

Der kranke Mensch zwischen Arzt und Institution

K. Windgassen

Wie schon die Präposition „zwischen“ im Vortragstitel impliziert, geht es hier um Beziehungen, nämlich um die Beziehungen des Kranken zu seinem Arzt und der Institution. In Beziehungen entfalten sich Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen der Beziehungspartner; des Weiteren wird die Ausgestaltung einer Beziehung dadurch bestimmt, welche gemeinsamen Aufgaben und Anforderungen die Beziehungspartner zu bewältigen haben – beispielsweise Eltern die Kindererziehung – und in welchem Kontext die Beziehung steht. Dass damit auch in jeder Beziehung Konflikte angelegt sind, entspricht unserer aller Lebenserfahrung.

Bevor wir hierauf aber genauer eingehen, ist noch eine kurze begriffliche Präzisierung erforderlich; denn der Terminus Institution wird mit recht unterschiedlicher Bedeutung verwendet: Im allgemeinen Sprachgebrauch bezeichnet er „einem bestimmten Aufgabenfeld zugeordnete öffentliche (staatliche oder kirchliche) Einrichtungen“¹, in der Soziologie wird Institution definiert als „die jeweils kulturell geltende, einen Sinnzusammenhang bildende, durch Sitte und Recht öffentlich garantierte Ordnungsgestalt, in der sich das Zusammenleben von Menschen darbietet“². Hier wird Institution also eher als eine Art Regelsystem verstanden.

Für unser Thema erscheint es mir aber sinnvoller, dem allgemeinen Sprachgebrauch zu folgen und Institution zunächst als Einrichtung und Organisationsform zu verstehen. Ich werde mich darüber hinaus im Wesentlichen auf *eine* Institution des Gesundheitssystems beschränken, nämlich das Krankenhaus, weil diese Einrichtung von dem Patienten unmittelbar erlebt wird, während andere Institutionen (z. B. die Krankenkasse) seine Behandlung zwar wesentlich beeinflussen, ihr Einfluss für den Patienten aber nicht so unmittelbar sichtbar wird.

Eine Schwierigkeit des Themas liegt nun darin, dass es einen erheblichen Unterschied macht, ob von einem Patienten die Rede ist, der sich einer elektiven Schönheitsoperation unterzieht oder auf einer chirurgischen Intensivstation um sein Leben bangt. Und auch das Verhältnis eines Arztes zu seinen Patienten hängt wesentlich davon ab, ob er in einer eher umfassenden Weise für seine Patienten verantwortlich ist (etwas als internistischer Hausarzt) oder ob er es als hochspezialisierter Diagnostiker oder Experte für umschriebene Eingriffe (z.B. Knie-Endoprothesen) mit relativ umschriebenen Störungen zu tun hat.

Und es ist ebenso ein Unterschied, ob wir eine spezialisierte Fachklinik für eine spezielle, sorgfältig ausgewählte Klientel (was hier nicht wirtschaftlich oder sozial gemeint ist, sondern auf die Behandlungsaufgabe abzielt) oder ein Versorgungskrankenhaus (ganz gleich welcher Versorgungsstufe) betrachten.

Da allgemein Entscheidungen im Gesundheitssystem heute in besonderem Maße der Forderung wirtschaftlicher Effizienz unterworfen sind, sind ökonomische Konflikte unvermeidlich. Wenn ein Arzt beispielsweise dazu tendiert, seinen Patienten Medikamente zu verordnen, die zwar nicht unbedingt wirksamer, wohl aber nebenwirkungsärmer und teurer als Alternativpräparate sind, so ist das sicherlich im Interesse des einzelnen Patienten; der Arzt geht aber ein hohes Risiko ein, durch den sog. Regress erhebliche finanzielle Einbußen zu erleiden.

Oder wenn in unserer Klinik ein Patient stationär behandelt wird, der neben seiner die stationäre Behandlung begründenden psychischen Erkrankung zusätzlich noch an einer schweren körperlichen Erkrankung leidet, die neben der psychiatrischen Therapie eine kostenintensive internistische Behandlung erfordert, dann bedeutet das für das Krankenhaus tägliche, mitunter erhebliche finanzielle Verluste. Und dass mancher Krankenhausträger – und hier sind nicht etwa nur die auf ökonomischen Gewinn ausgerichteten Privaten angesprochen – unter manchmal dubiosen Begründungen versucht, wirtschaftlich kostspielige Patienten von sich fern zu halten, gehört zu den besonders bedrückenden Seiten der immer durchgreifenderen Ökonomisierung des Gesundheits-

¹ Brockhaus

²Bernsdorf W (Hrsg) Wörterbuch der Soziologie. Bd. 2., S. 370

systems. Dass es in der Praxis hier auch immer wieder Konflikte zwischen Arzt und Patient auf der einen und Krankenhausträger auf der anderen Seite gibt, dürfte unmittelbar einleuchtend sein.

Schon diese Beispiele zeigen, dass die Beziehung zwischen Patient, Arzt und Krankenhaus – bei aller Verpflichtung durch die gemeinsame Aufgabe – mitunter konfliktrichtig sein kann. Die Konflikte resultieren auch keinesfalls nur, ja nicht einmal vorrangig aus wirtschaftlichen Eigeninteressen, auch wenn diese derzeit von Medien und Öffentlichkeit besonders scharf wahrgenommen werden.

Ich will mich im Folgenden aber mehr mit *den* Aspekten und Konflikten dieses Beziehungsdreiecks befassen, die in dem Patient, Arzt und Krankenhaus gemeinsamen Gegenstand aller Bemühungen, nämlich Krankheit und Behandlung, angelegt sind, wobei von der Position und Perspektive des Patienten ausgegangen werden soll.

Dass ein einzelner Arzt, ein einzelnes Krankenhaus oder auch ein einzelner Patient die Behandlungsbeziehung unter Vernachlässigung der diese Behandlungsbeziehung begründenden Aufgabe zum eigenen Vorteil zu missbrauchen versuchen kann, entspricht natürlich auch der Erfahrung, soll aber als Sonderfall hier unberücksichtigt bleiben.

