

Arzt-Patienten-Verhältnis

Reflexionen über das Arzt-Patient-Verhältnis sind vermutlich ebenso alt wie die Medizin selbst. Der Sache nach forderte bereits Hippokrates (ca. 460–370 v. Chr.) vom Arzt körperliche und geistige Hygiene, persönliche Integrität, Empathie und analytisches Denken. Ein Arzt habe seine Handlungen auf sorgfältige Beobachtung, Befragung und Untersuchung zu stützen. Das Genfer Ärztegelöbnis von 1948 schrieb in dieser Tradition folgende Prinzipien für den Arzt fest: Wohl des Kranken, Würde des Menschen, Erhaltung des Lebens, Abwendung von Schaden sowie Vertrauenswürdigkeit.

Dem amerikanischen Soziologen Talcott Parsons zufolge wird vom Arzt erwartet, dass er die Entscheidung über krank und gesund fällt, er aufgrund fachlicher Kompetenz die Krankheit diagnostiziert und therapiert, er Krankheitsvorsorge und -nachsorge leistet und sich für emotionale und soziale Probleme zuständig fühlt. Als Erwartungen an die Arztrolle werden bei ihm „funktionale Spezifität“ (fachliche Kompetenz), „affektive Neutralität“ (empathisch, sich aber im Handeln nicht von Sympathien leiten lassend), „Universalismus“ (allen Menschen gleichermaßen helfend) und „Kollektivitätsorientierung“ (am Wohl der Gemeinschaft orientiert) definiert. Mit der Arztrolle korrespondierend, beschrieb Parsons die Krankenrolle durch die Merkmale: Entbindung des Kranken von normalen Rollenverpflichtungen, Nicht-Verantwortlichkeit für den Krankheitszustand, die Anerkennung der sozialen Unerwünschtheit der Krankheit und Wille zur Gesundheit.

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist durch bestimmte Rahmenbedingun-

gen determiniert. Dazu gehören gesetzliche Bestimmungen, ethische Prinzipien, Standesregeln und vertragliche Vereinbarungen. Als weitere Aspekte sind der Behandlungsauftrag, Einstellungen, Erwartungen und Persönlichkeitsmerkmale sowie Kommunikation und Interaktion zu nennen.

Die zuvor genannten Rollendefinitionen von Arzt und Patient sind mit Asymmetrie und sozialer Distanz verbunden. Ärzte und Patienten unterscheiden sich in der Regel in ihrer sozialen Herkunft, im Lebensstil und bezüglich ihres Wissens um Gesundheit und Krankheit. Der Arzt ist Experte, der Patient ist Laie. Für den Arzt ist die Behandlungssituation tägliche Routine, für den Patienten dagegen meist eine Ausnahmesituation. Die Entscheidungsmacht liegt eindeutig aufseiten des Arztes. Diese Asymmetrie ist spätestens seit den 1980er-Jahren Gegenstand kritischer Diskussionen. So nannte Siegrist als Orientierungsprinzipien ärztlichen Handelns u. a. das Erreichen der Mitarbeit des Kranken (im Gegensatz zu einer Reparatur-Mentalität), die Beratung durch den Arzt (statt Anordnung), die Beachtung ethischer Grenzen, die Verringerung sozialer Ungleichheit und die Auseinandersetzung mit den Grenzen medizinischer Kontrolle.

In den letzten beiden Jahrzehnten hat sich das Gesundheitsversorgungssystem in Deutschland nochmals erheblich verändert. Zu nennen sind die Erweiterungen der Behandlungsmöglichkeiten durch Fortschritte in der Medizintechnologie und Medikamentenentwicklung sowie hiermit zusammenhängende ökonomische Zwänge. Diese und weitere Verände-

rungen wirken sich auf die Rolle des Arztes aus und führen zu neuen, zusätzlichen Rollenerwartungen. Da längst nicht mehr alles, was medizinisch machbar ist, auch finanzierbar ist, ist der Arzt heute mit der Forderung konfrontiert, kostenbewusst zu handeln. Bei zahlreichen Therapiemaßnahmen wird die erwünschte Wirkung überdies durch unerwünschte Nebenwirkungen relativiert. Deshalb muss der Arzt vor der Anwendung therapeutischer Maßnahmen deren Zweckmäßigkeit, das Verhältnis von Nutzen und möglichem Schaden kritisch abwägen.

