er sollte so handeln, »als habe er alle Zeit der Welt«, auch wenn dem Patienten bewusst sei, dass dem nicht so ist.
- Schuldgefühle sollte er seinem Patienten nicht machen und er sollte sie niemals durch unbeachtete Äußerungen verletzen.
- »Fehler und Irrtümer sollte er ohne jede Ausflüchte« eingestehen.
- Allzu rasche und häufige Überweisungen zu Subspezialisten sollte er vermeiden, »aber dennoch bereit sein, die Grenzen seines Wissens zuzugeben«.

Professor Lown sagt: »Letzten Endes sucht man einen Arzt:

- bei dem es einem leicht fällt, seine Klagen zu schildern, ohne Angst zu haben, anschließend zahlreichen Prozeduren unterzogen zu werden;
- für den der Patient niemals nur eine statistische Größe ist;
- der keine das Leben gefährdende Maßnahmen empfiehlt, mit der Absicht, das Leben zu verlängern, der weder Risiken von harmlosen Erkrankungen übertreibt noch sich von schweren Krankheiten irritieren lässt.

Lown fasst zusammen (ebd.):

» Vor allen Dingen aber sucht man nach einem Anteil nehmenden menschlichen Wesen, dessen Sorge für seine Patienten geleitet ist von einer Freude am Dienen, die in seinen Augen ein unvergleichliches Privileg ist. «

Lowns Empfehlungen können auch als »Knigge für Ärzte« gelesen werden. Das »4-habits model in professional client interaction (p-c-i)« (Frankel u. Stein 1999) entspricht den Kriterien Lowns und dessen weisen Ratschlägen weitgehend und ist als check-Liste hilfreich für eine Strukturierung der Patient-Arzt-Interaktion. Ganz besonders wichtig erscheinen mir:

- Körpersprache,
- Berührung,
- Mimik,
- gemeinsames Lachen,
- Anpassung der Sprache (Wortwahl),
- Wiederholen von Ängsten und Bedenken,
- Loben des Erfolgs,
- Frage nach der Erklärung von Problemen aus der Sicht des Patienten,
- Frage nach zusätzlichen Fragen.

#### **Fallbeispiel 2.5: 35-jähriger Patient mit Asthma bronchiale**

Fallvorstellung im Qualitätszirkel: Der 35-jährige Patient mit Asthma bronchiale seit der Kindheit mochte nicht mehr zu seinem Hausarzt gehen. Er habe mehrmals im Jahr eine fieberhafte Verschlechterung seiner Atmung (Asthma-Exazerbation), der Doktor verschreibe dann meist ein Antibiotikum, habe ihn aber in den letzten 2 Jahren niemals berührt und niemals abgehört.

#### **Fallbeispiel 2.6: 17-jährige Patientin mit »Herzbeschwerden«**

Ein Kollege berichtet in der Balint-Gruppe: Eine 17-jährige Schülerin aus der benachbarten Berufsschule wird von zwei Klassenkameradinnen in die Praxis gebracht, hochdramatische Schilderung von plötzlich aufgetretenen heftigen Herzstichen. Sie wird sofort auf eine Liege gelegt und hält beide Hände über ihr Brustbein. In der Stunde zuvor war Sportunterricht (Turnen an den Ringen). Was ist ihre Befürchtung? – Das Herz.

Es wird ein EKG geschrieben, Herz und Lunge werden auskultiert und perkutiert, sie verspürt beim Druck auf das Brustbein einen heftigen Schmerz und kann danach verstehen, dass sie beim Turnen eine Zerrung erlitten hat und ihr Herz gesund ist. Sie geht mit Freundinnen erleichtert



zurück in den Unterricht. Im Flur höre ich sie mit jemanden telefonieren: »Es ist doch alles in Ordnung, er hat mich gründlich untersucht.«

### Fallbeispiel 2.7: 72-jähriger türkischer Patient

Der 72-jährige türkische Patient kommt aus dem Krankenhaus zusammen mit seiner dolmetschenden Enkelin. Wir besprechen den Behandlungsplan. Sie ist hellwach und engagiert, übersetzt 1:1, so wie es sein sollte. Er sitzt mit immer mürrischerem Gesicht daneben. Ich spreche ihn an: »Sie sind nicht so begeistert, hier zu sein?« – Sie übersetzt. – Keine Antwort. – Ich darauf: »Ich glaube, Sie möchten am liebsten schnell weg hier?« – Sie übersetzt, er knurrt, sie übersetzt: »Behandeln Sie doch meine Enkelin, die findet ja alles hier so prima!«

Ich sage: »OK. mach ich, finde ich auch viel netter – und Sie kommen immer mit, um auf sie aufzupassen.« Sie übersetzt. Wir lachen alle drei.

Durch die humorvolle Verdrehung der Rollen des Patienten (vom Großvater zur Enkelin) und des Aufpassers (von der Enkelin zum Großvater) konnte vorübergehend die tatsächlich erfolgte Verletzung der traditionellen Rollenverteilung indirekt verbalisiert und entschärft werden, die den Großvater offensichtlich irritiert hatte. Aber Vorsicht: Im sensiblen Bereich der interkulturellen Kommunikation können unbedachte Witze manchmal mehr schaden als nutzen. Ironie ist im Arzt-Patient-Verhältnis grundsätzlich verboten. Entscheidend ist die in der Praxis vorherrschende therapeutische Grundhaltung (Echtheit, Wertschätzung, Verständnis). Es sind oft solche Banalitäten, die schwierige Situationen rasch entkrampfen und den Ruf einer Praxis entscheidend mitprägen. Humor wirkt nur, wenn er echt ist, und das beglaubigt dann auch das übrige Gespräch und die Person und die Absichten des Arztes.

Von ganz anderen Voraussetzungen ging die Zeitschrift *Focus* aus bei ihren wiederholt versuchten Auflistungen der besten (Chef-)Ärzte verschiedener Fachgebiete in Deutschland. Diese Listen waren allenfalls für mobile, gut betuchte oder für Menschen hilfreich, die für ihre Beschwerden ohnehin nur den prominentesten Arzt – optimalerweise mit Professorentitel – aufsuchen mochten. Erst recht keine Hilfe also für unprivilegierte

Nicht-*Focus*-Leser. Diese Superlativ-Listen wurden zudem im Nachhinein diskreditiert, weil der eine oder andere vom Spitzenplatz sich wegen des Vorwurfs systematischer Behandlungsfehler (Strahlentherapeut in Hamburg) vor Gericht verantworten musste oder seinen Posten, seine Position oder seine Reputation aus anderen Gründen verlor (Transplantationsmediziner in Essen). Die als »Focus-Fakten« präsentierte Rangfolge entsprach offensichtlich dem aktuellen »Who is who« des Medizinbetriebs und war nach Kriterien (z. B. der Zahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen und ganz sicherlich nicht der »Freude am Dienen«, Lown 2002) zusammengestellt worden, die nicht unbedingt bei der Suche nach einem guten Arzt helfen.