Kranksein und Krankheit

Die Bekämpfung der Krankheit ist die gemeinsame Aufgabe von Patient, Arzt und Institution. Wer krank ist, benötigt ärztliche Hilfe; die Krankenbehandlung begründet die Existenz von Arzt und Krankenhaus. *Krank* und *Krankheit* sind uns allen überaus geläufige Begriffe, sind aber wissenschaftlich schwer in den Griff zu bekommen. Annäherungsweise lässt sich Krankheit definieren als ein regelwidriger Zustand des Organismus; der Begriff ist abstrahierend und objektivierend, indem sich die Feststellung von Krankheit auf tatsächlich, objektiv nachweisbare Symptome gründet und das Leiden des Einzelnen einer Kategorie zuordnet.

Krank als Adjektiv bezeichnet einerseits diesen objektivierbaren Zustand: „Jemand ist krank“ meint dann, er hat diese oder jene Krankheit. Formuliert man die Aussage aber nur ein klein wenig anders und sagt, er leidet unter dieser oder jener Krankheit, dann wird damit auch Bezug genommen auf die subjektive Grunderfahrung des Krankseins, die zwar an Krankheitssymptomen – oder genauer formuliert: an Beschwerden, die wir objektivierend als Krankheitssymptome werten – anknüpfen kann, aber keineswegs anknüpfen muss. Wenn jemand sagt: „Ich bin nicht gut zurecht, ich fühle mich irgendwie krank!“, dann spricht er diese vorwissenschaftliche Grunderfahrung „krank“ an, die hier nicht einmal mit umschriebenen Beschwerden konkretisiert werden kann.

Kranksein bedeutet zunächst unmittelbar, unter Beschwerden zu leiden. Sie können sehr vielgestaltig ausfallen: Schmerzen, ein diffuses Unwohlsein oder auch Übelkeit und Erbrechen; Unruhe, Beklemmungs- oder Angstgefühle (z. B. bei Schilddrüsenerkrankungen); Abgeschlagenheit, Müdigkeit und Erschöpfung und viele andere mehr.

Die Grunderfahrung des Krankseins ist immer ein leiblich-seelisches Phänomen, auch dann, wenn es sich bei der in Rede stehenden Krankheit um eine psychische Krankheit handelt. Das erklärt sich weniger daraus, dass wir alle in der Kindheit Kranksein im Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten erfahren, sondern dass jedem Selbsterleben immer auch eine leibliche Dimension innewohnt (und somit auch unserem Selbsterleben als „krank“).

Eine depressive Erkrankung beispielsweise äußert sich nicht nur in psychischen Symptomen wie bedrückter, niedergeschlagener Stimmung, Grübeln und Antriebsblockierung, sondern auch in ausgesprochen leiblichen Beschwerden wie erhöhter Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Appetitlosigkeit u.a. Und umgekehrt: wer an einer ernsthaften körperlichen Krankheit leidet, fühlt sich auch in seinem seelischen Befinden mehr oder weniger beeinträchtigt.

Um die hier angesprochene Differenzierung zwischen Krankheit und Kranksein noch etwas zu verdeutlichen: Ein Mensch kann sehr wohl eine Krankheit haben, ohne davon – wenigstens zu-

nächst – persönlich betroffen zu sein; das ist beispielsweise bei einem sog. stummen Herzinfarkt (der sich lediglich anlässlich einer Routine-EKG-Untersuchung zufällig zeigt) der Fall, bei einem unerkannten Tumor, der noch keine Beschwerden verursacht oder bei einer inapparenten HIV-Infektion. Das aktuellste und vermutlich auch häufigste Beispiel ist die Alzheimer-Krankheit: Wir wissen inzwischen, dass die der Demenz zugrunde liegenden pathologischen Prozesse im Gehirn den ersten klinischen Symptomen viele Jahre vorausgehen. Das heißt nichts anderes, als dass bei vielen von uns schon jetzt ein neurobiologischer Krankheitsprozess abläuft, der uns aber keinerlei Beschwerden bereitet und von dem wir überhaupt noch nichts ahnen.

Erst die *Erfahrung* von Krankheit bedingt eine – dann aber möglicherweise tiefgreifende – Veränderung unseres Erlebens. In Anlehnung an v. Weizsäcker sprechen wir vom pathischen Aspekt, wenn wir die Subjektivität des Kranken in den Vordergrund stellen und fragen, wie der Patient seine Beschwerden und sich selbst sieht, welche Bedeutung die Krankheit für ihn subjektiv hat und welche Einschränkungen, aber möglicherweise auch Entlastungen er in ihr erfährt. „Wenn gefragt wird, was etwas ist, dann nennen wir Frage und Antwort ontisch; und wenn gefragt wird, was jemand möchte, dann nennen wir Frage und Antwort pathisch“, so v. Weizsäcker (1951).

Den Kranken verstehen

Die Subjektivität des Kranken ist der Ausgangspunkt des ärztlichen Handelns. Nicht die objektivierbaren Funktionsstörungen führen den Patienten zum Arzt, sondern die durch sie hervorgerufene Beunruhigung des Kranken, seine Beschwerden und die Beeinträchtigung seines Befindens. „Den Arzt interessieren primär nicht Abweichungen“, so Blankenburg (1978), „sondern Beeinträchtigungen. Das Moment des Pathischen ist für ihn entscheidend.“

Eine in unserer Klinik wegen einer schweren Depression aufgenommene Patientin litt zusätzlich unter unklaren Gangstörungen; immer wieder stürzte sie und verletzte sich dabei auch wiederholt. Wir veranlassten eine entsprechende radiologische Diagnostik, und der Radiologe schlug vor, die Patientin wegen des radiologischen Befundes auch dem Neurochirurgen vorzustellen. Dessen Untersuchung sah die Patientin mit einiger Sorge entgegen, andererseits hoffte sie, nun endlich eine Behandlungsoption zu erhalten. Tief enttäuscht kam sie von der Untersuchung zurück: Das sei ja gar nichts gewesen, so ihr enttäuschter, ja empörter Kommentar. Der Chirurg habe kaum mit ihr gesprochen, sie kaum etwas gefragt, geschweige denn untersucht. Er habe sich nur ein oder zwei Minuten die CT-Bilder angeschaut und ihr dann mitgeteilt, sie werde kurzfristig einen Aufnahmetermin erhalten. Für die Patientin stand unverrückbar fest, dass sie sich keinesfalls in seine Behandlung begeben werde.

Es besteht kein Zweifel daran, dass der chirurgische Kollege die Symptomatik richtig erfasst und diagnostisch zutreffend eingeordnet hat; aber er hat der Patientin den Eindruck vermittelt, nur an den Befunden interessiert zu sein und nicht an ihrem Befinden und ihren Beschwerden.