Auch aufseiten der Patienten und der Angehörigen hat sich aufgrund der erweiterten Informationsmöglichkeiten über Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation das Selbstverständnis verändert. Viele Patienten erwarten vom Arzt – nochmals verstärkt durch die politisch gewollte Konkurrenz zwischen Leistungseinrichtungen – ein höheres Ausmaß an Patientenorientierung (gelegentlich auch im Sinne einer Kundenorientierung). Zahlreiche Patienten möchten gleichberechtigt mit dem Arzt an diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen beteiligt werden (Modell der „partizipativen Entscheidungsfindung“).

Letztlich sei noch auf eine andere, die Gesundheitsversorgung in Deutschland bereits jetzt, in Zukunft aber vermutlich noch stärker bestimmende Veränderung hingewiesen. Schon immer stellten Frauen etwa die Hälfte der in Behandlung befindlichen Personen dar; der Anteil von Ärztinnen war in Deutschland über sehr lange Zeit aber eher gering. In den letzten Jahrzehnten vollzieht sich in Deutschland ein gravierender Wandel. Heute sind

2 von 3 Studienanfängern der Humanmedizin weiblichen Geschlechts, sodass der inzwischen häufiger verwendete Begriff einer „Feminisierung“ der Medizin zumindest, was das quantitative Verhältnis angeht, zutreffend ist. Noch sind die Auswirkungen auf die Gestaltung der medizinischen Versorgung nicht sorgfältig analysiert. Es gibt allerdings bereits jetzt Hinweise darauf, dass die in der Vergangenheit immer wieder beschriebene Bereitschaft von Ärzten, den beruflichen gegenüber familiären Anliegen absolut Vorrang einzuräumen, künftig relativiert werden dürfte, da viele Ärztinnen versuchen werden, beide Anliegen besser in Einklang zu bringen. Nicht auszuschließen ist, dass männliche Ärzte diesem Verhaltensmodell ihrer Kolleginnen folgen werden.

Die Rolle von Ärztinnen brachte die Herausgeber dieses Themenheftes in ein terminologisches Dilemma. Wir sprechen in diesem Themenheft durchgängig vom Arzt-Patienten-Verhältnis. Korrekterweise müssten wir von einem Arzt/Ärztinnen-Patienten/Patientinnen-Verhältnis sprechen. In Anbetracht dieses unhandlichen Begriffskonstrukts haben wir uns für die Beibehaltung des traditionellen Terminus „Arzt-Patienten-Verhältnis“ entschieden. Wir betonen aber, dass beide Geschlechter gemeint sind.

Im Themenheft „Arzt-Patienten-Verhältnis“ werden die aktuellen Entwicklungen in insgesamt 14 Beiträgen behandelt. Das Heft greift die Aufgabe auf, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient in der Gegenwart multidisziplinär – medizinisch, kulturwissenschaftlich, ethisch, rechtswissenschaftlich – reflektiert werden sollte. Im Eingangsbeitrag setzt sich *H. Kreß* mit ethischen Grundlagen des Themas auseinander. Er zeigt auf, dass „Gesundheit“ und „Krankheit“ vielschichtige Begriffe sind, die stark von individuellen Vorstellungen und von kulturellen wie weltanschaulichen Faktoren bestimmt sind. Heutiger ethischer Perspektive gemäß haben Ärzte im Rahmen einer patientenzentrierten Medizin nicht nur den objektivierbaren Krankheitsbefund ihrer Patienten zu erheben, sondern auch dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten, ihren persönlichen Werten und ihrer subjektiven Sicht von Gesundheit und Krankheit gerecht zu werden. In unserer

Gesellschaft differenzieren sich die persönlichen Lebensanschauungen und Lebensformen der Menschen weiter aus; die weltanschauliche Pluralisierung nimmt zu. Für den Umgang der Ärzte mit den Patienten stellt dies eine beträchtliche Herausforderung dar.

