

119. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Rede anlässlich der festlichen Abendveranstaltung am 07.04.2013

Elisabeth Märker-Hermann

Humanität, Wissenschaft und Verantwortung als Basis der Arzt-Patienten-Beziehung

Es ist mir eine persönliche Freude und Ehre, in diesem schönen Friedrich-von-Thiersch-Saal des Kurhauses Wiesbaden vor Ihnen anlässlich der feierlichen Abendveranstaltung des 119. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin zu sprechen. Damit folge ich der langen Tradition meiner Vorgänger, aktuelle Themen, positiv stimmende Entwicklungen in der Medizin speziell der Inneren Medizin ebenso anzusprechen wie offene Fragen.

Studiert man die Reden unserer DGIM-Vorsitzenden über viele Ärztegenerationen hinweg, entsteht ein Gefühl des Staunens und der Nachdenklichkeit, gelegentlich auch ein Schmunzeln, wenn man die wiederkehrenden, auch heute noch aktuellen Themen wiederfindet. Sie umfassen im Wesentlichen die folgenden Komplexe:

- 1) die Einheit der Inneren Medizin,
- 2) Wissenschaft und klinische Tätigkeit,
- 3) die Ökonomisierung der Medizin und
- 4) die Arzt-Patienten-Beziehung.

Die angesprochenen Themen sind dabei nicht Internisten-spezifisch, sondern betreffen in vielen Punkten unser Arztsein an sich. Sie für die Internistin und den Internisten in unsere moderne Zeit, im *Heute* anzusiedeln, ist eine Herausforderung.

Ich habe das Thema „**Humanität, Wissenschaft und Verantwortung als Basis der Arzt-Patienten-Beziehung**“ gewählt. Diese Grundpfeiler des ärztlichen Handelns beschäftigen uns tagtäglich. Ich erinnere mich sehr gut an die Eröffnungsrede unseres DGIM-Vorsitzenden Manfred Weber im April

2005, in der dieser sich dezidiert des Themas „Die Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel“ angenommen hat. Auch heute, acht Jahre später, unterscheidet sich diese uns Ärzte betreffende essentielle Beziehung sicherlich nicht in ihren Grundzügen. Vor allem der Druck des ökonomischen Denkens, der sich ohne Zweifel in diesen letzten acht Jahren erheblich verstärkt hat und leider zur Normalität im medizinischen Alltag zu werden scheint, hat aber das gegenseitige Vertrauen zwischen Arzt und Patienten belastet. Es soll uns an diesem Abend nicht um die Auflistung einzelner Probleme gehen, sondern um den notwendigen Schluß zwischen Arzt und Patient. Es geht um einen Appell zu einem gemeinsamen Standpunkt, zu Rückgrat.

Drei wesentliche Fragen habe ich formuliert:

- (1) Welche Erwartungen hat der Patient, welche hat der Arzt an die Arzt-Patienten-Beziehung,
- (2) welche Rolle spielt dabei die Wissenschaft und
- (3) wie lassen sich diese Ziele erreichen.

(1) Was die Erwartungen anbelangt, stellt sich zunächst die Frage, was sich unsere Patienten oder auch die Gesunden von einem guten Arzt wünschen

An allererster Stelle wird in Patientenumfragen hier immer wieder das Wort **Zeit** genannt. Der Arzt solle sich Zeit nehmen, zuzuhören und zu erklären. Patienten wünschen sich, dass ihnen verständlich und mit Verständnis für ihre Person gesagt wird, was ihnen fehlt, und dass der Arzt mit Ihrer persönlichen (Lebens)-Geschichte vertraut ist. Zu diesem Ergebnis kam schon in den 90-ger Jahren eine europäische Studie, an der sich auch das deutsche AQUA-Institut beteiligt hatte¹. Selbstverständlich erwarten sie, dass der Arzt fachlich auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand ist.

