

Claudia Witt (Hrsg.)

DER GUTE ARZT AUS INTERDISZIPLINÄRER SICHT

Ergebnisse eines Expertentreffens



CAM EXPERTISE

Karl und Veronica Carstens-Stiftung

**Der gute Arzt
aus interdisziplinärer Sicht**

Ergebnisse eines Expertentreffens

Claudia Witt (Hrsg.)

KVC | VERLAG

KVC Verlag
Karl und Veronica Carstens-Stiftung
Am Deimelsberg 36, 45276 Essen
Tel.: +49 (0) 201 56305 0
Fax: +49 (0) 201 56305 30
www.kvc-verlag.de

Witt, Claudia (Hrsg.)

Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht – Ergebnisse eines
Expertentreffens

CAM EXPERTISE

Karl und Veronica Carstens-Stiftung

ISBN 978-3-86864-001-4

© KVC Verlag – Karl und Veronica Carstens-Stiftung, Essen 2010

Alle Rechte, insbesondere die der Übersetzung in andere Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieses Buches darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Photokopie, Mikroverfilmung oder irgendein anderes Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere Datenverarbeitungsmaschinen, verwendbare Sprache übertragen oder übersetzt werden.

Umschlaggestaltung: eye-d Designbüro, Essen

Druck: Union Betriebs-GmbH, Rheinbach

Inhalt

I. Perspektiven

Was macht einen guten Arzt aus? – Eine studentische Perspektive <i>Dorothee Schricke, Agata Mossakowski, Arne Riedlinger, Oliver Wendt</i>	1
Die Ausbildung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte <i>Eckhart G. Hahn</i>	9
Professionalität lehren oder: Wie man ein „guter Arzt“ wird – Erfahrungen aus der Mayo Clinic <i>Paul S. Mueller</i>	13

II. Das Expertentreffen

Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht <i>Claudia Witt</i>	43
Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertentreffens	49

III. Gesellschaftlicher Kontext

Der „gute Arzt“ – Medizinhistorische Anmerkungen <i>Robert Jütte</i>	55
Einfluss des gesellschaftlichen Kontextes auf den „guten Arzt“ <i>Wolfgang Klitzsch</i>	69
Der gute Arzt aus Patientensicht <i>Bettina Berger</i>	75

IV. Kommunikation

Theoretische Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion <i>Hartmut Schröder</i>	93
Der ärztliche Umgang mit kommunikativer Asymmetrie <i>Tim Peters</i>	119
Der gute Arzt – Eine psychosomatische Perspektive <i>Hans-Christian Deter</i>	135
Klinisches Emplotment – Erfolgreiche Arzt-Patienten- Beziehungen?! <i>Christine Holmberg</i>	141

V. Aus- und Weiterbildung – Ärztliche Empathie

Ärztliche Empathie – Definition, therapeutische Wirksamkeit und Messung <i>Melanie Neumann, Friedrich Edelhäuser, Diethard Tauschel, Christian Scheffer</i>	157
Wie wird aus einem Medizinstudierenden ein guter Arzt? – Die Entwicklung einer ärztlichen Grundhaltung im Medizinstudium <i>Christian Scheffer, Diethard Tauschel, Eckhart G. Hahn, Melanie Neumann, Martin Fischer, Gabriele Lutz, Friedrich Edelhäuser</i>	187
Arzt und Patient in der Begegnung – Wie Kommunikations- schulungen dazu beitragen können, die Arzt-Patienten- Interaktion zu verbessern und das Vertrauen zu erhöhen <i>Simone Steinhausen, Holger Pfaff, Christian Janßen, Sonja Thüm, Edmund Neugebauer, Rolf Lefering, Oliver Ommen</i>	207

VI. Besonderheiten der Komplementärmedizin

Der Einfluss der Komplementärmedizin auf das ärztliche Denken und Handeln

Michael Elies 231

Welche Motivationen haben deutsche Ärztinnen und Ärzte, Homöopathie, Akupunktur oder Ayurveda auszuüben?
Welche Vorstellungen von einem „guten Arzt“ haben sie und ihre Patientinnen und Patienten?