Gadamer (1993) schreibt:

»Ich kannte einen berühmten Pathologen, der mir eines Tages sagte: »Wenn ich krank werde, dann gehe ich zu meinem internistischen Kollegen (der auch ein berühmter Mann war) und lasse mir sagen, was es ist, und dann suche ich mir einen Arzt, der mich behandeln soll.« – Natürlich hat die Behandlung selbst wieder ihre Regeln und Rezepte. Aber bei einem guten Arzt kommen allerhand Faktoren hinzu, die die Behandlung in eine letztindividuelle Partnerschaft von Arzt und Patient überführen. Am glücklichen Ende steht Freigabe des Patienten und sein Wiedereintritt in den gewohnten Lebenskreis.«

Die Fragestellung des *Focus* war nach meiner Überzeugung bereits falsch. Es wurde gefragt: Wer ist ein guter Arzt, mehr noch: wer ist der Beste, der Größte im ganzen Lande? Seit Schneewittchens Stiefmutter stiftet diese Art zu fragen viel unnötige Aufregung, und die Kleinsten (im Märchen die sieben Zwerge) müssen die Geschichte zu einem guten Ende bringen, wenn die Superlativen versagen.

## 2.6 Was zeichnet einen guten Arzt aus?

### 2.6.1 Wunsch und Realität

Was zeichnet einen guten Arzt in welchen Situationen aus? Das herauszuarbeiten ist freilich

schwieriger als einmal schnell eine Top-Ten-Liste zu drucken. Es lohnt aber die Mühe, denn damit würden die intra- und interindividuelle Variabilität der Qualität von Ärzten, aber auch die situativ sehr unterschiedlichen Patientenwünsche und die differenzierten Qualitätsanforderungen an den jeweiligen Arzt besser erfasst.

Autos laufen vielleicht in konstanter Qualität vom Band, aber selbst hier muss die »Montagsproduktion« gelegentlich aussortiert werden. Ein Apfelbaum trägt nicht Jahr für Jahr gleich schöne und verführerische Äpfel, sie werden je nach Qualität zu Most oder Mus oder wandern dekorativ in den Obstkorb, vergiftet (wie im o. a. Märchen) können die schönsten tödlich sein.

### Beispiel: Vom persönlichen Umgang mit Stress

Nach einem 10-stündigen Arbeitstag, mehreren Notfällen, die spätestens um 11 Uhr meinen Tages-Terminplan zusammenbrechen lassen und diversen unangenehmen Telefonaten mit Behörden, bin ich sicherlich ein schlechterer Arzt als am nächsten Morgen, wenn ich ausgeschlafen bin.

In Stress-Situationen werde ich oft verbissen, verbeiß mich in die Arbeit, delegiere noch weniger als sonst, komme nicht von der Stelle, bin wütend auf Gott und die Welt – und das sieht man mir und meiner Mimik an. Meine (langjährigen) Mitarbeiterinnen haben sich (ermutigt von meiner Frau) angewöhnt, mir dann ein Zeichen zu geben, indem sie ihre Mundwinkel mit zwei Fingern hochziehen, ich weiß dann Bescheid. Bei besonders hartnäckiger Verstimmung liegen auf einmal Gummibärchen neben dem Kaffeebecher; das bedeutet für mich Alarmstufe Rot, oder sie sind die Belohnung nach Überwindung der Krise. Unsere Patienten bemerken allenfalls die auf einmal entspannte Atmosphäre. Diese Interaktion hat immer funktioniert, setzt aber ein gutes Team voraus.

Patienten schätzen laut diversen Befragungen an ihren Ärzten sehr, wenn sie **zuhören** können; im Notfall (Schock) ist diese Eigenschaft weniger gefragt als gezieltes und erfahrendes **Zupacken**. Vom Chirurgen wird eine saubere handwerkliche Arbeit erwartet; schön, wenn er sich vorher und danach auch noch als guter Zuhörer erweist. Ärzte sollten bei einem blutigen Massenunfall nicht zimperlich

sein, bei der Untersuchung von Gewaltopfern aber ein hohes Maß an Sensibilität und Empathie zeigen.

Die Ratlosigkeit über diese scheinbaren Unvereinbarkeiten wird eher noch größer, betrachtet man die in der Literatur angebotenen Definitionen des »guten Arztes«, die Dörner (2001) schlicht zum nicht definierbaren Teil der Wirklichkeit zählt, während von Uexküll (2002) dazu führt:

»Ein guter Arzt kann eine Krankengeschichte erheben, die zwischen ihm und dem Patienten eine gemeinsame Wirklichkeit, eine Passung aufbaut, in der Verstehen und Vertrauen die Grundlage für ein diagnostisches und therapeutisches Bündnis schaffen.«

Schmeling-Kludas (2005) hat mit anschaulichen Beispielen darauf hingewiesen, wie schwierig diese einfach erscheinende Aufgabe werden kann, wenn mit Patient und Arzt zwei Wirklichkeiten aufeinanderprallen, die in sozialer, kultureller, psychologischer Hinsicht oder auch »nur« altersmäßig sehr verschieden sein können. Durch kognitive und andere krankheitsbedingte Einschränkungen des Patienten kann die Situation noch verschärft werden. Den gutwilligsten Arzt trennen oft Welten von der Wirklichkeit seines Patienten, der in einer völlig anderen gesellschaftlichen Schicht mit völlig anderen Wertmaßstäben aufwuchs. Exemplarisch wird dies deutlich angesichts von Migranten ohne Deutschkenntnisse und ohne eine bei uns selbstverständlich vorausgesetzte (Schul-)Bildung (Kallvelage 2003).

### Fallbeispiel 2.8: 49-jährige Patientin aus dem Kosovo

Die 49-jährige Patientin aus dem Kosovo, Hausfrau, 6 Kinder, kommt mit folgendem Überweisungsauftrag in die Sprechstunde: »Typ-2-Diabetes seit 12 Jahren, Incompliance, HbA1c: 11,5 %, Analphabetin, spricht kein Deutsch«. Ihre bisherige Medikation kann sie nicht benennen (Fortsetzung ► Abschn. 6.6.4, Fallbeispiel 6.6).