Zeit und Aufmerksamkeit sind also diejenigen Eigenschaften, die im Zentrum der Erwartung der Patienten stehen. Nehmen wir zuerst nur den Begriff der

¹ A. Klingenberg, O Bahrs, J Szecsenyi. Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPREP). Z. Ärztl. Fortbild. Quallsich. 1999; 93: 437-445

Zeit. Der Patient meint hier weder die physische Präsenzzeit eines Arztes noch die Schnitt-Naht-Zeit einer Operation. Patienten erwarten eine Ärztin, einen Arzt, der sich die Zeit zum ärztlichen Gespräch genauso ernsthaft nimmt wie für einen später folgenden Eingriff. Er wünscht sich einen Gesprächspartner, der sich genau auf diesen Zeitraum und Ort konzentriert, nicht auf dem Gang, nicht zwischen Tür und Angel oder müde nach Dienstschluss.

Das Gegenteil von Sich-Zeit-Nehmen ist die Beschleunigung oder das Gefühl, durchgetaktet zu sein. Wir erkennen immer mehr, dass sich das System der Fallpauchalierungen gerade gegen diejenigen Patienten wendet, die nicht rasch durchgeschleust werden können, also gegen chronisch Kranke und ältere Menschen. Und diese Tendenz selbst beschleunigt sich. Es darf aber nicht dazu kommen, dass unsere zeitliche Zuwendung als unrentabel oder als Feind der Effizienz verstanden wird. Gönnen wir unseren Patienten und übrigens auch uns selbst diesen notwendigen Freiraum und Luxus!

Aufmerksamkeit ist ebenfalls eine Qualität in der Arzt-Patienten-Beziehung, die eine humane Medizin in hohem Maße geben und leisten sollte. Die Signale, die man als Arzt schon bei der ersten Begegnung mit dem Patienten und erst recht in der Anamneseerhebung empfängt, erfordern eine wahrhaftige Aufmerksamkeit. Es geht um die Gabe, in den anderen hineinzuhören, ein authentisches Sich-Öffnen für Antworten auf Gefragtes. Es geht um ein offenes Ohr auch für Unvorhergesehenes, das möglicherweise sogar die eigene diagnostische Arbeitshypothese widerlegen kann. Aufmerksamkeit impliziert Echtheit, Wertschätzung, Empathie. *Giovanni Maio*, einer der großen Medizinethiker unserer Zeit, hat die Aufmerksamkeit des Arztes beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im vergangenen Jahr in seiner Benjamin-Franklin-Lecture wie folgt beschrieben: „Aufmerksamkeit, das geht nur ohne Eile, ohne Hast, ohne strikt vorgegebenes Ziel, ohne Zielvereinbarung. ... Aufmerksamkeit geht nur innerhalb einer Grundstimmung des Wohlwollens... Wohlwollen, das eine Grundbereitschaft mitbringt, sich einzulassen auf die Welt des Anderen und sich dabei auch überraschen zu lassen von dieser Welt des Anderen.“ Und weiter heißt es: „Aufmerksamkeit

erfordert ein solches Offenbleiben, das sich einer Definition des Patienten, einer Subsumierung unter eine DRG-Diagnose grundlegend widersetzt². Nur eine Gesprächsatmosphäre der Aufmerksamkeit erlaubt dem Patienten, seine Bedürfnisse und seine Ziele frei zu äußern. Bereits die erste Begegnung mit einem neuen Patienten kann über den Erfolg einer Diagnostik oder Therapie entscheiden: Den Patienten nicht nur wahrnehmen, sondern für-wahr-nehmen, seine individuell vorgetragene Geschichte für-wahr-nehmen, sie glauben. Wer diese Haltung an den Patienten zurückspiegelt und selbst authentisch ist, hat wichtige Beziehungsgrundsteine gelegt.

Und wie beantwortet ein Arzt selbst die Frage, was ein guter Arzt sei?

Es ist einsichtig, dass diese Frage von einem Medizinstudenten nochmals anders beantwortet wird als von einem Arzt in der Weiterbildung oder einem Arzt nach 30 Jahren Berufserfahrung. So haben Medizinstudierende meist idealistische Motive. Auf die von dem Psychologen Harald Jurkat an die Studierenden der Humanmedizin in Gießen gestellte Frage „Warum studieren Sie Medizin?“ nannten die meisten die Motivation, später einmal ein guter Arzt, eine gute Ärztin werden zu wollen. Ein guter Arzt bedeutete dabei in ihren Augen, empathisch zu sein, zuzuhören und kompetent zu sein. Das gesellschaftliche Ansehen oder die Verdienstmöglichkeiten blieben demgegenüber sekundär³.