Daran der Sache nach anknüpfend, behandelt *C. Katzenmeier* die Thematik „Patientenautonomie und Patientenrechte“. Diese sind mit der Pflicht des Arztes zur Aufklärung verknüpft und zielen auf so unterschiedliche Aufgabenstellungen wie Risiko-, Diagnose-, Verlaufs-, Sicherungs- und wirtschaftliche Aufklärung. Die Aufklärungspflicht ist in Deutschland inzwischen Gegenstand einer sehr ausdifferenzierten Rechtsprechung. Der Autor diskutiert auch das geplante Patientenrechtegesetz. Er verweist darauf, dass rechtliche Regelungen von Information, Aufklärung und Einwilligung keineswegs per se eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Kommunikation garantieren, und macht darauf aufmerksam, dass juristische Überregulierungen der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient sogar schaden können.

J. Siegrist beschreibt den Wandel der ärztlichen Rolle während der vergangenen 150 Jahre und setzt sich gegenwartsbezogen mit dem wachsenden Einfluss der Ökonomie, mit neuartigen Erwartungen von Patienten an den Arzt sowie mit divergierenden Tendenzen der Professionalisierung auseinander. Hier sieht der Autor deutliche Risiken für die traditionelle Arzt-Patienten-Beziehung. Andere Entwicklungen wie die immer deutlicher werdende „Feminisierung“ des Arztberufs könnten dagegen die Patientenzentrierung, die Ausrichtung auf Teamarbeit und Arbeitsformen, die auf professionsübergreifende Kooperationen zielen, stärken.

H. Faller diskutiert, wie die gesellschaftliche Forderung nach mehr Patientenorientierung zu einem Wandel der Arzt-Patient-Kommunikation führt. Ein partnerschaftliches Modell der Arzt-Patient-Beziehung ist nach seiner Ansicht am besten geeignet, den gestiegenen Bedürfnissen der Patienten nach mehr Information, Mitwirkung an Entscheidungen und emotionaler Unterstützung gerecht zu werden. Durch eine Orientie-

rung der Arzt-Patienten-Interaktion an den Bedürfnissen der Betroffenen könnten nicht nur eine größere subjektive Zufriedenheit, sondern auch bessere medizinische Behandlungsergebnisse erreicht werden. Empirische Studien zeigten allerdings, dass gegenwärtig noch eine erhebliche Diskrepanz zwischen Anspruch und Realität besteht. Der Beitrag bezieht sich vor allem auf das Verhältnis von Arzt und Patient bei Tumorerkrankungen.

P.C. Scriba setzt sich mit einem spezifischen Aspekt der Arzt-Patienten-Beziehung, nämlich dem Placeboeffekt, auseinander. Diesem schreibt er erhebliche Bedeutung sowohl für wissenschaftliche Studien als auch für die therapeutische Praxis zu. Der Autor unterscheidet zwischen echten Placebos, die vor allem in der klinischen Forschung eingesetzt werden, und Pseudoplacebos, die in der täglichen ärztlichen Praxis stark verbreitet sind und auf viele Verfahren der sog. Komplementärmedizin zutreffen dürften. Zentral für Scriba ist die Beobachtung, dass auch bei einer Behandlung mit Verum ein Placeboeffekt vorhanden ist, der durch die Erwartungen des Patienten und des Arztes moduliert wird. Der Autor verweist auf die Vielfalt möglicher Einflussquellen, die eine Placeboreaktion bedingen können, und auf den noch begrenzten Erkenntnisstand in der Placeboforschung.

M. Sieverding und *F. Kendel* thematisieren Geschlechter- und Geschlechterrollenaspekte in der Arzt-Patienten-Beziehung. Sie zeigen an Beispielen auf, wie Geschlechterrollen und -stereotype gesundheitsrelevantes Verhalten gesunder und erkrankter Personen beeinflussen und wie ärztliches Handeln in der Kommunikation, bei der Diagnose und Therapie von Geschlechtervariablen mit bestimmt sein kann. Die Autorinnen plädieren dafür, geschlechtsspezifische Themen stärker in die medizinische Ausbildung zu integrieren.

