

## Der Arztberuf im Wandel der Gesellschaft

Vortrag in Karlsruhe am 15.11.03

Anrede,

Das mir gestellte Thema klingt ein wenig nach Besinnungsaufsatz mit der Überschrift „Der Arzt an sich“, oder „Der Arzt als Solcher“, oder „Der Arzt, das unbekannte Wesen“, jeweils „an der Schwelle zum 3.Jahrtausend“.

Dieser, ironisch und scherzhaft gemeinten Einleitung mögen Sie entnehmen, dass mich bei der Vorbereitung dieses Referates eine gewisse Ratlosigkeit übermannt hat. Angesichts der Tatsache, dass der

Arztberuf, ärztliches Selbstverständnis, die Rolle des Arztes in der Gesellschaft, Rahmenbedingungen des Arztberufes, das Arzt-/Patientenverhältnis, Strukturen des Gesundheitswesens, Zukunft, Ethik, Verantwortung des Arztes, Theorie der Medizin usw. schon unzählige Male mehr oder weniger kompetent erörtert und zu Papier gebracht worden sind. Es müssen ganze Wälder zur Herstellung dieser Papiere bzw. Bücher, Monographien, Tagungsberichte und Vortragsmanuskripte auf der Strecke geblieben sein, mein eigenes Manuskript natürlich eingeschlossen. Die Liste namhafter Autoren, Medizinpäpste, Dichter und Denker, die keineswegs alle aus der Medizin, sondern auch aus der Philosophie, der Jurisprudenz und - natürlich- der Theologie stammen, ist schier endlos. Angefangen etwa bei Johann Peter Franke im 18. Jahrhundert – ich hätte auch bei Plato oder Aristoteles anfangen können – oder Hufeland oder Hahnemann, dem Begründer der Homöopathie, über R. Virchow, Th. Billroth, Flexner, Diepgen, Rothschild, L. v. Krehl, R. Siebeck, V. v. Weizsäcker, Paul Vogel, A. Mitscherlich, H. Schipperges, W. Jacob, Tellenbach, K. Jaspers, E. Lieck, A. Krecke, G. Vescovi, Th. v. Üexküll, Seidler, Paul Lüth, der übrigens lange Zeit von der Ärzteschaft gründlich missverstanden wurde, Horst Baier,

M.Arnold, Felix Anschütz, W.Doerr, D.v. Engelhardt, H.Schäfer usw.usw. Bei den Dichtern und Schriftstellern kommt man natürlich um J.W.v.Goethe nicht herum. „Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen.Ihr durchstudiert die groß` und kleine Welt, um es am Ende gehen zu lassen, wie`s Gott gefällt. Vergebens, dass Ihr ringsum wissenschaftlich schweift, ein jeder lernt nur, was er lernen kann, doch der den Augenblick ergreift, das ist der rechte Mann.“ (Faust,1. Teil) Das erinnert mich irgendwie fatal an die IGEL-Medizin. Neben dem Arzt-Schriftsteller G.Vercovi, den ich schon erwähnt habe – sein Buch „ Hippokrates im Heckengäu“ ist wirklich lesenswert – wäre der Chirurg mit dem Pseudonym „ Peter Bamm“ zu nennen, der Mitte der 50iger Jahre eine damals viel gelesene und viel gelobte Sammlung von Essays über die Medizin unter dem Titel „ ex ovo“ veröffentlicht hat. Zu erinnern ist auch an den berühmten Essay des Dermatologen G.Benn „ Irrationalismus und moderne Medizin“ aus dem Jahre 1931. Ausgehend von der Beobachtung, dass Warzen, verrucae vulgares, unter dem Eindruck eines gänzlich unspezifischen aber entsprechend theatralisch inszenierten , verbalen magischen Hokusfokus spurlos verschwinden ( verfliegen ), stellt Benn in diesem Essay fest, dass der Mensch offenbar etwas völlig, etwas ganz unfassbar anderes ist, als

