

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DER "IDEALE" ARZT

aus der Sicht der Patienten

Wenn etwas „ideal“ sein soll, dann stößt es oftmals rasch an seine Grenzen. Das gilt für alle Bereiche. Am meisten aber wohl für den „idealen“ Arzt. Der ergibt sich nebenbei weniger aus seinem Fachwissen, mehr aus der individuellen Arzt-Patient-Beziehung. Und die wird ja von zwei Seiten bestimmt und geht – situations- bzw. krankheits-bedingt – auch weit über das hinaus, was ein „idealer“ Arzt in den Augen der Allgemeinheit zu bieten habe. Es gibt also die generelle Perspektive und die der Patienten. Und bei Letzteren noch einmal unterschieden nach körperlichen Krankheiten und seelischen Störungen. Und hier sicher noch einmal zu differenzieren in das ambulante Verhältnis in Praxis oder Poliklinik und den stationären Bereich in einem Krankenhaus. Man sieht, der Wunsch-Katalog wirft mehr Fragen auf, als man erst einmal ahnt.

Nachfolgend deshalb das Ergebnis einer Befragung in einer psychiatrischen Klinik. Was wünschen sich die dortigen Patienten von ihrem „idealen“ Arzt, unterteilt nach Persönlichkeit, Arzt-Patient-Beziehung und Behandlungs-Umfeld?

Erwähnte Fachbegriffe:

Arzt-Patient-Beziehung – idealer Arzt – seelisch Kranke und ihr Arzt - psychische Krankheit und Arzt – Idealbild des Arztes – Kommunikations-Fähigkeit des Arztes – Kommunikations-Wille des Arztes – Praxis-Stress und idealer Arzt – Klinik-Stress und idealer Arzt – Bürokratie und idealer Arzt – Konkurrenz-Druck im Gesundheitswesen – Compliance – Therapietreue – Adherence – Persönlichkeit des Arztes – Erreichbarkeit des Arztes – Verfügbarkeit des Arztes – Freundlichkeit des Arztes – sympathischer Arzt – interessierter Arzt – verständnisvoller Arzt – einfühlsamer Arzt – ärztliche Kompetenz – ärztliches Fachwissen – aufmerksamer Arzt – geduldiger Arzt – pünktlicher Arzt – verständliche Aufklärung – kooperatives Arzt-Patient-Verhältnis – Behandlungs-Umfeld des Arztes – Burnout des Arztes – u.a.m.

Millionen Menschen bewegt Tag für Tag nur eine Sorge: 1. Was werde ich haben? 2. Wie wird der dafür Zuständige es mir vermitteln? 3. Und nicht zuletzt: Was wird er tun? Und dies alles weltweit.

Gemeint ist ein Beschwerdebild und damit zumeist eine Krankheit. Gemeint ist die entsprechende Diagnose, die der dafür zuständige Arzt erläutern muss. Und gemeint ist die Art und Weise, wie er das tut. Und natürlich: was er dann therapeutisch vorschlägt. Und dies, wie gesagt, millionenfach und weltweit.

Und das Ganze noch einmal unterschieden in zwei große Bereiche: Zum einen körperliche Krankheiten, zum anderen seelische Störungen mit ihren spezifischen psychosozialen Konsequenzen.

Die Frage, was folgenreicher belastet, ist letztlich unerheblich. Das hängt von vielerlei Faktoren ab, die hier nicht weiter diskutiert werden sollen. Eines aber ist sicher: Seelisch Kranke gingen schon immer „durch eine andere Türe“ wie rein organisch belastete Patienten. Ihr Leiden und vor allem die Folgen sind nicht nur ausgeprägter durch Stigmatisierung oder gar Diskriminierung gefährdet, es drohen auch vor allem sozial breiter gefächerte und zeitlich längere Krankheits-Folgen (was vor allem wirtschaftliche Konsequenzen nach sich zieht, wie uns die Ökonomen immer unverblümt vorrechnen). Und dies auf der Basis einer krankheits-bedingt anfälligeren Widerstandskraft – und damit auch Prognose (Heilungsaussichten).

Kurz: Seelisch Kranke pflegen häufig anfälliger auf ihr Leiden bzw. Diagnose, Beschwerdebild und vor allem psychosoziale Konsequenzen zu reagieren wie körperlich Betroffene. So jedenfalls die Meinung vieler Experten, vom Hausarzt bis zum Psychiater.

Da kommt dem behandelnden Arzt eine besondere Bedeutung zu. Seelische Leiden sind meist mehrschichtig, komplex, vor allem angesichts der zu erwartenden partnerschaftlichen, familiären, beruflichen, nachbarschaftlichen, gesellschaftlichen Konsequenzen risikoreicher, auch langfristig folgenschwerer und damit schwieriger zu behandeln. Auch das hängt natürlich von vielen Faktoren ab: Individuell, hereditär (erbliche Belastung), persönlichkeits-spezifisch, psychopathologisch (Leidensbild), ätiopathogenetisch (Ursache und Verlauf), familiär, Freundeskreis oder Nachbarschaft (Belastbarkeit des Umfeldes), kurz: von gesellschaftlichen Aspekten im weitesten Sinne bis zu spezifischen Möglichkeiten und Grenzen, nicht zuletzt wirtschaftlich gesehen (also Berufs-, zumindest aber Beschäftigungs-Chancen).

