

Marcus Schiltewolf

Der Faktor Angst: Ärzte in der Defensive

The Fear Factor: Doctors on the Defensive

Zusammenfassung

Das ärztliche Handeln wird durch Ängste bedroht, aber auch motiviert. Die Angst vor Fehlern ergibt sich aus den normativen Vorgaben des ärztlichen Standards. Sie wird zwar häufig thematisiert, jedoch kann auch die Begegnung des Arztes mit der Krankheit seiner Patienten, mit eigenen Erwartungen und mit Entwertungen, mit Schuld und Ohnmacht wie auch mit Verzerrungen durch wirtschaftliche Vorgaben angstbesetzt sein. Anerkennen dieser oft unbewussten Ängste kann das ärztliche Handeln und die Arzt-Patient-Beziehung stärken.

Schlüsselwörter: Angst, Arzt-Patient-Beziehung, Behandlungsfehler, Entwertung, Resilienz

Abstract

Medical actions are threatened, yet also motivated, by fear. The fear of malpractice results from normative guidelines and medical standards. Although often addressed, fear may also be associated with the physician's encounter with his patient's illness, with his own expectations and disappointments, with guilt and powerlessness, as well as with distortions caused by economic conditions. Recognizing these oftentimes unconscious fears may help to improve and strengthen medical actions and the doctor-patient relationship.

Keywords: fear, doctor-patient-relationship, malpractice, debasement, resilience

Prof. Dr. Marcus Schiltewolf
Sektion konservative Orthopädie
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Universitätsklinikum Heidelberg
Schlierbacher Landstraße 200a,
D-69118 Heidelberg
marcus.schiltewolf@med.uni-heidelberg.de

Angst vor Behandlungsfehlern, Angst vor äußerer Bedrohung

Jedes Handeln ist angstbegleitet, so auch das ärztliche. 2012 erschien dazu eine Titelgeschichte im Deutschen Ärzteblatt:¹ „Eine Geschichte, wie aus einem Alptraum: Eine 27-jährige Ärztin absolviert in einem Kölner Krankenhaus einen 24-Stunden-Dienst – zum Abschluss einer 62-Stunden-Woche. Erschöpft und allein auf der Station verwechselt die Assistenzärztin zwei Blutkonserven und gibt einem an Leberzirrhose leidenden Patienten die falsche. Obwohl die Ärztin den Irrtum bemerkt und die Transfusion stoppt, kann das Leben des Mannes nicht mehr gerettet werden. So geschehen im Sommer 2011. Der Chefarzt zeigte Verständnis für die junge Frau, der ein nicht mehr gutzumachender Fehler unterlaufen ist und die mit diesem Bewusstsein nun weiterleben muss. Wen die meiste Schuld trifft – Krankenhaus oder Ärztin –, gibt reichlich Stoff zur Diskussion. Leben mit der individuellen Last der Schuldgefühle muss nach diesem Vorfall vor allem aber die junge Ärztin.“ Als Kollege würde ich ihr wünschen, dass sie sich irgendwann selbst vergeben könne.

Die Angst des Arztes vor dem Behandlungsfehler wurde hier gleichgesetzt mit der Angst vor der Schuld. Gemeint war vordergründig die juristische Schuld, also dem schuldhaften Verletzen des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Das ethische Desiderat, als Arzt richtig zu handeln, wird durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten armiert. Die erlernte und geübte Grundüberzeugung des Arztes, ärztlich richtig zu handeln, wird durch das Machtmonopol des Staates juristisch normiert, der auf Antrag über den Arzt richtet. Ärztliche Selbstverwaltungen wie die Ärztekammern versuchen mit Schlichtungsstellen Vorklärungen zu übernehmen und bestätigen den einzuhaltenden Rechtsrahmen.

Die Angst vor ärztlichen (Be)Handlungsfehlern und möglichen rechtlichen Konsequenzen ist eine Angst vor von außen gegebenen Normen, denen sich jeder Arzt mit der Approbation zu unterwer-

fen hat. Zwar sind solche Normen Ausdruck der aktuellen Rechtslage und damit auch dem Wandel unterworfen, der für alle Gesetze und deren Interpretation gilt. Jedoch ist der Einfluss des einzelnen Arztes darauf unerheblich. Rechtliche Normen bleiben im Außen des Arztes.

So wie der Mensch in die Welt eingebunden ist und damit begrenzt wird, wird ärztliches Handeln nicht nur durch die organischen und seelischen Bedingungen seiner Patienten, sondern auch in seinen diagnostischen und therapeutischen Prozessen stets durch die normativen Regeln des rechtlich einzufordernden Facharztstandards begrenzt.² Kein Arzt kann einfach drauf losagieren. Diese Regeln sollen die Patienten schützen und gelten für alle Ärzte gleichermaßen. Ob die Regeln einen Arzt allgegenwärtig unter Druck setzen, er mehr Hemmung als Antrieb spürt, hängt mehr von dessen Distanzierungsvermögen ab als von der äußeren Einengung. Die Einsicht in die Notwendigkeit der Regeln mag dabei ebenso hilfreich sein wie die ärztliche Resilienz gegenüber der Angst vor der Möglichkeit fehlerhaften Handelns.