die Wissenschaft es lehrt. Der Leib sei nicht der chemisch-physikalische Morast des 19. Jahrhunderts mit den Absätzen des Positivismus im Gesicht, der Mensch, so G. Benn, „ ist etwas viel viel Primitiveres, als die intellektuelle Clique des Abendlandes behauptet, etwas Allgemeines hinter einem schemenhaften Ich“. Daraus, aus dieser Erkenntnis, so Benn könnte für den Arzt eine ernsthafte Gefährdung seiner Persönlichkeit, ja seines Lebens entstehen, die sich darin äussern würde, dass er aus der Gesellschaft verschwände und auch seine Praxisräume nicht mehr beträte, „ es wäre ihm unmöglich geworden, den ihn umgebenden menschlichen Typ karitativ zu unterstützen, unmöglich, seine Gedanken, seine Arbeit, dem individuellen Drüsenidyll des Weißen restaurativ zuzuwenden“.

Starker Tobak. Aber, ist es nicht in der Tat so, dass die Medizin, dass die Ärzte, im Auftrag der Gesellschaft bzw. des Staates das Irrationale im Menschen, Krankheiten, Schmerzen, Leid, Süchte, psychischen und physischen Verfall, Trauer, Vereinsamung, Tod, steuern, lenken, unter Kontrolle halten oder, postmodern ausgedrückt, managen sollen? Das macht die Professionalität des ärztlichen Berufsstandes aus. Und ist es nicht so, dass diese Aufgabe mit so ungeheurem technischen Aufwand erledigt wird, dass hinter all dem

hochgerüsteten technischen Klimbim und Gedöns das eigentlich Menschliche, das rational Unkontrollierbare, eben das Irrationale verschwindet, unsichtbar bleibt?

Vor gut 30 Jahren, um 1970 herum, gab es bei der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg eine Kommission mit dem anspruchsvollen Titel „Prospektive Untersuchungen über die Medizin im Jahre 2000“. Diese Kommission hatte enge Verbindungen nach Nordbaden, weil Ihr u.a. die Herren Schipperges und W.Jacob, aus Heidelberg angehörten und damit auch Verbindungen zur Heidelberger Anthropologischen Medizin, der Schule von v.Krehl, Siebeck, insbesondere V. v. Weizsäcker, Vogel und Christian bestanden. Nach Aussagen von Zeitzeugen spielte diese „Medizin in Bewegung“ übrigens zu keiner Zeit in der Realität des Heidelberger Klinikums eine grosse praktische Rolle. Die Ergebnisse dieser Kommission müssten im Keller der Bezirksärztekammer in Stuttgart Regale füllen. Geblieben ist davon nichts, ausser der Erinnerung an einige Gutmenschen, die u.a. ein aufwändiges Konzept einer Präventiven Medizin entworfen haben, die der Kurativen Medizin ebenbürtig sein sollte. Das Konzept wurde sogar mit einigem Aufwand in Szene gesetzt, bis es eines Tages- einige hier werden sich

noch erinnern- wie eine Seifenblase zerplatzte. Auch die besonders von Schipperges propagierte Idee einer Wiederbelebung der Diätetik der antiken griechischen Medizin , im Sinne einer Medizinischen Ökologie , die, so Schipperges, „ in ihrer zentralen Bedeutsamkeit von neuem in den Horizont des modernen Arztes treten“ soll, also Lebensberatung und –führung, hat eher Kopfschütteln ausgelöst, als Akzeptanz gefunden. Spötter könnten mit G.Benn von einem „Säftepazifismus“ reden. Gewissermaßen in der Tradition dieser Kommission in Nordwürttemberg hat auch die Landesärztekammer Baden-Württemberg vor einigen Jahren mehrere sog. Zukunftswerkstätten veranstaltet. Es ging um die Verortung des Arztes in einem zukünftigen Gesundheitswesen, um Problemanalysen und Lösungsvorschläge, die im Wesentlichen allerdings auf die Erhaltung des bestehenden Systems ausgerichtet waren. Es waren sicherlich anregende, intellektuell anspruchsvolle Diskussionen und es gab durchaus mutige theoretische Lösungsansätze. Die Umsetzung tendierte allerdings gegen Null. Was angesichts der normativen Kraft der faktischen Macht- und Mutlosigkeit und inneren Zersplitterung der ärztlichen Institutionen nicht weiter überrascht. Diese Machtlosigkeit steht in einem krassen Gegensatz zu der vollmundigen Einschätzung,