Die Frage „was ist ein guter Arzt?“ wird wiederum im Laufe eines ärztlichen Berufslebens unterschiedlich beantwortet. Zu Beginn der ärztlichen Berufstätigkeit steht die Kompetenz in Diagnostik und Therapie im Vordergrund. Mit zunehmenden Berufsjahren werden dann nach Jurkat immer häufiger die Fähigkeit zu menschlicher Zuwendung und kommunikatives Geschick genannt. Ältere Ärzte geben häufiger als jüngere Kollegen an, dass sie die Erwartung, „allzeit bereit“ zu sein, als Belastung empfänden; es sei wichtig, Grenzen zu setzen.

² G. Maio. Medizin oder Business? Vom Verlust der menschlichen Sorge in Zeiten der Ökonomie (vorgetragen als B.-Franklin-Lecture, Berlin, 17.11.2012). Deutsche Ges. f. Chirurgie – Mitteilungen 1/2013; 28-33

³ B. Hibbeler. Zwischen Samaritertum und Ökonomie: Was ist ein „guter Arzt“? Dtsch. Arztebl. 2011; 108: 51-52. A-2758 / B-2302 / C-2270

Im Jahr 2002 stellte das British Medical Journal an seine Leserschaft die beiden Fragen "what makes a good doctor?" und "how can we make one?", auf die 102 Antworten aus 24 Ländern geschrieben und publiziert wurden⁴.

Die erste der beiden Fragen "what makes a good doctor?" wurde dabei ausführlicher und klarer beantwortet als die zweite. Hier entstand eine Liste von mehr als 70 Qualitäten mit den erwarteten Eigenschaften, insbesondere Mitgefühl, Verständnis, Empathie, Ehrlichkeit, Redlichkeit, Kompetenz, Engagement und Humanität, aber auch unter den Top-Favoriten weniger vorhergesagten wie Mut bzw. Beherztheit, Kreativität, Sinn für Gerechtigkeit, Respekt, Optimismus, Anstand.

Auf die zweite Frage "what makes a good doctor?" werde ich später zurückkommen.

(2) Welche Rolle spielt nun die Wissenschaft in der Arzt-Patienten-Beziehung ?

Zeit, Aufmerksamkeit und Zuhören alleine machen aber nur Teilaspekte des „guten Arztes“ aus. Diese Attribute könnten auch auf Schamanen zutreffen. Essentiell in der Arzt-Patienten-Beziehung ist eine fundierte Basis der Wissenschaftlichkeit. Wenn man Medizin als Kunst bezeichnet, wird man immer auch solide Ausbildung und Beherrschung der Technik mit den Elementen der Kreativität und Innovation vor Augen haben.

Das Erkennen und Verstehen der Individualität des Kranken wird seit Hippokrates so verstanden, dass der Arzt gesichertes Wissen anwendet und zugleich im individuellen Patienten nach einzigartigen Charakteristika sucht, die im Widerspruch zu etablierten Dogmen stehen: „Das Gleiche aber doch unterschiedlich“.

Wegweisend war in diesem Zusammenhang auch schon die Rede unseres ersten DGIM-Vorsitzenden Theodor Frerichs aus dem Jahre 1882, der unter seinen Leitsätzen, unter denen er die deutschen Internisten verpflichten wollte, zwei wesentliche Punkte betonte:

⁴ Editorial: What's a good doctor, and how can you make one? BMJ 2002; 325:667
bmj.com/cgi/content/full/324/7353/DC1 [accessed 31 July 2002]

- Die Hinwendung zur Wissenschaft als dem Kern unseres Handelns
- Das Gebot einer Forschung, die von der Beobachtung am kranken Menschen ausgehen soll und deren Ergebnisse diesem wieder zugute kommen müssen.