Gunnar Stollberg..... 239

Professionalität lehren oder: Wie man ein „guter Arzt“ wird – Erfahrungen aus der Mayo Clinic

Paul S. Mueller

„In der medizinischen Ausbildung werden zwei Ziele verfolgt: die Kranken zu heilen und die Wissenschaft voranzubringen (...) Die Medizin ist sowohl Kunst als auch Wissenschaft, und auf den wahren Arzt üben beide ihren Reiz aus.“ (Mayo CH 1926)

Professionalität zu lehren – also, wie man ein „guter Arzt“ wird –, ist seit Jahrzehnten das wichtigste Ziel der medizinischen Ausbildung an der Mayo Clinic und den medizinischen Hochschulen der ganzen Welt. Das vorliegende Buch, *Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht*, fasst verschiedene Aspekte, Erfahrungen und Forschungsergebnisse zum Thema Lehre und Bewertung von Professionalität zusammen. Das vorliegende Kapitel hat folgende Ziele: a) Professionalität definieren; b) das Prinzip der Lehre und der Bewertung von Professionalität bei Medizinstudierenden, Ärzten in der Ausbildung und Ärzten in der Praxis beschreiben; c) die Methoden beschreiben, die in der Lehre und bei der Bewertung von Professionalität angewandt werden; d) die Programme zur Ausbildung von Professionalität an der Mayo Clinic beschreiben.

Die Mayo Clinic wurde im Jahr 1864 als die weltweit erste und größte integrierte, gemeinnützige Gemeinschaftspraxis mit zahlreichen Spezialisierungen gegründet. Sie betreibt heute Einrichtungen in Minnesota, Arizona und Florida sowie ein System von Ambulanzen und Krankenhäusern in den Staaten des Oberen Mittleren Westens der USA. Die Mayo Clinic hat 50.000 Beschäftigte in nicht-ärztlichen und -pflegerischen Berufen, 3.700 Ärzte und Wissenschaftler, 3.000 Assistenzärzte und Ärzte in der Facharztweiterbildung sowie 160 Medizinstudierende. Seit ihrer Gründung wurden in der Mayo Clinic mehr als acht Millionen Patienten behandelt. Die Mayo Clinic blickt auf eine lange

und reiche Tradition im Bereich der medizinischen Ausbildung zurück. An der Mayo Medical School studierten und graduierten seit 1972 mehr als 1.000 Studierende, und an der Mayo School of Graduate Medical Education (MSGME) wurden seit 1917 mehr als 17.000 Ärzte und Fachärzte in nahezu allen Spezialisierungen ausgebildet. Ein Hauptziel sämtlicher Ausbildungsprogramme an der Mayo Clinic besteht darin, „gute Ärzte“ auszubilden und zum Abschluss zu bringen, wobei die Professionalität als Kernkompetenz im Mittelpunkt der Ausbildung steht.

1. Was ist Professionalität?

Die Medizin wird seit Jahrhunderten als Profession betrachtet. Tatsächlich werden die beruflichen und ethischen Werte und Pflichten von Ärzten seit mehreren Jahrtausenden in Eidesformeln und Gesetzen unterschiedlichster Kulturkreise und Schauplätze beschrieben. Das Wort Professionalität leitet sich vom Lateinischen *professio*, d. h. öffentliche Erklärung, ab (Gove 1961). Profession kann definiert werden als „eine Berufung, die spezielle Fachkenntnisse und eine oft lange und intensive Vorbereitung erfordert. Diese Vorbereitung umfasst eine Vermittlung der Fähigkeiten und Methoden sowie der diesen zugrunde liegenden wissenschaftlichen, historischen oder fachlichen Prinzipien; hohe Standards in Bezug auf Leistung und Verhalten sind vorgegeben und konsensfähig; die Angehörigen der Profession werden angehalten, sich fortzubilden und auf ein Handeln verpflichtet, das in erster Linie dem Wohl der Allgemeinheit dient“ (Gove 1961: 1811). Die Ziele, Verhaltensweisen und Kennzeichen, die eine Profession charakterisieren, sind zugleich Kennzeichen der Professionalität und, in der Medizin, Kennzeichen eines „guten Arztes.“