Gerade technische Untersuchungsverfahren (wie bildgebende Verfahren der Radiologie oder Laborbefunde) können den Arzt verleiten, das zeitaufwendige Gespräch mit dem Patienten über dessen Beschwerden gleichsam zu „überspringen“ und mit Hilfe der technischen Untersuchungsbefunde gleich zum vermeintlichen Kern der Sache, zum aus seiner Sicht Wesentlichen, zur Diagnose zu kommen. Der Patient fühlt sich dann aber leicht vom Arzt als reiner Symptomträger verkannt und in seiner Not und seinem Leiden nicht verstanden.

Verstehen muss der Arzt den Patienten also im doppelten Sinne: Zum einen geht es darum, die Beschwerden des Patienten zu erfassen, was gar nicht immer so leicht ist. Die Klage eines Patienten, ihm sei schwindelig, kann sehr Unterschiedliches meinen: Er kann das Gefühl haben, der Boden schwanke unter seinen Füßen wie auf einem Schiff, oder es dreht sich alles um ihn wie auf einem Karussell. Andere bezeichnen mit Schwindel aber auch einen präkollaptischen Zustand und meinen damit, dass ihnen schwarz vor Augen wird; wieder andere bezeichnen damit

ein Gefühl allgemeiner Unsicherheit. Noch vielgestaltiger ist die Phänomenologie dessen, was alles mit Schmerz gemeint ist.

Erst wenn dem Arzt klar ist, welche Beschwerden der Patient konkret empfindet, kann er sie als Symptome, als Hinweise auf eine bestimmte Krankheit verstehen und so in ihrem diagnostischen Bedeutungsgehalt entschlüsseln.

Dieser Schritt führt aber über die Ebene individueller Beschwerden hinaus, die im Zuge des diagnostischen Prozesses eingeordnet werden in das allgemeine medizinische Erfahrungswissen und so letztlich einer Krankheitskonzeption, die immer eine Abstraktion darstellt, zugeordnet werden.

Diagnosen sind so etwas wie therapeutische Handlungsanweisungen (Scharfetter). Eine Behandlung durchzuführen verlangt vom Arzt – neben den fachspezifischen Kenntnissen und Kompetenzen – die Fähigkeit, eine gewisse innere Distanz zum Patienten aufzubringen. Aus gutem Grund gibt es die Empfehlung, dass Ärzte ihre Angehörigen und Menschen, die ihnen sehr nahe stehen, möglichst nicht selbst behandeln sollen; denn hier kann die enge Verbundenheit mit dem Kranken die – im wörtlichen Sinne – notwendige Objektivität bei der Indikationsstellung und Behandlungsdurchführung erschweren oder gar verhindern.

In der Behandlung gibt es aber immer auch noch eine zweite Seite; denn der Arzt hat es ja nicht nur mit einer therapiebedürftigen Krankheit zu tun, sondern natürlich immer auch mit dem von ihr betroffenen Patienten, der nur in seiner Individualität und Einzigartigkeit erfasst, angesprochen und erreicht werden kann.

Sir William Osler, einer der Väter der modernen Medizin, hat dies sehr prägnant mit den Worten ausgedrückt: „Es ist wichtiger zu wissen, was für ein *Patient* die Krankheit hat, als was für eine *Krankheit* der Patient hat.“ ("Don'ttellmewhat type ofdiseasethepatienthas, tellmewhat type ofpatienthasthedisease!")

Und ein anderer berühmter, einflussreicher amerikanischer Arzt, Sir Francis W. Peabody, formulierte 1927 im Hinblick auf Objektivität und Individualität in der Behandlung: „The treatmentof a diseasemaybeentirelyimpersonal; thecareof a patient must becomepletely personal.“

Im Rahmen der Diagnostik bedeutet die Verobjektivierung seiner individuellen Beschwerden zu Symptomen einer Krankheit für den Patienten weniger eine Entindividualisierung seiner Not und seines Leidens als vor allem die zunächst potentiell beruhigende Feststellung, dass aus ominösen Beschwerden etwas Bekanntes, Zuzuordnendes und möglichst auch Behandelbares geworden ist. Denn aus Sicht des Patienten betrachtet ist das Ergebnis des diagnostischen Prozesses letztlich die Dechiffrierung von Beschwerden, deren Bedeutung unklar ist und die damit häufig Anlass zu sorgenvoller Spekulation sind; der Arzt *erklärt* die Beschwerden als Ausdruck einer benenn- und behandelbaren Krankheit. Böker hat deshalb von der Funktion des Arztes als Dolmetscher gesprochen.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang aber noch auf zwei Punkte kurz hinweisen. Erstens ist es leider nicht immer so, dass die Diagnostik auch zu einer gesicherten Diagnose führt. Die Patienten leiden unter belangvollen Beschwerden, ohne dass diese medizinisch einer klaren Diagnose zugeordnet werden können. Hier ist in erster Linie nicht etwa an hypochondrische Patienten zu denken, sondern vor allem an die vielen, deren Symptomatik nosologisch vieldeutig ist. Auch für den Arzt ist klar, dass sein Patient krank ist, auch körperlich krank; aber welche Krankheit nun genau dahinter steckt, ist – wenigstens zunächst – nicht recht klar. Eine solche Situation muss für den Patienten hochgradig beunruhigend sein.

Zweitens entwickeln die allermeisten Patienten zumindest bei länger anhaltenden Beschwerden individuelle, subjektive Krankheitskonzepte, also laienhafte Vorstellungen, was hinter den Beschwerden „steckt“, was diese Krankheit wohl verursacht oder ausgelöst hat und was hilfreich sein könnte. Diese subjektiven Krankheitstheorien mögen im Einzelfall aus Sicht des Arztes zwar unzutreffend oder auch abwegig sein, haben aber in jedem Fall erheblichen Einfluss darauf, wie der Patient sich gegenüber seiner Krankheit und der Behandlung verhält. So gesehen hat der

Arzt nicht unbedingt die Deutungshoheit auf dem Gebiet der Symptomatik, und für eine fruchtbare Zusammenarbeit ist es erforderlich, dass er sich mit dem Patienten darüber verständigt, wie die Krankheit zu verstehen und damit zu behandeln ist. Ansonsten ist Non-Compliance die geradezu zwangsläufige Folge.

