

---

# Definition von Arzt und Patient aus der Sicht der Medizin

Volker Diehl

Die Medizin im Jahre 2005 unterliegt tief greifenden Veränderungen, durch die sich ihre Einordnung in die Gesellschaft, die Rollen von Arzt und Patient und deren Beziehungen zueinander gegenüber früheren Zeiten erheblich verändern.

Ich möchte in meinem kurzen Referat drei Schwerpunkte setzen:

1. Rahmenbedingungen der Situation von Arzt und Patient in der aktuellen Gesellschafts- und Gesundheits-Struktur.
2. Der Patient.
3. Der Arzt.

## *1. Rahmenbedingungen*

### a. Ökonomisierung der Medizin (s. Abb. 1)

*Abb. 1*

<p>Rahmenbedingungen für Arzt und Patient in der aktuellen Gesellschafts- und Gesundheitsstruktur:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– die Ökonomisierung der Medizin</li><li>– der Triumph von Technik und molekularer Medizin</li><li>– der Paradigmenwechsel im Verhältnis von Arzt und Patient</li><li>– der Arzt als Partner, Mediator und Navigator?</li></ul>
--

Gesundheit ist das höchste Gut, Krankheit ist eine Betriebsstörung im Vollzug des Lebensplanes, ist lästig und muss so schnell wie möglich wieder behoben werden. So sehen es die meisten Zeitgenossen.

Krankenhäuser sind Wiederherstellungswerkstätten der Betriebssysteme und Aggregate des menschlichen Organismus.

Der Arzt ist der Techniker oder Ingenieur, der die defekten oder abgenutzten Aggregate repariert oder austauscht. Der Patient hat als Kunde hohe Erwartungen und stellt seine Forderungen an den Leistungserbringer für eine individuelle, konfliktfreie Erledigung seiner Wünsche, möglichst sofort.

Krankenhäuser werden nach Krankenhaus-Management-Programmen geführt. Nach dem „Diagnosis-Related-Groups-System (DRGs)“ werden anhand von medizinischen Diagnosen und Erfahrungswerten für durchschnittliche Behandlungskosten Fallpauschalen festgesetzt, die das Ziel haben, kostendeckende Finanzierungsmodalitäten und zeitsparende Programme einzusetzen. Diese Programme können zu einer Entfremdung zwischen Arzt und Patient führen, da Effizienz nur durch erhöhte Fallzahlen mit kurzen Liegezeiten erreicht wird und der Arzt gezwungen wird, so schnell wie möglich kostensparend und gewinnbringend zu diagnostizieren, zu therapieren und zu entlassen. Ärzte stehen als Mit-Unternehmer unter hohem ökonomischen Zwang, die Konsequenz der strukturellen finanziellen Optimierung birgt die Gefahr der „Schnäppchenmedizin“ in sich, die dazu führt, dass finanziell attraktive Patienten („cash cow“) bevorzugt und teure, unattraktive Patienten („poor dog“) nicht aufgenommen oder schnell verschoben werden. Die Gefahr besteht, dass Krankenhäuser in Aktiengesellschaften umgewandelt werden und der Gier von Shareholder-Value-Vertretern ausgeliefert werden (H. Neumann und A. Hellwig, 2002).

Der Herzspezialist Bernard Lown sagt dazu: „In einer marktorientierten Medizin weicht die Vorrangstellung des Patienten der perversen Einflussnahme von Investoren, Bürokraten, Versicherungsgesellschaften und Arbeitgebern. In dem Augenblick jedoch, in dem ärztliche Fürsorge dem Profit dient, hat sie die wahre Fürsorge verraten. Dieser moralische Irrtum lässt sich nicht mehr reparieren.“

## b. Triumph von Technik und molekularer Medizin

In keiner Phase der Menschheitsgeschichte hat sich der medizinische Fortschritt so rasant weiterentwickelt wie in den letzten 20 Jahren:

Ein Beispiel für diesen atemberaubenden Fortschritt:

Statt Organe und Zellen auf pathologische Veränderungen makroskopisch oder mikroskopisch zu untersuchen und eine histologische Diagnose z. B. eines Krebses zu stellen, kann man mit Hilfe der molekulargenetischen Analysen mittels Mikrochips an 40.000–60.000 Genen einer einzelnen pathologisch veränderten Zelle nicht nur die Herkunft des Krebses von seinem Ursprungsorgan, sondern auch den Malignitätsgrad und die genetischen Defekte an den Chromosomen als Ausdruck seiner Gefährlichkeit bestimmen. Diese Erkenntnisse ermöglichen darüber hinaus, vorauszusagen, ob der Tumor auf Zytostatika oder Strahlentherapie ansprechen wird, und fernerhin ermöglicht dieser genetische Test sogar eine Aussage über die Prognose des Patienten.