Dennoch handelt es sich bei der Professionalität um ein abstraktes Konzept. Auf die Frage: „Was ist Professionalität?“ antworten die meisten Befragten: „Das weiß ich, wenn ich ihr begegne.“, oder sie zählen

Merkmale von Professionalität auf. Berufsverbände greifen bei der Definition von Professionalität auf ähnliche Ansätze zurück. So stellt beispielsweise die Association of American Medical Colleges (AAMC) in ihrer Veröffentlichung „Learning Objectives for Medical Student Education“ (AAMC 1999) fest, dass Ärzte sich durch Altruismus, Wissen, fachliche Kompetenz und Pflichtbewusstsein auszeichnen müssen – alles Kennzeichen von Professionalität. Der Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME 1999) führt sechs allgemeine Kompetenzen auf, über die Ärzte verfügen müssen, bevor sie ihre Assistenzzeit oder Facharztweiterbildung abschließen können, eine davon ist „Professionalität.“ Der ACGME definiert Professionalität durch folgende Kennzeichen: Respekt, Mitgefühl, Integrität, Gesprächs- und Auskunftsbereitschaft, Altruismus, Rechenschaftspflicht, Verpflichtung zur Exzellenz, eine fundierte Ethik und sensibles Verhalten gegenüber anderen Kulturen und Religionen (ACGME 2004).

Tab. 1: Die Charta zur ärztlichen Berufsethik (ABIM Foundation 2002)

Ethische (grundlegende) Prinzipien

1. Primat des Patientenwohls
2. Selbstbestimmungsrecht des Patienten
3. Soziale Gerechtigkeit

Fachliche Verantwortlichkeiten („Bekennnisse“)

1. Fachliche Kompetenz
2. Ehrlicher Umgang mit Patienten
3. Ärztliche Schweigepflicht
4. Pflege angemessener Beziehungen zum Patienten
5. Ständige Qualitätsverbesserung der medizinischen Leistungen
6. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Leistungen
7. Gerechte Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen
8. Aneignung und Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse
9. Angemessenes Verhalten bei Interessenskonflikten
10. Kollegiale Verantwortung

Das American Board of Internal Medizin (ABIM), das American College of Physicians und die European Federation of Internal Medicine beschreiben in der „Charta zur ärztlichen Berufsethik“ (ABIM Foundation 2002) Professionalität als „eine Grundlage des Gesellschaftsvertrags für die Medizin“ mit den in Tabelle 1 dargestellten drei ethischen Prinzipien und zehn „Bekanntnissen“.

2. Äußerungen der Mayo Clinic zu Professionalität

In einer Rede, die Dr. William J. Mayo während einer akademischen Abschlussfeier am Rush Medical College im Jahr 1910 hielt, stellte er fest: „Während der Zeit des Lernens erkennen wir immer deutlicher, wie sehr wir voneinander abhängig sind. Das Wohl des Patienten ist das einzige, was zählt, und eine Bündelung aller Kräfte ist notwendig, damit die Kranken vom Fortschritt des Wissens profitieren.“ (Mayo WJ 2000: 554) In diesem Zitat finden sich Kennzeichen der Professionalität, wie z. B. der Vorrang des Patientenwohls, Altruismus, Kompetenz und Teamarbeit. Dieses Zitat beinhaltet auch das oberste Gebot der Mayo Clinic: „Die Bedürfnisse des Patienten stehen an erster Stelle“ sowie ihr Leitbild: „Mayo versorgt jeden Patienten jeden Tag auf die bestmögliche Weise mit Hilfe von integrierter klinischer Praxis, Lehre und Forschung.“ (Viggiano et al. 2007) Eingedenk der Geschichte, des obersten Gebotes und des Leitbildes der Institution entwickelten die Leiter der Mayo Clinic das Mayo Clinic Model of Care (Olsen und Brown 2001), ein Behandlungsmodell, welches sich durch hohe Qualität und mitfühlende Pflege in einem integrierten akademischen Umfeld mit vielen Spezialgebieten auszeichnet. Das oberste Gebot und das Leitbild der Klinik werden durch die Kennzeichen der Professionalität umrissen, von denen sieben die Patientenversorgung betreffen und sieben das Umfeld (Tab. 2).

Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht

Claudia Witt

1. Hintergrund

Was einen guten Arzt oder eine gute Ärztin ausmacht, ist auch heute noch eine Frage, die sich Patienten, Ausbilder und Studierende regelmäßig stellen. Je nachdem, wen man fragt, wird man unterschiedliche Antworten bekommen, die den Hintergrund, die Vorstellungen und die Erfahrungen des Befragten widerspiegeln. Zudem sind meist viele Worte notwendig, um das zu umschreiben, was man damit meint.

Nach der Absolvierung eines Medizinstudiums und mehr als zehn Jahren Erfahrung in der Ausbildung angehender Ärzte ist dies nach wie vor eine der spannendsten Fragen für mich. Dörners Buch *Der Gute Arzt* (Dörner 2003) ist hervorragend geeignet und sehr inspirierend, um sich auf dieses Thema tiefer einzulassen, es zeigt aber auch dessen Komplexität auf.

Den letztendlichen Anstoß zum Expertentreffen und dem daraus resultierenden Buch waren Daten aus unseren großen Akupunkturstudien (Witt 2006). Ausgehend von der Hypothese, dass eine längere Ausbildung und mehr Erfahrung sich auch im Therapieergebnis widerspiegeln sollten, haben wir eine entsprechende Datenanalyse durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass bei den 9990 Patienten, die wegen chronischer Schmerzerkrankungen mit Akupunktur behandelt wurden, die Dauer der Ausbildung, die Jahre der Erfahrung oder der prozentuale Anteil der Akupunktur am Praxisalltag der Ärzte keinen Einfluss auf das Ausmaß der Besserung der Schmerzen der Patienten hatten (Witt 2010). Es gab Ärzte, deren Patienten sich deutlich mehr besserten, jedoch ließ sich dies durch keinen der für übliche Qualitätszwecke gemessenen Faktoren in unserer Datenbank erklären. Es gibt sie also, die Ärzte, die ein besseres Therapieergebnis erreichen als der durchschnittliche Arzt. Aber was macht sie aus?

Es war von Beginn an klar, dass nur eine interdisziplinäre Diskussion dem Thema in seiner Breite und Komplexität versuchsweise gerecht werden kann. Gerade die interdisziplinäre Diskussion von wissenschaftlichen Erkenntnissen unter Einbindung der Geisteswissenschaften, Sozialwissenschaften und Medizin ermöglicht es, sich aus dem eigenen Arbeits- und Erfahrungsbereich hinauszubewegen. Um eine gemeinsame Kommunikation zu ermöglichen, müssen die Beteiligten die spezialisierte Detailebene verlassen und sich auf eine gemeinsame Metaebene begeben. Diese Ebene ermöglicht es, die bisherigen Erkenntnisse in einem Gesamtrahmen zu betrachten und damit auch ggf. eingefahrene Vorgehensweisen neu zu überdenken (Witt 2009).

Im Rahmen eines Expertentreffens wurde anhand von Impulsvorträgen in die verschiedenen Aspekte des Themas „der gute Arzt“ eingeführt und dann in drei parallel stattfindenden interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppen ein Konsensus entwickelt. Am Ende wurde das Ergebnis der drei Arbeitsgruppen zusammengeführt und in zwei weiteren schriftlichen Delphirunden unter den Teilnehmern abgestimmt.

2. Ergebnis des Expertentreffens

Ein guter Arzt ist fachlich kompetent und versucht, ein möglichst gutes therapeutisches Setting zu schaffen. In diesem zeigt er Handlungsoptionen auf, lässt den Patienten mit diesen aber nicht allein und bietet auch Beratung an bzw. vermittelt Informationen zum Selbstmanagement. Er versteht sich zudem als Teil eines interprofessionellen Netzwerkes, in dem verschiedene Kompetenzen zusammen kommen und sich ergänzen.