dass die Ärzteschaft im Zentrum der Krankenversorgung steht Es handelt sich dabei offenbar nicht um ein Kraftzentrum. Wir haben uns auch auf Baden-Württembergischen Ärztetagen mehrfach mit der Zukunft unseres Berufsstandes auseinandergesetzt. Zuletzt vor einigen Monaten in Stuttgart, unter dem Einfluss einer kleinen Zukunftsarbeitsgruppe, die von Herrn Baitsch geleitet wurde.

Die Deutschen Ärztetage setzen sich ebenfalls mit der ärztlichen Berufsausübung in all ihren Facetten und mit der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auseinander. Etwa in Rostock, wo das Thema „Standardisierung und Individualität in der Medizin“ eine Rolle gespielt hat. Bei uns in Baden-Württemberg gibt es auch den Gesundheitsrat Südwest, eine unabhängige, interdisziplinär zusammengesetzte Kommission bei der Landesärztekammer, die als eine Art Sparringspartner für die Landesärztekammer gedacht ist, der der Ärzteschaft unkonventionelle und kritische Sichtweisen von aussen nahe bringen und die innerärztliche Nabelschau etwas neutralisieren soll. Dieser Gesundheitsrat ist schon bei seiner Gründung auf Misstrauen und Vorbehalte bei den Regierungsfractionen im Landtag und bei der Landesregierung gestossen. Es bedurfte einiger Beschwichtigungen und Erklärungen,

um eine Ablehnung durch die Aufsichtsbehörde zu vermeiden. Man befürchtete vermutlich unerwünschte gesundheitspolitische Einmischungen und Kritik. Bezeichnend ist auch die eher negative Reaktion auf von der Vertreterversammlung der Landesärztekammer angenommene Vorschläge des Rates zum Thema Patientenautonomie, z.B. zur Einführung eines Patientenbeauftragten. Dieses wurde höflich interessiert zur Kenntnis genommen und verschwand in der Ablage, so wie üblicherweise Resolutionen von Vertreterversammlungen im Papierkorb landen. Der Gestaltungsspielraum der Ärzteschaft ist eben sehr gering. „Schuster bleib bei deinen Leisten“, Ärzteschaft bleib bei der Erfüllung deiner, von der Politik zugewiesenen Aufgaben, so lautet die Devise. Vor drei Jahre hat sich die „Akademie für Ethik in der Medizin“ mit dem Thema „die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität“ befasst. Auch die kirchlichen Akademien in Baden-Württemberg, besonders die Ev. Akademien in Bad Boll und Herrenalb, veranstalten Tagungen, die das Gesundheitswesen und die ärztliche Berufstätigkeit zum Inhalt haben. Etwa zur Ethik der Gesundheitsökonomie, zu Fragen der Rationierung von Gesundheitsleistungen, zur Kultur der Medizin oder zur

Patientenautonomie. Die Robert-Bosch-Stiftung unterstützt und organisiert seit langem Kolloquien, die sich vornehmlich mit Fragen der Gesundheitsökonomie beschäftigen. Ganz aktuell ist eine ganze Serie von Kolloquien über die Mikroallokation medizinischer Ressourcen, die Gesundheitsversorgung im Alter, gerechte Gesundheitsversorgung und über Rationierung. Lassen Sie mich, um das Bild abzurunden noch auf den „Falkauer Kreis“ hinweisen, eine informelle Gruppe von Sachkennern, der auch die Proff. Hoppe und Arnold angehören. Dieser Falkauer Kreis hat vor kurzem unter dem Titel „Durch Verändern bewahren“ ein Konzept zur Reform des Gesundheitswesens publiziert. Aktuell ist auch das Buch von Herrn v. Troschke, Freiburg, „Die Kunst, ein guter Arzt zu werden“. Für v. Troschke versteht sich das Leitbild des guten Arztes 1. bezogen auf den Bedarf von kranken Menschen nach ärztlicher Hilfe, das Bedürfnis von Kranken zur Unterstützung bei der Bewältigung ihres Krankseins, 2. bezogen auf das Interesse unserer Gesellschaft und Solidargemeinschaft nach einer möglichst effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung und 3. schliesslich bezogen auf den Anspruch des Arztes auf eine ihn befriedigende Ausübung seines Berufes. Wobei leider die Frage offen bleibt, wie sich Teil 3 des Leitbildes, die