Die Angst des Arztes vor dem Fehler wird in der Öffentlichkeit am häufigsten thematisiert, auch weil sich darin das Sicherheitsbedürfnis der Patienten widerspiegelt. Diese Angst ist damit zwar offensichtlich, jedoch begegnet jeder Arzt auch in seinem Handeln auch anderen Ängsten, inneren und unbewussten.

Was macht den Arzt ängstlich? Die inneren Ängste

Resilienz beschreibt die Widerstandskraft, z. B. angstausslösende Situationen abzuwehren, also keine Angst zu spüren oder sich zumindest auf Dauer nicht angstvoll daran zu erinnern. Das Ereignis kann dann neutral ohne angstbesetzte Assoziation bleiben.

Bei fehlender Resilienz des Arztes geht es also um seine internale Angstbereitschaft, die sich unbewusst aus seiner Person als Arzt an sich ergibt. Denn: „Eine Studie aus Nordamerika belegte

zudem, dass 61 Prozent der befragten Ärzte, die in Fehlerereignisse involviert waren, eine stärkere Angst als vorher haben, Fehler zu begehen. 44 Prozent büßten das Vertrauen in ihre ärztlichen Fähigkeiten ein, und 42 Prozent litten unter schwerwiegenden Schlafproblemen.“³ Manche Ärzte können sich selbst Angst machen, werden ihr eigener Stressor.

Es bietet sich dazu eine fiktionale Angstwanderung an:

Angst zu versagen

Hinter der Angst des Arztes vor dem Fehler vor der äußeren Norm steht die Angst, vor sich zu versagen.

Kaum hat ein junger Assistenzarzt seine erste Stelle angetreten, werden bislang zwar eventuell doch bekannte, jedoch ungeübte Leistungen erwartet. Mit seiner Approbation hat der Arzt die formale Kompetenzbescheinigung erlangt und wird dementsprechend eingesetzt. Schon ein Aufklärungsgespräch über eine Operation wird zum Gang durch unbekanntes Gelände, gefolgt von der ersten selbstständigen Visite, und später kleineren invasiven Maßnahmen wie Gelenk- oder Liquorpunktionen. Die abverlangten technischen Fertigkeiten, aber auch die eigenverantwortlich erlangten Entscheidungen nehmen an Gewicht kontinuierlich zu. Immer wieder muss Unbekanntes mit Unkenntnis und Unerfahrenheit zum Erfolg zusammengebracht werden. Routine der häufig wiederholten Leistungen wird von neuen Erprobungsherausforderungen überholt. Neugierde und ängstliches Beharren konkurrieren um die Motivation.

Wird sich je ein Gleichgewicht einstellen, so dass das Versagen nicht mehr droht? Bei manchem Arzt will diese Angst nie weichen, neurotisch kleben sie am Selbstvorwurf nicht zu genügen. Dabei ist nicht nur von einfachen Konditionierungen auszugehen. Auch Unterschiede des Temperaments eines jeden Arztes machen eher offensive oder defensive Eigenschaften aus. Bei diesen epigenetisch deter-

minierten Persönlichkeitsmerkmalen der unteren limbischen Strukturen führen die Begegnungen mit Angst zu recht unterschiedlichen Erfahrungen und Anpassungen. Welche Angst ist das, die bei den meisten der Ärzte ja doch im Weiteren glücklicherweise nachlässt?

Dem jungen Arzt mag durch den Kopf gehen: „Mein Patient könnte von mir denken,...“, „mein Oberarzt könnte von mir denken,...“, „mein Chefarzt könnte von mir denken“, „alle könnten denken, dass ich ein unfähiger Arzt bin, wenn ich versage“. Wie viele Versuche gesteht meine Abteilung mir zu, ehe das Verdikt des Versagers gefällt wird? Dieser Arzt nimmt das Urteil der Anderen vorweg. Sein Unvertrauen zu sich selbst ist die Vorwegnahme seiner professionellen Erfahrungen, er macht aus den Erfahrungen mit seinen Patienten die projizierte Meinung seiner Vorgesetzten. Wenn er sich dessen bewusst wäre, dann würde er erkennen, dass als Introjekt aus seinen Beziehungserfahrungen schon vor Beginn der ärztlichen Tätigkeit seine innere Ansprache lautet: „Wie viel Vertrauen in mich werde ich aufbringen, um durch Fehler zu irrluchtern, ehe ich zur Fertigkeit gelangt bin?“

Im Internet war dazu in einem Blog der Eintrag eines Gymnasiasten zu finden, den ich unter: „Angst, ein schlechter Arzt zu werden!“ fand.

„Ich besuche die 11. Klasse eines Gymnasiums und beschäftige mich deshalb mit verschiedenen Berufen. Zur Info: Ich möchte zwar seit 6 Jahren Pilot werden, aber es ist so unwahrscheinlich da rein zu kommen, dass ich eine Alternative brauche.