Das Thema des guten Arztes kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden, hier wird primär die Perspektive des Patienten betrachtet. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass beim Betrachter individuelle Erfahrungen und persönliche Wertesysteme eine wichtige Rolle

spielen. Die Patientenperspektive ist einem steten Wandel ausgesetzt, da sie sich durch die Bewegung im medizinischen System und die damit verbundenen Erfahrungen verändert. Auch wirken allgemeingesellschaftliche Entwicklungen auf die sich ändernde Patientenperspektive ein, beispielsweise in Form von neuen Gesundheitsgesetzen oder medialen Ereignissen.

Reduziert und schematisch zusammengefasst lassen sich beim Arzt zwei übergeordnete Komponenten feststellen: die medizinische Fachkompetenz und die kommunikativen und psychosozialen Kompetenzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch diese Kompetenzen sich wiederum aus verschiedenen Aspekten zusammensetzen.

Fachkompetenz einerseits und die kommunikativen und psychosozialen Kompetenzen andererseits verhalten sich wie die zwei Schwingen eines Vogels – das beste Ergebnis wird dann erreicht, wenn sie synchron schwingen und sich wechselseitig stabilisieren. Das Vorhandensein beider Komponenten ist absolute Voraussetzung für einen guten Arzt. Ohne solide medizinische Fachkompetenz ist keine sinnvolle medizinische Versorgung möglich, und ohne kommunikative und psychosoziale Kompetenzen können die Inhalte der Fachkompetenz nicht transportiert und damit nicht zielführend umgesetzt werden. Gemeinsam bilden diese Kompetenzen die Grundlage für eine Handlungskompetenz, die einen guten Arzt ausmacht (s. Abbildung 1).

Je nach Kontext kann die Wichtigkeit der jeweiligen Kompetenzen jedoch variieren. Dies kann u. a. vom Behandlungskontext, der Krankheitsart oder Krankheitsschwere beeinflusst werden. So ist für einen Chirurgen während der Operation die kommunikative und psychosoziale Kompetenz deutlich weniger wichtig, als für einen Hausarzt in der täglichen Sprechstunde. Die patientenseitige Gewichtung der Kompetenzen wirkt sich nicht nur auf die Bewertung des Arztes als „gut“ aus, sondern ebenfalls auf die Arztwahl und ggf. auch auf die Wahl der Therapieform (z. B. Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Therapien).

Die Lerninhalte des Medizinstudiums werden nach wie vor durch die Zunahme der medizinischen Fachkompetenz bestimmt, und die

Der gute Arzt aus Patientensicht

Bettina Berger

1. Die Patientensicht und ihre methodische Herausforderung

Bei Verbraucherzentralen gilt die Frage nach dem guten Arzt als eine der am häufigsten gestellten Fragen. Da das Gesundheitswesen bislang keine Lösung dafür gefunden hat, den Patienten ausreichend transparente Qualitätsinformationen über Ärzte zur Verfügung zu stellen, etablieren sich mittlerweile zahlreiche Online-Anbieter mit Ärztebewertungsportalen.

2008 zählte der damalige rangerste Online-Anbieter, das 2007 gegründete Portal Imedo, monatlich ca. 15 Millionen Aufrufe. 160.000 Ärzte sind dort gelistet, ca. 33.000 Bewertungen waren im ersten Jahr abgegeben worden. Die Fragen der Bewertung beziehen sich allerdings ausschließlich auf sehr allgemeine und oberflächige Kriterien der Terminverfügbarkeit, Pünktlichkeit, auf die allgemeine Rubrik Zwischenmenschliches und auf die Freundlichkeit der Mitarbeiter. Andere Versuche, sich zu diesem Thema zu artikulieren, kamen aus der Selbsthilfe. So haben Selbsthilfegruppen bereits vor ca. zehn Jahren eigenständige Befragungen durchgeführt und die Mängellisten der Berliner Selbsthilfekontaktstelle (SEKIS) erstellt, die umfangreiche Defizitkataloge von Ärzten aus Patientenperspektive enthält.

Nun endlich wird dem jahrelangen Rufen nach transparenten Qualitätsinformationen etwas entgegen gestellt: Das Aqua-Institut in Freiburg hat als fachlich unabhängige Institution kürzlich den Zuschlag zur Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätskriterien vom Gemeinsamen Bundesausschuss erhalten. Anfang des Jahres wurde ein umfassendes Methodenpapier zur Entwicklung der Qualitätsindikatoren vorgelegt. Instrumente zur Erhebung der Patientenperspektive sind hier

sowohl als subjektive als auch als ereignisorientierte Instrumente neben der Entwicklung von evidenzbasierten Qualitätsindikatoren unerlässlicher Bestandteil.