Neben diesem „Berg“ von krankheits-relevanten Gesichtspunkten, die zu berücksichtigen sind, ist vor allem ein Faktor von großer Bedeutung, auch wenn er nur selten zur Sprache kommt: die Arzt-Patient-Beziehung. Immerhin begleitet dieses Verhältnis den Betroffenen vom Beginn seines Leidens bis zur hoffentlichen Genesung. Beispiele: Beginnendes, schließlich immer hartnäckiger werdendes Beschwerdebild → (über-) lange Zeit des Zuwartens („Prinzip

Hoffnung“) → Gang zum Arzt → Leidens-Schilderung → Untersuchung → Befund → Diagnose → Erläuterung der Krankheit mit Therapie-Vorschlägen → Behandlung → Nachbetreuung u. a. Mit anderen Worten: Hier ist eine zentrale Stelle bzw. Person für eine lange, in der Regel sorgen-schwere und belastungs-intensive Zeit begleitend, stellenweise entscheidend zuständig. Und dieser Mitmensch, dem man sich gesundheitlich anvertrauen soll/will/muss, sollte möglichst „ideal“ sein, um es verkürzt auszudrücken. Das hört sich zwar etwas naiv an, wird von den Meisten wohl auch relativiert, bleibt im Kern aber eines der größten, wenn auch heimlichen Anliegen des Erkrankten.

Eines oder gar *das* größte Anliegen? Das wäre zu prüfen. Das müsste man konkret ermitteln. Am leichtesten durch Fragebogen, am treffendsten durch persönlichen Kontakt, sprich gezieltes Interview. Schließlich gibt es mehr Komponenten bzw. Variationen zu diskutieren, als in offenen oder gar geschlossenen Fragen enthalten bzw. möglich ist.

Wenn das nun aber wirklich so bedeutsam sein soll, gibt es dazu nicht reichlich Forschungs-Ergebnisse? Die Antwort irritiert, aber ist nachprüfbar: Es gibt sie, aber häufig sind sie nicht, vor allem nicht mit (aufwendigeren) Interviews abgesichert. Deshalb ist jeder neue Versuch begrüßenswert.

Dazu liegt inzwischen eine wünschenswerte wissenschaftliche Ergänzung vor, nachzulesen in der Fachzeitschrift *Psychiatrische Praxis* unter dem Titel *Der „ideale“ Arzt aus Sicht psychiatrischer Patienten* von Dr. Susanne Theisel und Dr. Tanja Schielein von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg und Privat-Dozent Dr. H. Spießl von der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Landshut (*Psychiatrische Praxis* 37 (2010) 279). Was haben uns deren Untersuchungs-Ergebnisse zu sagen?

Eine alte Wunschvorstellung – bis heute

Schon in der Antike wurde diskutiert, was den „guten“ Arzt ausmachen soll. So schrieb der wohl berühmteste Arzt seiner Zeit, nämlich Hippokrates vor rund 2500 Jahren: „Gute Ärzte sind solche, die sich aus fremden Leiden eigene Sorgen bereiten“. Treffender kann man es wohl nicht formulieren, auch nicht kürzer. Aber ganz so einfach ist es nicht, das wusste auch Hippokrates, der nebenbei kein Theoretiker, sondern ein praktisch tätiger und erfahrener Arzt in Kos/Griechenland war und dessen Schriften bis heute Basis und Einstieg vieler moderner Untersuchungen mit jahrtausend-alter Fragestellung sind.

Gleichwohl: Schon Medizinstudenten im vorklinischen Studienabschnitt haben ein durchaus einheitliches und durchweg gleichbleibendes Bild vom „idealen“ Arzt, den sie einmal werden wollen: Neben Kompetenz, Aufmerksamkeit und Interesse gegenüber dem Patienten soll der Arzt (und sie später auch) sympathisch, ehrlich und freundlich sein.

Auch für dann schließlich praktizierende Ärzte stellt sich selbst im hektischen Praxis-Alltag immer wieder die Frage nach dem berufs-eigenen Idealbild, über das sie im Stillen, in Selbstgesprächen und vielleicht im kleinen Kreis oft genug nachdenken (müssen). Allerdings kommt hier eine Alters-Komponente modifizierend hinzu:

- Bei jungen Ärzten steht eher die Kompetenz in der Behandlung im Vordergrund.
- Ältere Ärzte halten den persönlichen Einsatz und die partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung für am wichtigsten.

Und die „andere Seite“, der Patient? Das weist interessanter Weise auch andere Schwerpunkte auf. Beispielsweise die (möglichst rasche und stetige) Erreichbarkeit und Verfügbarkeit an oberster Stelle. Im Weiteren Verlässlichkeit, Vertrauen, Information über die Erkrankung sowie Kommunikations-Fähigkeit und – selbst im Berufs-Stress nie nachlassender – Kommunikations-Wille.