Allerdings ist mir bei dem Beruf des Arztes eine Frage in dem Sinn gekommen: Was ist, wenn ich nach dem Physikum bemerke, dass ich ein be***** Arzt werde. Ich habe bei keinem anderen Beruf diese Angst... Was ist, wenn ich dem ganzen Kram nicht gewachsen bin? Wenn ich bemerke, dass der Stress einfach zu stark wird. Außerdem bin ich handwerklich nicht gerade eine Granate (was nicht heißt, dass ich grottenschlecht bin). Mein Vater meint, dass deswegen Chirurgie nicht zu mir passen würde.“⁴

Also ist die Angst des Arztes zu versagen gerade dadurch etwas Arztspezifisches, weil die Person, die Arzt wird, sich größere Verantwortung als in anderen Berufen zumuten möchte, weil sie zu mehr Druck bereit ist? Ist das Arbeiten an der Krankheit anderer Menschen mit dem hehren Ziel, Gesundheit zu erreichen, doch eine Aufgabe, die weit über die Empathie durchschnittlicher Beziehungsgestaltung hinausreicht?

Bei jedem Geburtstag, bei jedem Silvesterfest münden viele der guten Wünsche früher oder später in: „Vor allem Gesundheit“, so als wäre alles menschliche Streben auf die Abwesenheit von Krankheit gezielt. Wenn dies ein Kardinalwunsch unserer Zeitgenossen ist, dann wird der ärztlichen Kunst die Krankheitsabschaffung zugewiesen.

Der Schüler in dem Blog hat den Arztberuf neben dem des Piloten genannt. Von einem Piloten wird erwartet, dass er seine Passagiere wohlbehalten an den Zielflughafen bringt. Dies scheint machbarer und wahrscheinlicher als die Heilung von Krebs und Niereninsuffizienz oder von Schmerz. Der Pilot arbeitet mit einem Flugzeug und dessen technischer Ausstattung, die für einen vielleicht 15-stündigen Langstreckenflug auch lokalen Wetterturbulenzen trotzen wird. Der Arzt hingegen arbeitet mit Menschen und deren – trotz Bildtechnik und Labor – so schlecht kontrollierbaren, dauerhaften Lebensdynamik mit einer Vielzahl von weichen Einflussfaktoren wie deren Fähigkeit zu Zufriedenheit und Wohlbefinden, aber auch der Dauerwirkung von beruflichen Anpassungszwängen und Stress. Einen Dauerflug in einem krebsselasteten, angsterfüllten und sinnentleerten Flugzeug würde niemand erwarten, dann bleiben die Passagiere lieber zu Hause. Die Erwartungen an die Gesundheit sind jedoch mit den unstrittigen Gewinnen an Lebenszeit und Lebensqualität nicht beruhigt worden, sondern gestiegen. Der materielle Zuwachs bedeutet Zuwachs an Hedonie und Narzissmus, der das Gesundheitseigentum kränkbar bewacht, was die Angst vor (Gesundheits-)Verlusten wachsen lässt.

Die Medizin hat sich zum Gesundheitsdauerkrankenmanager stilisiert. Sie hat sich dazu bereitwillig stilisieren lassen, dient diese Aufgabe doch auch der Selbstwerterhöhung. Die Erwartung an die Erfüllung der ärztlichen Heilungsangebote ist auf Patientenseite schier grenzenlos. Erwartungen und Angebote treffen sich implizit und betreiben Kollusion. Aus Heilungserwartung wird Heilserwartung, Heilung erlangt transzendente Bedeutung. Das Versagen bei Nichterfüllung der hohen Erwartung ist umso schlimmer. Davor drohen Ärzte Angst zu haben.

Die Angst vor Fehlern haben alle, auch die Nichtärzte. Aber die Erwartungen an das Gelingen des Arztes sind umfassender als an die Kompetenz des Piloten. Es sind Erwartungen, gegen die Angst vor dem Verlust des Gesundheitseigentums erfolgreich zu sein, vor der Kränkung des Patienten durch Krankheit. Das Anrecht auf Gesundheit ist ein Grundrecht, für das der Arzt einzustehen hat. Dieses Grundrecht wiegt so stark, dass das Versagen in der ärztlichen Arbeit daran tabuisiert ist. Während in technischen Berufen wie dem des Piloten die Diskussion um Fehler, Fehlerbewältigung und Fehlervermeidung institutionalisiert wurde, fristet Fehlerkultur im Arztberuf eher ein Nischendasein, das in medizinethischen Diskursen verwaltet wird.

Dazu steht in einem Bericht zum Fehlermanagement im Krankenhaus: „Während des Studiums präsentiert sich das medizinische Handeln scheinbar fehlerfrei und folgt vermeintlich einer ungeheuren Präzision.“⁵ In einem Seminar mit Medizinstudenten habe ich die Frage aufgeworfen, ob sie sich denn vorstellen können, dass auch ihr Oberarzt, ihr Chefarzt Angst haben mögen. Keiner der Anwesenden konnte diese Frage bejahen. Alle gingen davon aus, dass mit der Erfahrung die Angst schwinden werde. Im weiteren Gespräch folgten sie meiner Beschreibung des Werdegangs in einer Krankenhauskarriere vom Assistenzarzt zum Chefarzt folgen. In diesem Werdegang ist diese Angst nicht nur eine persönliche, sondern auch die Angst

der zeitgeistlichen Bedingtheit des ärztlichen Berufs. Diese Angst wird auch in die Lebensphase des berufserfahrenen Arztes mitgenommen, weil die Erwartungen an das Gesamtsystem des Medizinischen gerichtet werden, was durch Aus- und Weiterbildung zu medizintypischer Sozialisierung des einzelnen Arztes führt.

