

# Letzter Landarzt oder Arzt der Zukunft?

Überlegungen zu den Kernwerten der Allgemeinmedizin anhand eines Buches über einen Landarzt

## *Last Country Doctor or Doctor of the Future?*

*Reflections on the Core Values of Family Medicine Referring to a Book About a Country Doctor*

Vera Kalitzkus, Heinz-Harald Abholz

**Zusammenfassung:** An einem berühmt gewordenen Buch über das Leben und Arbeiten eines Landarztes in England vor rund fünfzig Jahren sucht der Artikel eine Antwort auf die damalige und heutige Frage: Was davon war und was davon ist heute noch der Kern des Faches Hausarztmedizin?

*Schlüsselwörter:* Hausarztmedizin; Narrative Medizin; Arzt-Patient-Kommunikation; ärztliche Haltung

**Summary:** Referring to a well-known book about the life and work of a country doctor in England, published around 50 years ago, this article aims to answer a previous and still present question: What aspects are today (and have been in the past) the core values of family medicine?

*Keywords:* family medicine; narrative medicine; doctor-patient communication; physician attitude

„Manchmal frage ich mich, inwieweit in mir der letzte traditionelle Landarzt steckt und inwieweit der Arzt der Zukunft. Kann man beides sein?“ – so John Sassel, ein Landarzt Mitte der 1960er Jahre in England. Eine Antwort bleibt Sassel uns schuldig. Was aber zeichnet ihn als „Arzt der Zukunft“ aus? Seine Geschichte ist zu lesen und in Fotos anzusehen in dem Buch von John Berger und Jean Mohr aus dem Jahre 1967 [1]. John Berger ist im Alter von 90 Jahren am 2. Januar 2017 verstorben. Das Buch hat dieses Jahr den 50. Jahrestag seiner Veröffentlichung. Wir nehmen dies als Anlass für eine Buchbesprechung und die sich daran anschließende Reflexion zur Frage: Hat die Geschichte eines solchen Landarztes uns heute noch etwas zu sagen und was davon würde zu den Essentials des Faches gehören, also unverzichtbar sein?

### Hintergrund

„Was ich [...] darstellen möchte, sind Beziehungen, die sich einer Analyse durch Fra-

gebögen entziehen“, so schreibt der britische Schriftsteller John Berger (ein Dutzend Romane), Filmbuchautor (ein halbes Dutzend Kinofilme) und Kunst- und Gesellschaftsanalytiker (zahlreiche Bücher, Essays, die teilweise das Kunstverständnis gewandelt haben). „Die Geschichte eines Landarztes“ ist also nicht nur das Porträt eines Arztes Sassel, sondern beinhaltet auch philosophische und soziologische Betrachtungen zum Arztsein. Dabei geht es zentral um drei Arten von Beziehungen: die Beziehung des Arztes zu sich selbst, die Beziehung des Arztes zu seinen Patienten, die Beziehung des Arztes zur Gemeinde/Gesellschaft, in der er praktiziert.

Sassel und Berger, der selbst eine Zeitlang in jener Gegend Englands lebte, waren befreundet und so kam es, dass Berger und Mohr Mitte der 1960er Jahre für sechs Wochen bei Sassel lebten und ihn – mit Erlaubnis seiner Patienten – bei allen seinen Tätigkeiten rund um die Uhr begleiteten. Die geschriebenen Beobachtungen Bergers werden durch die einfühlsamen Fotos des Fotografen Jean Mohr illustriert.

### Einzelne Fallschilderungen

Ob es die Geschichte eines verunglückten Waldarbeiters ist, der sein Bein verlieren wird, oder die Geschichte von der Krankschreibung eines jungen Mädchens aus der Wäscherei, damit sie sich beim Arbeitsamt um Fortbildungsmöglichkeiten kümmern kann, die einzelnen beobachteten Fallgeschichten geben Einblick in Leben und Leiden der Bewohnerinnen und Bewohner dieses Bezirks. Diese Fallschilderungen zeigen die Bedeutung Sassals in seiner Rolle für die Patientinnen und Patienten; sie verweisen auf die Bedeutung eines „biopsychosozialen Ansatzes“ in der Medizin, besonders der Allgemeinmedizin, und sie verdeutlichen, wie das Leiden am Leben mit den Leiden am Körper verknüpft ist. Sassel kennt seine Patientinnen und Patienten über Jahrzehnte, weiß um ihre Lebensbedingungen und oft ihre Chancenlosigkeit – gegen Krankheit und gesellschaftlichem Leid. Ihre Geschichten verdeutlichen den engen Zusammenhang zwischen den Lebensumständen und der Gesundheit der