In der Kardiologie werden Stents zur Wiedereröffnung von Gefäßen mit Zytostatika beladen, um den erneuten Verschluss durch Verhinderung der Gewebswucherung aus der Gefäßwand zu vermeiden.

Die bildgebenden Verfahren vermögen mittlerweile in der kombinierten Positron-Emissions-Tomographie(PET)- und Computer-Tomographie(CT)-Technik sowohl morpho-

logische als auch funktionelle Aussagen über Tumoren, Entzündungen und Degenerationen ohne operativen Eingriff zu machen.

### c. Der Paradigmenwechsel im Verhältnis von Arzt und Patient

Der Patient studiert diese klinisch-wissenschaftlichen Neuerungen im Internet oder erfährt sie über die Medien, kommt mit einem Kilogramm gedruckter Auszüge aus dem Internet zum Arzt und ist über seine Erkrankung bestens informiert und über alle Vor- und Nachteile sämtlicher therapeutischen Alternativen aufgeklärt. Er fordert selbstverständlich als Gegenleistung für die geleisteten Beitragszahlungen an seine Krankenkasse einen hervorragenden medizinischen Service, inklusive bester Hotellerie im Krankenhaus. Natürlich will er das weitere Procedere mitbestimmen. Denn er ist hervorragend informiert über sämtliche randomisierten klinischen Studien, die in seiner spezifischen Krankheits-Entität durchgeführt wurden, und hat zwei weitere Adressen von Kapazitäten in der Tasche, bei denen er sich noch zusätzlichen Rat als „second and third opinion“ einholen möchte, bevor er sich für eine therapeutische Strategie entscheiden will. Er lässt beiläufig im Gespräch den Namen seines Schwagers fallen, der Rechtsanwalt in Arzt-Haftungsprozessen ist.

In dem zu Rate gezogenen Arzt sieht er den Interpreten der von ihm und seiner Frau schon gründlich studierten Informationen und den Mediator und Navigator seines Gesundheitsprozesses.

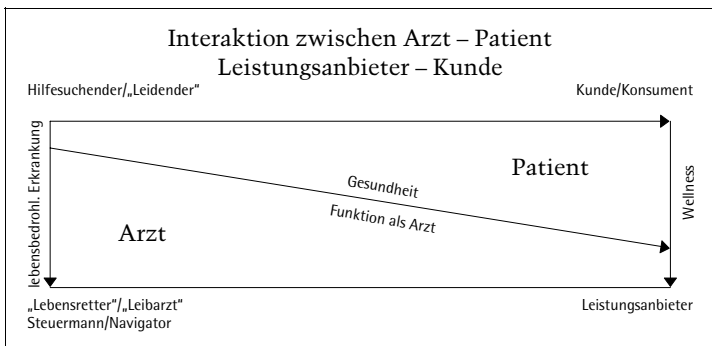
Der Arzt dagegen reagiert defensiv, nervös distanziert, liest gereizt den mehrere Zentimeter dicken Packen von mitgebrachten Informationen durch und stellt fest, dass ihm viele der vorgelegten umfassenden und neuesten Erkenntnisse über diese spezifische, gar nicht so seltene Erkrankung

noch unbekannt waren. Er selbst ist im Internet auf seinem neuen Computer noch nicht so zu Hause, hat keine weitergehenden Erfahrungen mit „Google“ oder „Yahoo“ und ärgert sich, dass ihm in seiner Studienzeit zu viel akademische Medizin und zu wenig praktisches Wissen vermittelt wurde, vor allem, dass ihm nicht die Psychologie des Umgangs mit einem so selbstbewussten und eigensinnigen Menschen beigebracht wurde, den als Patienten zu bezeichnen ihm heute eher schwer fällt. Er neigt eher dazu, in ihm den Typus eines streitbaren, rechthaberischen Mitbürgers zu sehen, der ihm vom Golfplatz her bekannt ist.

Er erinnert sich wehmütig im Geheimen an die letzte Patientin, die vornehme ältere Dame, die ihn vorhin um Rat gefragt hat, ob sie sich denn wirklich die Hüfte operieren lassen oder eher die Schmerztherapie fortführen soll. Sie war dankbar für seinen Rat und er fühlte sich anerkannt und kompetent.

