

Der menschliche Mediziner

Was Ärzte während ihrer Ausbildung von den Geisteswissenschaften lernen können

Patienten erleben Ärzte oft als wenig kommunikativ und empathisch. Das hat mit Zeitdruck zu tun, aber auch mit einem naturwissenschaftlich reduktionistischen Menschenbild.

Daniela Kuhn

Patienten suchen das Spital oder den Arzt auf, weil sie körperlich oder psychisch in Schieflage geraten sind. Oft ist beides zugleich der Fall, und manchmal kommt existenzielle Not als Folge dazu. In dieser Situation benötigen sie eine Diagnose und, so weit möglich, eine Therapie – doch das ist nur das halbe Bild. Denn wer als Notfall seit Stunden in der Augenklinik wartet, sucht in der Person des Arztes auch Qualitäten, die den Menschen vom Roboter unterscheiden: Zuwendung, Empathie und Aufmerksamkeit. Sobald sich ein Patient wahrgenommen fühlt und das Gefühl erhält, im Arzt einen Verbündeten gefunden zu haben, entspannt sich die Gefühlslage. Und das ist viel, zumal Studien gezeigt haben, dass im Prozess der Selbstheilung die Psyche eine grosse Rolle spielt. In diesem Sinne ist das Vertrauen der Patienten vielleicht sogar die wichtigste Arznei.



Die medizinische Versorgung ist fachlich und technisch maximal, aber viele finden sie zu wenig menschlich.

GAËTAN BALLY / KEYSTONE

Der Mensch als Maschine

Selbstverständlich ist diese Arznei indes nicht. Im Gegenteil: Gespräche zwischen Arzt und Patient, in denen auch Aspekte zur Sprache kommen, welche die körperlichen Symptome nur indirekt betreffen, sind eher die Ausnahme. Nicht selten erhalten Patienten den Eindruck, der Arzt bleibe als Mensch unbeeiligt. Etwa wenn es darum geht, bedrohliche Diagnosen mitzuteilen oder die Krankheit in die Lebenssituation des Patienten einzuordnen.

Tendenziell waren empathische Ärzte wohl nie in der Mehrheit, lässt sich mutmassen, doch in den letzten Jahren haben zusätzlich die bürokratischen Abläufe zugenommen. Sie rauben einen grossen Teil der Zeit, die einst nicht am Computer, sondern im Gespräch mit dem Patienten verbracht wurde. Liegt es somit vor allem am System, wenn ein kranker Mensch so funktional behandelt wird wie ein Auto, dessen Motor repariert werden muss?

«Vereinfacht gesagt geht die Schulmedizin von einem naturwissenschaft-

lichen, reduktionistischen Menschenbild aus. Sie sieht den Menschen als chemisch-biologische Maschine», sagt Christian Hess, der bis zum Sommer letzten Jahres Chefarzt am Spital Affoltern war. Er und die Psychotherapeutin Annina Hess-Cabalzar haben dort während über zwanzig Jahren ein Spitalmodell etabliert, das Schulmedizin und Geisteswissenschaften verbindet. Diese sogenannte Menschenmedizin trägt körperlichen, geistigen und seelischen Aspekten Rechnung, das heisst, auch Psychotherapie, Kunst, Philosophie, Ethik, Theologie und Sozialarbeit spielen darin eine Rolle. «Es braucht die Bescheidenheit, dass es keinen Wissensprimat gibt und sich das Entscheidende im Krankheitsverlauf ändern kann», sagt Christian Hess. Mit anderen Worten: Alle Beteiligten tragen in diesem Modell Verantwortung, sie sind sich zugleich auch ihrer eigenen Grenzen bewusst. Christian Hess und Annina Hess-Cabalzar legen auch Wert auf die körperliche Berührung, die immer mehr aus dem ärztlichen Repertoire ver-

schwindet, obwohl sie ein grosses Heilpotenzial birgt.

Angeht die medizinische Forschung, die hauptsächlich auf neue Technologien und auf hohe Spezialisierung setzt, wirkt das ganzheitliche Konzept von Christian Hess und Annina Hess-Cabalzar wie aus einer anderen Zeit. Doch könnte dieser Ansatz gerade in den nächsten Jahrzehnten vermehrt in den Fokus rücken, da es immer mehr alte Menschen geben wird, die an mehreren Krankheiten leiden. Bei diesen sogenannten multimorbiden Patienten können nicht alle verfügbaren Therapien addiert eingesetzt werden. Es braucht die Klärung, was zur Lebenssituation passt. Auch in Bezug auf künftige Gentest-Analysen dürfte die ganzheitliche Betrachtung wichtiger werden, zumal Gentests ohne eine Einordnung einem Orakel gleichkommen.

«Bei einem Hirnschlag sehen wir oft drei Phasen», sagt Annina Hess-Cabalzar: «Dem akutmedizinischen Handeln folgt die Pflege, die Physio- und Ergotherapie. Danach müssen die Patienten

ihre Krankheit seelisch aufarbeiten. In dieser dritten Phase von Abschied und Neubeginn, in der wir auch das Umfeld der Patienten einbezogen haben, spielt Kunst oft eine grosse Rolle.» Zusammenfassend meint Christian Hess: «Erst die geisteswissenschaftliche Arbeit macht die Behandlung zu dem, was sie sein kann.»