Die Bedeutung der Krankheit im Erleben des Patienten

Unter pathischem Aspekt ist nun weiter zu fragen, welche Bedeutung Krankheit für den Patienten hat. Sie schränkt nicht nur sein aktuelles Wohlbefinden und seine Leistungsfähigkeit ein; die Beschwerden signalisieren dem Kranken auch die Gefährdung seiner körperlichen und mitunter auch seiner psychischen Integrität. Wie diese Bedrohung erlebt wird, ist – auch bei gleicher Krankheit – individuell sehr unterschiedlich und abhängig von biographischen Vorerfahrungen und der Situation, in der die Krankheit den Betroffenen ereilt.

Die körperliche oder psychische Leistungsfähigkeit kann durch die Krankheit nicht nur *aktuell* eingeschränkt, sondern *anhaltend* in Frage gestellt sein. Hieraus kann eine Gefährdung der gesellschaftlichen, aber auch der partnerschaftlichen oder familiären Position resultieren: Arbeitsplatzverlust, finanzielle Einschränkungen, Verlust sozialer Kontakte und Bindungen sind geläufige Folgen langer Krankheit, aber auch die Rolle in der Familie kann sich völlig verändern. Hierdurch nehmen soziale Anerkennung und Selbstwertgefühl des Patienten Schaden.

Auf der anderen Seite hat jeder schon die entlastende Funktion von Krankheit erfahren. Schon als Schulkinder haben wir die nicht unangenehme Erfahrung gemacht, dass Hausaufgaben und selbst Klassenarbeiten zurückstehen mussten, wenn wir nur ordentlich Fieber hatten. Auch in der Welt der Erwachsenen vermag Krankheit die Anforderungen des Alltags außer Kraft zu setzen, zumindest wenn es sich um eine nicht nur banale Krankheit handelt. Der Kranke wird von der Arbeit freigestellt oder ihm wird Rente gewährt; selbst Strafverfolgung oder Strafverbüßung müssen mitunter vor Krankheit die Waffen strecken. Ernsthafte Krankheit bedeutet Moratorium vom Alltag.

Man spricht in diesem Zusammenhang auch von sekundärem Krankheitsgewinn; dieser hat häufig erheblichen Einfluss darauf, wie ein Patient mit seiner Krankheit umgeht und kann mitunter auch die Beziehung zwischen Patient und Arzt belasten. Wenn der Arzt beispielsweise das Behandlungsziel verfolgt, die Arbeitsfähigkeit des Kranken wiederherzustellen, dieser aber die Berentung anstrebt oder auch beantragt, ist ein Konflikt vorgezeichnet. Fataler Weise wird mitunter dann sogar die von dem Patienten infolge der Krankheit erfahrene Entlastung als Grund für die Erkrankung fehlinterpretiert, wobei häufig auf laienhafte psychodynamische Vorstellungen zurückgegriffen wird.

Manche Krankheiten werden aber auch als Makel und hochgradig stigmatisierend erlebt. Das gilt insbesondere auch heute noch vielfach für psychische Krankheiten, insbesondere schizophrene Psychosen und alle Suchterkrankungen, aber auch für zahlreiche körperliche Erkrankungen: Viele Hautkrankheiten gehen mit äußerlicher Entstellung des Patienten einher; Eltern versuchen die Epilepsie ihrer Kinder vor der Umwelt zu verheimlichen, venerischen Erkrankungen, also durch sexuellen Kontakt übertragbaren Infektionen, haftet das Vorurteil an, die Krankheit sei Ausdruck eines ausschweifenden Lebenswandels. Dass eine AIDS-Erkrankung den Patienten in die gesellschaftliche Isolation treibt, dürfte hinlänglich bekannt sein. (Auch das historische Beispiel der Lepra könnte hier angeführt werden.)

Krankheit als Auslöser der Regression

Krankheiten, zumindest ernsthafte oder solche mit einer unsicheren Prognose, können das Erleben des Menschen sehr tiefgreifend beeinflussen und verändern, und seine Sorgen, Befürchtungen und Erwartungen sind dabei keineswegs immer und ausschließlich logisch und vernünftig. Das wirft erhebliche Probleme für die Patientenführung auch in der somatischen Medizin auf, weil der Patient dann aus Sicht des Arztes irrational reagiert und entweder notwendige Behandlungsmaßnahmen unsinniger Weise ablehnt oder umgekehrt, völlig unrealistische Forderungen an die Behandlung stellt. Auch heftige emotionale Reaktionen können die Verständigung zwi-

schen Patient und Arzt in einer solchen Situation belasten oder ernsthaft in Frage stellen. Aus meiner Tätigkeit als psychiatrischer Konsiliarius im einem großen Universitätsklinikum sind mir solche Schwierigkeiten noch sehr geläufig. Sie rufen vor allem dann große Ratlosigkeit hervor, wenn der Patient zuvor keineswegs als jemand in Erscheinung getreten war, mit dem man nicht vernünftig reden konnte und der sich übermäßig ängstlich oder in anderer Form übermäßig emotional verhalten hatte.

Um das zu verstehen, müssen wir uns klar machen, dass eine Krankheit unser Selbsterleben erheblich erschüttern kann. Der souveräne Manager erlebt sich als urologischer Patient auf einmal in einer für ihn vorher für unvorstellbar gehaltenen Weise in den persönlichsten und intimsten Verrichtungen von der Hilfe anderer abhängig, die Ehefrau und Mutter, die sich bisher aller Nöte ihrer Lieben mit Besonnenheit und Fürsorge in beeindruckender Weise angenommen hatte, steht mit der Diagnose einer Krebserkrankung plötzlich vor einem Abgrund, angesichts dessen sie sich völlig hilflos und ohnmächtig fühlt.

In der Krankheit erleben wir eine Einschränkung unserer Autonomie, eine Hilfsbedürftigkeit und eine Abhängigkeit von der Hilfsbereitschaft anderer, wie wir alle sie zwar aus unserer Kindheit erinnern, aber mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter und der Übernahme von Verantwortung doch im allgemeinen hinter uns gelassen zu haben glauben.

Der Psychiater bezeichnet dieses Phänomen als *Regression*. Es geht einher mit einer temporären regressiven Veränderung der sog. Selbst- und Objektrepräsentanzen, also des Erlebens unserer Selbst und unserer Beziehungen zu anderen Menschen und damit auch unseres Verhaltens ihnen gegenüber. Regressive Veränderungen unseres Erlebens sind gewissermaßen ubiquitäre Begleitphänomene von Krankheit (soweit es sich nicht um ausgesprochen banale Störungen handelt).

