

Fritz Hartmann

Zur Dynamik des Arzt-Patient-Verhältnisses

Der Begriff der kritischen Medizin wird im folgenden verwandt als ein systematischer Ansatz des Denkens, Argumentierens und Planens, der die Wirklichkeit ärztlichen Handelns vergleicht mit den Äußerungen ärztlichen Selbstverständnisses, den Idealen, in denen Ärzte erzogen werden, mit denen sie ihre Haltungen und Entscheidungen begründen oder verteidigen. Diese Vorstellungen einer idealen Wirklichkeit können nicht nur mündlichen oder schriftlichen Zeugnissen entnommen werden; sie können auch aus tatsächlichen Handlungen oder Unterlassungen abgelesen werden, soweit diese zu verallgemeinern sind. Kritische Medizin ist also vor allem Selbstkritik, die notwendige Ergänzung zu der dem Beruf des Arztes einwohnenden Apologetik (Gadamer). Selbstvertrauen des Arztes und Vertrauen der Menschen zu ihm gründen in diesen Voraussetzungen ebenso wie in Wissen und Können. Lehre, Ausbildung zum Arzt soll all dies leisten, um den Arzt für ein ganzes Berufsleben tüchtig und offen zu machen für Umschichtung, Umwertung, Ersatz seiner Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten. Kritische Medizin ist um so notwendiger, je mehr neue Gefahren eines kanonisierten Wissen uns umstellen, wie die Gegenstandskataloge zur neuen Approbationsordnung sie enthalten. Die Studenten sind den Versuchungen bereits weitgehend erlegen; die Lehrkörper leisten der neuen Scholastik nur geringen Widerstand, weil sie nur die Summe der Vorstellungen von Ansprüchen der einzelnen Fächer repräsentieren, aber kein Bewußtsein von einem allgemeinen Studienziel und daraus ableitbaren einzelnen Lernzielen geben. So kann Ausbildung nicht auf Fortbildung als eine notwendige Haltung vorbereiten. Kritische Medizin wird notwendiger als bisher.

Nun ist kritische Medizin aus mancherlei Gründen in den Blickwinkel des Mißtrauens geraten. In der Form wechselt sie häufig von notwendiger genauer Beschreibung der Nichtübereinstimmungen von Idealen und Wirklichkeiten, von Sollvorstellungen der Ärzte und Kranken mit den Ist-Zuständen zu ungeduldiger Forderung nach Veränderungen oder zu unwirscher Polemik. Tief gründet eine andere Abneigung gegen kritische Medizin, besonders wenn diese eine Alleinvertretung für kritisches Verhalten beansprucht; die Betroffenen reagieren empfindlicher, wenn es um die allgemeinen Grundlagen ärztlicher Tätigkeit geht. Auf diesen ruhen Selbstverständnis und Selbstvertrauen. Sie sind zu tief im Wurzelwerk des Gefühls von Arztsein verborgen, als daß sie dem Nachdenken gegenübergestellt werden können. An das sog. Selbstverständliche rühren, macht unsicher und ungehalten, weil es eben gar nicht so selbstverständlich ist. Daß die kritischen Mediziner oft Nicht-Mediziner sind, verstärkt die Spannung. Der Gegenstand des Allgemein-Ärztlichen wird aber deutlicher, wenn er von

einem Gegenüber gezeigt wird, wenn der Dialog nicht von vornherein auf Übereinstimmung abgestellt ist, sondern auf Überraschung.