Patientinnen und Patienten. *„Niemand isoliert er eine Krankheit von der Gesamtpersönlichkeit eines Patienten – in diesem Sinne ist er das Gegenteil eines Spezialisten,“* beschreibt Berger die Herangehensweise Sassals. (107)

Für Berger ist damit die Hausarztmedizin das Fach, das den ganzen Menschen im Zentrum hat und so alle Dimensionen des Krankseins umfasst. Konzeptionell wird dies auch heute jede Allgemeinärztin und jeder Allgemeinarzt so sehen. Nur, wird es so noch erfüllt beziehungsweise bleibt es erfüllbar in Zeiten der schnell geschriebenen Über- bzw. Verweisungen, Teilzeitarbeit, Arbeit in Großpraxen mit zahlreichen Teammitgliedern und vielleicht ganz anderen Idealen?

### Psychogramm des Arztes

Zwar geht es Berger nicht nur darum, die Biografie eines von ihm geschätzten und als Beispiel genommenen Arztes zu schreiben, sondern wesentlich darum, einen Beruf aus dem „Fall Sassal“ heraus zu charakterisieren. Dennoch gehören eben zu dem gewählten Arzt auch dessen Biografie und dessen Persönlichkeitseigenschaften: Sassal sei interessiert, belesen, und vom Wunsch nach wissenschaftlicher Erkenntnis getrieben. Und Sassal entwickelt für sich als Person und untrennbar davon als Arzt einen hohen moralischen Standard, der die Ideale des Dienstes und der Verantwortung als Kernpunkte hat: *„Das Ideal des Dienstes [...] hat eine doppelte Bedeutung. Der Dienst steht zum einen für die traditionellen Werte, die von jenen wenigen Privilegierten geschätzt werden, die die Herausforderung angenommen haben – geschätzt nicht als abstraktes Prinzip, sondern als die Voraussetzung, unter der sie ihre Fähigkeiten voll einsetzen können. Gleichzeitig steht der Dienst für die Verantwortung, die die Wenigen immer für die Vielen tragen müssen, die von ihnen abhängig sind [...].“* (46)

Sassal durchläuft durch seine Arbeit eine Entwicklung, die zu Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit nur das Ideal „Leben zu retten“ hatte. Daraus resultieren anfangs Ungeduld, Rastlosigkeit und erlebte Dringlichkeit sowie Wichtigkeit des eigenen Tuns. Mit zunehmendem Alter, beruflicher Erfahrung und nach

einer persönlichen Lebenskrise wandelt sich dies: *„Das spontane und jugendhafte Extrem war in ein reiferes und komplexeres übergegangen: die Vorliebe für lebensbedrohliche Notfälle in die Erkenntnis, dass jeder Patient als ganze Persönlichkeit behandelt werden sollte, dass Krankheit oft eher eine Ausdrucksform des Umgangs mit als eine Kapitulation vor den Naturgegebenheiten ist. [...] Seine Befriedigung zieht er [...] hauptsächlich aus Fällen, bei denen keine bekannte Erklärung passen will, weil sie von der individuellen Persönlichkeitsentwicklung eines Patienten geprägt sind. Er versucht, dieser Persönlichkeit in ihrer Einsamkeit Gesellschaft zu leisten.“* (55–56)