Vor allem Letzteres lässt aufhorchen. Das scheint nämlich aus der Sicht der Kranken ein besonderer Kern-, konkreter ausgedrückt: Schwach-Punkt zu sein. Oder kurz: Von den Patienten bemängelt wird vor allem die fehlende kommunikative Kompetenz der Ärzte.

Das ist zwar ein altes Problem, aber eine relativ neue Forderung. Gleichsam eine neue Sichtweise in der Arzt-Patient-Beziehung. Und ein ernst zunehmendes Defizit, das in der Ärzteschaft erst langsam an Diskussions-Breite und -Intensität zu gewinnen scheint. Und dies nicht zuletzt im psychiatrischen Fachbereich, der medizinischen Disziplin mit den Schwerpunkten Zuhören, Besprechen und Empfehlen, also: Gespräch, Aufmunterung, End-Ängstigung, Stabilisierung.

Und hier nicht nur in der Praxis und Ambulanz/Poliklinik, auch (und besonders?) im psychiatrischen Krankenhaus. Stichworte: Kompetenz ja, aber auch Einfühlsamkeit und sich um den einzelnen Patienten „kümmern“, also nochmals: ein Gespräch oder – falls möglich – deren mehrere. Dabei ist aber nicht nur der Arzt gefordert. Vor allem die kommunikative Qualität des ganzen Stations-Teams ist von zentraler Bedeutung für die Zufriedenheit psychisch kranker Menschen, so die Autoren in ihren einleitenden Sätzen zum „idealen“ Arzt aus der Sicht psychiatrischer Patienten.

Das ist nebenbei ein heißes Diskussions-Thema, das oft genug in Experten-, vor allem aber Arztkreisen selber („von der Front“) auf kontroverse Ansichten stößt. Und zwar nicht zuletzt aus bürokratischen Gründen („je mehr Bürokratie, desto weniger Kommunikations- bzw. Zuwendungs-Möglichkeiten generell“).

Das ist einerseits nachvollziehbar. Andererseits sind die Patienten von heute u. a. durch den gestiegenen Konkurrenz-Druck von Leistungs-Anbietern im Gesundheitswesen nicht zuletzt auch zu „Kunden“ (vornehmer ausgedrückt: Klienten) geworden. Insbesondere im Rahmen des derzeit gängigen Qualitätsmanagements (QM) sollen und werden ihre Bedürfnisse festgestellt und zunehmend in der Therapie berücksichtigt. Damit erhofft man sich eine gezieltere Behandlung, die den Vorstellungen der Patienten entspricht. Und dadurch eine höherer Therapietreue (früherer Fachbegriff: Compliance, jetzt als Adherence bezeichnet) – und damit Behandlungserfolg.

Wie die Ärzteschaft über diese QM-Strategien denkt, soll hier nicht weiter diskutiert werden. Man kann sich schon vorstellen, dass solche Auflagen nicht nur auf Zustimmung oder gar Freude stoßen. Dies nicht zuletzt unter den defizitären Personal-Bedingungen, sprich: immer weniger niedergelassene und vor allem klinisch tätige Ärzte müssen immer mehr leisten, und zwar nicht nur „am Krankenbett“, sondern gleichsam „bürokratisch erdrosselt“. Dafür ist zwar im negativen Falle niemand verantwortlich, wie so oft, doch die – letztendlich auch juristische bedrohende – Papier-Flut wächst ständig und das Zeit-Fenster für jeden Patienten schmilzt. Und damit auch die Zufriedenheit.

Möglichkeiten – Grenzen – Gefahren

Sowohl das Deutsche Krankenhaus-Institut als auch die gewerkschaftliche Interessenvertretung der angestellten Ärzte im Marburger Bund kommen zu der Erkenntnis: Es fehlen Ärzte im Krankenhaus, viele Stellen sind unbesetzt, müssen von den Verbliebenen mitversorgt werden. Differenzen gibt es aber nach der Zahl der unbesetzten Stellen.

So sind nach einer Befragung des Marburger Bundes derzeit mindestens 12000 Stellen im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser nicht besetzt (Befragungszeitraum: September und Oktober 2010).

Umgekehrt ergibt die Befragung von 450 Krankenhaus-Geschäftsführungen durch das Deutsche Krankenhaus-Institut ein Defizit von „nur“ ca. 5500 offenen Arztstellen (Befragungszeitraum: Januar/Mär 2010).

Ob nun die eine oder andere Zahl stimmt (immerhin doppelt so hoch), eines wird deutlich: In der Tat, es fehlen Ärzte – und dies bei einer wohl bedeutendsten Aufgabe in unserer Gesellschaft. Doch woher kommt diese Diskrepanz in den Befragung- Ergebnissen?

Wie das Deutsche Ärzteblatt 8/2011 erläutert, könnte es auf den Einsatz der so genannten Honorarärzte zurückgehen. Das sind Ärzte, die ohne ein gleichzeitig bestehendes Angestellten-Verhältnis gegen ein vereinbartes Honorar in den Kliniken praktizieren. Nach entsprechenden Schätzungen mehr als 4000 – Tendenz steigend.