Diese Grundprinzipien haben trotz und gerade nach den bahnbrechenden wissenschaftlichen Erkenntnissen der vergangenen 130 Jahre in Molekularbiologie, Mikrobiologie und nach der Entschlüsselung des menschlichen Genoms nichts an Modernität eingebüßt: Neben Individualität, Humanität und Moral die Meisterschaft auf dem Boden der Wissenschaft.

“Personalisierte“ oder „individualisierte Medizin“ ist der heutige Terminus technicus für das Bestreben, durch Umsetzung molekularbiologischer Erkenntnisse individuelle Unterschiede in Krankheiten und erkrankten Menschen herauszufinden, die man bisher unter einem Krankheitsbegriff subsumierte. Eine Diagnostik, Therapieauswahl und Therapiesteuerung anhand von Markern aus Genomik, Proteomik oder Transkriptomik gehört ebenso dazu wie die individualisierte Herstellung von Medizinprodukten. Sicher kann man diese Definition einer eigentlich engen, technokratischen personalisierten Medizin zu Recht kritisieren. Sie umschreibt aber nach meinem Verständnis, dass neben den klassischen Werkzeugen wie gesundheitlich/ biographischer Anamnese und körperlicher Untersuchung *zusätzlich* die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus Molekulargenetik und molekül-genauer zielgerichteter Therapie Eingang finden in den ärztlichen Alltag.

Hinzu kommt: Neue Forschungsergebnisse finden heute in der Regel sofort Eingang in die Informationsportale des Internets, wo sie von unseren Patientinnen und Patienten gelesen werden. Betroffene informieren sich selbstverständlich über unsere und ja auch von uns transparent zur Verfügung gestellten Evidenz-basierten Leitlinien. Wir selbst organisieren Patiententage, Informationsveranstaltungen für Patienten und Angehörige, enge Kooperationsprojekte mit Selbsthilfegruppen. Gleichzeitig wird das

Informationsbedürfnis des Patienten durch uns häufig unterschätzt. Ärzte fühlen sich im Umgang mit vorinformierten Patienten nicht selten überfordert. Konfrontiert uns der Patient – ausgestattet mit ausgedruckten Internetpublikationen – mit tatsächlichen oder vermeintlichen brandneuen diagnostischen Methoden oder Therapien, kann ein Gefühl der Unsicherheit entstehen. Es werden tradierte Rollen im Arzt-Patienten-Verhältnis berührt, wenn der informierte Patient dem Arzt auf Augenhöhe gegenübertritt.

Nicht erst seit Inkrafttreten des neuen Patientenrechtegesetzes ist es so – und dies war auch zuvor schon so, dass der Arzt verpflichtet ist, über Untersuchungen, Diagnosen und Therapien und jeweils über Risiken und auch Alternativen zu informieren. Es liegt also in der Verantwortung des Arztes, in erster Linie selbst einmal fachlich auf dem Boden der Wissenschaft aktuell fortgebildet zu sein. Machen wir uns doch die Kraft der Informations- und Kommunikationstechnologien für eine seriöse fachliche Information unserer Patienten zu Nutze. Die Vorgaben Evidenz-basierter Leitlinien sollten nicht als Zwang empfunden werden, können sie doch niemals im Einzelfall die Erfahrung und die mit dem Patienten gemeinsam zu treffende Entscheidung ersetzen. Seien wir pro-aktiv die Anwälte und Lotsen unserer Patienten im Dschungel der vielfältigen wissenschaftlichen und teils auch kommerziell motivierten Medizinwebsites - und respektieren wir gleichzeitig ihre individuellen Werte und Präferenzen.

Sei es uns zudem immer wieder neu bewusst, dass für *uns* medizinische Abläufe Routine sind - für den Patienten hingegen oft einschneidende Lebenskrisen.