Was aber bedeuten die damaligen Ideale „Dienst am Patienten“, „Verantwortlichkeit“ noch in einem heute so gewandelten Gesundheitssystem, das zur Entprofessionalisierung oder gar Proletarisierung des ärztlichen Berufsstandes geführt hat? Diejenigen, die mit Verantwortung behandelt werden wollen und denen gedient werden soll, sind mehr Akteure geworden: Hinzu gekommen sind eine Gesellschaft mit ihren vielfältigen und nur zu Teilen zu legitimierenden Vorgaben für die Versorgung sowie die eigenen ärztlichen Interessen an ausreichendem Verdienst und Verdienstausschüttung. Und anstelle der Lehr-Botschaft, in diesem Beruf müsse man immer wieder auch in „unsicheren Entscheidungssituationen“ als Arzt auch persönliche Verantwortung übernehmen, ist die Devise getreten, möglichst am Schluss nicht allein etwas zu verantworten zu haben, also als Schutz Verantwortung zu delegieren, zu diversifizieren.

Auch werden Medizinstudierende heute noch stärker von der Faszination von „Leben retten“ mittels dramatischer Einsätze und von der Fiktion der grundsätzlichen Beherrschbarkeit und Machbarkeit durch medizin(technischen) Einsatz konstant und wirksamer als früher beeinflusst.

Das Ideal des Arztes aus Sicht der Gesellschaft und der Ärzte selbst hat sich geändert, wahrscheinlich aber nicht der Zustand und die Verfassung der wirklichen Kranken. Wie kann es da überhaupt gelingen, das Interessante und ein Leben lang Spannende einer Arbeit im komplexen Fachgebiet der Allgemeinmedizin den Studierenden und den Jungärztinnen und -ärzten nahe zu bringen?

### Krankheitsfolgen

*„Im Verlauf einer Krankheit sind viele soziale Verbindungen unterbrochen. Krankheit erzeugt und fördert beim Kranken ein verzerrtes, fragmentiertes Bild seiner selbst. Mit Hilfe der Vertrautheit mit dem Kranken und der besonderen Nähe, die ihm zugebilligt wird, muss der Arzt diese gestörten Beziehungen des Kranken ausgleichen und den sozialen Bezug des beschädigten Selbst wiederherstellen.“* (62–63) Als zentral für das ärztliche Handeln, wie es von Sassal praktiziert wird, arbeitet Berger das „Erkennen der Patienten“ heraus: Das Erkennen sei auf körperlicher und auf psychologischer Ebene notwendig. Auf körperlicher Ebene geschehe es über die Diagnostik, auf psychologischer Ebene geschehe es durch das Erleben des Patienten über die Zeit, in den unterschiedlichsten Situationen sowie auf der Gefühlsebene einer wachsenden Beziehung. (67)

Wir sagen heute dazu: Erlebte Anamnese und Arzt-Patienten-Beziehung, die beide in der Breite und Kontinuität der Zuständigkeit/Betreuung wachsen. Nur welche Chance besteht dazu überhaupt noch, wenn per Überweisung oder Direktzugang zum Spezialisten, durch eigene Teilzeitarbeit oder Team-Zuständigkeit für einen Patienten, dem die Basis entzogen wird?

Berger resümiert, dass es nicht immer allen Ärzten gelinge, *„alle möglicherweise relevanten Faktoren zu erkennen und mit einzubeziehen: gefühlsmäßige, geschichtliche, umgebungsbedingte wie auch körperliche. Sie (einige Ärzte; Anm. d. V.) suchen nach spezifischen Einzelbedingungen statt nach der Wahrheit, die verschiedene Sachverhalte erklären könnte. Vielleicht werden bald Computer besser als Ärzte Diagnosen stellen können. Die Daten, mit denen die Computer gespeist würden, wären jedoch immer das Ergebnis eines vertrauten, individuellen Erkennens des Patienten.“* (67)

Nur wenn der Arzt oder die Ärztin dies nicht mehr ausreichend tun kann, weil er oder sie den Patienten auch nur von seinen Laborwerten und technischen Befunden her kennt, was geschieht dann? Wird dann nicht ein großer Teil dessen, was der Patient von Arzt oder Ärztin erwartet, vernachlässigt?