Dies ist einerseits eine gewisse Entlastung, andererseits wohl nur ein Lösung auf Zeit, die durch die erheblichen Gehalts-Unterschiede letztlich auch kontrovers diskutiert werden. Honorarärzte verdienen natürlich als Anreiz deutlich mehr als angestellte Ärzte und müssen auch nicht in jedem Fall alle Aufgaben erledigen, nicht zuletzt die vielen Verwaltungsaufgaben, die ärztliche Weiterbildung der jungen Kollegen, die Kontaktpflege zu den zuweisenden niedergelassenen Ärzten, die Personalgewinnung, kurz: Alles Organisatorisches, dass natürlich beim „Stammpersonal“ hängen bleibt (J. Flintrop, DÄ 8/2010).

So nimmt es auch nicht Wunder, dass in der gleichen Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes laut einer aktuellen Umfrage 34 % der Ärzte in Deutschland mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden sind. Bei den niedergelassenen Ärzten liegt die Zahl mit 44 % noch darüber.

Die niedergelassenen Ärzte in ihren Praxen belastet besonders der bürokratische Verwaltungsaufwand (54%), während die angestellten Ärzte vor allem die hohe Arbeitsbelastung als Grund ihrer Unzufriedenheit angeben (64%). Am meisten belasten, verärgern und lassen über einen Wechsel nachdenken: Bürokratie, Regress-Risiken, eine bisher nicht angemessene Vergütung sowie eine Infrastruktur, die für Ärzte und ihre Familien immer unattraktiver wird (nicht zuletzt dort, wo Ärzte am meisten gesucht werden, nämlich auf dem Land).

Methode und Daten-Erhebung

Aber zurück zum eigentlichen Thema: Die meisten dieser sogenannten QM-etablierten Patienten-Befragungen wurden bisher mit experten-generierten Fragebögen durchgeführt, wie das die Fachleute nennen. Das hat seine Vorteile. Man kann in kurzer Zeit eine große Zahl erfassen. Und die Ergebnisse haben durchaus Informations-Wert. Andererseits – man kann es sich denken – bergen Fragebogen auch die Gefahr, dass die für den einen oder anderen Patienten relevanten Aspekte nicht aufgeführt bzw. damit die subjektive Sicht des Kranken nur unzureichend erfasst werden.

Diese Einschränkungen versuchte nun das Autoren-Team der Psychiatrischen Kliniken von Regensburg und Landshut durch „problem-zentrierte, halb-strukturierte Interviews“ zu umgehen. Vorteil ist das freie Erzählen über eine dann auch durchaus subjektive Meinung in psychischer Not. Einstieg war die Frage: Wie sollte ihrer Meinung nach der ideale Arzt sein? Danach wurde nach den persönlichen Vorstellungen bei Aufnahme, während der Behandlung und bei der Entlassung gefragt.

Erfasst wurden an 4 Stichtagen mittels psychiatrischer Basis-Dokumentation (BADO) 60 Patienten im Alter zwischen 18 und 65 Jahren mit den Diagnosegruppen Schizophrenie, bipolare (=manisch-depressive) Störung, Depression

und Persönlichkeitsstörung. Das hört sich trotz erheblichem Interview-Aufwand nicht sehr „repräsentativ“ an. Allerdings muss man die besonderen Bedingungen im Rahmen einer klinisch behandelten Klientel berücksichtigen. Die sind nämlich bezüglich einer (bei Gesunden deutlich problemloseren) Daten-Gewinnung eher frustrierend. So blieben von ursprünglich 205 statistisch erfassten Patienten am Schluss nur 60 übrig, die den Wissenschaftlern bei der ja an sich essentiellen Frage Rede und Antwort stehen konnten: Wie sieht *Ihr* idealer Arzt aus?

Immerhin kamen dabei über 600 Aussagen zustande, die sich in 3 Kategorien unterteilen ließen: 1. Persönlichkeit des Arztes, 2. Arzt-Patient-Beziehung und Behandlung sowie 3. Behandlungs-Umfeld des Arztes. Im Einzelnen:

- **Persönlichkeit des Arztes**

Fast 40% aller Aussagen betrafen die *Persönlichkeit des Arztes*. Was wurde gewünscht?

- Gerade in Lebens-Situationen, in denen es den Betroffenen schlecht geht, ist es vor allem die *Erreichbarkeit* und *Verfügbarkeit* des Arztes, die für die Erkrankten so wichtig ist. Dreiviertel wünschten sich, der ideale Arzt möge Zeit haben, bzw. sich die Zeit für den Kranken nehmen. Denn „man hat immer wieder irgendwelche Fragen oder Ängste“, „es geht einem plötzlich schlechter“, „man ist so hilflos und sehnt sich nach ärztlichem Trost, nach Beruhigung oder Aufklärung“. Fazit: Der Arzt möge sich (mehr) Zeit nehmen.

Also auch hier : Zeit, eines der wichtigsten in diesem Fall sogar das wichtigste Gut eines modernen Menschen, hier als ärztlicher Kontakt-Wunsch für einen selber.