Kommen angehende Mediziner im Rahmen ihres Studiums mit Geistes- und Sozialwissenschaften überhaupt in Berührung? Die Antwort lautet: Ja, wenn auch noch immer zu wenig. Im Rahmen der Bologna-Reform wurde der aus den USA stammende Begriff Medical Humanities zwar an den meisten Universitäten eingeführt, die Gewichtung und der Inhalt der Veranstaltungen variieren jedoch stark. In der Regel umfassen sie einen Einblick ins Gesundheitssystem, in Ethik, Recht, Philosophie und Geschichte der Medizin. An den medizinischen Fakultäten Lausanne, Freiburg und Genf sind Medical Humanities mittlerweile etabliert. In Zürich werden vier geisteswissen-

schaftliche Module angeboten. Sie sind allerdings nicht obligatorisch, da sie im sogenannten Mantelstudium angeboten werden, das lediglich 15 Prozent des gesamten Studiums umfasst.

Geschichten erzählen

In Basel geht man einen anderen Weg. Im Sinne der «narrative-based medicine», die sich als Ergänzung zur evidenzbasierten Medizin versteht, werden die Studierenden an der Universität Basel in ihrer narrativen Kompetenz gefördert. «Sie sollen lernen, einer Geschichte gut zuzuhören und eine Geschichte selber gut zu erzählen», sagt Alexander Kiss, Chefarzt am Universitätsspital Basel. Beides sei im Arztberuf wichtig: «Besonders bei chronischen Erkrankungen, wo sich Arzt und Patient immer wieder begegnen und die Krankengeschichte daher gemeinsam konstruiert wird.»

Im ersten Jahr besuchen die Studierenden mindestens zwei von drei Veranstaltungen, in denen ein Film gezeigt wird, der anschliessend von einem Journalisten und einem Mediziner kommentiert wird. Nach dem israelischen Animationsfilm «Waltz with Bashir», der den ersten Libanonkrieg aus der Perspektive eines israelischen Soldaten zeigt, wurden beispielsweise die historischen Hintergründe erörtert und das Phänomen der posttraumatischen Belastungsstörung. Im zweiten Jahr werden den Studierenden Beispiele aus der Literatur nähergebracht, die mit Medizin zu tun haben. Im vierten Jahr schreiben sie während des Praktikums bei einem Hausarzt über eine schwierige Begegnung mit einem Patienten. «Jeder Arzt begegnet Patienten, die er nicht mag», sagt Kiss: «Die Studierenden sollen sich fragen, wieso die Interaktion mit dieser Person nicht funktioniert hat und was die negativen Gefühle bedeuten.» Auf ihren Bericht hin gibt der involvierte Hausarzt den Studierenden eine Rückmeldung.

«In der Medizin ist alles sehr eindeutig, aber Geschichten sind vieldeutig. Und genau darum geht es: um den Umgang mit Mehrdeutigkeit», sagt Alexander Kiss. Er wolle keine Mediziner «mit kaltem Blick» ausbilden, «die im Musikverein dann zu Tränen gerührt sind.» Sein Anliegen sei es vielmehr, den angehenden Ärzten aufzuzeigen, dass die Kunst zu den Themen Tod und Leiden, die auch den Arztberuf prägen, viel zu bieten hat.

«Die Patienten kommen oft zu kurz»

Die Assistenzärztin Lea Stocker spricht über ihre Ausbildung und erklärt, warum das Medizinstudium «menschlicher» werden sollte

Frau Stocker, Sie haben sich kürzlich an einer Tagung für mehr Geisteswissenschaften im Medizinstudium ausgesprochen. Wie kommen Sie dazu?

Christian Hess war am Spital Affoltern mein Chef. Als junge Assistenzärztin hat mich sein ganzheitliches Modell beeindruckt. Als er mich angefragt hat, an der Tagung mitzuwirken, habe ich gerne zugesagt. Die Geisteswissenschaften sind für mich aber auch grundsätzlich wichtig, weil ich mich für Menschen interessiere. Die ausschliesslich körperliche Betrachtung empfinde ich schnell als langweilig. Das Interesse für die Menschen hat in der heutigen Medizin aber leider kaum Platz.

Ein Beispiel?

Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, wir sind maximal versorgt. Aber wir schauen oft zu wenig genau hin, was es wirklich braucht oder eben nicht. Statt einer über 90-jährigen kranken Frau, die infolge einer Komplikation im Spital zusätzlich an einer Lungenentzündung leidet, Antibiotika zu verabreichen, sollten wir ihre Angehörigen einladen, um mit ihnen und der Patientin zu klären, ob Antibiotika überhaupt das Richtige sind oder ob sie eigentlich schon lange sterben möchte. Ich sehe auch bei jüngeren Patienten,

dass sie oft mit Ängsten oder Fragen zurückbleiben, weil uns die Ressourcen fehlen, näher auf sie einzugehen. Meist müssen sich dann andere Stellen um sie kümmern, das fragmentiert und verschlechtert letztlich die Zusammenarbeit und damit den Heilungsverlauf.

