

Ärzte als Patienten

Der ungewollte Wechsel der Perspektive

J. Schulze

Die Rolle und Sozialisierung von uns Ärzten scheint einer spezifischen Prägung zu gehorchen, die man mit „Unverwundbarkeit“ der „Weißkittel“ beschreiben könnte. Krank sind immer nur die Patienten in der Praxis oder im Krankenhaus. Allerdings ergeben sich aus Diagnosen bei Ärzten gravierender Art auch Schreckens- und Katastrophen-Szenarien – weil sie die Verläufe kennen und vom Verlaufsende her bedenken. Andererseits besteht die Erkenntnis, dass Ärzte Symptome verdrängen, sorglos mit der eigenen Gesundheit umgehen, sich für unverletzlich halten, Krankheiten bagatellisieren, um ganz für ihre Patienten da zu sein. In diesem Spannungsfeld von Bagatellisierung einerseits und Katastrophen-szenarien andererseits ist die Problematik „der kranke Arzt“ angesiedelt.

Bereits 2019 stand das Thema Arztgesundheit im Fokus des 122. Ärztetages in Münster – sicher auch als Konsequenz des 2017 aktualisierten Genfer Gelöbnisses, in dem es nunmehr heißt, dass Ärztinnen und Ärzte auf ihre Gesundheit achten sollen, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.

Bei diesen Erwägungen spielt das Lebensalter der Ärzte eine wesentliche Rolle, sowie der Umgang mit eigener Betroffenheit.

Die folgende Kasuistik zeigt die Lebensalter abhängige Betroffenheit eines Arztes aus Dresden.

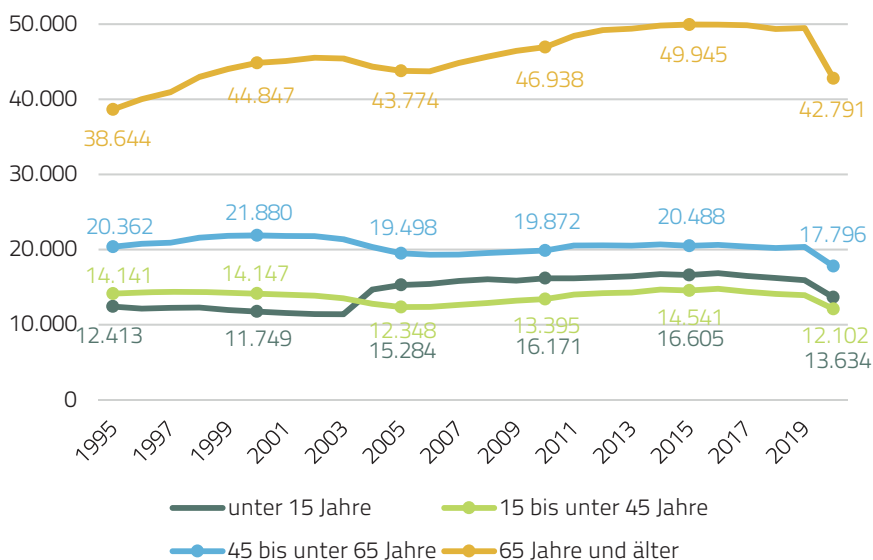
Der junge Stationsarzt einer Diabetikerstation wird in der Röntgenfilmdemonstration mit seinem spezifischen tuberkulöses Infiltrat in der Lunge konfrontiert, nachdem er rückblickend ein halbes Jahr verdrängte Symptome von Husten, Nachtschweiß und subfebrile

Temperatur hatte, die er für nicht bedeutsam hielt. Ein viertel Jahr Heilkuraufenthalt, die kombinierte Gabe mit Tuberkulostatika sowie die spätere Anerkennung als Berufskrankheit waren die Folge. Die erfreuliche Ausheilung des Prozesses das Ergebnis.

Bei dem gleichen Arzt fiel in den nachfolgenden Röntgenkontrolluntersuchungen Jahre später eine Erweiterung der Aorta ascendens auf. In dieser Situation setzte eine rationale ärztliche Befassung mit der „Zeitzünderbombe“ – Aortenaneurysma ein. Ein befreundeter ärztlicher Kollege übernahm die weiter notwendige Kontrolle und Logistik. Die Gespräche mit dem potenziellen Operateur zur Festlegung des optimalen OP-Zeitpunktes waren auf Augenhöhe, sachlich und erfahrungsgesättigt. Die OP am Herzzentrum Leipzig verlief erfolgreich, eine nachfolgende Heilkur stellte den Status präante wieder her. Besonders als ärztlicher Pensionär erwartet der von lebenslimitierenden Krankheiten Betroffene kollegiales Verhalten, Zuwendung und Expertise, um vertrauensvoll in die limitierte Zukunft zu gehen.

Wir Ärztinnen und Ärzte sollten als „Helfer und Heiler“ nicht glauben, ausschließlich für die Lösung von Problemen der Patienten da zu sein, sondern auch mit Sensibilität die eigenen Problemfelder bearbeiten. Dabei sollten wir auch kollegiale Hilfe und Unterstützung selbstverständlich in Anspruch nehmen. Umfassende Hinweise dazu finden sie unter <http://www.aerztegesundheits.de/> ■

ZAHLEN, DATEN, FAKTEN



Altersspezifische Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner in Deutschland 1995 – 2020 (einschl. Stunden- und Sterbefälle), Quellen: [www.gbe-bund](http://www.gbe-bund.de), www.destatis.de

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Ehrenpräsident