- Eine weitere wichtige Eigenschaft war für zwei Drittel der Patienten, dass der Arzt *freundlich und sympathisch* sei. Schließlich würde man gern mehr erzählen, vielleicht alles erzählen, aber oftmals geht es nicht, weil beispielsweise die „Chemie“ nicht stimmt. Freundlichkeit scheint also auch und vor allem bei psychisch erkrankten Menschen das „Tor zur Seele“ zu öffnen.

- *Engagement* und *Interesse* zeigen, dritt-häufigst genannte Eigenschaft des idealen Arztes in mehr als der Hälfte der geäußerten Wünsche. Man sollte halt nicht den Eindruck haben müssen, hier wird nur eine (lästige?) Pflicht erfüllt, ein „Job abgeleistet“. Es sollte schon irgendwie rüber kommen, dass man mit dem Herzen dabei ist und wirklich helfen wolle.

- Ebenfalls in mehr als der Hälfte der Fälle von Bedeutung ist es, im Arzt einen *verständnisvollen und einfühlsamen Ansprechpartner* zu finden. Natürlich ist es nicht immer einfach, die Welt eines psychisch Kranken zu verstehen. Das gilt nebenbei auch für den Arzt mit und doppelt ohne längere Berufserfahrung. Die Ängste, Nöte, Kümernisse und Sorgen, die sich ein psychisch

Kranker während seines Leidens macht, sind oft genug unfassbar. Es ist richtig, die Betroffenen verstehen es ja selber nicht. Deshalb wird ja auch nicht kompromisslos vom Arzt verlangt, dass er alles einsieht, versteht, bejaht und unterstützt.

„Verständnisvoll“ und vor allem „einfühlsam“ heißt aber halt auch mit dem Herzen mitdenken, selbst wenn die andere Seite rational völlig „daneben liegt“. Ist der Patient wieder gesund, kann er ja wieder genauso denken, argumentieren, handeln. Ist er aber krank, ist er seinem Leiden ausgeliefert. Das ist in seelischer Hinsicht mit psychosozialen Folgen allerdings besonders schwer nachzuempfinden, schwieriger jedenfalls als der Umstand, dass man mit einem gebrochenen Bein lange Zeit nicht mehr so gut zu Fuß ist.

– Schließlich in 4 von 10 Antworten der Wunsch nach *Kompetenz und Fachwissen* des Arztes. Das bedarf keiner besonderen Erklärung, außer dem dann doch erstaunlichen Umstand, dass es deutlich *nach* den eher emotional getönten Wünschen der Kranken kommt (s.o.).

– Die letzten Punkte teilen sich in dann doch jedem dritten bis vierten Fall die Wünsche: *aufmerksam zuhören, ruhig und geduldig sein, offen und ehrlich sein*. Und in jedem zehnten Fall auch *pünktlich und zuverlässig sein*. Auch hier letztlich alles „menschliche Züge“ bzw. Vorzüge, die auch in der Allgemeinheit zur Mangelware zu werden drohen. Von einem bzw. *seinem* Arzt erhofft man es sich aber dann besonders, gehört es doch zum diagnostischen und therapeutischen Repertoire der heilenden Berufe seit Jahrtausenden (wobei es die „früheren Kollegen“ es dann in vielen dann doch auch einfacher hatten, dürfte so mancher Arzt von heute entgegensetzen).

• **Arzt-Patient-Beziehung und Behandlung**

Die Persönlichkeit des Arztes ist nicht ohne Einfluss. Das sehen auch die Patienten so. Noch wichtiger aber ist ihnen die *Arzt-Patient-Beziehung* und damit *Behandlung*. Darauf bezogen sich auch die meisten Aussagen. Was wird im Einzelnen gewünscht?

– Am häufigsten, nämlich in mehr als der Hälfte der Fälle, dass der ideale Arzt *auf die Bedürfnisse der Patienten eingeht*. Darunter kann man natürlich vieles verstehen. Da haben auch Arzt und Stations-Team ihre eigenen Erfahrungen und Einwände. Gleichwohl kann man davon ausgehen, dass nicht so sehr konkrete administrative Wünsche gemeint sind, mehr der emotionale Hintergrund, auch im hektischen Alltag eines Klinikbetriebes.

Und wenn es nicht machbar ist, dann wenigsten die gefühlmäßige Basis in der Erläuterung von Möglichkeiten und Grenzen eines Klinikbetriebes berücksichtigen.

– Der Wunsch nach *regelmäßigen Gesprächen während des stationären Aufenthaltes* ist ohnehin in der Hälfte der Befragungen das Haupt-Argument. Ein Personal-Problem, werden die Ärzte antworten – mit Recht und leider das Therapeut-Patient-Verhältnis immer mehr einengend. Früher waren auch mal ungewöhnliche Gesprächs-Situationen eher machbar, z. B. ein gemeinsamer Spaziergang im Klinikareal. Das soll es auch heute noch geben, aber die Norm ist es nicht, kann es auch gar nicht sein („Wo waren Sie denn die ganze Zeit, Herr Doktor?“).