Der Perspektive von Patienten wird hier eine bedeutsame Rolle zugesprochen: Zum Beispiel könnten nur Patienten die Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend wahrnehmen, und auch in Bezug auf die Beurteilung der Kommunikation und der Information werde die Patientenperspektive benötigt. Es sollen indikationsspezifische und generische Instrumente verwendet werden, die zum einen auf der Grundlage von systematischen Literaturrecherchen identifiziert, ggf. ins Deutsche übersetzt oder auch neu entwickelt werden. Umfangreiche Qualitätsüberprüfungsverfahren sind vorgesehen. Die Instrumente müssen nicht nur den einschlägigen Testgütekriterien entsprechen, sondern sollen nur dann für valide angesehen werden, wenn die Befragungen mit hohen Rücklaufquoten, einer angemessenen Non-Responder-Analyse und einem geringen Sample-Bias einhergehen. Die somit identifizierten Indikatoren sollen sowohl von Experten als auch von Patientenvertretern in einem mehrstufigen Verfahren überprüft und getestet werden. Es wird deutlich, wie komplex die Frage nach dem guten Arzt aus Patientenperspektive ist, will man sie systematisch angehen. Zu divergierend sind die Ansichten, je nachdem, ob es sich um die Perspektive von Akutpatienten oder Chronikern, von Kindern oder Sterbenden, oder um die Perspektive von Menschen mit einer seltenen Erkrankung handelt. Außerdem ändern sich die Bedürfnisse im Verlauf der eigenen Biographie: Bei der Frage nach der Geburt eines Kindes sind andere Aspekte relevant, als nach einem Unfall oder auf dem Sterbebett.

Deshalb wurden in den vergangenen 20 Jahren unter dem Oberbegriff der Patient Reported Outcomes (PROs) viele Instrumente zur Erhebung von patientenperspektivischen Beurteilungen der Gesundheitsqualität entwickelt. 2008 hatte die Patient Reported Outcomes Methods Group der Cochrane Collaboration bereits 215 systematische Übersichtsarbeiten zu indikationsspezifischen Instrumenten und deren methodischer Qualität identifiziert sowie einen umfassenden methodischen Review über die Qualität systematischer Übersichtsarbeiten zu

Instrumenten publiziert, die von Patienten berichtete Ergebnisse erheben. Eine Datenbank – Patient Reported Outcomes and Quality of Life Database PROQOLID (www.proqolid.org) – bietet einen Überblick über zahlreiche verfügbare indikationsspezifische und generische Instrumente zur Messung gesundheitsrelevanter Outcomes, die direkt von Patienten wiedergegeben werden. In einem mehrjährigen Forschungsprozess wurden relevante Items identifiziert und Subdomänen gebildet, in denen man nach geeigneten Instrumenten recherchieren kann. Die Instrumente wurden nach physischen, mentalen, emotionalen, sozialen, schmerzbezogenen und fatiguebezogenen Dimensionen unterschieden. PROs müssen inzwischen in klinischen Studien berücksichtigt werden.

Patient Reported Outcomes können sich grundsätzlich von dem unterscheiden, was für das Gesundheitswesen oder die Karriere eines Stationsarztes relevant ist. Die Möglichkeit der Rückkehr in den Beruf nach einem Unfall, die Behandlung einer schwer zu erkennenden seltenen Erkrankung, das selbst bestimmte Sterben nach Jahren der Krankheit, die Schmerzfreiheit der Kinder mit Tumorerkrankungen oder die Möglichkeit, sich als Rollstuhlfahrer selbst den Katheter wechseln zu können sind nur wenige Beispiele patientenseitiger Qualitätsindikatoren. Die konsensuelle Abstimmung der auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz entwickelten Qualitätsindikatoren dauert nicht nur vielen Patienten viel zu lange, auch andere Risiken verbergen sich hinter dem Boom der PROs. Die formale Einbeziehung der subjektiven Perspektive der Patienten kann zu einer Fehleinschätzung werden, wenn die Patienten gar nicht wissen, dass es ihnen ohne die entsprechende Intervention genauso gut oder besser gehen könnte. So könnte man es als zynisch betrachten, Frauen nach ihrem Befinden nach Konisation zu fragen, wenn ihnen die Konisation eigentlich hätte erspart bleiben können, da sich die als entartet eingeschätzten Zellen am Gebärmutterhals in den meisten Fällen von selber wieder zurückbilden.