Zur Asymmetrie der Patient-Arzt-Beziehung

Wenn sich bei einem Menschen im Zustand des Krankseins regressive Erlebens- und Verhaltensmuster manifestieren, hat das unweigerlich auch Auswirkungen auf seine zwischenmenschlichen Beziehungen, also konkret auf die Beziehungen zwischen Patient und Arzt bzw. zwischen Patient und Krankenschwester oder -pfleger. In dem Maße nämlich, wie der Patient in seiner Hilfsbedürftigkeit regrediert, verstärkt sich sein Gefühl der Abhängigkeit vom Arzt, die nun als größer erlebt wird, als dies rein sachlich geboten ist. In psychoanalytischer Terminologie könnte man dies pointiert auch als Mutter- oder Vaterübertragung bezeichnen.

Die Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Arzt ist unter Berücksichtigung dieser Überlegungen nicht nur eine Beziehung zwischen zwei gleichberechtigten Erwachsenen – das ist sie natürlich auch, und in vielerlei Hinsicht, nicht nur unter rechtlichem Gesichtspunkt, bleibt das auch der bestimmende Aspekt. Sie ist aber eben *auch* eine Beziehung zwischen einem Hilfsbedürftigen und einem, der (hoffentlich) über die nötigen Fähigkeiten zu helfen verfügt; es ist – etwas überzeichnet ausgedrückt – eine Beziehung zwischen einem, der sich mehr oder weniger ängstlich einem ominösen, bedrohlichen Krankheitsgeschehen ausgeliefert sieht und einem, der all dies einzuordnen, zu erklären und anzugehen versteht.

Da liegt die Gefahr nicht so fern, dass diese unvermeidliche Asymmetrie der Beziehung entgleist und der Arzt aus seinem Wissen um die wirksame Bekämpfung der Krankheit einen Überlegenheitsanspruch gegenüber seinem Patienten ableitet, der sich nicht mehr auf diesen umschriebenen Kompetenzbereich beschränkt. Die Hilfsbedürftigkeit des Patienten und die Fähigkeit des Arztes, gegen die Krankheit zu helfen (für weiterreichende Hilfestellungen hat er zunächst einmal nämlich keine besondere Kompetenz) kann mitunter beim Arzt Omnipotenzphantasien mobilisieren, die früher oder später auch therapeutisch problematisch, vor allem aber für die Patient-Arzt-Beziehung schädlich sind.

Die Illusion von einer Beziehung auf Augenhöhe

Es ist demgegenüber heute zweifellos ein Gebot der *politicalcorrectness*, die Beziehung zwischen Arzt und Patient so zu beschreiben, dass sich beide auf Augenhöhe begegnen. Das entspricht unserer heutigen Auffassung von der Autonomie und Selbstverantwortlichkeit des Men-

schen, selbstverständlich auch des kranken Menschen. Der Gewissheit, dass er dadurch, dass er sich in Behandlung des Arztes begibt, nicht seine Selbstverfügbarkeit aufgibt, bedarf der Kranke um so mehr, als er sich ja schon durch die Krankheit in seiner Autonomie bedroht und hilfsbedürftig, vielleicht sogar hilflos fühlt, was durch die gerade angesprochenen regressiven Prozesse noch verstärkt wird.

Und auch dem Arzt kommt dieses Verständnis einer Beziehung auf Augenhöhe entgegen; denn wenn der Patient wirklich autonom in seiner Entscheidung ist und – pointiert formuliert – zum Nutzer medizinischer Dienstleistungen wird, entlastet das den Arzt von übermäßiger Verantwortung. Die Frage ist nur, ob es wirklich so einfach ist.

Zwar gibt es zweifellos ärztliche Behandlungen, die als medizinische Dienstleistungen angesehen werden können; hierzu zählen etwa die meisten kosmetischen Operationen und viele andere elektive Eingriffe und Behandlungen. Doch auch schon hier sind die persönlichen Folgen weit aus eingreifender, als bei anderen „Dienstleistungen“, und nicht selten sind sie irreparabel.

Wenn es aber gar um Krankheiten geht, die massive Schmerzen verursachen, die meine Lebensqualität radikal gefährden – wie sieht es dann mit Kundensouveränität des Patienten aus. „Welche Souveränität,“ so wurde vor einigen Jahren einmal in einem Beitrag im Deutschen Ärzteblatt gefragt, „besitzt der 40-Jährige, den gerade ein Herzinfarkt ereilt hat, der 70-Jährige mit Oberschenkelhalsbruch, der Sportler mit Meniskusabriss oder gar das Kind, das an den psychischen und seelischen Wunden einer Misshandlung leidet? Oder wie verhält es sich mit der Kundenrolle beim lebenslustigen Mittdreißiger, dem der behandelnde Arzt die Diagnose HIV-positiv vermitteln muss.“

Gesundheit ist eben *keine* Ware, und Patienten sind keine Kunden. Es entspricht nicht der psychologischen Realität, dass sich ein schwer Kranker und sein Arzt „auf Augenhöhe“ begegnen; die Beziehung ist ohne Frage asymmetrisch: der eine bedarf dringend der Hilfe, der andere kann sie leisten. Diese Asymmetrie besteht völlig unabhängig von dem Phänomen der Regression, und sie ändert natürlich nichts an dem selbstverständlichen Gleichberechtigungsanspruch.

Konflikt zwischen Patientenwunsch und Behandlungsnotwendigkeit

Dass wir uns alle nicht immer konsequent so verhalten, wie es unserer Gesundheit förderlich wäre, weiß jeder von Ihnen. In der Behandlung führt das dazu, dass der Arzt im wohlverstandenen Interesse des Kranken mitunter Positionen vertreten muss, die dem Patienten nicht angenehm sind, die er vielleicht nicht einmal hören, geschweige denn befolgen mag. Es besteht häufig eine nicht unerhebliche Diskrepanz zwischen den Wünschen des Patienten und den Notwendigkeiten einer erfolversprechenden Behandlung.

Als ich noch ein Kind war, musste unser Hausarzt bei mir einen harmlosen, kleinen, aber etwas schmerzhaften chirurgischen Eingriff durchführen. Und er führte ihn mit der Bemerkung aus: „Jetzt musst Du einmal ganz doll auf mich schimpfen!“

Medizin schmeckt eben in der Regel bitter, und viele Behandlungen muten Patienten einiges zu: mitunter Schmerzen, häufig unangenehme Medikamentennebenwirkungen, manchmal Mobilitätseinschränkungen und nicht selten eigentlich unzumutbar viel Geduld.