Was die Patienten allerdings schmerzlich empfinden und sehnlichst wünschen, ist die an sich nachvollziehbare therapeutische Zweiteilung: 1. Medikamente, 2. Gespräche. Psychopharmaka sind im stationären Bereich meist unumgänglich, fast die Regel. Dagegen haben die Patienten auch nichts einzuwenden, auch wenn sie darüber nicht glücklich sind (nicht nur wegen möglicher Nebenwirkungen, auch weil sie sich an einer „medikamentösen Leine“ geführt sehen). Das Gespräch hingegen hat nicht nur die Funktion einer „innerseelischen Erleichterung oder gar Reinigung“, es vermittelt auch den Eindruck, als Mensch wahrgenommen zu werden, nicht nur als Patient und damit gleichsam „halber Mensch“ (Zitat). Hier können natürlich auch kurze Gespräche weiter helfen. Die Kranken sehen ja, wie abgehetzt manche Ärzte sind, da tun sogar einige rasche Worte zwischen Tür und Angel gut („er nimmt sich die Zeit, die er halt hat“).

– Genauso viele Patienten-Wünsche konzentrieren sich um die *Vermittlung von Vertrauen und Geborgenheit*. Das führt zu einer Art Wohlgefühl, selbst in einem seelisch und psychosomatisch leidvollen Zustand mit sehr unsicheren psychosozialen Aussichten. Hier weiß allerdings auch jeder Laie, wie schwierig dieser Aspekt zu vermitteln ist: Vertrauen, ja sogar Geborgenheit, ein genereller Wunsch, oftmals herb enttäuscht, ohne Aussicht hier jemals wirklich beschenkt zu werden. Kein Wunder, dass ein seelisch Verwundeter diesbezüglich noch empfindsamer ist – und enttäuschbarer.

– Eine *verständliche Aufklärung* wünscht sich ebenfalls jeder Zweite. Das sind zwei Wörter, die nicht immer zusammen bedient werden (können). Aufklärung ist erst einmal ein bürokratisches, ja juristisches Muss. Das funktioniert u. U. noch am ehesten. Verständlich, das ist eine Zusatz-Aufgabe, recht mühsam und zeit-intensiv. Manchmal auch gar nicht leistbar, scheinbar. Auf jeden Fall eine zusätzliche Arbeit im wahrsten Sinne des Wortes. Und oftmals auch noch begabungs-abhängig, der Eine kann es besser, der Andere weniger. Auf jeden Fall aber ist der Erfüllung des Wunsches zuzustimmen: „...weil auch ich, in meinem Krankheits-Zustand, das Recht habe, zu erfahren, wie man zu meiner Diagnose kommt“. Wie gesagt: Das Recht hat der Patient. Ob man alles und vor allem in seinem derzeitigem Zustand so formulieren sollte, wie es das Lehrbuch ausweist und vor allem das Gesetz vorschreibt, ist eine andere Frage. Der Wunsch als solcher aber ist nachvollziehbar und die Verständlichkeit eine Pflicht eigener Art. Allerdings auch eine doppelte Belastung für den Therapeuten. Und das in der heutigen Zeit „bürokratischer Vermüllung“ (hilflos-

zorniges Zitat). Trotzdem: Wer sich darum bemüht, hat auch mehr Behandlungserfolg. Eine alte Erkenntnis.

– Ein *kooperatives Arzt-Patient-Verhältnis auf Augenhöhe pflegen*, der Wunsch von ebenfalls fast jedem zweiten Patienten. Entscheidend ist bei dieser Formulierung die „Augenhöhe“, also eine eher freundlich-gleichberechtigte Beziehung, wohlwollend, ohne Herablassung. Und damit nicht (nur) fachlich, sondern menschlich gesprochen. Auf Vertrauen und gegenseitiger Achtung aufgebaut. Ein Wunsch, über den man sonderbarer Weise auch reichlich diskutieren könnte, vor allem aus psychiatrischer Sicht. Trotzdem ist jedem klar, was gemeint ist, auch wenn man im Alltag von Klinik und Praxis nicht immer so viele Freiräume hat, subjektiv wie objektiv, vor allem wie man sich wünschen würde.

– Was sind die weiteren Vorschläge, Wünsche, Sorgen, Kümmernisse in abnehmender Reihenfolge (von fast jedem Zweiten bis zu jedem Fünften)?

Den Patienten ernst nehmen, ihn entlasten und Zuversicht vermitteln. Einen menschlichen respektvollen Umgang pflegen. Individuell behandeln (soweit dies möglich ist, gemeint ist das Eingehen auf die individuelle Notlage). In mehr fachlicher Hinsicht moderne Therapien anbieten, eine gute und ausführliche Diagnostik durchführen, die Medikamente adäquat einsetzen, Verhaltenstips zur Krankheitsbewältigung vermitteln, Patienten-Feedback über den Behandlungsverlauf geben – und damit erfolgreich therapieren.