In solchen Situationen helfen keine Rezepte oder Tricks, aber es gibt eine praxistaugliche, allerdings auch aufwendige Grundidee: »Gelingt es dem Arzt, sich in für den Patienten spürbarer Weise

um Verständnis, Wertschätzung und Echtheit zu bemühen, führt dies überprüfbar dazu, dass der Patient produktiv über sich nachzudenken und zu sprechen beginnt ...« und »sich der Kontakt und die Arzt-Patient-Beziehung oft schlagartig« ändern (Schmeling-Kludas 2005). Manchmal sind allerdings noch einige Dinge mehr zu tun (► Kap. 6), bis diese wünschenswerte Wendung eintritt.

### 2.6.2 Dörners »kategorischer Imperativ«

Dörner verweigert nur scheinbar, eine Definition des guten Arztes zu geben (► Abschn. 2.6.1); immerhin heißt der Titel seines 2001 erschienenen Buchs so, allerdings mit einem beachtenswerten Untertitel: »Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung« und einem das »Lehrbuch« wieder relativierenden Kommentar: »... lernen und lehren kann man nur Wissen, während man Erfahrungen, aus denen meine Grundhaltung sich entwickelt, nur machen kann. Aber warum sollte es neben den vielen anderen Lehrbüchern der Medizin, die alle ein bestimmtes Wissen vermitteln, nicht auch ein ‚Lehrbuch‘ dazu geben, wie man am besten Erfahrungen macht?« Darin findet sich ein Kapitel »Arzt vom Letzten her«, in dem er seinen »kategorischen Imperativ formuliert:

» Handle in deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen (an Zeit, Kraft, Manpower, Aufmerksamkeit, Liebe) immer beim jeweils Letzten beginnst, bei dem es sich am wenigsten lohnt. «

Dörners Denkfigur »Arzt vom Letzten her«, die er an anderer Stelle in den Mittelpunkt seiner Betrachtung stellt (Dörner 2005), ist wie keine andere geeignet für meine Absicht, eine gute »Klassenmedizin« zu beschreiben. Ich erlaube mir deshalb, sie in leicht modifizierter Form zu nutzen. So wie ich Klaus Dörner kenne und verstehe, war und ist eine solche Nutzung, das dankbare und neugierige Sich-zu-eigen-Machen seiner Ideen, ein erwünschtes Ziel aller seiner bisherigen Reden und Veröffentlichungen. Was bedeutet also Dörners kategorischer Imperativ für die Klassenmedizin?

### Kalkulierte Überforderung

Dörners kategorischer Imperativ ist eine »kalkulierte Überforderung« – aber eine notwendige, denn »schon wenn ich beim Vorletzten beginne, habe ich den Letzten schon abgeschrieben, werde ihn nie erreichen, da schon der Vorletzte so schwierig ist« (Dörner 2005). Sich nicht nur den leicht erfüllbaren Anforderungen zu stellen, zeichnet meines Erachtens eben gutes Arztsein aus, dies gilt sowohl im medizinisch-wissenschaftlichen (Überwindung von Wissensgrenzen durch Forschung = Medizininnovation) wie auch im psychosozialen Bereich (Überwindung sozialer Barrieren und Benachteiligungen durch eine Grundhaltung = Patientenemanzipation, Klassenmedizin).

### Affront gegen die Ökonomisierung des Sozialen

Der Nebensatz, »bei dem es sich am wenigsten lohnt«, ist ein bewusster Affront Dörners, der zwar der Wirtschaft eine entgegengesetzte ethische Norm zugesteht, aber im Sozialen darauf beharrt, dass sich eine »vollständige Ökonomisierung des Sozialen verbietet«, da sie »für beide Bereiche zerstörerisch und zudem auch noch kostentreibend ist«.

### Fallbeispiel 2.9: Ayses Mutter, Diabetespatientin mit Migrationshintergrund

Auf den ersten Blick erscheint es wenig lohnend, mit Ayses Mutter eine Diabetesschulung durchzuführen. Sie spricht kein Deutsch, ist Analphabetin, der vermehrte Zeitaufwand wird von ihrer Krankenkasse nicht honoriert, der Erfolg ist nicht kalkulierbar. Aber: Ohne eine Verbesserung ihrer Diabetes-einstellung drohen ihr ernsthafte Folgekrankheiten (Herzinfarkt, Erblindung, Nierenversagen), die ihre Lebensqualität entscheidend verschlechtern würden und der Solidargemeinschaft teuer zu stehen kämen.

Die diabetesabhängigen Behandlungskosten des unkomplizierten, gut eingestellten Diabetes betragen ca. 542 Euro/Jahr, bei Folgekrankheiten ca. 2193 Euro/Jahr (KoDiM-Studie, zit. nach Ferber et al. 2006). Wenn heute Ayse – nach der Einzelschulung, bei der sie als Kotherapeutin und Dolmetscherin für ihre Mutter immer dabei war – mit ihr lachend mein Sprechzimmer verlässt, erhalte ich

jedes Mal ein verspätetes Honorar für meinen Anteil am Erfolg ihrer guten Diabeteseinstellung – in einer etwas anderen Währung.

Fortsetzungen: Fallbeispiel 4.5, ► Abschn. 4.4.2; Fallbeispiel 6.13, ► Abschn. 6.12.2; ► Kap. 7.

## Das Geheimnis des »widerwilligen Wollens«

» Natürlich gibt es den Letzten objektiv so wenig wie den guten Arzt. Aber subjektiv hat jeder Arzt jederzeit eine Prioritätenliste seiner Patienten, eine »Hitliste« von den Begehrtesten bis zu den am wenigsten Begehrtesten (entsprechend den *Focus*-Ärzte-Listen für Patienten, d. Verf.), ob es sich dabei nun um die chancenloseste oder chronische Krankheit handelt oder ob der Patient besonders unkooperativ, ästhetisch eklig, der Älteste, unsympathisch, fremd oder psychosozial besonders entfernt von mir ist. «

Dörner (2001) konstatiert hier, kein Mensch sei aus freien Stücken gut, auch der gute Arzt könne nicht immer mit dem Letzten beginnen, ihn könne er nur »gegen seinen freien, natürlichen, willkürlichen Willen, das heißt widerwillig wollen, somit aber wollen.« Das »widerwillige Wollen« hält Dörner für das »Betriebsgeheimnis der Möglichkeit, gut zu sein, ein guter Arzt zu sein«, da sich durch diesen »Salto“ »meine willkürliche Freiheit in eine moralische Freiheit« verwandelt.