Als Erwachsene sind wir – besser als Kinder – in der Lage, die Zumutungen der Therapie nicht unbedingt unmittelbar dem Arzt anzulasten, natürlich vorausgesetzt, er lässt bei der Behandlungsführung die notwendige Sorgfalt walten. Aber dass Schmerzen, Schwindel, Übelkeit oder Erbrechen als im Einzelfall unvermeidbare Begleiterscheinung einer Behandlung die Beziehung zwischen Patient und Arzt verbessern, wird man auch nicht gerade sagen können.

Der Konflikt zwischen dem, was der Patient sich wünscht und den vom Arzt zu vertretenden medizinischen Notwendigkeiten beschränkt sich allerdings auch nicht immer auf die unmittelbaren, behandlungsimmanenten Begleiteffekte der Therapie.

Der leidenschaftliche Raucher, den der Herzchirurg nicht operiert, solange er das Rauchen nicht eingestellt hat; der Diabetiker, der eine Diät einhalten, der hochdruckkranke Adipöse, der ab-

nehmen soll oder Epilepsiekranken, dem sein Arzt die Arbeit an laufenden Maschinen oder das Führen eines Kraftfahrzeugs untersagt – sie alle sehen sich Forderungen ihres Arztes gegenüber, die medizinisch unbestreitbar notwendig, ja unverzichtbar sind, die aber in erheblichem Widerspruch zu anderen, dem Patienten ebenfalls sehr wichtigen Interessen stehen.

Mitunter wird der Arzt nicht umhin kommen, Haltungen seines Patienten in Frage zu stellen, die dieser als ausgesprochen ich-synton, als fest in seinem Charakter verankert erlebt. Denken Sie beispielsweise an Menschen, die infolge eines überzogenen beruflichen Ehrgeizes immer wieder in Situationen der Selbstüberforderung geraten oder an jemanden, der nicht anders zu können glaubt, als sich für andere aufzuopfern und ein schlechtes Gewissen bekommt, wenn Krankheit und Behandlung dies zumindest temporär nicht erlauben.

Der Patient im Konflikt mit gesellschaftlichen Normen und Forderungen

In vielen Situationen vertritt der Arzt auch gesellschaftliche Normen, mitunter auch explizite Forderungen an den Patienten. Bei schweren, akuten psychischen Krankheiten ist eine sog. Unterbringung eines Patienten, also seine zwangsweise Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus gegen seinen erklärten Willen, auf der Grundlage eines ärztlichen Zeugnisses möglich. Bei manchen Infektionskrankheiten besteht eine namentliche Meldepflicht, was natürlich für den betroffenen Patienten im Einzelfall erhebliche Auswirkungen haben kann.

Der Arzt hat eine Schlüsselstellung nicht nur in der Feststellung von Testier-, Prozess- oder Verhandlungsfähigkeit, sondern vor allem bei der Entscheidung der Frage, ob ein Patient seiner Berufstätigkeit nachgehen muss – oder darf. Hierbei geht es nämlich keineswegs immer nur darum, den Kranken von der Arbeit freizustellen und so vor einer weiteren Verschlechterung seines Gesundheitszustandes zu schützen; nicht selten wird von anderer Seite – dem Arbeitgeber, Dienstherrn oder der Krankenkasse – auch eine Berentung betrieben, die weder medizinisch erforderlich ist noch im Interesse des Patienten.

In anderen Situationen muss der Arzt aber auch die wohlverstandenen Interessen des Patienten vertreten, wo dieser sich gesellschaftlichen oder anderen Erwartungen allzu bereitwillig zu unterwerfen bereit ist oder sie gar verinnerlicht hat.

Schließlich: Dass die Rationierung medizinischer Leistungen schon heute praktiziert wird, kann man von interessierter Seite vehement bestreiten; aber sie ist – bei uns wie in anderen Ländern – längst Realität.

Vor einigen Jahren führten wir mit einer Krankenkasse eine erbitterte Diskussion über die Notwendigkeit der stationären Behandlung Alkoholkranker. Der Krankenkassenvertreter – kein einfacher Sachbearbeiter, sondern der 2. Mann in der Hierarchie des Landesverbandes seiner Krankenkasse – verstieg sich dabei zu der Äußerung: „Ihre Alkoholiker kosten uns das Geld, das uns fehlt, um die Behandlung von Kindern mit schweren Verbrennungen zu verbessern.“ Diese emotionalisierende Äußerung empfand ich damals als äußerst empörend; aber im Grunde genommen ist doch das wirklich bedrückende der Umstand, dass hier eine Priorisierung vorgenommen wird (und möglicherweise auch vorgenommen werden muss).

Aus Sicht des Patienten entscheidet – seine eigene Zustimmung vorausgesetzt – letztlich der Arzt, welche Behandlung ihm zuteil wird. Und er erwartet – aus meiner Sicht durchaus nachvollziehbar – dass er die nach dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand bestmögliche Behandlung erhält. Tatsächlich aber stehen die von der Solidargemeinschaft der Versicherten durch die gesetzliche Krankenversicherung gewährleisteten medizinischen Leistungen unter dem Vorbehalt der Wirtschaftlichkeit. So heißt es in § 12 SGB V:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig *oder unwirtschaftlich* sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Selbst für die Dauer einer Krankenhausbehandlung ist nicht etwa allein ausschlaggebend, wie viel Zeit der jeweilige Patient benötigt, um das individuell bestmögliche Behandlungsergebnis zu erzielen; soweit eine kostengünstigere Alternative zur Verfügung steht, ist diese zu wählen, auch wenn das im konkreten Einzelfall für den Patienten oder seine Angehörigen mit einigen Belastungen und Risiken verbunden ist. Im Bereich der Psychiatrie hat das zu der vielfach beklagten Entwicklung einer „Drehtürpsychiatrie“ mit verkürzter Verweildauer im Krankenhaus, aber häufigeren Wiederaufnahmen beigetragen.

Hier wird die wirtschaftliche Dimension der Behandlung unabweisbar deutlich, und insofern der Arzt seine Tätigkeit im Auftrage der Solidargemeinschaft der Versicherten ausübt, vertritt er dem Patienten gegenüber stets auch deren normative Vorgaben – ob er es will oder nicht.