Aber auch Eigenverantwortlichkeit und Selbstvertrauen stärken, im Kranken den „ganzen Menschen sehen“, eine klare Rollen-Verteilung zwischen Arzt und Patient anstreben usw.

Und in eher seltenen Fällen mehr administrative Wünsche wie exakt dokumentieren, sich an die Schweigepflicht halten, eine Zwei-Klassen-Medizin vermeiden u. a.. Erstaunlich selten übrigens der Wunsch, Gespräche mit den Angehörigen zu führen.

- **Behandlungs-Umfeld des Arztes**

Das *Behandlungs-Umfeld des Arztes* spielt eine untergeordnete Rolle. Wenige Prozent aller Aussagen. Was wird gewünscht bzw. empfohlen?

In jedem fünften Fall eine multi-professionell und interdisziplinär geführte Zusammenarbeit aller beteiligten Kräfte. Etwa jeder Zehnte bittet darum, ein angenehmes Stationsklima zu schaffen. Deutlich weniger wünschen eine „Visite nur mit behandelndem Arzt und Pflegekraft“ (hier kommt vermutlich das Unbehagen vor „Groß-Visiten“, ggf. noch mit „Lehr-Charakter am Krankenbett“ zur Sprache). Auch darüber kann, ja muss man (erst einmal) reden, und zwar mit dem Patienten, der letztlich auch nichts gegen eine gute Ausbildung von Studenten und jungen Ärzten hat, was ja dann allen wieder zu Gute kommen

würde. Und schließlich die Bitte, falls notwendig einen Arztwechsel zu gestatten und für saubere und angenehme Räumlichkeiten zu sorgen.

Gibt es Unterschiede je nach Patienten-Gruppen?

Das Erstaunliche, letztlich aber doch nachvollziehbare: Es gibt keine signifikanten Unterschiede bezüglich eines „idealen Arztes“ nach sozio-demographischen und krankheits-bezogenen Variablen. Nicht einmal nach Diagnose-Gruppen, sprich schizophrener, depressiver oder Persönlichkeits-Erkrankung. Zur Frage der diagnostischen Unterteilung allerdings siehe unten.

Diskussion und Konsequenzen

Was sagen oder empfehlen uns diese Erkenntnisse, gewonnen von einem – zugegebenermaßen überschaubaren - Patienten-Kollektiv, letztlich aber nachvollziehbar und zur Umsetzung empfohlen? Zuerst die Einwände bzw. Ergänzungs-Wünsche:

Die Zahl war - wie erwähnt - begrenzt. Tatsächlich weiß jeder wissenschaftlich tätige Kliniker, wie schwer es ist, selbst aus hunderten von hospitalisierten psychisch Kranken letztendlich ein deutlich geschrumpftes Kontingent von (im Krankheits-Augenblick) antworts-fähigen bzw. antworts-willigen Patienten zu bekommen. So auch hier. Von insgesamt 205 Patienten blieben schließlich 60 übrig.

Aber selbst diese kleine, dafür ergiebige Gruppe kann ein hohes Maß an Allgemein-Gültigkeit beanspruchen. Dies auf jeden Fall für allgemein-psychiatrische Patienten einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik (insbesondere ohne signifikante sozio-demographische und krankheits-bezogene Differenzen, inklusive Diagnose).

Ob sich das unter Ergänzung durch Sucht-Patienten, vor allem aber gerontopsychiatrisch erkrankte ältere Patienten anders darstellen würde, muss offen bleiben. Sehr wahrscheinlich ist es nicht. Selbst die Frage: Stationär versus ambulant behandelte Patienten lässt zwar den einen oder anderen Punkt unerheblich bzw. nicht zuständig erscheinen (siehe Stations-Wünsche), doch die Wunsch-Grundlage bleibt im Wesentlichen gleich.

Die wissenschaftlich tätigen Kliniker Dr. S. Theisel, Dr. T. Schielein und Privat-Dozent Dr. H. Spießl von den Psychiatrischen Kliniken Regensburg und Landshut sind auf Grund ihrer Literatur-Übersicht auch der Meinung, dass eine Generalisierung der gewonnenen Erkenntnisse zulässig sei, da die Ergebnisse in inhaltlichem Einklang mit Teil-Ergebnissen anderer Studien stehen, was vor allem für die Forschung zur Patienten-Zufriedenheit zutrifft. Allerdings werden die Wünsche an den Arzt in ideal-typischer Weise in vorliegender Untersuchung erstmals zusammenfassend eruiert.

Vergleichbares findet sich – wenn auch auf verschiedene Untersuchungen verteilt – schon früher. Wunsch-Beispiele: Ein Arzt, der erreichbar ist und genügend Zeit hat bzw. sich Zeit nimmt. Der Wunsch nach Gesprächen, Aufklärung über die Diagnose und die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, nach Mitsprache bei den Therapiemaßnahmen u. a. Dazu mehr Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient, und dabei ein gutes Verhältnis zu einander, vor allem eine gleichberechtigte Beziehung. Und in der Therapie mehr Mitsprache-Recht, damit vor allem auf die individuellen Bedürfnisse eingegangen werden kann.