Es ist für den gut fortgebildeten Arzt nicht schwer zu erkennen, dass die allerwenigsten medizinischen Entscheidungen auf einer „besten“ Antwort beruhen. Vielmehr hängt die individuelle Antwort davon ab, ob eine Untersuchung, eine Therapie angemessen ist und zugleich nach ausführlicher Information die Ziele und Präferenzen des Patienten einbezieht. Nur so können „Shared decisions“ gelingen, ist wirkliche partizipatorische Entscheidungsfindung möglich. Die Einbeziehung des Patienten mit seiner Persönlichkeit, auch seiner Familie und Umwelt, also individualisierte Medizin

im echten ärztlichen Sinne und Handeln, wird das Ergebnis („outcome“) der Therapie verbessern. Bei chronischen Erkrankungen wird der Patient zudem Experte für seine Krankheit, um Entscheidungen im langen Lauf der Jahre eigenverantwortlich treffen zu können, auch Entscheidungen gegen eine Fortsetzung von Therapien.

In den Bereich der Wissenschaft und Qualitätssicherung fällt die Frage nach der *Indikation* zu einem medizinischen Eingriff

Eine essenzielle Erwartung des Patienten an den behandelnden Arzt ist, dass sein **Vertrauen** in die gute Beratung durch die von ihm gewählte Ärztin bzw. den von ihm gewählten Arzt nicht enttäuscht wird. In der Inneren Medizin gilt dies vor allem für Beratungen und Aufklärungen hinsichtlich eines interventionellen Eingriffs und folgenschwerer medikamentöser Therapien. Es ist selbstverständlich, dass der Patient von seinem Arzt einen handwerklich korrekten Eingriff nach den Regeln der ärztlichen Kunst erwarten darf. Und dies gilt nicht nur für die chirurgischen Disziplinen, sondern auch für die sogenannten konservativen, also unsere internistischen. Die Lernkurve eines Arztes und einer Krankenhausabteilung steigt mit der Zahl der durchgeführten spezifischen Eingriffe. In den Vorgaben der medizinischen Qualitätssicherung wird konkret angegeben, welche Mindestmengen pro Klinik und Jahr durchgeführt werden müssen, damit über die Zahl der Eingriffe eine gute Qualität vorgehalten wird. Die entsprechenden Zahlen werden in den Qualitätsberichten der Kliniken publiziert und sind für jeden zukünftigen Patienten einsehbar. Gleichwohl wird der Betroffene vor dem geplanten Eingriff, vor der Therapie die berechnete Erwartung haben, dass der Arzt zur **Indikation** dieses Eingriffs Rede und Antwort steht. Die Frage "Werde ich richtig beraten?" darf sich niemals daran entscheiden, dass der Arzt aufgrund wirtschaftlicher oder sonstiger persönlicher Interessen zu einer Therapie rät. Im Klartext bedeutet dies: Anreizsysteme zur reinen Fallzahlsteigerung oder zur Steigerung finanziell lohnender Eingriffe lassen bei den Betroffenen mit Recht Zweifel an den lauterer Motiven des Behandlers aufkommen.

Wir als Ärzteschaft dürfen daher falsche Anreizsysteme nicht tolerieren. Fallzahl-abhängige Bonuszahlungen für einen zur Beratung anstehenden Eingriff belasten das Vertrauen der betroffenen Patienten in ihren Arzt. Das antizipierte Vertrauen wird missbraucht, wenn der Betroffene nicht einmal weiß, ob das Krankenhaus mit seinen leitenden Ärzten solche Bonusverträge vereinbart hat. Eine Transparenz bzgl. solcher Verträge – z.B. in den Qualitätsberichten der Kliniken – gab es ja bislang nicht. In einem Positionspapier mit dem Titel „DRG-Finanzierung der Krankenhäuser und Bonussysteme für Ärzte: Fehlentwicklung durch Fehlanreize stoppen!“ hat sich die DGIM im Sommer des vergangenen Jahres 2012 klar positioniert. Andere Fachgesellschaften beziehen sehr ähnliche Positionen. Ärztekammern – ich nenne hier die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen von Anfang September 2012 – haben sich klar hinter unser Positionspapier gestellt. Sehr positiv zu bewerten ist in der Folge, dass die Bundesärztekammer und der Verband leitender Krankenhausärzte eine Kontaktstelle „Zielvereinbarung (Chef-) Arztverträge“ eingerichtet haben. Im zweiten Halbjahr 2012 haben wir am Beispiel der Lebertransplantationsskandale schmerzhaft erfahren müssen, was die Folgen sein können, wenn finanzielle Anreize geschaffen werden, nach denen möglicherweise „aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus medizinisch nicht sachgerechte Entscheidungen getroffen“ werden⁵.