## Verantwortungsbewusster Pragmatismus

Dörner (ebd.) plädiert für einen verantwortungsbewussten Pragmatismus:

» Es reicht in der Praxis völlig aus, wenn ich nur dann, wenn ich ... Zeit, Kraft oder Lust habe, mit dem Letzten beginne, mich von seinen sprechenden Augen in den Dienst nehmen lasse und ihn entsprechend mit Zeit, Aufmerksamkeit, Liebe kompensatorisch bevorzuge – nur damit er die gleichen, nämlich gerechte Chancen wie die Bessergestellten hat. Denn dann stehen zwar die Letzten nicht alle an der ersten Stelle, aber sie sammeln sich auch nicht alle als Abgeschriebene an der letzten Stelle, deren zerstörerischen Kräften

ausgeliefert, sondern sie sind eingestreut in die Reihe aller Patienten, in sie integriert mitten unter ihnen« (integrierende Medizin, d. Verf.). «

## Ausschöpfen von Beziehungsressourcen

Zur Erschließung der Beziehungsressourcen des Patienten siehe auch ► Kap. 6. Dörner weist darauf hin, dass der Letzte, der als Patient vor uns sitzt (z. B. Ayses Mutter, Fallbeispiel 2.9) nicht unbedingt der Aller-Letzte ist, dass es Angehörige (z. B. Ayse) gibt, die oft unter der schlechten Versorgung des Kranken mehr leiden, weil sie mit der häuslichen Situation oder Pflege überfordert sind oder über die drohenden Folgen der Krankheit besser informiert sind. Sie in den Behandlungsprozess einzubeziehen, ist nicht nur im Sinne des kategorischen Imperativs, es ist nach meiner Erfahrung für alle Beteiligten (Patient, Arzt, Angehöriger) eine Chance, das Unmögliche möglich, das scheinbar Aussichtslose lohnend, das »widerwillig Gewollte« (Dörner) akzeptabel zu machen.

### 2.6.3 »Arzt vom Letzten her«

Dörners Denkfigur »Arzt vom Letzten her« beschreibt auch die passende Haltung des Arztes chronisch Kranken, den Unheilbaren und den Sterbenden gegenüber. Er benutzt dafür den Begriff »der chronische Arzt«, der positiv besetzt ist und nichts gemein hat mit dem von mir im ► Kap. 7 in ganz anderem Zusammenhang beschriebenen »chronifizierten Arzt«, der selbst gefährdet und bedürftig ist und bedroht ist von der chronischen Erkrankung des Burnout-Syndroms.

»Arzt vom Letzten her« ist zugleich eine präzise Antwort auf die ethischen Fragen, die durch Rationierung und die Übertragung des Prinzips der Triage aus der Kriegsmedizin in den normalen medizinischen Alltag – hier Mikroallokation (► Abschn. 8.5) genannt – aufgeworfen werden. Triage bedeutet Selektion von Kranken nach nicht-ärztlichen, (primär militär-)taktischen Gesichtspunkten mit der Absicht, sich auf diejenigen zu konzentrieren, bei denen sich die Behandlung noch lohnt. Mag auf dem Schlachtfeld des Krieges eine solche Haltung unvermeidlich sein (es wäre ein weiterer Grund für alle Ärzte, Pazifisten

zu werden), im ärztlichen Alltag besteht dazu keinerlei **Notwendigkeit**. Ich werde an verschiedenen Beispielen in den folgenden Kapiteln versuchen zu belegen, dass gegen diesen kategorischen Imperativ in der ärztlichen Versorgung von unprivilegierten Menschen in Friedenszeiten regelmäßig ohne Not verstoßen wird. Beispiele sind:

- die Einschüchterung durch Preise für Medizin-geräte oder Medikamente, die dann als »mehr wert als ich« empfunden werden,
- die IGeL-Medizin für Gutzahler, bei denen sich die Mühe im Gegensatz zu den GKV-Patienten noch lohne,
- die Bevorzugung von Privatpatienten,
- die Verweigerung von bestimmten Behandlungen aus Kostengründen,
- alle Gedankenspiele von Rationierung medizinischer Leistungen,
- bestimmte Situationen von Patienten im Krankenhaus,
- die Kommerzialisierung der »Sterbehilfe«.

Das Denken der Triage hat sich bereits vom militärischen Hauptverbandsplatz in die Praxis verbreitet. Dörners »Letzter« soll dagegen in der Praxis als »der Nächste bitte« aufgerufen werden, christlich ausgedrückt: Liebe den Letzten wie dich selbst! Das setzt die Fähigkeit und Bereitschaft zur – zumindest zeitweisen – Identifizierung mit dem Letzten, den Verlierern voraus, löst aber bei manchen Ärzten Berührungsängste und Aggressionen aus, solange sie sich selbst unbewusst oder erklärmaßen für etwas Besseres halten und sich gleichzeitig selbst als unverdiente, chronische Verlierer, zum Beispiel aller Gesundheitsreformen, oder als Letzter in der von ihnen zum Vergleich herangezogenen Einkommensgruppe (der Besserverdienenden) empfinden. Die notwendige Solidarisierung (► Kap. 8) mit dem Letzten kippt konsequent um in ein egozentrisches Denken und Handeln vom »gefühlten« Letzten, also von sich selbst her.

## 2.6.4 Ausblicke

Werden wir zukünftig eine Spaltung der Ärzteschaft erleben in die um ihr Einkommen besorgten, gefühlsmäßig »armen« Ärzte und die klaglos die

Letzten versorgenden, mitfühlenden Armenärzte? Ist die »Güte« der Ärzte auch eine Frage des Preises, den die Gesellschaft aufzubringen bereit ist? Und wie steht es um die Gerechtigkeit der – bisher noch den Ärzten selbst überlassenen und ungerecht gehandhabten – Aufteilung der fast 35 Mrd. Euro der GKV, die jährlich als Honorar an die Vertrags-Ärzteschaft fließen (► Kap. 4). Schwierige Detailprobleme, die leichter lösbar wären, wenn unter Ärzten **und** in der Gesellschaft Konsens über eine Grundvoraussetzung bestünde: Die Würde eines jeden Menschen ist nicht nur unantastbar (Grundgesetz Art. 1) sondern uns auch gleich viel wert.

Zum Abschluss noch eine immer wiederkehrende Facette zum Thema: »What's a good doctor, and how could you make one?« (Was macht einen guten Arzt aus und wie macht man einen solchen?). Die Herausgeber des *British Medical Journal* (Tonks 2002) fragten so ihre Leser. Die Antworten waren vielfältig, ein mehrfach anklingender Aspekt scheint mir besonders makaber, die Empfehlungen z. B. »einmal oder zweimal sollte er sich eine Magensonde legen oder sich einer Sigmoidoskopie (Enddarmspiegelung, d. Verf.) unterziehen, zwei Nächte im Klinikbett könnten nicht schaden, durch eine Infusion ans Bett gekettet und lieblosem Personal ausgeliefert ...«; Vorschläge, die – nach meinem Gefühl – eher als Bestrafung schlechter Ärzte taugen denn als Weg zu guten (ich nenne das »instant torturing«; vgl. auch »instant social descent«, ► Abschn. 7.3). Sie gehen davon aus, Empathie und Menschlichkeit seien quasi mit sadomasochistischen Biofeedback-Manövern erlernbar.