Dieses Szenario soll genügen, um die veränderte Situation von Arzt und Patient zu beschreiben, in der der Arzt nicht mehr der allmächtige „Herrgott in Weiß“ und der Patient nicht mehr der verängstigte oder unterwürfig den Rat des Arztes suchende Hilfsbedürftige ist, der vertrauensvoll den ärztlichen Rat dann auch annahm.

Abb. 2



Das Spannungsfeld, in dem sich Arzt und Patient zwischen lebensbedrohlicher Erkrankung (linke Seite der *Abb. 2*) und dem Bereich der „Wellness“-Angebote (rechte Seite der *Abb. 2*) bewegen, charakterisiert auch anschaulich die Dynamik, in der sich die Rollen von Arzt und Patient graduell verändern:

In der Situation des gesunden Mitbürgers ist der „Patient“ dem Arzt ebenbürtig, auf Augenhöhe, der Arzt ist „Leistungsanbieter“, der Patient ist Kunde, Konsument.

In dem Moment, wo sich die Gesundheit aber reduziert und der Patient sich einer schicksalhaften Erkrankung wie Krebs, Aids, Herzinfarkt etc. gegenüber ohnmächtiger fühlt, schwindet sein „Konsumententum“ und er wird zum Hilfesuchenden und im wahrsten Sinne des Wortes zum „Leidenden“, was ja das Wort Patient auch ausdrückt! Hier ist er nicht mehr auf Augenhöhe mit dem Arzt und sucht in ihm den „Lebensretter“, den Steuermann, Navigator, eben seinen „Leibarzt“.

## 2. Der Patient (s. *Abb. 3*)

### *Abb. 3*

Der Patient: die Metamorphose des Patienten in den letzten 40 Jahren:

- der unmündige Patient
- der aufgeklärte Patient
- der mündige Patient
- der mitentscheidende Patient
- der „kompetente“ Patient

Der Arzt:

- Medizintechniker oder Heilkünstler?

Als ich 1971 nach Deutschland aus Schweden zurückkehrte, wo ich am Karolinska-Krankenhaus in Stockholm in der Krebsklinik täglich Tumorpatienten ihre Diagnose in langen Gesprächen mitgeteilt hatte, wurde mir verboten, Krebspatienten die Diagnose mitzuteilen, da dies Methoden aus dem Dritten Reich seien, mir würde gekündigt werden, wenn ich Krebspatienten über ihre Diagnose und Prognose aufklärte.

Heute, 2005, ist die behutsame und einfühlsame Mitteilung auch der schwersten, lebensbedrohenden Diagnose nicht nur üblich, sondern wird sogar juristisch verlangt.

Der *bevormundete, unaufgeklärte* Patient, der weder mitarbeiten und eigene Kräfte mobilisieren noch vorausschauende Maßnahmen treffen konnte, ist über den *aufgeklärten* Patienten, der ebenfalls schriftlich sein Einverständnis zu den medizinischen Maßnahmen geben muss, zum „*mündigen*“ Patienten im juristischen Sinne geworden, der über seine Rechte voll aufgeklärt ist.

Man oder mehr noch frau bekennt sich zu dem Fatum Krebs, Herzinfarkt oder Anus praeter, man outet sich und nimmt selbstbewusst gemeinsam das Schicksal in die Hand in der Solidargemeinschaft der Leidenden, ganz im Sinne des alten Begriffes des Homo copatiens.

Wir Mediziner sind skeptisch gegenüber dem Begriff „*mündiger Patient*“, da fast jeder Mensch in der existenziellen Ausnahmesituation einer lebensbedrohlichen Erkrankung seine Souveränität und Autonomie verliert und eher reagiert, wie es Herbert Mainusch, ein Krebspatient, mir gegenüber nach der Mitteilung der Krebsdiagnose ausgedrückt hat: „Jetzt brauche ich einen Arzt, zu dem ich Vertrauen habe, der mich führt wie ein Bergführer in steilem und unwegsamem Gelände.“

Der *mitentscheidende* Patient ist der *mitverantwortliche* Patient, der in dem aus den USA übernommenen Konzept des „*shared decision-making*“ in der Entschei-

dungsfindung zwischen Arzt und Patient immer mehr zu einem Partner des Arztes wird und in den heute überwiegend chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Hochdruck oder Krebs von dem Arzt im Verlaufe des Krankheitsprozesses auch mehr und mehr aktiv in die eigene Kontrolle der Erkrankung im Sinne des „bedingt Gesundseins“, wie es Fritz Hartmann beschreibt, eingebunden und entlassen wird.