Die ganze Medizin soll die Erwartungen der ganzen Gesellschaft erfüllen. Die Ärzte personalisieren in jeder Arzt-Patient-Beziehung diese Erwartungen. Autonomie-Hoffnung der Patienten trifft auf Autonomie-Versprechen der Medizin im Ganzen und des einzelnen Arztes im Speziellen oder: Die Angst der Patienten vor dem Verlust des Gesundheitsbesitzes wird in Erwartungen an den Arzt gepackt. Das sind so hohe Ansprüche, dass manchem Arzt schwindelig werden kann, dass er es mit der Angst zu tun bekommt. Chef- und Oberarzt können bisweilen den Assistenzarzt zur Projektionsfläche der Angst vor dem Scheitern machen. Die Medizinstudenten konnten dann verstehen, dass die Angst der erfahrenen Vorgesetzten vor der mangelnden Anerkennung der Abteilung, vor der Kritik in der Öffentlichkeit, vor leerstehenden Betten dieselben Ängste wie die des jungen Kollegen sind, es sind immer die Ängste des Versagens. Nur dass seine Position dem Vorgesetzten erlaubt, seine Angst mit viel Druck auf den jungen Mitarbeiter zu übertragen, dass er so seine Angst abwehren kann. Manche Bloßstellung junger Ärzte kommt dann mit den vordergründigen Hinweisen auf schuldhaftes Verhalten und die allgegenwärtigen juristischen Konsequenzen daher. Es geht aber auch um Angst des aus der Froschperspektive vermeintlich so mächtigen Vorgesetzten vor dessen Bloßstellung und Entwertung.

Die Angst zu versagen bleibt also, keine Erfahrung lässt Ärzte abbrühen, nur die Versagensobjekte ändern sich. Es ist immer dieselbe Angst, dem Anspruch an die verinnerlichte Pflichterfüllung als Arzt nicht zu genügen. Statt sich mit Fehlern auseinanderzusetzen, sie zu erörtern, zu diskutieren, entsteht eine Neigung, Fehlerlosig-

keit anzuordnen. Dieser Fehlerlosigkeit entbehrt aber eines eingeübten Diskurses, bleibt daher abstrakt und sui generis angstbesetzt, da jeder Betroffene Fehler vermeiden soll, deren Entstehung und Hintergründe er nicht kennt. So bleiben alle in einem System der Abwehr des Eingeständnisses der Fehlerhaftigkeit. Statt die Neigung zu Fehlern zu thematisieren und damit eine Fehlerkultur zu etablieren, müssen immer wieder Schuldige für Fehler erhalten, seien es die Mitarbeiter oder die Arbeitsbedingungen. Die anderen machen Fehler, wobei man die selben bei sich nicht anerkennt.

Dem Anspruch der Fehlerlosigkeit ist letztlich nicht zu genügen: Auch der Arzt macht Fehler. Er kann nicht, er muss nicht perfekt sein. Das eingestehen und anzuerkennen hilft mehr als der verbliche und sinnlose Kampf um die Fehlerlosigkeit. Dazu Günther Jonitz, Präsident der Berliner Ärztekammer und Gründungsmitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit: „Das oberste Ziel auf dem Weg zu mehr Patientensicherheit ist eine Fehlerkultur, in der der Arzt keine Angst hat zu sagen, wenn etwas schief- oder beinahe schiefgegangen ist“.⁶ Es ist aber noch ein Desiderat, dass der Arzt seine Fehlerbehaftung thematisieren darf, damit sie durch institutionelle wie auch kollegiale Erörterung verändert, wenn möglich verringert werden kann.

Angst vor dem ethischen Vergehen

Die ärztliche Arbeitswelt hat sich verändert. Das medizinische System hat sich geändert. Ökonomen reden nicht nur mit, das erfolgreiche Wirtschaften ist zum Primat geworden. Wirtschaftlichkeitsressourcen wurden schon vor gut 20 Jahren gemutmaßt, sie mündeten in ein verändertes Abrechnungssystem der Krankenhäuser ein, Fallzahlen und CaseMix-Indices, Patienten werden operationalisiert, kategorisiert, Zielvereinbarungen mit Leistungsträgern geschlossen. Schon die Semantik ist nicht ärztlich. In diesem ökonomischen Kontext wird der Arzt zum Dienstleister und der Patient zum Kunden. Das Rollenbild

von Arzt und Patient wird verändert. Die Magie des Ärztlichen wird von Algorithmen entzaubert. Der Patient als Leistungskunde wird banalisiert, die Arzt-Patient-Beziehung hinter Leistungszahlen stratifiziert und zerlegt.