Sie haben in Freiburg und Zürich studiert. War die Arzt-Patienten-Beziehung in Ihrer Ausbildung ein Thema?

Die Betonung lag von Anfang an auf dem Fachwissen. Wir brauchen dieses genaue Wissen, aber es ist nicht alles. Es müsste viel deutlicher gezeigt werden, dass die Gesprächsführung, die Beziehungspflege und das Verständnis für die individuelle Situation des Patienten auch wichtige Arbeitsinstrumente sind. In den ersten zwei Jahren hatten wir vier oder fünf fakultative Vorlesungen zu Ethik und am Ende des Studiums ein paar wenige Ethikveranstaltungen zu klinischen Themen. Für medizinische Ethik interessierten sich von rund 180 Studierenden höchstens 50. Während zwei Semestern hatten wir eine Vorlesung über Psychosoziale Medizin, die auch Rollenspiele umfasste. Diese wurde geprüft, daher kamen die meisten.

Haben Sie an diesen Veranstaltungen auch etwas über die Verbindung von

Körper, Psyche und Geist im Studium gelernt?

Sogenannt psychosomatische Erkrankungen waren im Studium ein Nebenschauplatz. In der Medizin haben sie oft die Konnotation von Simulieren, was falsch ist. Das psychische Leiden manifestiert sich einfach körperlich, weil es auf andere Weise nicht zum Ausdruck kommen kann. Das Gefühl von Ohnmacht ist bei uns Ärzten in solchen Fäl-



«Viele meiner Kollegen hätten gerne mehr Zeit für die Patienten.»

Lea Stocker
Assistenzärztin

len oft besonders stark, weil sich nicht einfach mit einem Eingriff alles beheben lässt. Entsprechend unpopulär ist dieses Feld. Wir müssten uns generell vermehrt für Schicksale interessieren. Denn nur auf die körperlichen Aspekte einzugehen, greift einfach zu kurz. Je mehr ein Patient seine Situation einordnen und bejahen kann, desto mehr Verantwortung kann er selber übernehmen.

Das beeinflusst den Krankheitsverlauf erheblich. Für solche Gespräche haben wir aber einfach zu wenig Zeit.

Sie scheinen keine besonders typische Vertreterin Ihrer Zunft zu sein.

Ich bin wohl am äusseren Spektrum, was meine Interessen betrifft. Das war schon am Gymnasium so. Nach der Matura bin ich während eines Jahres gereist, dann habe ich ein Semester vergleichende Religionswissenschaften und Alte Sprachen studiert. Ich bestand danach die Aufnahmeprüfung an die Hochschule der Künste – entschied mich dann aber doch für die Medizin, weil mir der Kontakt zu Menschen wichtig war. Untypisch ist auch, dass ich als Frau ohne Kinder nur 70 Prozent arbeite. Aber ich verkümmere und arbeite schlechter, wenn ich keine Zeit für Erholung und meine anderen Interessen habe. Das Schlimmste sind aber nicht die hohen Arbeitspensen, sondern der rasante Arbeitsrhythmus, man ist meistens gehetzt. Viele meiner Kolleginnen und Kollegen würden sich über mehr Zeit mit Patienten freuen.

Seit Sie studiert haben, hat die Spezialisierung während des Studiums eher noch zugenommen. Das heisst mit anderen Worten: Es geht eigentlich in die der

ganzheitlichen Medizin entgegengesetzte Richtung.

Das ist so, denn das Wissen in der Medizin wird immer grösser. Für alles andere bleibt immer weniger Zeit. In diesem Sinne braucht es einen Paradigmenwechsel. Als Gesellschaft müssten wir uns fragen, was uns wichtig ist.

Was ist Ihnen wichtig?

Als ich mich für den Beruf der Ärztin entschieden habe, wollte ich mit Menschen arbeiten, ihnen helfen. Das möchte ich noch immer. Aber ich bin in dieser Hinsicht enttäuscht: Ich zweifle oft am Sinn meines Berufes. Ich gebe sehr viel Zeit für ihn her, aber ich erlebe ihn wegen der vielen Büroarbeit und des Gehetzes oft als Leerlauf. In zwei Jahren werde ich den Facharztstitel haben. Danach kann ich mir vorstellen, in einer Gemeinschaftspraxis zu arbeiten oder auf dem Notfall. Längerfristig möchte ich den Schwerpunkt aber auf das Gespräch legen. Mein nächstes Ziel ist daher eine Weiterbildung in Psychotherapie oder Psychosomatik.

Interview: Daniela Kuhn

Lea Stocker ist Assistenzärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe am Spital Männedorf. Nach Abschluss ihres Studiums im Jahr 2008 arbeitete sie als Assistenzärztin im Spital Münstertal, im Spital Affoltern und am Waidspital Zürich.