berufliche Zufriedenheit mit Teil 1, Bedarf und Bedürfnis von kranken Menschen und Teil 2, Effektivität und Effizienz der Versorgung im Interesse von Gesellschaft und Solidargemeinschaft, unter heutigen Verhältnissen, unter einen Hut bringen lassen.

Der kurze, unvollständige Streifzug durch Autoren, Publikationen und Institutionen sollte zeigen, dass die Suche nach der Identität der Heilberufe resp. des Arztes offenbar ein nicht endender Prozess ist, der die Gemüter seit Jahrhunderten bewegt und zu dem, so fürchte ich, auch schon fast alles gesagt ist. Es fällt übrigens auf, dass die Identitätssuche besonders in letzter Zeit auch von wohlmeinenden und besserwissenden Kümmerern aus anderen Fakultäten, von Philosophen, Theologen, Ökonomen und natürlich Ethikern begleitet wird. In den meisten Publikationen, auch Autobiographien, entpuppt sich das jeweilige Arztbild als ein Klischee, das auch einem populären Arztroman entstammen könnte. Der Arzt erscheint medizinisch hoch kompetent, unabhängig, erfahren, nur dem Wohl des Patienten verpflichtet, verschwiegen, neuerdings auch kostenbewusst, teamfähig, dennoch eine Führungsfigur, väterlich oder – falls Ärztin – mütterlich, aber nicht autoritär, selbstkritisch, entscheidungsfreudig, ein guter Freund, Berater und Diener der Patienten in allen

Lebenslagen – hoffentlich habe ich nichts vergessen. Im Lebensmittelpunkt des idealen Arztes, der als eine Art „Heilkünstler“ gesehen wird, steht immer der Patient. Das Arzt-/Patientenverhältnis ist heilig, eine Art Liturgie. Die Medizin des Arztes ist Zuwendungsmedizin. Sie wird deutlich unterschieden von der technischen Medizin, die ein notwendiges Übel darstellt. Ärzte, die sich auf technische Medizin konzentrieren, sind keine Ärzte, sondern „Mediziner“. Das ist manchmal fast ein Schimpfwort. Vor mehr als 40 Jahren hat mir, ich war damals ein junger Theologiestudent, ein würdiger Oberkirchenrat in einem Beratungsgespräch erklärt: „Wenn Sie glauben, den Menschen mit dem Skalpell besser dienen zu können, als mit dem Wort Gottes, dann müssen Sie Medizin studieren.“ Ich bin ziemlich sicher, dass ein solches Gespräch auch heutzutage eine ähnliche Aussage enthalten würde. Der Arzt als Botschafter der Humanität ist ein tradierter Zentralwert ärztlichen Selbstverständnisses und menschlicher bzw. gesellschaftlicher Erwartungen. Diese kommen dann häufig unter einem ethischen Deckmantel daher. Es ist der berühmte „Nasenring der Ethik“, von dem Karsten Vilmar gesprochen hat, an dem die Ärzteschaft sich selber an der Nase herumführt und von anderen herumgeführt wird.