Das Kranker-Arzt-Verhältnis hat sich als der Kern dieses Dialogs erwiesen. Es tritt in den Fragen der Studenten nach dem Sinn, der Aufgabe und der Wirklichkeit ihres Berufes am ehesten, häufigsten und am drängendsten hervor, und es bestimmt den Dialog der Ärzteschaft mit der Öffentlichkeit. Die einen verklären die Beziehung zu einer Ich-Du-Beziehung, die anderen verengen sie auf ein Experten-Klient-Verhältnis. Die einen verdrängen oder unterdrücken die inhaltlich und zeitlich begrenzte Sachbeziehung zwischen Arzt und Krankem; sie ziehen sich in das Nicht-Rationalisierbare zurück und ziehen den Kreis weit und schützen sich damit vor Einblick und Eingriff in die Brunnenstube ärztlicher Wirksamkeit, die einsame Zweisamkeit. Die anderen überbetonen die Sachbeziehung, den Vertrag, und verdächtigen das, was sich dem Einblick oder vernünftiger Erklärung entzieht, als Herrschaft im Sinne entmündigender, abhängig machender Machtausübung. Zwei Denk- und Handlungsmodelle stehen sich gegenüber: Ein individualistisch-humanistisches und ein sozio-ökonomisches. Beide stimmen darin überein, daß sie schon in der Wortstellung Arzt-Patient dem Arzt einen Vorrang einräumen, die einen im Sinne einer natürlichen unwandelbaren Notwendigkeit, einer anthropologischen Naturkonstanten, die anderen im Sinne einer sozialen und veränderbaren Tatsächlichkeit. Nicht zuletzt die gegenseitige Verteidigungsstellung hat dazu geführt, die Beziehungen von Kranken und Ärzten zu standardisiert und zu statisch zu sehen und darzustellen, als geprägte Form und als Zustand. In Wirklichkeit handelt es sich um eine unübersehbare Vielfalt von Verhältnissen von Kranken zu ihren Ärzten und von Ärzten zu ihren Kranken. Und es handelt sich um eine Bewegung, eine Kette von Ereignissen. Der Stellenwert der Partner und die Stellung zueinander, die Bedeutung und die Verteilung der Rollen wechseln im Wandel des Verhältnisses. Dieses ist ausgespannt zwischen dem Anlaß, der den Kranken zum Arzt führt, und der Erreichung des Zwecks. Das besitzanzeigende Fürwort *mein* — *mein Arzt, mein Kranker* — wechselt den Benutzer.

Die Beziehung Arzt—Patient als eine Bewegung in der Zeit wird in der anthropologischen Medizin entworfen. Sie ist im Topos „Umgang“ Viktor von Weizsäckers ebenso enthalten wie in der „Begegnung“ Martin Bubers. Deutlicher hat Viktor von Gebattel drei Sinnstufen des Verhältnisses Arzt—Kranker angegeben:

1. Die elementar-sympathetische Stufe des Angerufenseins durch die Not des Begegnenden, das ist die Unmittelbarkeitsstufe des Verhältnisses.
2. Die Sinnstufe des eigentlich ärztlichen Überlegens, Planens, Handelns: Die diagnostisch-therapeutische Sinnstufe. Das ist die Entfremdungsstufe des Verhältnisses.
3. Eine die vorhergehenden Weisen der Begegnung umfassende Sinnstufe, die Stufe der Partnerschaft von Arzt und Krankem: Das ist die personale Stufe des Verhältnisses.

Es besteht kein Zweifel, daß diese 3 Stufen von beiden durchschritten werden und daß dabei beide eine Änderung des Verhältnisses zueinander erfahren, die Rollenverteilung ist anders. Als dynamische Figur muß man auch Karl Jaspers Beschreibung lesen:

1. Das technisch-kausale Handeln, das die Zusammenhänge des Lebensapparates wieder in Ordnung bringen möchte.
2. Ein mit der Arbeit des Gärtners vergleichbares, die Selbsthilfetendenz des Lebens förderndes Handeln.
3. Ein auf Kommunikation gegründetes Behandeln des Kranken als eines verständigen Wesens.