Damit wird der Verlust an Zauber auch ein Verlust an positiver Gegenübertragung, die der Patient beim Arzt erwarten darf. Doch die Versachlichung der ärztlichen Arbeit führt auch in die Schuld des Arztes, sich am ärztlichen Ethos zu vergehen. Diese Schuld im Kontakt mit Patienten in den Ambulanzen oder auf Station ist für den Arzt kaum zu ertragen, wenn er nicht ärztlich, sondern kaufmännisch entscheiden und diese Entscheidung wiederum ärztlich begründen soll. Nur noch Dienstleister zu sein für den Geschäftsführer und den Krankenhaus-träger, führt weit weg von der Überzeugung, auf der Seite des Patienten gegen die Krankheit zu stehen. Das ärztliche Gewissen aus der Überzeugung der Berufung meldet sich. Der Arzt hat Angst vor seinem Gewissen, das die Berufung begleitet, die die Hinwendung zum Patienten ummantelt und schützt.

Ärzte werden zum Büttel der Wirtschaftlichkeitsgebote, die gerne einen medizinischen Begründungsanstrich erhalten. Damit werden Ursache und Wirkung verkehrt, denn der längst wirkende Primat der Wirtschaft im Gesundheitswesen macht das ärztliche Denken und Handeln zum nachgeordneten Zweck des Wirtschaftens. Wenn die Kommerzialisierung ärztlichen Handels Entgelte und Renditen über ärztliche Grundüberzeugungen stellt, wird das gewinnunabhängige Ethos verschwinden, der Arzt kommt in die Defensive.

Ärzte mit einer stärkeren Gebundenheit im ärztlichen Selbstverständnis werden unter der wirtschaftlichen Umdeutung des ärztlichen Handelns mehr leiden als jene Kollegen, denen kaufmännisches Denken näher liegt. Der Angst, sich selbst aufzugeben, um im Wohlwollen des wirtschaftlichen Erfolgs überleben zu dürfen, kann Zynismus folgen. Doch kann diese Angst auch eine Triebfeder sein, sich gegen die Wirtschaftlichkeitsdoktrin zu wehren. Letztlich wird dann die Gebun-

denheit, die das Leiden ermöglicht, auch den Rückhalt gegen die Verführbarkeit durch materielle Vergünstigung stärken.

Angst vor Entwertung

Zum Einfluss des Ökonomischen zählen Benchmarking und Allzeittransparenz: Ärzte, Krankenhäuser werden öffentlich bewertet und bisweilen schamlos vorgeführt. Bewertungsportale sollen der Stärkung der Patientenrechte dienen. Jeder Arzt muss sich biegen und dehnen, um zu gefallen und schlechte Presse abzuwehren. Die ärztliche Unabhängigkeit wird zum Opfer der Algorithmen der sozialen Medien und von Meinungsmache überrollt. Jeder Arzt kann unabhängig von der Erfahrung und der Stellung durchfallen. Und entwertet werden.

Es geht um sehr viel. Es geht um die Gesundheit. Die Gesundheit wird von der Angst vor Krankheit begleitet, auch vor der Angst vor eventueller Krankheit, vor der Krankheitsmöglichkeit. Als Patient sucht man den Arzt, der Arzt wird der Angstlöser.

Verschiedene Haltungen zum Arzt sind denkbar: Einerseits mag die Angst vor dem Angstlöser größer sein als die Hoffnung auf Beruhigung, Behandlung und Heilung. Es geht um die Iatrophobie, das Vermeiden des Arztes, um die Wahrheit über die angegriffene Gesundheit nicht zu hören. Kommen solch angstvolle Patienten doch zum Arzt, weil ihre eigenen Möglichkeiten am Ende sind, weil ein Unfall sie zwangsweise zum Arzt bringt, dann können sie meist schlecht auf die Hilfeangebote des Arztes vertrauen, sie wehren die Beziehung zum Arzt ab. Vielleicht kommt es zur Entwertung, sie rufen im Arzt das Gefühl hervor, kein guter Arzt und nicht kompetent zu sein. Entwertung ist ein schlimmes Gefühl: „Ich fühle mich ausgegrenzt aus der Gemeinschaft jener, die es doch geschafft haben, anerkannt zu werden, strahlende Sieger sind, ich dagegen fühle mich als armer Tropf.“ Entwertung soll nicht sein. Wenn eine Umfrage unter Ärzten erfolgen würde, so wie

Patienten gefragt werden, was in einer gelingenden Therapie auf keinen Fall geschehen soll, so würden sich Ärzte wünschen, ohne Entwertung als Arzt arbeiten zu dürfen.