Die Wirklichkeit sieht ganz anders aus. Ich zitiere aus einem der schon erwähnten aktuellen Kolloquien der Robert-Bosch-Stiftung, „Entweder wir halten an der Annahme fest, dass es mit der ärztlichen Berufsauffassung unvereinbar ist, nicht in jedem Fall eine Versorgung höchster Qualität zu leisten und müssen dann aber den Schluss ziehen, dass ein System, das effektiv die Kosten kontrolliert , keinen Platz für Ärzte hat“. ---, „Es gibt keinen Grund, warum die Kostenkontrolle in unserem Gesundheitssystem für ein unhaltbares, fundamentalistisches Konzept der ärztlichen Berufsauffassung geopfert werden sollte, das praktisch besagt, dass ein Arzt kein richtiger Arzt oder moralisch guter Arzt sein kann , wenn er nicht die Tatsache ignoriert, dass die Mittel knapp sind .“—Verfasser dieses Textes ist ein amerikanischer Philosoph. Er charakterisiert das tradierte, liebgewordene Leitbild des nur dem Wohl des Patienten verpflichteten Arztes als „fundamentalistisch “. Ich möchte Ihnen einige weitere Zitate aus einem dieser Kolloquien nicht vorenthalten, diesmal von einem deutschen Philosophieprofessor. „ Es ist einfach falsch, davon auszugehen, dass langfristig keine Kompromisse hinsichtlich der Qualität gemacht werden müssen. Richtlinien werden nicht einzig und allein mit dem Ziel erlassen, die beste medizinische Versorgung zu

gewährleisten, sondern vielmehr mit dem doppelten Ziel, sowohl Nebenbedingungen finanzieller Natur einzuhalten, als auch innerhalb dieser Bedingungen das Maximum an Qualität zu erreichen.“--Zuletzt noch ein weiteres Zitat, „Letzten Endes werden wir in der nicht allzu fernen Zukunft Standards für die staatliche Gesundheitsversorgung so festlegen müssen, dass eine viel bessere Behandlung als die standardgemässe auf dem freien Markt erhältlich ist.“--- Wir haben es hier offenbar mit einem Einbruch moderner Philosophie in das überkommene Wertesystem der Medizin zu tun, ein Einbruch, der zu einer ganz anderen Bewertung und Sinngebung ärztlichen Handelns gelangt, als die Medizin selbst. Der Gegensatz zu Aussagen z.B. von Karl Jaspers ist enorm. Ich zitiere , „Der Arzt gründet seinen Beruf ausser auf die Naturwissenschaft nur auf die Humanität, die jedem Menschen in körperlichen Leiden, unabhängig von Glauben, Weltanschauung, Politik, von Herkunft und Rasse zu helfen bereit ist “.--- „ Nur der Arzt im Umgang mit den einzelnen Kranken erfüllt den eigentlichen Beruf des Arztes “—soweit Jaspers . Natürlich haben die Aussagen der modernen Philosophen keinen Normcharakter etwa im Sinne einer neuen Ethik. Sie sind , jedenfalls gegenwärtig, sogar sozialpolitisch nicht korrekt. Ich glaube aber, dass

wir es hier mit einer Denkrichtung zu tun haben, die ähnlich wie Oekonomie und Sozialpolitik ganz zielstrebig darauf hinarbeitet, der Medizin das Definitionsmonopol über Gesundheit und Krankheit, über Diagnostik und Therapie, zu entreissen. Jochen Taupitz hat vor einiger Zeit von einem Vertrag zwischen der Gesellschaft und den Professionen, d.h. den Freiberuflern also auch der Ärzteschaft, gesprochen. In diesem Vertrag, so Taupitz, werden Autonomie in der Berufsausübung, Freiheit von sozialer Kontrolle durch Laien, Schutz gegen unqualifizierten Wettbewerb, hohes Einkommen und entsprechendes Prestige eingetauscht gegen kompetente Leistung und das glaubwürdige Versprechen der Selbstkontrolle. Dieser Vertrag soll gekündigt werden. Die vertraglichen Privilegien der Ärzteschaft, z.B. Freiheit und Autonomie der Berufsausübung, sollen fallen, die Verpflichtungen allerdings sollen bleiben. Natürlich soll die Arztpraxis auch weiterhin ein Ort sozialer Pazifizierung sein. Ein Blick in die diversen „Reformen“ der vergangenen Jahre, vom GRG über das SGB V bis zum aktuellen GMG zeigt, dass es sich bei dieser Wertung nicht um den Ausdruck von Verfolgungswahn oder Verschwörungstheorien handelt, sondern um nüchterne Realität.

Die moderne Gesellschaft zeichnet sich durch Pluralismus aus.