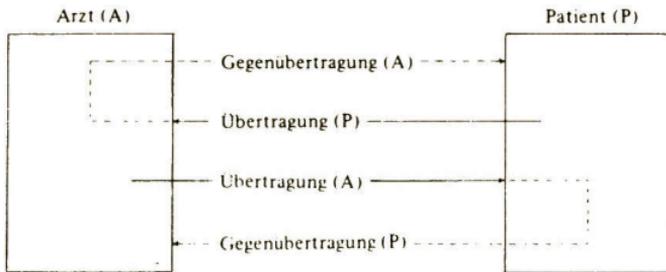
Vier Stationen unterscheidet Lain Entralgo:

Erkennend in der Diagnostik — operational, wenn er (der Arzt) in der Therapie die Möglichkeiten anwendbar macht — affektiv, wenn er die Partnerschaft sucht — ethisch-religiös, wenn er dem Kranken dessen ihn tragende Sinnstruktur als Hilfe zur Gesundheit oder zum Ertragen des Krankseins ins Bewußtsein rückt.

In allen drei Denkfiguren, die ärztliches Handeln gleichzeitig im Sinne einer Norm beschreiben, scheint es aber der Arzt, der zu bestimmen scheint, von wo aus und in welcher Richtung die Stufen und Stationen durchmessen werden.

Einen Schritt weiter führt der Nachweis Beckmanns, daß in der Beziehung eines Psychoanalytikers zu seinem Patienten prinzipiell eine Symmetrie in den affektiven Einstellungen besteht.

Abb. 1

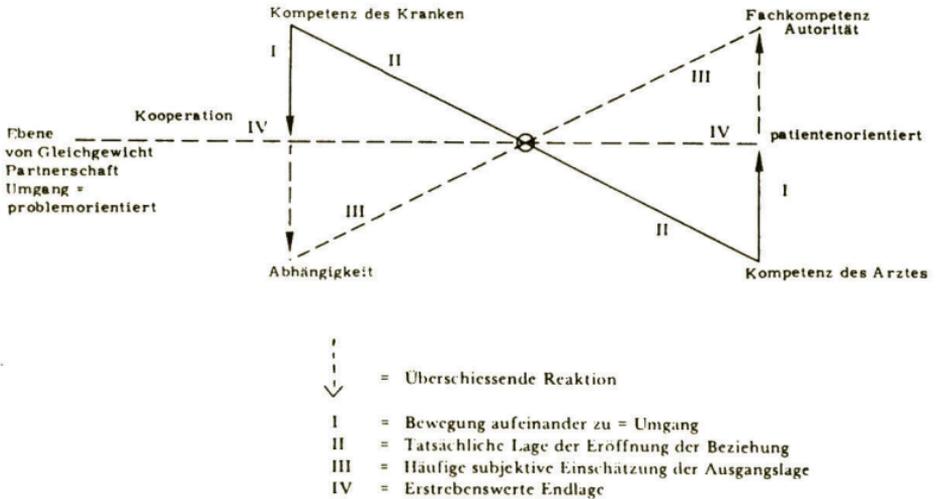


Es gibt nicht nur eine Übertragung vom Patienten auf den Arzt mit den zugehörigen Widerständen und der Gegenübertragung, auch der Arzt überträgt auf den Patienten Elemente einer „Restneurose“ und löst beim Patienten Gegenübertragung und Widerstände aus. Es besteht kein Grund, dieses Phänomen als nur für die Beziehung in der Psychoanalyse gültig anzusehen und nicht auch für jede Arzt-Patient-Beziehung. Wäre das anders, so bedürfte es der von Talcot Parsons vertretenen Norm der affektiven Neutralität des Arztes nicht. Sie ist vom Kranken aus gesehen eine Hoffnung, etwa in dem Sinne „hoffentlich bin ich ihm sympatisch, hoffentlich hat er Zeit, hoffentlich hört er mich an, hoffentlich versteht er mich“ usw. Auf Seiten des Arztes ist sie eine Selbstdisziplin. Die unbewußte Motivlage des Entschlusses, warum man Arzt geworden ist, wird in jeder Begegnung mit einem Kranken aktualisiert im Sinne der Befriedigung eines Bedürfnisses: Jeder Kranke wird so Teil der Identität des Arztes. Die Versachlichung dieses Vorganges ist eine nachfolgende berufseigentümliche Leistung des Arztes. Sie hängt nicht notwendig von seinem Vermögen zur Selbstreflexion und zur Einsicht in seine eigenen affektiven Einstellungen

ab. Es gehört zu seinem beruflichen Handeln, daß er Asymmetrie erzeugt, um erkennen, urteilen, entscheiden und handeln zu können.