Angst vor dem Placeboeffekt

Wenn gute randomisierte Studien belegen, dass manche ärztliche Maßnahme nicht besser ist als eine Scheinmaßnahme, kommt es meist zu einem Aufschrei der Empörung der ärztlichen Fachkreise. Denn was wäre ein Arzt, der durch den Schein agiert? Ein Placebo! Dann wäre all das Studieren, Lernen, Üben, erfahren Werden unnötig, gar unsinnig gewesen. All die Plackerei umsonst. Sisyphos im Arztkittel. Der Aufschrei der Empörung gilt der Abwehr der Angst, dass der Arzt nicht durch Wissen und technische Fertigkeit gedeelt wird, sondern auch ein Produkt der Genesungswünsche und auch der Genesungsneigung der Patienten ist. Die Genesungsneigung braucht aber einen ärztlichen Katalysator, der die Patientenangst vor dem eigenen autonomen Handeln zur Gesundheit und Reifung überwindet. Nicht viel anders sind die Wirkungen der vielen Placebo-Maßnahmen der Medizin. Obwohl gerade das doch die Heilkunst bedeutet, muss die Technisierung der Medizin sich abgrenzen, muss beweisen, dass der technische Fortschritt zu belegbaren und spezifischen Folgen und Fortschritten führt. Der Placebo-Effekt wird nicht als real wirkende und belegbare Magie positiver Übertragung anerkannt, sondern er führt zur scheinbaren Unterlegenheit gegenüber der evidenzfaktischen Wissenschaftlichkeit kontrollierter Studien. Der Arzt wirkt nicht als Arzt, sondern über die Anwendung der Studie und bringt sich selbst damit in die Defensive.

Die Angst vor dem Placeboeffekt ist ein Bemühen um die Validierung des Fortschritts. Da es um Gesundheit, um das überhöhte Ringen um Leib und Leben geht, ist gerade bei Ärzten, gerade bei wissenschaftlich verpflichteten Ärzten diese Angst groß, sie rüttelt am ärztlichen Selbstbild. Forschen als Trotz gegen den drohenden Verlust an Macht

und Ansehen. Damit wäre das Forschen ein Versuch gegen Selbstwertkrisen.

Paradoxerweise oder ironischerweise setzt gerade die ärztliche Wissenschaftlichkeit mit ihren Studien das technokratische Selbst des Arztes immer neuen Erosionen aus. Der Versuch der Angstabwehr durch Wissenschaft gebärt mit manchen Ergebnissen, in denen Verum nicht besser ist als Placebo, neue Entwertung und neue Angst. Neue Forschung muss her, um auch diese Angst wieder zu beruhigen. Es ist die immerwährende Negation alles Strebens, die zu neuem Streben, die immerwährende Angst vor der Entwertung, die zu neuer Forschung führt. Diese Forschung begründet zudem den technischen Fortschritt. Die Magie der Technik ersetzt die Magie des Ärztlichen.

Die Angst vor der Entwertung macht das Ärztliche kleiner. Das war nicht beabsichtigt und kam als Nebenwirkung der wissenschaftlich begründeten Selbstbehauptung. Umso mehr Angst ein Phänomen auslöst, umso stärker ist die Gegenübertragung in der Forschung. Krankheit und Tod sind stark angstauslösende Phänomene des Seins, die Forschung selbst wird zur agierten Gegenübertragung, also zu Angstabwehr.

Es wird für den Behandlungserfolg oft wesentlich sein, da und nicht dem Patienten überlegen zu sein, sein zu müssen. Durch die Entwertung kann jeder Arzt doch nur auf die Höhe seines Patienten stürzen. Das kann dem Arzt und dem Patienten helfen. Nicht als Arzt geehrt zu werden, sich auch als Placebo anzuerkennen, ist eine wichtige Übung. Es ist auch eine Übung, als Arzt authentisch zu agieren, nämlich als die Person, die vom Patienten aufgesucht wird.

Angst vor eigener Krankheit

Einerseits haben manche Patienten zu viel Angst vor dem Arzt. Andererseits haben die meisten Deutschen gar keine Angst vor dem Arzt. Die Deutschen gehen gerne zum Arzt, im Schnitt über 18 Mal im Jahr, das ist weltmeisterlich. Sind die Deutschen Weltmeister im Keine-Angst-vor-dem-

Arzt-Haben? Hier mag es um andere Ängste gehen. Um die Angst vor dem Älterwerden, vor dem Verlust der Leistungsfähigkeit, vor Beziehungsverlust und vor der Einsamkeit. In einer technisierten Umgebung geht es dann um den Patienten-Anspruch, dass durch den Arzt zu bewerkstelligen sei, was sonst der Miele- oder der Mercedesmechaniker beim technischen Problemen allzeit an Spülmaschine und Pkw erledigen. Der Anspruch wird gegen die Angst des Funktionsverlustes, im weitesten Sinne des Lebensverlustes gesetzt. Wenn der Gang zum Arzt mit Angst belastet ist, wenn der Patient seine Angst als Kranksein zum Arzt trägt, dann ist sein Thema beim Arzt angstvoll, dann muss diese Angst vom Arzt beherrscht werden. Angst sucht nach Erlösung und der Arzt wird zum Erlöser, gewinnt etwas Messianisches. Überspitzt gesprochen haben sich frühere Betgänge teilweise in heutige Arztgänge transformiert. Der Gang zum Arzt als säkulare Folklore. Dorthin wird die Angst getragen, dass die Anforderungen nicht zu erfüllen sind, Strukturen und Funktionen der menschlichen Kreatur endlich sind.

Endlichkeit passt nicht zum Dogma, dass alles mehr wert ist und stetig steigenden Anforderungen gerecht werden muss. Diese Diskrepanz ist eine permanente narzisstische Kränkung. Überhaupt bedroht schon die Möglichkeit der Krankheit die narzisstische Selbstliebe, die unsere Gegenwart ausmacht. Die Gegenwart braucht zur Abwehr der Bedrohung die Hochleistungsmedizin. Der Anspruch des Patienten steigt mit dem Anspruch an die Medizin.