Berger schreibt hierzu: *„Ein unglücklicher Patient kommt zum Arzt, um ihm ei-*

ne Krankheit anzubieten – in der Hoffnung, dass wenigstens dieser Teil seiner selbst, die Krankheit, im Gegensatz zu seinem eigentlichen Ich erkennbar ist. [...] Es ist die Aufgabe des Arztes, den Patienten zu erkennen – es sei denn, er akzeptiert die Fassade der Erkrankung als das ganze Problem und handelt sich nebenbei einen ‚schwierigen‘ Patienten ein. Wenn jemand spürt, daß er erkannt wird – und dieses Erkennen kann durchaus Aspekte seiner Persönlichkeit beleuchten, die ihm selbst neu sind –, wird sich die Hoffnungslosigkeit seines Unglückseins bessern.“ (69)

Um sich diesem Ideal des „Erkennens“ anzunähern, praktiziere Sassal mit einer größtmöglichen Nähe zu seinen Patienten: „Er glaubt nicht an den Nutzen imaginativer Distanz zum Patienten – er muss nahe genug herankommen, um ihn vollkommen erkennen zu können.“ (107) Eine solche Haltung ist nicht ohne Gefahr für den praktizierenden Arzt. Trotz der bereits im Studium vermittelten professionellen Distanz glaubt Berger, dass „die Belastung durch das Leid, dessen Zeuge manche Ärzte sind, dennoch größer sein [könnte], als allgemein zugegeben wird – das gilt jedenfalls für Sassall.“ (106)

Und wer von den Ärztinnen und Ärzten heute will noch solche Nähe, die einen in den Strudel des Lebens eines Patienten oder einer Patientin ziehen könnte? Auf diesem Hintergrund muss man kritisch reflektieren, dass diese Nähe durch Teilzeitarbeit und Arbeit in einem Ärzteteam, selbst sogar durch psychotherapeutische Arzttrainings zum Erreichen professioneller Distanz veroder stark behindert wird. Ist dies aber nicht für die im Gesundheitswesen Arbeitenden ein wünschenswerter Schutz? Will man dies beantworten, dann ist man wieder bei der Frage nach den Kernwerten des Faches, die sich früher sehr an den versorgten Patientinnen und Patienten orientierten.

### Stetige Konfrontation mit schwerem Leid

„Welche Wirkung hat es, fünf- bis sechsmal in der Woche mit schwerstem Leid anderer Menschen konfrontiert zu werden, zu versuchen, es zu verstehen, und zu hoffen, es zu überwinden? Ich meine nicht physisches Leid, das meist innerhalb von Minuten gelindert werden kann, sondern das Leid des

Sterbens, des Verlustes, der Angst, der Einsamkeit, des Gefühls, entsetzlich weit neben sich zu stehen, das Gefühl der Sinnlosigkeit.“ (107)

Sassal begegne dieser Herausforderung, in dem er versuche mit gleicher Intensität das Leiden seiner Patienten zu lindern wie seine Patienten ihr Leid empfinden: „Das ist natürlich ein unerreichbares Ziel: mit derselben Intensität zu gestalten, zu lindern, zu heilen, zu verstehen und zu entdecken, mit der Leidende empfinden. Gelegentlich lässt das Ziel Sassall los, doch meistens ist er sein Sklave.“ (126) Sassal kannte seelisches Leid auch aus erster Hand: Immer wieder hatte er Phasen von schwerer Depression, die sich – auch wenn sie darin nicht ihre Ursache hatten – zumindest auch aus seiner Offenheit gegenüber dem Leiden seiner Patienten speiste. Erschwerend kam sicherlich die isolierte Lage seiner Praxis auf dem Lande und fehlender Austausch mit Kolleginnen oder Kollegen vor Ort dazu; eine Bedingung, dem heutigen Ärztinnen und Ärzte durch Gemeinschaftspraxen zu begegnen suchen.

Die Konfrontation mit Leid, der Umgang mit dem Gefühl eigener Unzulänglichkeit, insbesondere in einem medizinischen Bereich, der von hoher Unsicherheit geprägt ist, sowie die Frage nach der Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns – all diese Fragen sind heute noch so aktuell wie sie sich für Sassall zeigten.