Ein eigener Ansatz geht davon aus, daß das Verhältnis des Kranken zu dem Arzt, den er aufsucht, bei der ersten Begegnung asymmetrisch insofern ist, als der Kranke Träger der Kompetenz für sein Kranksein ist.

Abb. 2



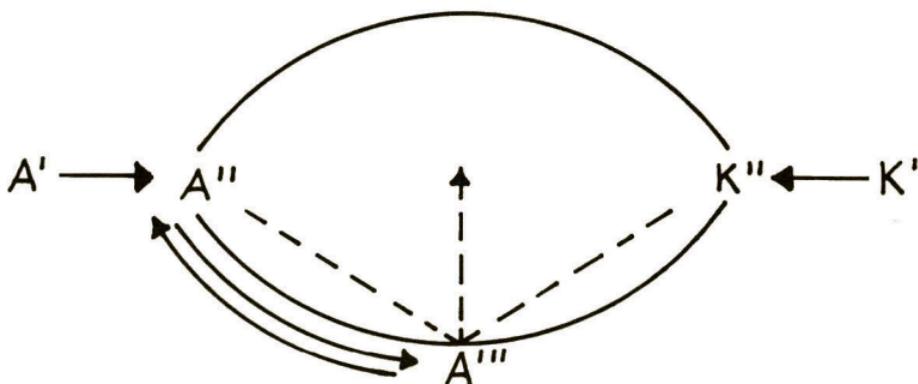
Er allein hat etwas beobachtet und gefühlt. Er bringt es in Worte und Ausdruck. So lange das geschehen ist, befindet sich der Arzt im Zustand der Inkompetenz. In einem 2. Schritt kehrt sich das Verhältnis um. Maß und Geschwindigkeit, in dem das geschieht, hängt nicht nur davon ab, wie schnell und intensiv der Arzt die Lage an sich zieht, sondern auch wie stark der Patient begehrt, daß dieses geschieht, sich „in die Hand des Arztes begibt“, abhängig wird. Ohne Zweifel ist das Verhältnis Arzt—Patient in diesem 2. Stadium wieder asymmetrisch mit der Fachkompetenz und Autorität auf Seiten des Arztes, mit einer abhängigen, abwartenden passiven Verhaltensweise auf Seiten des Kranken. Diese Beziehung ist aber nur funktional so lange gerechtfertigt, wie sie der Gewinnung von Erkenntnissen — Diagnostik — oder der Hilfe zur Selbsthilfe — Behandlung — dient. Sie ist also Durchgangsstadium. Kritik zielt auf das Einfrieren dieses Durchgangsstadiums auf eine tatsächliche und zu bejahende oder auf eine abzulehnende Norm.

In diesem Stadium bringt sich der Arzt durch das zur Geltung, was er in der Ausbildung gelernt und in der Berufsausübung erfahren hat: Technisches Können, Kenntnis der Krankheiten, Fertigkeiten der Behandlung. Wie der Krankheit die Heilung, so folgt auch dem krankheitsbedingten Arzt-Patienten-Verhältnis die Lösung dieses Verhältnisses. Das setzt ein 3. Stadium voraus, in dem sich ein Gleichgewicht der Partnerschaft, eine neue Symmetrie zwischen Arzt und Krankem einstellt. Dabei handelt es sich um eine gegenseitige Leistung beider. Der Kranke muß Selbstverantwortung übernehmen. Der Arzt muß Verantwortung an ihn abgeben. In