Dem Anspruch des Patienten muss also erst mal vom Arzt standgehalten werden. Diese Angst der Patienten, Funktionen, Leistungsfähigkeit und dann das Leben zu verlieren, wird ja nicht angesprochen, sondern nur angedeutet, quasi transformiert, vielleicht somatisiert, in Erwartungen, in Verlangen, in Druck in der Arzt-Patient-Beziehung. Ärzte können davor kapitulieren und sich abwenden: „Suchen Sie sich einen anderen Arzt, ich kann Ihnen nicht helfen“. Sie wären durch

Abbruch der Beziehung dann vor der Angst geflohen, dem Patienten nicht standhalten zu können. Sie können auch Gegendruck aufbauen, um die Angst zu scheitern durch eigenes drangvolles Handeln zu unterdrücken, würden in aggressiver Gegenübertragung mit überzogenen Therapien die Angst des Patienten und dessen Forderungen bestrafen. Nur der sehr geübte Arzt kann stattdessen in die Angst des Patienten blicken und ihm Unterstützung anbieten.

Den Patienten wahrnehmen heißt, des Patienten Angst wahrnehmen, ohne davor Angst zu haben. Zumindest diese Angst sollte der Arzt kennen und nicht kontraphobisch von sich geben, dass man alles im Griff habe und beherrschen könne.

Dennoch, die Wahrnehmung der eigenen Angst ist in vielen Situationen nicht angebracht. Bei jedem Notfall, jedem Unfall, jeder Katastrophe, wo schnelles Handeln gefordert wird, hilft die heilsame Angstabwehr. Dem Arzt, dem Ersthelfer soll das Ausblenden sowohl der eigenen wie auch der Patientenängste gelingen, so dass er handeln kann. Hier wird eine Kontrolle über die innewohnende Empathie hilfreich sein, um wichtige und eingeübte Schritte der Abwicklung setzen zu können.

Im Allgemeinen wünscht jedoch der Arzt das Gelingen der Beziehung zu seinen Patienten. Er hat selbst Angst vor Krankheit, zu sterben.⁷ Die Angst des Patienten weckt in ihm die eigene Angst, die eine besondere, da akademisch ausgebildete, professionell geübte Empathie in Gang setzt. Zuerst im Studium und in der frühen Krankenhaustätigkeit werden diffuse Ängste anhand gelernter Krankheitsmöglichkeiten konkretisiert und geschürt, ehe dann die ärztliche Tätigkeit die Möglichkeit schafft, sie an den Patienten wieder abzuarbeiten und zu lockern. Im Eifer des Helfen- und Heilens kann die eigene Angst beruhigt werden.

Jeder Arzt kann also an seinen Patienten Angstarbeit leisten. Auch dies mag wie die Angst vor Entwertung die medizinische Forschung motivieren. Die Angst vor eigener Krankheit, eigener Begrenztheit und Vergänglichkeit ist Bedingung

wissenschaftlichen Handelns. Die dritthäufigste Angst der Deutschen ist die vor dem Pflegefall im Alter, die fünfthäufigste die Angst vor schwerer Erkrankung.⁸ Die Angst vor Erkrankung beseelt auch jeden Arzt. Ärzte werden paradigmatisch in Studium und Weiterbildung eingewiesen in die Forderung, alles dafür zu tun, länger und besser zu leben, dafür zu forschen. Diese Angst bleibt unbewusst, bis der Arzt sie als das ärztliche Sein begleitend anerkennt. Die Kenntnis um die eigene Verletzlichkeit, Hinfälligkeit kann die therapeutische Beziehung zwischen Übertragung und Gegenübertragung beruhigen.

Angst, schuldig und ohnmächtig zu werden

Die Angst vor Schuld trägt weit über die Angst vor juristischen Konsequenzen hinaus. Der Arzt begegnet in der Krankheit seiner Patienten nicht nur der Angst vor eigener Krankheit, sondern auch der Erkenntnis, dass er zwar dem Patienten in dessen Krankheit begegnet, aber doch im Allgemeinen dessen Krankheit fern bleiben darf. Er muss Geschwüre, Eiter, Gerüche zwar mittragen, doch er kann die Tür hinter dem Patienten schließen und den Patienten alleine lassen. Er wird sich immer wieder die Frage stellen: „Warum er, warum nicht ich?“ Es ist eine ähnliche Angst vor der Schuld, die Überlebende einer Katastrophe spüren, vor der Überlebensschuld. Die Distanz, die der Arzt aufbauen kann, aufbauen muss, um selbst weiterleben zu können, wird die Schuldfrage nach sich ziehen. Bevor sie gespürt wird, muss Neues geschehen oder Ablenkung wirken. Die ständige Wiederholung existenzieller Bedrohung führt zur Kenntnis der seelischen Belastung, die kaum zu ertragen ist. Die Angst vor der Schuld begleitet den Arzt, der die Distanz findet, die sein Arztsein rettet. Distanz zum Schicksal seiner Patienten bringt den Arzt zwangsläufig immer wieder in die Defensive.