## 2.7 Der Arzt als Patient

### 2.7.1 Der kranke Arzt – ein Tabu

Eine andere Art von Härte testet läuft ab, wenn der Arzt nicht nur simuliert, sondern tatsächlich selbst krank wird, aus der Rolle fällt.

Bei Marc Aurel heißt es lapidar: »Hippokrates heilte viele Krankheiten, dann wurde er selber krank und starb«. Die unzweifelhafte (Folge-)Richtigkeit dieses Satzes, den ich bei Paul Lüth (1971) fand, hat mich schon immer erschreckt. Er ist respektvoll der Leistung des Arztes gegenüber, aber



auch mitleidlos. Ich lese darin etwas Hämisches und es erinnert mich an die Verhöhnung des gekreuzigten Jesus durch die umstehenden Schriftgelehrten: »Andere hat er gerettet, sich selbst kann er nicht retten, der Messias (Markus 15,31–32).«

Die wundersame Unverletzlichkeit der Ärzte ist eine verbreitete Ansicht, und sie wird durch das Verhalten der Ärzte untermauert, Ärzte gehen nicht zum Arzt, weil sie selber Heilbringer (Messiasse) sind. Es existieren nur einzelne Erfahrungsberichte, gelegentlich erscheint einer im *Deutschen Ärzteblatt* (Schiffter 2005; Ripke 2000), der dann eine kurze, heftige Leserdiskussion auslöst. William Hurt hat in »The doctor« (Regie Randa Haines, deutsch: »Der Doktor – ein ungewöhnlicher Patient«, 1991) beeindruckend den kranken Arzt gespielt, dessen Arztsein und dessen Beziehungsfähigkeit sich mit der Patientenrolle dramatisch verändern. Auch er verlangt nun – wie im oben zitierten Beitrag des *British Medical Journals* – von seinen Studenten, sich in die Patientenrolle zu begeben, um zu erfahren, wie sich das anfühlt.

In der Realität bleibt »Der kranke Arzt« (ausführliche Literaturübersicht bei von Troschke 2004) doch eher ein Tabuthema. Die kompetente Leiterin unserer Balintgruppe war – avant la lettre – überzeugt, eine Psychoanalyse schließe eine Krebserkrankung gewiss aus. Das war auch meine Meinung bis vor ein paar Jahren. Das Schicksal des Gründervaters der Psychoanalyse, Sigmund Freuds, der bekanntlich einem Mundhöhlenkrebs erlag, hatten wir offensichtlich »verdrängt«. Das Nicht-Akzeptieren von Krankheit und des damit verbundenen Verlustes der Freiheit ist verbreitet. Christian Morgenstern (1871–1914) starb an Lungentuberkulose. Er schrieb (1941, 1973):

» »Leiden« kann man an allem, aber um »krank« zu sein, muss einen ein fremdes Etwas besitzen, muss man Sklave seiner Krankheit geworden sein. Ich möchte den Satz aufstellen: Kein wahrhaft freier Mensch kann krank sein. «

## 2.7.2 In eigener Sache

Während ich an den ersten Entwürfen zu diesem Buch schrieb, erkrankte mein Bruder, wie unser vor

Jahren verstorbener Vater, an einem Prostatakarzinom mit Knochenmetastasen und ist inzwischen verstorben. Mein statistisches Risiko für Prostatakarzinom war damit fast vervierfacht (Herkommer et al. 2011). Kontrollen des Tumormarkers PSA und Probeentnahmen erbrachten auch bei mir einen positiven Befund, und ich entschied mich für eine radikale Operation, die bei meinem Bruder mit fortgeschrittenem Krebsleiden nicht mehr möglich war.

Ich bin in den Wochen vor der Operation davon ausgegangen, danach an diesem Buch nicht mehr weiterschreiben zu können und das Messianische zusammen mit meiner Prostata für immer zu verlieren. Das vermeintliche Wandeln-Können auf dem Wasser hatte sich als ein mutwilliges Marschieren über sehr dünnes Eis herausgestellt.

Ich habe lange überlegt, ob ich mich hier als Patient outen sollte. Viele Freunde und Kollegen haben mir von dieser »Entblößung« abgeraten und gewarnt, mein eigentliches Anliegen, die Medizin sozialer zu machen, könnte dabei Schaden nehmen. Es gebe bereits so viele Patienten, die scharf mit ihren Ärzten ins Gericht gingen und ihre Selbsterfahrungen und ihre ganze Unzufriedenheit mit dem System in Buchform vermarktet hätten. Andere haben mich vorsichtig ermutigt und meinten, es passe mein Fall in ein Buch, das von Beispielen lebe, und ich hätte mich an anderer Stelle bereits mit meiner Person eingebracht. Es sei bei einem Buch, das Transparenz herstellen wolle, dazu auffordere, Ängste wahrzunehmen und aufklären wolle, nur konsequent, die eigene Erfahrung (im Sinne von Dörners etwas anderem »Lehrbuch«-Begriff, ► Abschn. 2.6.2.) nicht zu verheimlichen. Das Leben sei sonst auch bei mir zur »Sphäre des Privaten ... geworden, die mitgeschleift wird« (Adorno 1951), und es ginge doch darum, auch zum eigenen »beschädigten Leben« (ebd.) zu stehen.

Da ich kein ununterscheidbares Amalgam aus Vor-Urteilen (aus der Zeit vor der Krankheit) und Nach-Besserungen (mit den Gefühlen und Erkenntnissen aus der Zeit danach) abliefern wollte, hatte ich vor, von diesem Zeitpunkt an die Schriftfarbe beim Schreiben zu wechseln. Ich habe diese Idee nach dem ersten Schock aber verworfen, weil nicht mein Buchkonzept, sondern nur meine körperliche Befindlichkeit sich veränderte, so wie dies



tagtäglich auch meinen Patienten widerfährt, die auch die »Farbe ihres Lebens« nicht einfach willkürlich wechseln können.

Ich habe aber verstanden, dass einem Kranken neben der Gesundheit auch die Courage verloren gehen kann, seine frechen Utopien am Leben zu lassen, obwohl – nein, **damit** sie einen überleben können.