Fallzahlabhängige Bonuszahlungen an die Gruppe der Leitenden Ärzte sind dabei nur die Spitze des Eisbergs. Die dazu von der Bundesregierung vor wenigen Wochen beschlossene Neuregelung zu den Bonuszahlungen für Klinikärzte ist ein erster Schritt. Dies berücksichtigt aber nur einen Teil der Fehlanreize im Gesundheitswesen. Im Krankenhaus orientiert sich ein großer Teil der Zielvereinbarungen an komplexen wirtschaftlichen Vorgaben für die *gesamte* Abteilung, wie dem Case-Mix-Index bzw. den Bewertungsrelationen. Mit dem Ziel einer Mehrung erlösträchtiger Fälle geht regelmäßig das Schielen nach einer Reduktion der Personal- bzw. Sachkosten einher. Außerhalb des

⁵ Erklärung der Bundesregierung vom Donnerstag, 13. September 2012 gegen finanzielle Anreize bei Transplantationen

Krankenhauses sind die finanziellen Anreizsysteme durchaus vergleichbar. Pflegediensten und übrigens auch den Mitarbeitern der Krankenkassen geht es nicht anders. Im Wettbewerb um die Versicherten werden kurzfristige Marketingerfolge belohnt. Dabei bleibt der langfristige, nachhaltige gesundheitliche Nutzen der Versicherten möglicherweise auf der Strecke.

Wenn man Gedanken wie die oben formulierten ausspricht, gerät man sehr rasch in den Verdacht, im besten Fall „blauäugig“ oder weltfremd zu sein, im schlimmsten Fall unverantwortlich zu handeln - man entziehe sich der ökonomischen Verantwortung im Klinikbereich. Wir als DGIM sind hingegen der Überzeugung, dass sich medizinische Prozesssteuerung, ökonomisches Denken und ärztliche Fürsorge nicht ausschließen. Die verantwortliche Verwendung der uns zur Verfügung stehenden Ressourcen ist natürlich geboten, auch aus ethischen Gründen. Die offensichtliche Entwicklung der letzten Jahre, dass sich Krankenhäuser von Einrichtungen der Daseinsfürsorge zu Unternehmen oder Konzernen gewandelt haben, entbindet uns aber nicht von der Pflicht, immer wieder zu mahnen, dass Unternehmensziele nicht über das Patientenwohl gestellt werden dürfen. Als DGIM haben wir daher klargestellt, dass wir uneingeschränkt Bemühungen unterstützen, ein Anreizsystem zu generieren, um die Qualität der medizinischen Versorgung nach definierten und messbaren Kriterien zu verbessern. Beispiele wären eine Verbesserung der Prozessabläufe und der Fehlerkultur, klinikinterne Strategien zur Vermeidung krankenhausspezifischer Infektionen sowie berufsgruppenübergreifende Fort- und Weiterbildung.

Im ganz persönlichen Verhalten und in der Vorbildfunktion für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können wir uns angewöhnen, neue Begrifflichkeiten wie „Klientenzufriedenheit“, „Bewertungsrelation“, „untere Grenzverweildauer“, „Effizienzsteigerung“ oder „optimale Zahl der kodierten Nebendiagnosen“ in der Wortwahl zu verlassen. Verwenden wir doch gerne wieder eher altmodische Begriffe wie „Patientenwohl“, „Sorge“, „medizinisch sinnvolle Maßnahmen“, und „Beistand in der Situation des chronisch kranken Menschen“

(3) Wie lassen sich die erkannten Ziele nun erreichen? Hier kommt der Verantwortung als Basis der Arzt-Patienten-Beziehung eine zentrale Rolle zu

Die Übernahme von Verantwortung basiert in großen Teilen aus den schon angesprochenen Prinzipien der Information, der Aufklärung und dem „Shared decision making“, der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Verantwortung zeigt sich vor allem am Ende eines Lebens – auch in der Entscheidung gegen den Einsatz von bestimmten technisch noch möglichen Maßnahmen, wenn sie das Leiden nur noch sinnlos verlängern.