Pluralismus meint die Anerkennung verschiedener Ansichten. Der angepasste, obrigkeitshörige Mensch, der noch bis in die 50iger Jahre des vorigen Jahrhunderts das Bild der Gesellschaft prägte, gehört längst der Vergangenheit an. Die Biologie ist die gleiche geblieben, in der Geisteshaltung unterscheiden sich heutige Menschen grundlegend von den Vorfahren vor 100 Jahren. Leitmotiv ist der Emanzipationsgedanke, ein Individualismus der Selbstbezogenheit, Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung, der vor allem das private Glück im Auge hat. Dieser gesellschaftliche Pluralismus verzichtet auf altbackene Tugenden, wie Fleiss, Disziplin, Pünktlichkeit, Gehorsam und was dergleichen mehr an sog. Sekundärtugenden sein mag. Denkstile einzelner, wie von Gruppenkollektiven, Prioritäten und Vorlieben können höchst unterschiedlich ausfallen. Das gilt selbstverständlich auch gegenüber der Medizin. Der freie Wille des Einzelnen, das Recht der informationellen Selbstbestimmung führen zu ganz verschiedenen Präferenzen gegenüber z.B. der naturwissenschaftlichen Medizin, der Psychosomatik, Naturheilkunde, Homöopathie und alternativen, paramedizinischen, unkonventionellen Methoden. Dem

Wertpluralismus steht ein Methodenpluralismus gegenüber, der Anerkennung fordert. Ärzte sind Teil der Gesellschaft und bilden selbstverständlich keine Ausnahme. Auch in der Ärzteschaft herrschen Werte- und Methodenpluralismus bzw. Paradigmenpluralismus. Abzulesen an den unterschiedlichen Präferenzen gegenüber alternativen Heilmethoden, man denke z.B. an die Homöopathie, Phytotherapie, Akupunktur mit diversen Modifikationen, an Bachblüten, TCM, Ayurveda, Bioresonanz, Kinesiologie, Osteopathie und was dergleichen schöne Dinge mehr sind. Letztlich gehört auch die IGeL Medizin dazu. Und das, obgleich alle die gleiche, naturwissenschaftlich dominierte Aus- und Weiterbildung erfahren haben. Immerhin, neuerdings wird an der Universität Ulm auch TCM gelehrt. Dieser Methodenpluralismus spiegelt sich m. E. auch in der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Es ist fast rührend zu sehen, wie man sich um Vereinfachung, Transparenz und Benutzerfreundlichkeit bemüht und dabei ein immer feiner ziseliertes, bürokratisches Regelwerk schafft, das ohne juristische Beihilfe kaum noch zu händeln ist, weil man eben den Anliegen möglichst aller Methoden und Spezialitäten Rechnung tragen will. Eine weitere Begleiterscheinung dieses Pluralismus ist die

Tatsache, dass der Arzt längst nicht mehr allein im Zentrum des medizinischen Geschehens steht. In diesem Zentrum herrscht vielmehr eine drangvolle Enge. Neben Ärzten drängeln sich Homöopathen, Osteopathen, Phytotherapeuten, Heilpraktiker, Psychologen, Philosophen, Theologen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Logo- und Ergotherapeuten, Orthoptisten, Zen-Meditation, TCM, Ayurveda, und Pflegeberufe, deren Emanzipationsbemühungen enorme Fortschritte machen. Schon Paul Lüth hat einmal bemerkt, „Ärzte könnten bald eine Randgruppe sein. Sozialarbeiter mit Schwerpunkt Medizin“.

Das Grundrecht der Selbstbestimmung verpflichtet Patienten geradezu zur Autonomie. Sie können Therapieangebote auf „Krankenschein“ im Rahmen der GKV annehmen oder ablehnen, nach alternativen Methoden verlangen oder Komplementärangebote einholen. Dabei wird Krankheit als ein Schadensfall empfunden, der das Streben nach persönlichem Glück behindert und schnellstmöglich repariert werden muss. Die Forderung nach Autonomie und Selbstbestimmung drängt Patienten angesichts eines umfangreichen methodenpluralen Leistungsangebotes und eines vielstimmigen, Internet gestützten Ratgeberchores, geradezu in die Rolle von Kunden. Das wird von

professionellen Qualitätssicherern ja auch durchaus gefordert und gefördert. Eine noch so ausgeprägte Autonomie und Emanzipation vermag aber die aus der Sache heraus geborene Asymmetrie des Arzt-/Patientenverhältnisses nicht auszugleichen. Ärzte geraten, angesichts der Methodenvielfalt auch der seriösen wissenschaftlichen Medizin in die Gefahr, Patienten als Kunden eine Art Medizin inhaltlicher Beliebigkeit anzubieten.