Berger zeigt uns durch Sassal „die Belastung der einführenden Vorstellungskraft des Arztes durch das Leid, mit dem er beinahe täglich konfrontiert wird und das sich nicht durch das Verschreiben von Medikamenten in Ordnung bringen lässt.“ (120) In seinem Buch finden wir keine Antwort darauf, wie man dieser Belastung begegnen kann.

### Leiden „am Elend der Welt“

Was haben die Leiden am „Elend der Welt“ [2] in einer entlegenen, zurückgebliebenen Gegend Englands Mitte der 1960er Jahre mit der deutschen Situation zu tun? Ein halbes Jahrhundert mit seinen zahlreichen und vielschichtigen medizinischen, ärztlichen und gesellschaftlichen Veränderungen hat den Charakter von Leid zumindest bei uns verändert. Doch selbst zu Bergers Zeiten war Ablegenheit kein geogra-

fisches Phänomen: „Das subjektive Gefühl, abgelegen zu sein, lässt sich [...] nicht in Kilometern ausdrücken. Es ist eine Reaktion auf ökonomische Machtverhältnisse.“ (97)

Für Sassal stellt Berger fest: „Wenn er sich als Arzt mit der gesamten Persönlichkeit seiner Patienten auseinandersetzt und er dabei zwangsläufig erkennt, dass ihre Persönlichkeit ja nie eine vollkommen determinierte Entität ist, muss ihm auffallen, was sie behindert, benachteiligt oder verkrüppelt.“ (130) Er weiß, dass sie „in beinahe jeder Hinsicht benachteiligt sind im Vergleich zu dem, was sie sein könnten – mit besserer Bildung, besseren Sozialdiensten, besserer Arbeit, besserem kulturellem Angebot usw. [...] Doch je mehr er darauf aus ist, sie entsprechend den ureigensten Bedürfnissen ihres Körpers und Geistes zu bilden – bevor sie resignieren, bevor sie das Leben so himmelhagen, wie sie es vorfinden –, desto mehr muß er sich fragen: Welches Recht habe ich dazu? Es ist nicht sicher, ob sie durch diese Intervention zufriedener werden.“ (135)

Das generelle Problem, das sich nach Berger daraus ableitet: „Wieweit soll man einem Patienten helfen, Bedingungen zu akzeptieren, die mindestens so ungerecht oder falsch sind, wie der Patient krank ist? [...] Er muss sich fragen: Verdienen sie das Leben, das sie führen, oder ein besseres? Er muss ungeachtet dessen, was sie selbst antworten würden, erwidern, dass sie ein besseres verdienen. Im Einzelfall muss er alles in seiner Macht Liegende tun, um ihnen zu einem erfüllteren Leben zu verhelfen. Ihm ist dabei überdeutlich, dass das von ihm zu Leistende im Hinblick auf die Gemeinde insgesamt absurd unzulänglich ist. Er muss sich eingestehen, dass notwendige Handlungen außerhalb seiner Funktion als Arzt und jenseits seiner Kraft als Individuum liegen.“ (135, 138)

Fehlende Aufstiegschancen, mangelnde soziale Teilhabe, fehlender persönlicher Respekt und Anerkennung in der Gesellschaft sowie die dazu förderliche steigende Armut sind auch noch heute der Rahmen ärztlicher Arbeit – und spürbar insbesondere in der Hausarztpraxis. Dabei sollte man sich immer vor Augen halten, dass der innergesellschaftliche Unterschied in der sozioökonomischen Position in unserer – oder jeder Gesellschaft – das Hauptproblem ist, und nicht durch die Tatsache, dass Arme hierzulande im Vergleich zu

den Angehörigen armer Länder reich sind, aufgehoben wird.

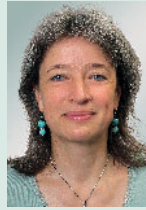
Die Frage, was bringt mein Tun im Vergleich zu den starken sozialen Einflussgrößen auf das Leben von Menschen, ist eine nach der Sinnhaftigkeit ärztlichen Tuns. Diese Frage aber wird immer mehr sich in den Vordergrund drängen, wenn wir den Patientinnen und Patienten sehr nahe sind.