Fast entscheidend auch die Erkenntnis, dass die Persönlichkeit des Arztes nicht nur eine bedeutsame, sondern besonders wichtige Rolle spielt. Einzelheiten siehe oben, heute mit dem Begriff „soft kills“ bezeichnet, und offenbar mehr oder zumindest genauso gefragt wie bloßes Fachwissen. Dafür freundlich und sympathisch. Und dies alles weit vor „erfolgreicher Therapie“. Offensichtlich entscheidende Bausteine für die notwendige Patienten-Zufriedenheit und damit den gewünschten Therapie-Erfolg.

Und im ärztlichen Gespräch Einfühlungsvermögen und Verständnis. Ein Arzt-Ideal, das interessanterweise nicht nur die betroffenen Patienten haben, sondern auch die Medizin-Studenten: kompetent, vertrauenswürdig, zuverlässig, sympathisch, ehrlich und freundlich.

Und wo liegt das Problem? Außer Frage in unserer Zeit, Gesellschaft und den über-bürokratisierten Anforderungen bis hin zu verwaltungs-juristischen Zwängen, für die letztlich niemand verantwortlich sein will. Und dass wir immer weniger Ärzte im eigenen Land haben (dafür Tausende nach teurer Ausbildung im Ausland arbeiten, nebenbei nicht immer freiwillig, sondern durch die misslichen Verhältnisse bei uns forciert). Und weil die Zahl und Schwere psychischer Störungen offenbar zunimmt – und damit eine erhebliche Leistungsverdichtung erzwingt, wie der Fachausdruck lautet. Burnout lässt grüßen. Ein Leidensbild, das offiziell als Krankheit nicht akzeptiert wird, inoffiziell aber längst ein Schmelbrand unserer Gesellschaft ist, und zwar gerade die anfangs Engagiertesten zermürbt.

Umgekehrt: Es ist eine alte Erkenntnis, die immer wieder bestätigt wird: Die „Droge Arzt“, sprich seine „persönlichen Eigenschaften“, kann den Therapie-Verlauf positiv beeinflussen. Zwischenmenschliche Fähigkeiten sind Schlüssel-Qualifikationen der Ärzte, gerade in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik. Und Freundlichkeit kostet weder Zeit noch Geld, so die psychiatrischen Autoren in ihrer Schlussfolgerung. Auch durch kommunikative Kompetenz kann die tägliche Arbeit effektiver gestaltet und der Behandlungs-Erfolg verbessert werden. Ein positiver Kreislauf: Gelungene Kommunikation → Vertrauens-Stärkung des Patienten → effektivere Arzt-Patient-Beziehung → höherer Zufriedenheit des Patienten → verbesserte Therapie-Treue → schnellerer und wirkungsvollerer Therapie-Erfolg. Alte Erkenntnisse, an die man sich

wieder erinnern sollte, vor allem in der Ausbildung der Studenten und Weiterbildung der Assistenten (was auch zunehmend praktiziert wird).

Dabei sollte man aber nicht an formal korrektem Verhalten hängen bleiben. Hier geht es vielmehr um echte Empathie, und die kann vor allem von den akademischen Lehrern persönlich vermittelt werden.

Danach aber muss der junge Arzt seinen eigenen Weg gehen. Dabei wird er umso erfolgreicher sein, je eher er die alten Erkenntnisse verinnerlichen und praktisch umzusetzen vermag, nämlich: In der Einschätzung von seelisch Kranken sind die persönlichen Eigenschaften des Arztes von besonderer Bedeutung, was Therapie-Treue und Behandlungs-Erfolg anbelangt.

So decken sich letztlich die Wünsche von Patient und Arzt, wenn versucht wird, soviel wie möglich eines „idealen“ Arztes aus der Wunschliste des Studenten in die zugegebenermaßen harte Realität des medizinischen Alltags hinüber zu retten.

LITERATUR

Wichtiges Thema aus dem Alltag von Klinik und Praxis, seit der Antike angesprochen, seit einigen Jahrzehnten gezielt beforscht, durch eine wachsende Zahl von Publikationen und Fach-Büchern dokumentiert. Einzelheiten siehe die Literatur-Hinweise der entsprechenden Studien bzw. Publikationen, ergänzt durch gezielte Literatur-Übersichten aus den entsprechenden Kapiteln dieser Serie. Nachfolgend eine begrenzte Buch-Auswahl zum Thema.

Dörner, K.: **Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2001

Gaebel, B. (Hrsg.): **Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus.** Springer-Verlag, Wien, New York 1995.

Leimküler, A.M.: **Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten.** In: W. Gaebel (Hrsg.): **Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus.** Springer-Verlag, Berlin-New York 1995

Lown, B.: **Die verlorene Kunst des Heilens.** Schattauer-Verlag Stuttgart-New York 2002

Mayring, P.: **Einführung in die qualitative Sozialforschung.** Psychologie Verlags Union, Weinheim 1996

Spieß, H. u. Mitarb.: **Die Bedeutung der Nutzerzufriedenheit für psychiatrische Kliniken.** Krankenhauspsychiatrie 17 2006 2