Die Beziehung zum Patienten ist also stets geprägt von Nähe und Ferne, von Todesnähe mit dem Patienten und Weiterleben ohne ihn. Statt Schuld in der Distanz ergibt sich für den Arzt, der

in seiner Empathie versinkt, die Ohnmacht, den Gefühlen seiner Patienten, dessen Ängsten nicht standhalten zu können. Vielleicht wird er eben diesen Patienten, der sich an ihn klammert, nicht mehr los. Vielleicht wird dieser Patient mächtig und mächtiger, und der Arzt wird Angst haben manipuliert zu werden. Aber wenn er dem Patienten doch standhalten könnte, wenn er dessen Forderungen nach Hilfe dann nicht entsprechen würde, dann würde sich der Patient vom Arzt abwenden, der Arzt wäre verlassen. Und der Arzt würde selbst bedürftig und Patient.

Die Angst zwischen Schuld und Ohnmacht, zwischen Distanz und Nähe, mag an Skylla und Charybdis erinnern. Er wäre gut, wenn sie dem Arzt bekannt und auch bewusst wäre, damit er nicht nur in Abwehr agieren müsste. Oder süchtig wird. Bekanntermaßen sind Ärzte – auch wegen des vereinfachten Zugangs – in besonderem Maße von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bedroht⁹. Jedoch: „Schuldgefühle und Scham haben aber auch eine positive Seite. Obwohl sie für den Betroffenen negativ besetzt sind, sind sie doch ein Beweis dafür, dass die Person ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein besitzt.“¹⁰ Sie haben etwas Reinigendes. Und: Zwischen Schuld und Ohnmacht gibt Mitgefühl die angemessene Nähe in der Beziehung.

Resümee

Ängste gehören zum Arztberuf dazu und sind nicht abzuschaffen. Dabei kann die ärztliche Angst lähmen wie auch motivieren. Dazwischen ergibt sich eine ausgeglichene Bedingungen für eine gelingende Arzt-Patient-Beziehung.

Diese Gratwanderung ist eine Angstwanderung, die nur durch Offenlegung und Anerkennung, nicht durch Tabuisierung gelingen mag. Wenn Ärzte ihre Ängste kennen, dann haben sie viel gewonnen. Sie kommen in Kontakt mit der *vocatio interna*, dem inneren Ruf, der sie zum Arztsein gebracht hat und der ihnen auch in den vielen Anfechtungen der ärztlichen Praxis nicht verloren

gehen darf, weil er ihnen dabei Rückhalt vor der Defensive gibt.

Gemäß einer Zeile von Ralph Waldo Emerson: „Wenn die Halbgötter gehen, kommen die Götter“.¹¹

Referenzen

- 1 Protschka J., *Behandlungsfehler: Die Angst vor der Schuld*, Deutsches Ärzteblatt (2012) 109(51-52): A-2574
- 2 Glanzmann P., Schiltenswolf M., *Die Bedeutung des medizinischen Sachverständigengutachtens*, Dtsch Ärztl (2017); 114(1-2): A-21/ B-18/ C-18
- 3 nach: Rosentreter M., *Der persönliche Umgang mit Fehlern im Krankenhaus – Aspekte der sozialen Wahrnehmung und Patientensicherheit*, in: Kurt W. Schmidt et al. (Hrsg.), *Zum Umgang mit Behandlungsfehlern*, Tagungsband der ELSA-Klausurwoche 2012, S. 113
- 4 <http://www.medi-learn.de/foren/archive/index.php/t-17125.html> (letzter Zugriff am 7. August 2017)
- 5 Seifart C., *Unbeachtete „innere“ Hürden eines effizienten Fehlermanagements: der individuelle Umgang mit Behandlungsfehlern im Krankenhaus?* in: Kurt W. Schmidt et al. (Hrsg.), *Zum Umgang mit Behandlungsfehlern*, Tagungsband der ELSA-Klausurwoche 2012, S. 100
- 6 Günther Jonitz, Präsident der Berliner Ärztekammer und Gründungsmitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit
- 7 Grotjahn A., *Ärzte als Patienten. Subjektive Krankengeschichten in ärztlicher Selbstschilderung*, Thieme, Berlin (1929)
- 8 R+V-Versicherung, *R+V-Studie: Die Ängste der Deutschen*, http://www.ruv.de/de/presse/r_v_infocenter/studien/aengste-der-deutschen.jsp, 2014 (letzter Zugriff am 7. August 2017)
- 9 Gieseke S., *Abhängigkeitserkrankungen: „In der Sucht sind wir alle gleich“* DtschArztebl (2009); 106(34-35): A-1658
- 10 Rosentreter M., *Der persönliche Umgang mit Fehlern im Krankenhaus – Aspekte der sozialen Wahrnehmung und Patientensicherheit*, in: Kurt W. Schmidt et al. (Hrsg.), *Zum Umgang mit Behandlungsfehlern*, Tagungsband der ELSA-Klausurwoche 2012, S. 113
- 11 Ralph Waldo Emerson (1803-1882)