## Ausblick

Man kann das Buch als eine Anfrage an heute lesen, ob man in Salsal das Ideal für den Arzt oder die Ärztin der Zukunft sehen kann (oder sollte). Bei der Beantwortung aber steht man vor dem sich – erst einmal – nicht lösbaren Widerspruch: Einerseits ist mehr Nähe und Kontinuität in der Beziehung zum Patienten dann das Gebot, wenn man Hausarztmedizin betreiben will. Nur rückt darüber andererseits die „Bedrohung“ des eigenen Glücks, so wie man es – erst einmal – versteht, auch als Gefahr näher, weil man Freiheiten, nämlich die der Freizeit und die der unabhängigen Lebensgestaltung innerhalb derselben verliert.

Um diesen Widerspruch für sich zu lösen, braucht es eine nähere Analyse dazu, was man über die Annahme des klassischen Ideals des Hausarztes auch gewinnt, etwa das lebenserhaltende Gefühl, „gebraucht zu werden“, Sinnhaftigkeit zu erleben und tiefe Dankbarkeit vom Gegenüber darüber, verstanden zu werden. Wir schlagen daher eine andere Lesart vor: „Die Geschichte eines Landarztes“ schildert zu weiten Teilen Aspekte von (haus)ärztlichem Handeln, die die Zeit überdauern und mit denen auch junge Ärztinnen und Ärzte heute

### Dr. disc. pol. Vera Kalitzkus ...



... ist Ethnologin mit dem Schwerpunkt Medizin. Ihre Themenschwerpunkte: Familienmedizin, Narrative Medizin, Biografie und Krankheit, Patientenperspektive, Qualitative Forschung. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin (ifam) an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

noch konfrontiert werden. Dabei aber müssen einige Fragen von den Ärztinnen und Ärzten jeweils für sich selbst geklärt werden: Wie steht es um meine ärztliche Grundhaltung? Sehe ich mich als „Dienende/r“, der/die „persönliche Verantwortung“ übernehmen will, oder sehe ich mich eher als „Dienstleistende/r“ für meine „Kunden“? Damit eng verbunden ist die Frage: Kann ich Nähe und Beziehung zulassen, oder wähle ich lieber eine Berufsausrichtung, die dies „klein hält“?

Die entscheidende Frage für den einzelnen aber ist: Was verstehe ich unter Glückseligkeit – und meine ich, dieses zu erreichen durch eine sich immer wieder wandelnde, aber auch „anstrengende“ Lebendigkeit, die aus der Involvierung in anderer Menschen Leben entsteht, oder will ich eher eine „gute Medizin“ im Sinne von Reparatur am Kranken machen, die anfangs ebenfalls eine erfassende Aufgabe ist, dann aber nach einigen Jahren als Routine sich darstellen lässt, die mir erlaubt, Beruf und Freizeit leicht zu trennen? Wie viele dann dem einen oder anderen Ideal folgen, wird darüber entscheiden, ob es in der Zukunft noch das Fach Allgemeinmedizin gibt [3].

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

Dr. disc. pol. Vera Kalitzkus  
 Institut für Allgemeinmedizin  
 Universität Düsseldorf  
 Werdener Straße 4  
 40227 Düsseldorf  
 vera.kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de

### Literatur

- Berger J, Mohr J. A fortunate man. The story of a country doctor. London: Penguin Press, 1967 (Neuaufgabe von 2015: Edingburgh/London: Canongate).  
 Für die deutsche Ausgabe: Die Geschichte eines Landarztes. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 2001 [1997]. Alle Zitate sind der deutschen Ausgabe von 2001 entnommen und jeweils mit ihrer Seitenzahl in Klammern angegeben.
- Bourdieu P. Positionen und Perspektiven. In: Bourdieu P, et al. (Hrsg.), Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: Universitätsverlag, 1998: 17–19
- Weitere Gelegenheit zum Dialog über das Buch gibt es bei einem Symposium zum 50. Jahrestag der „Geschichte eines Landarztes“ auf dem DEGAM-Kongress 2017 im September in Düsseldorf.