Die Einbeziehung von Familienangehörigen in die Arzt-Patient-Kommunikation ist das Anliegen des Beitrages von *G. Wilz* und *F. Meichsner*. Die Einbindung von Familie und Angehörigen ist, wie die Autorinnen an exemplarisch ausgewählten chronischen Erkrankungen zeigen, von besonderer Bedeutung

für die Compliance, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität der Patienten. Die Autorinnen beschreiben Kriterien für den Umgang mit der Familie sowie wichtige Themen für das ärztliche Gespräch und demonstrieren am Beispiel des Schlaganfalls und der Demenz verschiedene Aspekte der ärztlichen Kommunikation mit Bezugspersonen.

Schwierige Gesprächssituationen in der Arzt-Patient-Interaktion sind Gegenstand des Beitrages von *A. Mehnert, C. Lehmann und U. Koch*. Der Kontakt zwischen Arzt und Patient wird nicht selten durch Unterschiede in den Erwartungen und im Verständnis von Krankheit und Gesundheit sowie durch unterschiedliche kulturelle Hintergründe, die nicht zwingend mit medizinischen Fragen assoziiert sein müssen, beeinflusst. Der Beitrag gibt einen Überblick über die daraus resultierenden Situationen in der Arzt-Patient-Kommunikation und illustriert grundlegende kommunikative Fertigkeiten im Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen. Exemplarisch werden der Umgang mit Ärger und anderen Emotionen, das Gespräch mit der Familie und das Gespräch via Dolmetscher behandelt.

Die beiden folgenden Beiträge setzen sich mit der Rolle und den Kommunikationserfordernissen des Arztes in spezifischen Handlungsfeldern auseinander. *A. Kantenich und A. Tandler-Schneider* fokussieren die Besonderheiten der Arztrolle im Rahmen der In-vitro-Fertilisation (IVF) und Präimplantationsdiagnostik (PID). Bei der Behandlung von ungewollter Kinderlosigkeit kommt medizinischer wie psychologischer Information, Aufklärung und Beratung besondere Bedeutung zu. Neben einem hohen medizinischen Detailwissen muss der Arzt über gute kommunikative Kompetenzen verfügen, um den spezifischen Bedürfnissen der Paare gerecht zu werden. In den Gesprächen, die er mit ihnen führt, sollte er auf eine realistische Erfolgserwartung hinwirken, Alternativen der künstlichen Befruchtung ebenso wie mögliche gesundheitliche Risiken des Verfahrens für das noch ungeborene Kind ansprechen und u. a. auch Behandlungskosten thematisieren.

F. Nauck und B. Jaspers beschreiben den Arzt in der Palliativmedizin als Begleiter des Patienten und seiner Angehörigen in einer Zeit hoher Belastungen und existenzieller Entscheidungen. Kernanliegen der Behandlung durch das multidisziplinäre Team der Palliativmedizin ist die Linderung von Schmerzen und von belastenden Symptomen, um den Patienten trotz fortschreitender und unheilbarer Erkrankung für die verbleibende Zeit ein Leben in größtmöglicher Autonomie und Würde zu ermöglichen. Zeit, Vertrauen, fachliche, ethische, kommunikative, soziale und emotionale Kompetenz der Helfer stellen dabei entscheidende Voraussetzungen dar. Ebenso wichtig ist eine ärztliche Haltung, bei der sich der Arzt vom Patienten in die Verantwortung nehmen lässt. Insofern gelangen Motive einer postindividualistischen Beziehungsethik zur Geltung.