Auch wenn es für Patienten eher um die Frage nach der Verbesserung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität geht, als um die Zufriedenheit mit ihrem Arzt, gibt es mittlerweile eine umfassende For-

schungsliteratur zur Frage nach einem guten Arzt aus Patientenperspektive. Nach einer Sichtung der Literatur ergaben sich 1998 auf der Grundlage von 57 Studien folgende Kriterien als relevant für die Patienten: „humaneness“, „competence / accuracy“, „patients' involvement in decisions“, „time for care“, „other aspects of availability / accessibility“, „informativeness“, „exploring patients' needs“, „other aspects of relation and communication“ und „availability of special services“ (Wensing et al. 1998). Bei der Erstellung der Zufriedenheitsinstrumente durch die internationale Arbeitsgruppe um Wensing wurde dann aber die Kompetenz der Ärzte als eine Kategorie, die Patienten nicht objektiv beurteilen können, auf eine subjektive Einschätzung reduziert. Die Informationen, die die Patienten befähigen würden, die Qualität ärztlicher Behandlungen zu beurteilen, fehlen also in der Regel, obwohl sie grundsätzlich von Patienten eingefordert werden (Berger et al 2008).

2. Das gute Behandlungsteam

Die in diesem Text in Kürze dargestellten Kriterien können demnach nur sehr ausgewählte Aspekte einer umfassenden Thematik beschreiben und insbesondere die Perspektive der Autorin auf der Grundlage ihrer Arbeitsschwerpunkte pointieren. Dabei soll darauf fokussiert werden, dass Patienten im zunehmenden Maße chronische Patienten sind. Theoretisch gelten für eine gute Behandlung chronischer Patienten folgende Kriterien: Die gemeinsame Problemdefinition, die gemeinsame Setzung von Behandlungszielen, die Schaffung eines kontinuierlichen Selbstmanagement- und Supportsystems sowie die aktive und nachhaltige Langzeitbetreuung (Wagner et al. 2001). Da Patienten die gute interprofessionelle Kooperation und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit als wichtiges Qualitätskriterium ansehen, soll hier das Team in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt werden. Nicht mehr der einzelne Arzt ist ausschlaggebend für eine gute Betreuung von chronisch kranken Patienten, sondern ein Praxisteam von produktiv

Welche Motivation haben deutsche Ärztinnen und Ärzte, Homöopathie, Akupunktur oder Ayurveda auszuüben? Welche Vorstellungen von einem „guten Arzt“ haben sie und ihre Patientinnen und Patienten?

Gunnar Stollberg

Heterodoxe Medizin wird meist auf der Ebene der medizinischen Konzepte oder der Professionalisierung thematisiert. Es gibt jedoch erstaunlich wenige empirische Studien über Motivationen von Ärzten oder allgemeiner von Heilern, komplementäre Medizinformen auszuüben. Goldstein (1985) hat kalifornische Mitglieder der American Holistic Medical Association (AHMA) befragt und vor allem Enttäuschung mit der Schulmedizin¹ wegen ihrer mangelnden Wirksamkeit bei chronischen Erkrankungen sowie der Nebenwirkungen ihrer Pharmaka gefunden. Darüber hinaus gab es spirituelle Motive sowie positive Erfahrungen mit heterodoxen Verfahren bei eigenen ernsten Erkrankungen oder persönlichen Krisen. Goldsteins Ergebnisse sind sicherlich nicht repräsentativ, sie umreißen jedoch bereits einen Großteil der in späteren Studien berichteten Motivationen, etwa von Lynöe und Svensson (1992). Sharma (1992) ergänzte praktische Motivationslagen britischer nicht-ärztlicher Heilerinnen und Heiler,² z. B. die Möglichkeit flexibler Teilzeitarbeit. Andrews und Hammond (2004) berichten über 426 meist

¹ Im angelsächsischen Kontext wird von *biomedicine* gesprochen, da sich die Schulmedizin vor allem auf die Naturwissenschaften und insbesondere die Biologie bezieht. Im Deutschen hat jedoch Biomedizin die Bedeutung „gentechisch verfahrenende Medizin“ erlangt.