Verantwortung bedeutet auch, dass man die Grenzen der eigenen Möglichkeiten, des eigenen Fachwissens und Könnens erkennt. Dies kann die Hinzuziehung von Fachkollegen, eine aktive Vermittlung an andere weiterbehandelnde Kliniken oder Ärzte erforderlich machen und stärkt zugleich das Vertrauen des betroffenen Patienten. Es kann auch einmal so sein, dass nicht fachliche Grenzen, sondern das Erkennen einer schlechten persönlichen Kommunikation, eine „nicht stimmende Chemie“ Grund sind, eine Arzt-Patienten-Beziehung auch wieder auflösen zu müssen. Das offene Gespräch darüber, „ich bin nicht die richtige Ärztin für Sie“ und gleichzeitige Hilfe bei der Suche nach besser geeigneten Ansprechpartnern kann heilsam sein.

Neben der Verantwortung für den Patienten gibt es noch eine weitere, sehr wichtige Facette der Verantwortung: die **Verantwortung für unsere eigene physische und psychische Gesundheit**. Wolfgang Hiddemann hat diesen Aspekt in seiner Ansprache als Vorsitzender der DGIM zur Eröffnung der Jahrestagung 2007 besonders nachhaltig betont, ich zitiere: „Menschlichkeit macht den Unterschied aus zwischen einem Arzt und einem Mediziner und definiert die Einstellung, mit der wir unseren Beruf ausüben. Menschlichkeit dem Patienten gegenüber darf jedoch nicht bedeuten von uns selbst Unmenschliches zu verlangen“. Dieses Jahr haben wir daher bewusst als eines der Hauptthemen in den Plenarvorträgen das Thema „Der chronisch Kranke und sein Arzt“ gewählt. Die ärztliche Betreuung des chronisch kranken internistischen Patienten erfordert ein hohes Maß an sozialer Motivation und

Empathie, birgt aber auch das Risiko der Überidentifikation und des Mitleidens in sich. Äußerer Druck durch mangelnde Zeitressourcen, durch Beschleunigung, wirtschaftliche Vorgaben haben nicht zufällig die Zahl der Ärzte und Pflegenden mit Depressionen oder Burn-out-Syndrom in den letzten Jahren erhöht. Gesundheit, das Erfahren von Sinnhaftigkeit der eigenen Tätigkeit, Freude und Wirksamkeitserfahrung im Arztberuf sind hohe Güter. Wir alle tragen als Kollegen untereinander und in der Sorge um eine gesunde Arzt-Patienten-Beziehung Verantwortung dafür, dass wir gesund bleiben.

(3) Und wie „macht“ man nun einen guten Doktor?

Ich möchte nochmals auf die zuvor schon zitierte Umfrage des British Medical Journal aus 2002 zurückkommen⁶. Die Antwort auf den zweiten Teil der gestellten Frage, nämlich “How can you make a good doctor?” ist naturgemäß eine noch größere Herausforderung als diejenige, einen guten Doktor zu definieren. Die Zuschriften waren sich einig in dem Fazit, dass wir nicht so sonderlich gut darin sind, „einen guten Doktor zu machen“. Eine Zusammenfassung der 13 Briefe zu dieser Frage war: Wir können nur hoffen, dass wir die Studenten mit den richtigen Gaben (nicht unbedingt den besten Examensergebnissen) herausfinden und verhindern, dass sie während ihrer Ausbildung und ihrer frühen Arztkarriere durch zu viel Zynismus und Vernachlässigung in ihren Erwartungen an ein gutes Arztsein enttäuscht werden. Eine Umschreibung, die uns sehr zu denken geben muß. Oder gilt dieses Fazit nur für Großbritannien bzw. die Leser des British Medical Journal?

Vielleicht ist ein guter Arzt auch, wer noch Erinnerungen hat an die Ideale in den ersten Studiensemestern.