Die umfassende Ökonomisierung der Krankenbehandlung

Krankheit hat eben immer auch eine gesellschaftliche Dimension, und das heißt heute, in einer Zeit um sich greifender Kommerzialisierung aller Lebensbereiche: eine ökonomische Dimension. Man spricht gemeinhin von einem Gesundheitsmarkt und überantwortet damit diese traditionelle Aufgabe gesellschaftlicher Daseinsfürsorge den Gesetzen des freien Marktes und der Gewinnmaximierung. Welche Interessen und welche Kräfte hier wirken, kann man erahnen, wenn man sich das finanzielle Volumen vor Augen führt: Das statistische Bundesamt bezifferte die Gesundheitsausgaben für das Jahr 2009 mit 278 Milliarden Euro, was 11,6 % des Bruttoinlandsproduktes entspricht. Wenn dann mit einem Anstieg auf bis zu 20% gerechnet wird, muss das Begehrlichkeiten wecken. Ökonomische Überlegungen überlagern immer deutlicher die medizinischen Notwendigkeiten. Und damit bewegt sich der Patient „in einem Umfeld, das u.a. von Renditeerwartungen privater Geldgeber einerseits und vom immensen Spardruck der öffentlich-rechtlichen Krankenträger andererseits geprägt ist“³

Wenn aber die Renditeerhöhung das ausschlaggebende Ziel wird, an dem sich Behandlungsprozesse zu orientieren haben, dann wird aus dem Kranken ein gutes oder schlechtes Risiko für den Krankenhausbetreiber, um das er in dem einen Fall wirbt und das er im anderen Fall möglichst schnell wieder loszuwerden versucht. Die Gefahren einer einseitig an wirtschaftlichen Kennzahlen ausgerichteten medizinischen Versorgung sowohl für den einzelnen Kranken wie für die Gesellschaft sind so offensichtlich – und man muss hinzufügen: inzwischen bereits so konkret erfahrbar – dass sie hier nicht näher ausgeführt werden brauchen.

Gefahr institutionszentrierter Behandlungsentscheidungen

Um den Anforderungen gewachsen zu sein und die gesteckten Ziele zu erreichen, ist es für eine Institution von herausragender Bedeutung, dass ihre Mitglieder bzw. im Falle des Krankenhauses ihre Mitarbeiter sich mit ihr identifizieren. Aber gerade wer sich einer Aufgabe verschrieben hat und mit Überzeugung für sie engagiert, gerät allzu leicht in Gefahr, unkritisch gegenüber der Institution zu werden, in der er die Möglichkeit verkörpert sieht, im Sinne der Sache etwas zu erreichen. Dies trägt letztlich auch zu den allen Institutionen (also auch denen, die überhaupt nicht auf finanzielle Gewinnmaximierung angelegt sind) innewohnende Tendenz bei, ihren Fortbestand und ihre eigene Entwicklung zu sichern.

Bezogen auf die Mitarbeiter des Krankenhauses bedeutet dies, dass bei Entscheidungen und Handlungen neben patientenorientierten auch institutionszentrierte Überlegungen von mehr oder weniger großem Gewicht sind. Jeder Führungskraft in einem Krankenhaus sollte dieses Problem gegenwärtig sein, aber es betrifft natürlich nahezu alle Ebenen und Bereiche und kann sich beispielsweise auch darin äußern, dass dem Patienten im Zweifelsfall eher die therapeutische Option vorgeschlagen wird, die die jeweilige Klinik für eine bestimmte Erkrankung auch vorhält und nicht das Behandlungsverfahren, das im Sinne einer patientenorientierten Indikation vielleicht günstiger wäre.

³Hohagen F, Lotz-Rambaldi W (2011) FortschrNeurolPsychiat 79:329

Krankenhäuser sind, wie der Züricher Psychiater Ernst einmal treffend geschrieben hat, „Notbehelfe. Nicht deshalb ist es gut, in ihnen zu arbeiten, weil ihre Struktur gut ist, sondern deshalb, weil etwas Besseres zur Abwendung unerträglicher Zustände jetzt und hier nicht existiert.“

Daran, so glaube ich, müssen wir uns immer wieder einmal erinnern.

Das Krankenhaus als Ort der Heteronomie

Menschen haben zu Krankenhäusern ein etwas zwiespältiges Verhältnis: Niemand möchte wirklich gerne dort hinein, aber sie sind auch ein Ort, der Sicherheit verkörpert; denn wenn in einer Gemeinde ein Krankenhaus geschlossen werden soll, ist die Empörung in der Bevölkerung groß.

Das moderne Krankenhaus verkörpert gleichermaßen die Leistungsfähigkeit der hochtechnisierten Medizin wie auch ihre Gefahren und Schattenseiten. Es gewährleistet Behandlungsoptionen und Überlebenschancen in Situationen, die noch vor einigen Jahren prognostisch als infaust galten. Dies ist nur möglich mit Hilfe z. T. hochtechnisierter, in jedem Fall sehr differenzierter und komplexer diagnostischer Methoden und Behandlungsprozeduren. Was das für den Patienten bedeuten kann, liest sich in dem international führenden Lehrbuch der Inneren Medizin von Harrison folgendermaßen:

„Der Arzt muss sich darüber im Klaren sein, dass ein modernes Krankenhaus die meisten Patienten einschüchtert. Stationäre Patienten sind umgeben von Luftdüsen, Alarmknöpfen und –lichtern, angeschlossen an Schläuche und Drähte. Sie werden von unzähligen Mitgliedern des Versorgungsteams umschwärmt: Schwestern, Schwesternhelferinnen, Assistenzärzten, Sozialarbeitern, Medizintechnikern, Physiotherapeuten, Medizinstudenten, Krankenhausmitarbeitern, den Stations- und Konsultationsärzten und vielen mehr. Sie werden zu speziellen Labors und Röntgeneinrichtungen gebracht, die reichlich mit blinkenden Lichtern ausgestattet sind, seltsame Geräusche machen und von unbekanntem Menschen bedient werden. Die Patienten sind gezwungen, ihr Zimmer mit anderen Patienten zu teilen, die ihrerseits gesundheitliche Probleme haben. Es wundert einen fast, dass Patienten ihren Realitätssinn nicht verlieren. Eine enge persönliche Bindung an den Arzt hilft dem Patienten, eine derart belastende Situation zu überstehen.“