Der „kompetente“ Patient ist ein Begriff, der aus dem Paradigma der „Salutogenese“ von Aaron Antonovsky 1979 geschaffen wurde und der, im Gegensatz zur Pathogenese – der Lehre von der Krankheitsentstehung –, sich damit beschäftigt, wie – unter aktiver Mitarbeit des Patienten – das Wiedererlangen von Gesundheit erreicht werden kann.

Bei der Patientenkompetenz steht im Zentrum die Frage nach dem eigenen Umgang mit der Krankheit, dem persönlichen Beitrag zur Gesundheit, der Mobilisierung von eigenen Ressourcen und der eigenen Mitverantwortung.

### 3. Der Arzt (s. Abb. 3)

Von *dem* Arzt zu sprechen ist heute fast nicht mehr möglich, da sich das Berufsbild des Arztes nicht mehr wie in früheren Jahrhunderten einheitlich beschreiben lässt als Heiler, Heilkundiger oder Priesterarzt.

Die zunehmende Technisierung, der Einfluss der molekularen Medizin und die Subspezialisierung der Medizin in immer verzweigtere Detailkompetenzen haben eine Dichotomie geschaffen zwischen dem *Heiltechniker*, der sich hinter seinem Analysegerät versteckt und nie einen Patienten sieht, und dem Arzt, der die *Heilkunst* pflegt, mit oder ohne Katheter, Skalpell, Endoskop, der sich einbringen muss als Person, dessen Werkzeug das Gespräch ist, der



dem Patienten als Homo copatiens gegenübersteht, dessen Charisma Empathie und menschliche Authentizität ist. Er kann und soll „Leibarzt“ des Patienten sein, Partner, kompetenter Fachmann, Navigator und Steuermann.

Leider akzeptieren viele junge Ärzte nicht mehr das Paradigma des Arztes als Künstler, sondern begnügen sich damit, ein kompetenter Fachspezialist einer sehr spezifischen Technik zu sein. Medizinische Psychologie, Ethik der Medizin, Geschichte der Medizin mit Rückbesinnung auf die philosophisch-geisteswissenschaftlichen und theologischen Wurzeln unseres Arztseins werden zwar noch gelehrt, sind aber eher das Feigenblatt auf dem übermächtigen Corpus der durch die molekulare Medizin und Gentechnologie geprägten Lehrinhalte der Universitäten. Solange die Höhe des „Impact Factors“, d. h. die Häufigkeit der Zitation einer wissenschaftlichen Arbeit, das Maß aller Dinge und das Kriterium für die Eignung für den Chefarztposten selbst in einem kleinen kommunalen Krankenhaus ist, und nicht höchste fachliche Kompetenz, menschliche Integrität und Souveränität, solange werden wir eine Dissoziation von medizinischem Facharbeiter und dem Arzt im ursprünglichen Sinne erleben.

Zum Glück gibt es trotz widriger Entgeltsysteme noch Hausärzte und Krankenhausärzte, die sich Zeit nehmen, zuhören und den Patienten als kranke Person ernst nehmen und nicht nur als Träger einer Krankheit erleben.

Die Situation unseres ärztlichen Nachwuchses in Deutschland ist bedrohlich: viele junge Ärzte gehen ins Ausland, weil sie dort besser verdienen, als Ärzte tätig sein können und geachtet werden und nicht 70–80 Prozent ihrer Zeit für die Verwaltung und Dokumentationsarbeiten für die Einführung der DRGs leisten oder andere sekretarielle Arbeiten verrichten müssen, sondern sich Aufgaben zuwenden können, die ihrer ärztlichen Berufung entsprechen.

Das *Salus Aegroti* ist immer noch *Suprema Lex* der meisten Ärzte. Viele Ärzte fühlen sich auch noch berufen als *Medicus Minister* oder *Servus Naturae* oder *Servus Patientis*, aber nicht als *Servus Administrationis*.

Hier muss etwas verändert werden, um den Ärzten wieder Freiräume zu schaffen, wirkliche Partner ihrer Patienten zu sein.

### *Literatur*

1. *Neumann, H. / Hellwig, A.*: Fallpauschalen im Krankenhaus: Das Ende der „Barmherzigkeit der Intransparenz“. Deutsches Ärzteblatt 2002, 99: A 3387.
2. *Lown, B.*: Die verlorene Kunst des Heilens – Anleitung zum Umdenken, Stuttgart 2004.
3. *Nagel, Gerd / Nagel, Delia*: Was kann ich selbst für mich tun? Patientenkompetenz in der modernen Medizin (In press).