I. Hofmann setzt sich mit der Rolle der Pflege als größter Berufsgruppe innerhalb der Gesundheitsberufe auseinander. Sie analysiert Gründe, die diese Berufsgruppe daran hindern, auch in Deutschland angemessene, an internationalen Standards orientierte Maßstäbe für gute Pflege zu realisieren. Die inzwischen eingeleitete Entwicklung von Expertenstandards in der Pflege, die begonnene Implementierung einer Pflegeforschung wie auch die Bemühungen um die Berufsausbildung werden von der Autorin als positive Zeichen gesehen, die sich in entsprechenden Rückmeldungen auf Patientenseite niederschlagen. Das Verhältnis zwischen Pflegenden und Ärzten schätzt sie als deutlich verbesserungswürdig ein. Als Anzeichen einer auch hier beginnenden positiven Entwicklung sei jedoch die gemeinsame Einbindung von Pflegenden und Ärzten in Ethikkomitees zu bewerten. Dies käme sowohl den beiden Berufsgruppen als auch den Patienten zugute.

S. Penka, M. Schouler-Ocak, A. Heinz und U. Kluge befassen sich in ihrem Beitrag mit interkulturellen Aspekten der Arzt-Patienten-Interaktion und -Kommunikation und fokussieren dabei „kommunikative Hindernisse“ im Blick auf Patienten mit Migrationshintergrund insbesondere in Psychiatrie

und Psychotherapie. Neben Sprachbarrieren zählen dazu komplexere Verständigungsprobleme, die auf unterschiedlichen Erklärungsmustern über die Ursachen, Kennzeichen und Therapieoptionen bei verschiedenen Erkrankungen basieren. Das Autorenteam verweist auf die besondere Bedeutung des Einsatzes von Sprach- und Kulturmittlern, die notwendige Berücksichtigung unterschiedlicher Erklärungsmodelle, die Vermeidung von Stereotypisierung und auf eine offene und selbstreflexive professionelle Haltung sowie auf die Gewährleistung verschiedener struktureller Rahmenbedingungen.

W. Langewitz gibt in seinem Beitrag einen Überblick über die Möglichkeiten, kommunikative Kompetenzen im Rahmen der medizinischen Ausbildung zu erwerben. Die Lehrziele entsprechender Kommunikation schulender Programme sollen sich nach dem Autor an den Bedürfnissen der klinischen Medizin orientieren; d. h., Studierende sollten in die Lage versetzt werden, belastbare anamnestische Angaben erheben, informationsvermittelnde Gespräche klar strukturieren sowie emotionale Äußerungen von Patienten aufgreifen zu können. Langewitz beschreibt die Möglichkeiten, den Lernprozess durch den Einsatz von Videotechnik und Verfahren der unmittelbaren Rückmeldung an Studierende über arbeitsplatzbasierte Techniken wie Mini-Cex oder Workplace-based-Assessment zu verbessern. Darüber hinaus diskutiert er, den Erfolg des Lernprozesses mittels der Objective Standardised Clinical Examination (OSCE) zu überprüfen.

Der das Themenheft abschließende Beitrag von *S. Pawils, A. Trojan, S. Nickel und C. Bleich* befasst sich mit dem Konzept der Kunden- bzw. Patientenzufriedenheit. Sie verweisen darauf, dass das Konstrukt zwar nach wie vor theoretisch und methodisch kontrovers diskutiert wird, sehen aber in dem Instrument der Patientenbefragung einen sinnvollen Ansatz, Aussagen über das subjektive Erleben von Patienten z. B. während eines Krankenhausaufenthalts zu erhalten. Solche Informationen können im Sinne einer Defizitanalyse zu Verbesserungen in den Einrichtungen

gen beitragen und stellen damit neben anderen Qualitätsfaktoren einen festen Bestandteil von Qualitätsmanagementprogrammen dar.

Den Leserinnen und Lesern wünschen wir eine interessante Auseinandersetzung mit diesem uns alle angehenden Thema.

Ihre



Uwe Koch



Hartmut Kreß

Korrespondenzadressen



Prof. Dr. med.
Dr. phil. U. Koch-Gromus
Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie,
Zentrum für Psychosoziale
Medizin, Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Koch@uke.de



Prof. Dr. H. Kreß
Evangelisch-Theologische
Fakultät, Abteilung für
Sozialethik, Universität Bonn
Am Hof 1, 53113 Bonn
hkress@uni-bonn.de