In meinem bisherigen beruflichen Alltag habe ich gegen das (nicht nur in meinen Augen) sinnlose Prostata Screening mittels PSA-Test (als IGeL-Leistung) polemisiert, dem ich nun meine rechtzeitige Diagnose und vielleicht mein Leben verdanke. Ich habe konkrete Vorstellungen gehabt, welche Anforderungen ein guter Arzt erfüllen sollte – und zwar als eine moralische Pflicht und aus gesellschaftlicher Verantwortung ohne jeglichen »Widerwillen« (Dörner ► Abschn. 2.6.2.), dessen allzu deutliche mediale Äußerung ich meinem Kolumnen schreibenden Kollegen Michael Drews in der »Medical Tribune« (► Kap. 7) persönlich vorgehalten hatte.

Meinen Operateur habe ich allein unter dem Gesichtspunkt ausgesucht, dass er technisch perfekt operiert und mit großen (Erfolgs-)Zahlen aufwarten kann. Unsere »Wirklichkeiten« (von Uexküll 2002) haben wir beide so weit als möglich gespart. In der Zielvorstellung waren wir uns schnell einig: Der bedingungslos erfolgversprechende Eingriff sollte, um keine nachteiligen Folgen zu hinterlassen, möglichst schonend durchgeführt werden.

Ich schrieb diesen Abschnitt damals in der Klinik, sinnierte über Klassenmedizin, erinnerte mich an die Debatten um das klassenlose Krankenhaus (► Kap. 5); das alles geschah in einem hotelartigen Ambiente mit Blick über eine Terrasse, umrankt von Bougainvillea in einen Krankenhauswald im »indian summer look«, ein Glas Rotwein auf dem Nachttisch, was mich nicht davon abhielt, meinen Status als optimal versorgter Kunde (früher genannt: »Privatpatient«) zu reflektieren.

Die wie antrainiert wirkende Freundlichkeit besonders mancher Pfleger – ist sie Folge einer speziellen Schulung, weg von der Patientenpflege hin zur Kundenbetreuung? Sind Patienten unerwünscht?

»Hier entstehen für unsere Kunden 900 PKW-Stellplätze«, steht auf dem Bauschild im Krankenhausgelände.

Nun konnte ich mich selbst fragen, was ich früher im Namen der Patienten geschrieben hatte: Darf ich als zahlender Käufer im Kundenhaus das gleiche erwarten, was man als Patient früher im Krankenhaus »umsonst« erhielt? Ich frage mich, ob die Idee der Kundenorientierung vielleicht notwendig war für jene, die bisher auf der Verwaltungs- oder Chefarzzebene das Sagen hatten, eher technokratisch und weniger psychologisch orientiert waren, die Zuwendung erst als notwendig (an)erkannten, als die Konkurrenz sie dazu zwang: Hotelartige Sonderleistungen der privaten Krankenhausträger einerseits und ein erweitertes Leistungsspektrum inklusive ambulant durchführbarer Operationen mit optimaler Terminplanung und individuell vereinbarter Verweildauer in den Praxen vieler niedergelassener Ärzte andererseits standen mit einem Mal den starren Regeln im öffentlichen Krankenhaus mit »5 Uhr-Waschen-Appellen«, einer »nostalgischen« Ausstattung im Stil der 70er-Jahre und einer umständlichen Besuchsregelung und Bürokratie gegenüber.

Die aus Konkurrenzangst geborene Kundenorientierung ist keine Sache des Herzens, das merke ich als Patient. Ich bin überzeugt, viele Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger hätten der – von mir unterstellten – Crashkurse in Kundenorientierung nicht bedurft, weil sie eine angeborene Empathie besitzen. Könnte es sein, dass der Einsatz der Empathischen im sensiblen Privatkundenbereich eher vermieden wird, weil ihre Kundenfreundlichkeit allzu sehr als Menschenfreundlichkeit kenntlich werden könnte, die sich ja gerade nicht bevorzugt dem (zahlungskräftigsten) Kunden, sondern dem bedürftigsten Patienten primär zuwendet? Oder wird dieser Arbeitsbereich von ihnen gar nicht erst angestrebt?

Darf ich das hier niederschreiben, obwohl ich allen, die mich hier kompetent und freundlich betreuen, außerordentlich dankbar bin?

Bin ich als Autor noch glaubwürdig oder zerschellen meine maximalen, utopischen Ansprüche an mich, an die Ärztekollegen und die Medizin im Allgemeinen an der simplen Realität meines ersten, eigenen, ernstlichen Krankseins? Was bleibt von meinem Gesundheits-Größenwahn angesichts der Krankheitsrealität?

Mein Bruder musste mich erst davon überzeugen, es sei besser, Freunden und Mitarbeitern den wahren Grund für mein »Ausfallen« zu nennen, während ich spontan an der Konstruktion irgendeiner Legende bastelte, ohne dabei allerdings zu einer für mich akzeptablen Lüge gefunden zu haben. Meine Umgebung habe ich danach mit dem Spruch »erheitert«: Ich bin ja nicht krank, ich habe nur Krebs. Wenn nur die anderen krank werden (dürften), so mein Bruder daraufhin, wenn ich mein Kranksein wie eine allein zu verarbeitende Schande erlebte, was sage das denn aus über meine Bewertung von Kranken und deren Würde in meinen Augen?

Und ich frage mich, ob ich es vielleicht nötig habe, dass immer andere ärmer dran sind als ich, weil ich mich ihnen dann überlegen fühlen kann? Bis zum dritten Tag nach der Operation habe ich für meinen Bruder und für mich selbst keine Antworten, nur ohnmächtige Wut. Und Trauer. Nachts Ängste, Panik.

»Kranksein ist in seiner Freiheit gehemmtes Leben« (Karl Marx), lese ich bei Hagen Kühn (2005). Kranksein ist ein endgültiger Abschied von der Utopie der maximalen Freiheit, der Unverletzlichkeit eines Siegfrieds und ein Mich-Einreihen unter die ununterscheidbaren, kränkbareren Sterblichen.

Panik!

Es bedeutet, den fantasierten, utopischen, maximalen Anspruch gegen den minimalen Handlungsspielraum der Wirklichkeit zu tauschen. Meine Angst, damit etwas von der Kraft zu verlieren, die mein Arztsein bisher ausgemacht hätte, ist zwar unbegründet, weil ich nicht wirklich verlieren kann, was ich niemals besaß ...

Dennoch! Trauer!

Nächte später wird mir deutlich: Nicht das Immer-gesund-machen-Können zeichnet den »guten Arzt« aus, sondern das unbeirrbares Angebot, dem Patienten auf seine natürliche Weise beim Gesundwerden zu assistieren oder die Krankheit mit ihm zu ertragen.