einer Allgemeinpraxis, in der Ärzte und Kranke über viele Jahre miteinander umgehen, stellt sich ein solches Gleichgewicht oft ganz natürlich ein. Die Kritik richtet sich auf die abgebrochenen Arzt-Patienten-Begegnungen in Facharztpraxen und Kliniken. Denn hier durchschneidet die zeitliche Grenze den Übergang vom 2. zum 3. Stadium. Der Grund ist, daß der Zweck der Beziehung hier ein sehr viel engerer ist; fachlich, technisch und zeitlich begrenzter als in der Denk- und Gefühlsfigur von Umgang, Begegnung und Arzt-Patient-Verhältnis, die durch eine Idealvorstellung bei Ärzten und Kranken gestiftet ist.

Was tatsächlich geschieht, läßt sich in folgendem Interaktionsmodell beschreiben:

Abb. 3



A' = Arzt, beruflich motiviert, in Erwartung von Kranken

K' = Kranker, durch seinen Zustand motiviert, Hilfe zu suchen

A'' = Arzt, angeregt durch und ausgerichtet auf K/K;
Identifikation — Verstehen

K'' = Kranker, auf Arzt eingestellt

A''' = Arzt im Abstand zu seiner Lage im A—K Verhältnis;

Distanzierung — Objektivierung — Beobachten — Erklären

Arzt (A) und Kranker (K) werden im ersten Augenblick der Begegnung in angeregte Zustände (A' und K') versetzt. Das geschieht schneller als in anderen mitmenschlichen Begegnungen und auch spezifischer; denn der Arzt ist durch berufliche Erwartungen und Bereitschaften vorsensibilisiert, der Kranke durch sein Mißbefinden, sein Krankheitsgefühl oder durch krankhafte Erscheinungen sowie durch den Entschluß, einen Arzt aufzusuchen. In diesem aktivierten Zustand spielen sich zunächst die Übertragungen und Gegenübertragungen, die Identifizierungen, die Einstellungen der Rollen aufeinander, die Empathie des Arztes und die Öffnung des Kranken ab. Der entscheidende 2. Schritt ist nun komplexer als in dem vorhergehenden Ereignisschema:

Der Arzt distanziiert sich

1. zu seinen Gefühlen für den Kranken,
2. zu seinen eigenen Gefühlen,
3. zur affektiven Struktur der Beziehung.

Aus dieser exzentrischen Position gewinnt er die für die Beurteilung der Lage notwendige Sachlichkeit. In — wahrscheinlich engeren — Grenzen tut das Gleiche der Kranke. Wie weit er das vermag, hängt von seinem Identitätsverlust durch die Krankheit ab (und ist im Zustand der Panik vollständig aufgehoben) oder von seinem Vermögen, dem Arzt auf dem Wege der Versachlichung zu folgen. Im Laufe des Erkenntnis- und Behandlungsvorganges kommt es mehr oder weniger häufig zu Positionswechseln, an denen beide Partner beteiligt sind, die auch von beiden ausgehen können. Der Wechsel geschieht zwischen Identifizierung oder Solidarisierung und Distanzierung. Je schwieriger und chronischer eine Krankheit ist, um so häufiger geschieht dies, und um so häufiger ist es auch notwendig. Trennen sich Kranker und Arzt, weil die Krankheit ausheilt, so geschieht es im idealen Falle als ein menschlich-gleichgewichtiger Abschied, mit dem der eine auch seine Erinnerung an die Begegnung zu einer beruflichen Erfahrung macht, der andere eine Lebenserfahrung als Erinnerung mitnimmt.

Das Problem liegt darin, daß die Durchführung der auf vier Weisen gezeigten Verhaltensfigur so selten zu gegenseitiger Befriedigung gelingt. Eine Schwierigkeit liegt sicher darin, daß die gegenwärtige Art, Ärzte auszubilden, nicht die Gleichwertigkeit und Notwendigkeit der verschiedenen Abschnitte von Begegnungen zwischen Kranken und Ärzten vermittelt.