² Begrifflich entspricht *medical* dem deutschen ärztlich. *Healer* kann Ärzte wie Nicht-Ärzte umfassen, *practitioner* nur letztere.

weibliche und sehr häufig in Teilzeit arbeitende britische Komplementärmedizin-Praktiker, von denen 37 % persönlichen Erfolg mit Komplementärmedizin erfahren haben, 23 % mit der Schulmedizin und 13 % mit ihrem früheren Job unzufrieden waren. 8 % suchten größere Arbeitszufriedenheit in ihrer komplementärmedizinischen Tätigkeit, 4 % finanzielle Besserstellung und ebenso viele Prozent waren spirituell motiviert.

Ein Mangel ist fast allen Studien gemeinsam: Sie differenzieren kaum nach medizinischen Konzepten innerhalb der Komplementärmedizin. Ferner sind die Motivationen US-amerikanischer oder britischer Heiler mit deutschen nur bedingt vergleichbar, denn in Deutschland ist die Akupunktur weitgehend in ärztlicher Hand, die Homöopathie großen Teils, während auf beiden Feldern in den USA und Großbritannien die Nicht-Ärzte überwiegen. Die bei Sharma und Andrews und Hammond genannten Motive beruflichen Aufstiegs britischer Nicht-Ärzte³ existieren für deutsche Ärzte nicht, und finanzielle Motive können allenfalls bei der Akupunktur auftreten.⁴

Frank und Stollberg haben zwischen 1999 und 2001 rund 70 deutsche Ärzte, die Homöopathie, Akupunktur oder Ayurveda praktizierten, und deren Patienten befragt. Die Fragen galten vor allem dem Umgang mit dem heterodoxen medizinischen Wissen sowie der Hybridisierung des Wissens und der Praktiken (vgl. Frank 2004, Frank und Stollberg 2002, 2004 a, b, c, 2006). Ich werde im Folgenden die Ergebnisse dieser Befragungen hinsichtlich der Motivationen, ein heterodoxes medizinisches Konzept zu praktizieren, zusammenfassen und unter einer veränderten Perspektive zu kommentieren suchen: Welche Vorstellungen von einem guten Arzt werden in den Motivationen der Ärzte deutlich? Abschließend werde ich umreißen, was für die von uns befragten Patienten einen guten Arzt ausmachte.

³ Ich nutze aus sprachlicher Vereinfachung die männliche Form für Angehörige beider Geschlechter, sofern die Differenz nicht inhaltlich bedeutsam ist.

⁴ Finanzielle Anreize gibt es auch für Nicht-Ärzte im ayurvedischen Wellness-Bereich. In unserem Kontext geht es jedoch um Ärzte.

Was einen guten Arzt ausmacht, ist eine Frage, die sich Patienten, Ausbilder, Studierende und Ärzte regelmäßig stellen. Claudia Witt hat sich dieser Frage angenommen und Experten aus unterschiedlichen Fachgebieten um ihre Meinung dazu gebeten. Das Ergebnis ist im vorliegenden Buch kompetent und spannend aufbereitet. Die Expertenrunde kam u. a. zum folgenden Konsens:

„Ein guter Arzt ist fachlich kompetent und versucht, ein möglichst gutes therapeutisches Setting zu schaffen. In diesem zeigt er Handlungsoptionen auf, lässt den Patienten mit diesen aber nicht allein und bietet auch Beratung an bzw. vermittelt Informationen zum Selbstmanagement. Er versteht sich zudem als Teil eines interprofessionellen Netzwerkes, in dem verschiedene Kompetenzen zusammen kommen und sich ergänzen.“