Und da bekomme ich einen großen Schreck, denn ich habe dafür keinen Arzt. Und ich weiß mir nicht mehr zu helfen.

Nach meiner Entlassung suche ich einen Urologen auf, ich glaube Professor P stand auch mal auf der Fokus-Liste der besten Ärzte. Er hat eine

Adresse. Alles, was am Anmeldetresen gesprochen wurde, konnte gut im offenen Wartezimmer mitgehört werden, es herrschte eine gewisse räumliche Enge, die mich erstaunte.

Nach kurzem Kennenlernen kommen seine Fragen zur Operation. Ich sei also von Professor Y operiert worden ... Ja, antworte ich, weil er nervenschonend operiere und damit die Potenz und die Kontinenz der Harnblase (Fähigkeit, das Wasser zu halten) erhalte. Was das denn für ein Unsinn sei, Ys Patienten bekämen alle mit der Zeit ein Krebsrezidiv, weil er fahrlässig zögerlich statt notwendig radikal operiere! Auch ich hätte zumindest nachbestrahlt werden müssen: »Unverantwortlich! Das können Sie mir glauben, ich habe jahrelang ...«

Heute habe ich den Schrecken verdaut, der mir durch die Glieder fuhr und mich tagelang verzweifeln ließ – an mir, meiner Arztwahl, wobei mir irgendwann klar wurde, der zweite Arzt war der falsche.

## 2.8 Exkurs: Krankheit als Buße?

Das Schwere der anderen zu schultern, sei Pflicht für den, der gesund und stark ist, war immer meine Auffassung. Sie und auch die Schulung meines Intellekts und die Weckung meines Widerspruchsgeistes verdanke ich einer katholischen, strengen Erziehung. Ich hatte das Glück, nach dem Krieg aufzuwachsen, geliebt, behütet und gefördert von meinen Eltern bei meinem Wunsch, Arzt werden zu wollen. In die Dankbarkeit dafür mischen sich Schuldgefühle: meinen Eltern gegenüber, weil sie mir unter Opfern ermöglichten, was sie selbst nicht erreichen konnten, und Schuldgefühle wegen meiner Eltern, die (als Mitläufer mit ihrer Nazi-Generation) unfähig oder zu feige waren, den entwürdigten, ausgegrenzten und schließlich deportierten und ermordeten Nachbarn Schutz und Beistand zu gewähren. Dazu von Schlippe (1992):

»Wenn unsere Schuld darin besteht, dass wir uns fangen ließen von Angst und dem Gehorsamsmythos, so muss es um die Einübung eines Verhaltens gehen, das den Protest wichtiger nimmt als den Gehorsam. Wir sollten ein neues Gefühl entwickeln für Unangepasstheit und die Angst ...

deuten ... als Herausforderung, ihre Quellen zu ergründen. Wenn unsere Schuld darin besteht, dass wir auf Kosten anderer zu leben als unser Recht angesehen haben, dann folgt für mich daraus nicht nur das Ende jedweden Kolonialismus, sondern auch ein würdiger und hilfreicher Umgang mit der sogenannten Dritten Welt ... Darüber hinaus dürfte es aber auch um die Enttarnung der latenten Verachtung von Minderheitsgruppen gehen (Ausländer, Asylanten, Homosexuelle). Sie werden schnell Projektionsträger unbewältigter Frustrationen und Ängste ... Vielleicht war eine unserer größten Sünden in der faschistischen Zeit unsere Unaufmerksamkeit gegenüber diesen tödlichen Kräften, die sich uns heute manchmal in freundlichen oder kleinkarierten Mustern anbieten, um für den Moment zu helfen. «

In jedem alten Türken, der noch womöglich eine kippaähnliche Kopfbedeckung trägt, sah ich den Juden, dessen Vernichtung meine Elterngeneration tatenlos zugelassen hätte. Die eintätowierte KZ-Nummer am Unterarm eines Patienten aus der Sinti-Familie hat ihm für immer meine Zuneigung, meine »Ehr-Furcht« gesichert. Da mir der Mut fehlte, einen Dienst als Entwicklungshelfer in der »Dritten Welt« zu leisten, war jeder Patient aus Ghana, Albanien, Indonesien, Sierra Leone, Pakistan, Äthiopien oder Chile, den ich in Wilhelmsburg behandelte, eine Beruhigung meines Gewissens – oder pathetischer ausgedrückt: praktizierte internationale Solidarität. Und als eine Bäuerin aus Moorwerder mir erklärte, »Ihr Wartezimmer erinnert mich manchmal an Lambarene«, war ich stolz, obwohl ich nicht genau weiß, ob diese Bemerkung als Kompliment gemeint war.

So wurde Wilhelmsburg für mich vom sozialen Brennpunkt mit hässlichen Hochhäusern und fremd aussehenden Menschen zum selbstgewählten Fegefeuer, die Arbeit zur Wiedergutmachung für die Taten(losigkeit) der Väter und Mütter, zur Sühne für mein Leben im reichen Eppendorf (bis meine Frau und ich der Arbeit folgend nach Wilhelmsburg zogen) und zur Absolution für alle meine dünnkelhaften Gedanken von Überheblichkeit, Eitelkeit, Ekel und Herablassung.

Meine Arbeitsauffassung war also – mehr unbewusst – vom Gedanken der Buße geprägt. Durch

die »Strafe der eigenen Krankheit« war nun auf einmal der Schuldkomplex, der Versuch, die in der Fantasie verdiente Strafe durch Tun abzuwehren, mir bewusst und gleichzeitig hinfällig geworden. Eine merkwürdige Befreiung, denn wozu sollte die neue Freiheit von Nutzen sein? Das ganze Ausmaß meiner Strenge gegen mich und meine Kollegen, den gesamten Medizinbetrieb wird mir mit einem Mal deutlich und damit das, was in der Vergangenheit mein Freund Eduard H. – und nur er durfte und konnte dies – mir als mein »unerträgliches moralisierendes Verurteilen« vorhielt. Ich hatte bisher meine »Bewertungen« für objektiv und ähnlich selbstevident gehalten wie die Verfasser der »Bill of Rights« ihre Maxime: »... we hold it for self-evident, that all men are created equal and are endowed by their creator with certain unalienable rights ...« Kurz zweifelte ich nun, ob diese Erklärung als politische Utopie möglicherweise handlungsleitend sein könnte, als konkreter Vorsatz für alltägliches ärztliches Handeln kam sie mir vor wie eine selbstüberhebliche Anmaßung, vergleichbar der ebenso (zu) weit gehenden WHO-Definition der Gesundheit als »Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens«.