Mit der Aufnahme in eine moderne Klinik kommt der Patient in ein System, dessen Abläufe ihm ungeachtet aller Bemühungen um Transparenz zu einem Großteil rätselhaft bleiben. Hierdurch wird die schon durch die Erkrankung möglicherweise hervorgerufene Verunsicherung des Patienten verstärkt, der sich einer hochtechnisierten, arbeitsteiligen Maschinerie mit häufig wechselnden Gesprächspartnern und Akteuren gegenüber sieht. Er kann zwar heute möglicherweise bei der Essensbestellung zwischen zahlreichen Menüvorschlägen wählen - aber die Zeit des Essens ist ebenso wie die Zeit der Nachtruhe von außen, d. h. von den Abläufen des Krankenhauses vorgegeben. Bei stärkerer körperlicher Beeinträchtigung ist der Patient auch bis hin zur Körperpflege auf die Hilfe anderer und damit letztlich auch auf die Ablauforganisation des Krankenhauses angewiesen. Das Krankenhaus ist auch ein Ort der Heteronomie.

Um die komplexen Abläufe moderner klinischer Behandlungen zum Nutzen des Patienten handhabbar zu machen und auf Probleme im therapeutischen Prozess frühzeitig reagieren zu können, sind elaborierte Verfahren der Behandlungsstandardisierung eingeführt worden. Und es ist für den Patienten ja in der Tat von Vorteil, wenn sich sein behandelnder Arzt in der Therapie nicht allein auf seine persönliche Erfahrung, sein Wissen und seine Intuition verlassen muss, sondern sich an Behandlungsleitlinien orientieren kann.

Wir sehen allerdings zunehmend die Grenzen und Schwächen eines solchen Vorgehens, das mit Begriffen wie evidenzbasierte Medizin, standardsofcare oder Qualitätssicherung verknüpft ist. Abweichende Besonderheiten in Symptomatik und Krankheitsbild des einzelnen Patienten haben keine Entsprechung in den Stichproben kontrollierter Therapiestudien, und es besteht zumindest die Gefahr, dass solche Patienten mit einem betont leitlinienorientierten Therapiealgorithmus nicht angemessen behandelt werden.

Nicht weniger bedenklich ist, dass der Schwerpunkt einseitig auf eine Standardisierung der Behandlung des jeweiligen Krankheitsbildes gelegt wird und die Person des Kranken dabei nicht genug Beachtung findet.

Im Jahr 1927 wurde in dem renommierten *Journal of the American Medical Association* eine Vorlesung des bereits erwähnten Sir Francis W. Peabody mit dem Titel *The Care of the Patient* publiziert, in der es unter anderem heißt:

„When a patient enters a hospital, one of the first things that commonly happen to him is that he loses his personal identity.“ (Wenn ein Patient in ein Krankenhaus kommt, ist so mit das erste, was ihm widerfährt der Verlust der persönlichen Identität)

Er bezieht sich damit auf die häufig karikierte Gepflogenheit von Ärzten, von Patienten intern nicht als Personen mit Namen zu sprechen, sondern als Organfunktionsstörungen zu bezeichnen, etwa: Die Galle in Zimmer 3, oder der Apoplex von heute Nacht. Diese etwas merkwürdige und keineswegs nur bei Krankenhausärzten anzutreffende Diktion geht über die eingangs angesprochene Verobjektivierung individueller Beschwerden im Rahmen des diagnostischen Prozesses hinaus; sie entindividualisiert nicht mehr nur Beschwerden, sondern den betroffenen Menschen, indem sie ihn auf die bei ihm gestörte Organfunktion reduziert. Da unsere Sprache nicht nur etwas über unsere Einstellung aussagt, sondern sie auch beeinflusst, ist das nicht unproblematisch.

Die Patient-Arzt-Beziehung

Einen besonderen Stellenwert in jeder Behandlung, ganz gleich ob ambulant oder stationär, hat – zumal aus Sicht des Patienten – die Patient-Arzt-Beziehung. Ihre besondere Qualität wird auch in der rechtlich besonders geschützten ärztlichen Schweigepflicht augenfällig; ein Verstoß gegen sie ist immerhin ein Straftatbestand. Von wenigen, gesetzlich jeweils genau und konkret festgelegten Ausnahmetatbeständen abgesehen, darf der Arzt ohne die ausdrückliche Genehmigung seines Patienten Dritten keinerlei Auskunft über irgendeinen Aspekt der Behandlung erteilen, nicht einmal über die bloße Tatsache, dass er von einem bestimmten Patienten konsultiert wurde. Das gilt auch gegenüber den nächsten Angehörigen, gegenüber staatlichen Institutionen wie Polizei, Staatsanwaltschaft oder Gerichten; auch gegenüber anderen an der Behandlung beteiligten Institutionen wie Krankenkasse und Krankenhaus ist die besondere Vertraulichkeit der Beziehung zwischen Patient und Arzt durch die ärztliche Schweigepflicht rechtlich geschützt.

In der Psychiatrie und Psychotherapie erfährt die Beziehung zwischen Patient und Arzt bekanntlich besondere Aufmerksamkeit und hat den Stellenwert eines therapeutischen Agens; in der somatischen Medizin ist sie kaum weniger wirksam – denken Sie nur an den berühmten Placeboeffekt – , wird aber heute vielfach vernachlässigt.

Demgegenüber hatte Harrison in dem eben angeführten Zitat darauf hingewiesen, dass eine enge persönliche Bindung an den Arzt dem Patienten helfen kann, die Belastungen, die mit einer Krankhausaufnahme mehr oder weniger zwangsläufig verbunden sind, zu bewältigen. Das aber bedeutet doch, dass es in der Beziehung zwischen Patient und Arzt nicht nur darum geht, wie sich beide mit einander verständigen und miteinander zurecht kommen; sie muss dem Patienten auch helfen, sich im Medizin- und Krankenhausbetrieb zu orientieren und zurechtzufinden.

Der Patient im Krankenhaus ist auf beide angewiesen, auf seinen Arzt und die Klinik. Und es wird ihn verunsichern, wenn sich sein Arzt dadurch zu profilieren sucht, dass er die Klinik entwertet. Aber es ist für den Patienten gleichermaßen problematisch, wenn er den Eindruck bekommt, dass sich der ihn behandelnde Arzt weniger ihm persönlich als der Klinik verpflichtet fühlt.