Wie kann eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation oder –Beziehung gelehrt werden? Ich unterstelle Ihnen, sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, dass Sie bei der Reflexion dieser Frage relativ bald an Ihre persönlichen medizinischen Lehrerinnen und Lehrer denken. Vermittlung von Wissen,

⁶ Editorial: What`s a good doctor, and how can you make one? BMJ 2002; 325:667
bmj.com/cgi/content/full/324/7353/DC1 [accessed 31 July 2002]

Techniken und Handwerk ist nur ein Teil von dem, was wir mit dem Begriff der „internistischen Schule“ verbinden. Es ist die konkrete Persönlichkeit des Wissenschaftler und Arztes, die sich uns doch vor allem in den Arzt-Patienten-Begegnungen offenbarte, in Gesprächen um Leben und Tod, um Freud und Leid, Hoffen und Bangen. Wir haben bei jeder Visite von unserem Lehrern und den Oberärzten den menschlichen Umgang mit dem Kranken, Emotionalität und die manchmal notwendige Distanz gelernt. Auch der Umgang mit persönlichen Fehlern war Teil der Lernerfahrung - wir sind durch eine Schule gegangen. Bewusst oder unbewußt geben wir diese Schule der Arzt-Patienten-Beziehung an unsere eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiter. Während die Halbwertszeit der wissenschaftlichen Lehrmeinungen kurz ist, Leitlinien nach den Prinzipien der Evidence based medicine immer wieder aktualisiert werden müssen, sind es gerade die Prinzipien der Gesprächsführung und der strukturierten Anamneseerhebung, die über Jahrzehnte nicht an Gültigkeit verloren haben. Wir haben eben von der Wissenschaft als Basis der Arzt-Patienten-Beziehung gesprochen. Methodisch gesehen ist das ärztliche Gespräch, wie es Fritz Hartmann im Jahre 1984 formuliert hat, ein unverwechselbares Instrument zur Gewinnung medizinischer Einsichten und bedarf als solches der sorgfältigen wissenschaftlichen Analyse und der Lehre⁷.

Es gibt erfreuliche Initiativen zum Training einer verbesserten Arzt-Patienten-Kommunikation schon im Medizinstudium. Mit Hilfe eines neuen Kommunikations-Curriculums sollen Medizinstudierende vom ersten Semester an kontinuierlich in Patientengesprächsführung ausgebildet und geprüft werden. Vertreter aller deutschen medizinischen Fakultäten erarbeiten derzeit sinnvolle Übungen und Trainingsmöglichkeiten rund um die Anamnese. Im Herbst 2014 soll das Kommunikationscurriculum verabschiedet werden. Sehr Vieles spricht dafür, dass ein gutes und bereits im Studium trainiertes Kommunikationsverhalten nicht nur den künftigen Patienten zugute kommt, sondern auch den Ärzten selbst. Wenn die Kommunikation mit den Patienten

⁷ F. Hartmann. Patient, Arzt und Medizin – Beiträge zur ärztlichen Anthropologie. Verlag für medizinische Psychologie. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen, 1984

zufriedenstellend ist, neigen die Ärzte weniger zu Zynismus und entwickeln seltener das, was wir Burn-out-Syndrom nennen.

Ermutigung zu wissenschaftlichem Arbeiten bereits früh im Medizinstudium und in der Weiterbildungszeit gehört zu den positiven gesund haltenden Elementen. Eigene Forschung fördert das kritische Interpretieren und Hinterfragen publizierter Neuigkeiten und die Erfolgserfahrung, selbst einen kleinen Teil des Medizinwissens zu schaffen. Der freundschaftliche wissenschaftliche Austausch mit Kollegen und Kolleginnen, ob in Praxis, Klinik, Labor, in einer Fachgesellschaft oder auf einem Kongress wie diesem hier kann die Basis für gute Kommunikation eines ganzen ärztlichen Berufslebens bilden.

Meine sehr verehrten Damen und Herren. Zum Abschluss möchte ich einen großen Internisten des 19. Jahrhunderts, Adolf Kussmaul zitieren, dem seine Fähigkeiten als Wissenschaftler, Lehrer und Arzt mit Mitgefühl für seine Patienten schon damals größte Anerkennung brachten:

„Klar denken, warm fühlen, ruhig handeln“

in diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen einen weiterhin festlichen und kommunikativen Abend.