In meiner neuen Wirklichkeit wollte ich die gleiche Arbeit unter dem gleichen Imperativ tun wie immer, aber es gelang mir nicht. Die bisher treibende Kraft meiner Motivation versagte, solange ich Kranksein als Strafe fühlte und mir nicht eingestehen konnte, dass meine Bußfertigkeit eine völlig überflüssige Tortur war (die es mir aber vielleicht ermöglicht hatte, die Mühen des Kassenarztdaseins sadomasochistisch zu »genießen«). Meine Arbeit erschien mir mit einem Mal, als würde ich tagtäglich versuchen, Wasser in einen Korb zu pumpen und das jahrelang schon: eine stimulierende Vorstellung vielleicht für einen Bußwilligen, Aeskulap als Sisypheos (den sich Camus als glücklichen Menschen vorstellte), für einen normalen Menschen aber eine quälende Obsession. Und dann kam mir bei dieser Arbeit eines Tages ein Gedanke: Das Absurde dieses Bildes entsteht erst durch meinen, vom Maul-»Korb« der Wahrnehmung gehaltenen Blick. Es könnte ja sein, dass mir der Korb die Sicht verstellt auf das, was da tatsächlich bewässert werden soll. Ich sehe auf einmal aufkeimendes Leben, geweckte Hoffnungen, erstarkendes Selbstvertrauen

und erkenne mich als Spender dessen, was meine Kranken benötigen, um zu wachsen, um mit ihrer Krankheit zu leben, um gesund zu werden.

In dieser neuen Wirklichkeit bin oder nehme ich mich weniger wichtig. Ich weiß ja nun, ich muss nicht das Unmögliche vollbringen, wie einen Korb mit Wasser anzufüllen. Ich hatte es vergessen, ich bin ein ganz normaler Mensch.

## Literatur

- Adorno TW (1951) *Minima Moralia*, Reflexionen aus dem beschädigten Leben. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Ahmia T (2006) Das Kundenraster: Mit Millionen von Persönlichkeitsprofilen sieben Firmen Kunden – und diskriminieren sie. taz 16.12.2006, S 3
- Dörner K (2001) *Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Schattauer, Stuttgart
- Dörner K (2005) *Der gute Arzt – aus der Sicht eines Psychiaters*. In: Simon S (Hrsg) *Der gute Arzt im Alltag*. Anleitung zur ärztlichen Grundhaltung in Klinik und Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Ferber L, Köster I, Hauner H (2006) Behandlungskosten der Hyperglykämie bei Patienten mit Diabetes mellitus. Die Bedeutung von Alter, Art der Therapie und Komplikationen. Ergebnisse der deutschen KoDiM-Studie. Med Klin 101(5): 384–393
- Frankel RM, Stein T (1999) Getting the most out of the clinical encounter. The Four Habits Model. The Permanent Journal 3(3)
- Gathmann P, Semrau-Lininger C (1996) *Der verwundete Arzt – Ein Psychogramm des Heilberufs*. Kösel, München
- Groddeck G (1978) *Das Buch vom Es*. Ullstein, Frankfurt/M
- Hackethal J (1978) *Keine Angst vor Krebs*. Molden, Wien
- Herkommer K, Schmidt C, Gschwend JE (2011) Zehn Jahre nationales Forschungsprojekt »familiäres Prostatakarzinom«. Probleme der Identifikation von Risikofamilien. Urologe 7: 813–820
- Kalvelage B (2003) Diabetes-Schulung türkischer Patienten – Wanderung zwischen therapeutischem Nihilismus und unrealistischen Erwartungen. In Borde T, David M (Hrsg) *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Mabuse, Frankfurt/M
- Kühn H (2005) Patient-Sein und Wirtschaftlichkeit. In: *Jahrbuch für kritische Medizin* 42
- Lauterbach K (2007) *Der Zweiklassenstaat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren*. Rowohlt, Berlin
- Lown B (2002) *Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken*. Schattauer, Stuttgart
- Lüth P (1971) *Ansichten einer künftigen Medizin*. Hanser, München
- Morgenstern C (1973) *Wir fanden einen Pfad*. Zbinden, Basel (Erstveröff. 1914)
- Nolte P (2004) *Generation Reform. Jenseits der blockierten Republik*. Beck, München
- Ripke T (2000) Chance zum besseren Verständnis des Patienten. Dtsch. Aerztebl: 97(5)
- Rohde JJ (1962) *Soziologie des Krankenhauses*. Enke, Stuttgart
- Schiffert R (2005) *Der Arzt im Krankenbette*. Dtsch Aerztebl 102(47)
- Schirmacher F (2013) *Der verwettete Mensch*. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 16.6.13
- Schlippe G von (1992) Schuldig! Gedanken zum Umgang mit der eigenen Vergangenheit. Briefe an meinen Sohn. In: Heimannberg B, Schmidt CJ (Hrsg) *Das Kollektive Schweigen. Nationalsozialistische Vergangenheit und gebrochene Identität in der Psychotherapie*. Edition humanistische Psychologie, Köln
- Schmeling-Kludas C (2005) *Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin*. Marseille, München
- Schmundt H (2013) *Pillendreher als Datendealer*. Der Spiegel, 19.8.2013
- Simon S (2005) *Der gute Arzt im Alltag*. DÄV, Köln
- Storcks H, Fiege A (2013) *Human branding – Der Arzt als Marke*. KU Gesundheitsmanagement 8: 31–34
- Thorsen-Vitt S (Hrsg) (1997) *Überleben im Krankenhaus*. pmi, Frankfurt/M
- Tonks A (2002) What's a good doctor and how do you make one? Br J Med 325
- Troschke J von (2004) *Die Kunst, ein guter Arzt zu sein. Anregungen zum Nach- und Weiterdenken*. Huber, Bern
- Uexküll T von (2002) *Integrierte Medizin*. Schattauer, Stuttgart
- Unschuld P (2006) *Der Patient als Leidender und Kunde*. Dtsch Aerztebl 103(17): A1136–8

## Internetquellen

- Heidelberger Erklärung (2002) attac-Kampagne. ► [http://www.grundeinkommen-attac.de/fileadmin/user\\_upload/AGs/AG\\_Genug\\_fuer\\_Alle/Download/HEIDEL\\_ERKLAERUNG.pdf](http://www.grundeinkommen-attac.de/fileadmin/user_upload/AGs/AG_Genug_fuer_Alle/Download/HEIDEL_ERKLAERUNG.pdf). Zugriffen: 20.2.2014

Klassenmedizin

Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst

Kalvelage, B.

2014, XV, 218 S. 1 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-642-54748-5