Ärzte befinden sich in mehrfacher Hinsicht in einer Zwickmühle, einem Dilemma. Einmal im Hinblick auf den autonomen, selbstbestimmten Patienten, der zwar eine rasche Behebung des eingetretenen Krankheitsschadens erwartet, andererseits das Angebot des Arztes ablehnen kann. Ein weiteres Dilemma liegt in dem Widerspruch zwischen den Interessen des einzelnen Patienten und den Interessen des gesellschaftlichen Kollektivs. Denn das Kollektiv verlangt eine möglichst billige Medizin, weil die Ressourcen begrenzt sind und Beiträge, wie Lohnnebenkosten nicht unentwegt steigen sollen. Zwangsläufig kommt es zu einer Anpassung des medizinisch Gebotenen an das sozial Erwünschte. Die medizinische Versorgung in Klinik und Praxis orientiert sich dabei zunehmend an Vorbildern aus Industrie und Gewerbe. Die Stichworte lauten Marktwirtschaft,

Wettbewerb, Management, Diseasemanagement, Managed Care, Teamarbeit, Fließbandarbeit. Natürlich ist das ganze Gerede von Marktwirtschaft und Wettbewerb bei genauem Hinsehen barer Unfug, eine Art pseudoreligiöse Sinnstiftung zur Domestizierung der sog. Leistungserbringer. In einem öffentlich – rechtlichen System der Zwangssolidarität, das auf jedwede Subsidiarität verzichtet, kann es weder Markt, noch echten Wettbewerb geben. Der Wettbewerb, der durch das GMG gefördert werden soll, geht von Nachfragekartellen aus, die wegen des RSA untereinander nicht im Wettbewerb stehen und sich die schwächsten Anbieter aussuchen können und sollen. Industrielles Management lässt sich nicht unbesehen, eins zu eins auf das Gesundheitswesen übertragen, weil Krankenhäuser und Arztpraxen eben keine Industrie- oder Gewerbebetriebe sind, jedenfalls noch nicht ( sie haben auch eine soziale Funktion ) und Patienten eben doch keine Kunden sind. In den Krankenhäusern greift dennoch Fließbandarbeit um sich. Die Rede ist von Behandlungspfaden bzw. clinical pathways oder, etwas altertümlicher, SOPs –Standard Operation Procedures . Eindrucksvoll illustriert wurde das vor einigen Monaten in einem ZEIT- Dossier unter der Überschrift „, Therapieren, aber dalli “. Geschildert wurde der nach

genauen Zeittakten ablaufende, von der Aufnahme bis zur bald  
möglichsten Entlassung detailliert standardisierte Weg eines Patienten  
zur Herzkatheteruntersuchung in einer kardiologischen Abteilung. Der  
Patient erscheint als reines Objekt, ein Werkstück. Die Handelnden  
setzen ihren Ehrgeiz darin, die vorgeschriebenen Etappen in immer  
kürzerer Zeit zu erledigen, um möglichst viele Patienten/Tag  
durchschleusen zu können. Ärzte erscheinen hier als Ingenieure.

Gestatten Sie, dass ich erneut Paul Lüth zitiere, der schon vor 30  
Jahren in seinen „ Ansichten einer künftigen Medizin “ . geschrieben  
hatte, „Der Ingenieurarzt würde zumindest dort, wo Indetermination  
unerwünscht ist, reibungslos arbeiten. Gegenüber den Gremien,  
Kostenträgern, all jenen Instanzen, die Ärzte oder Patienten verwalten.  
Niemand würde er eines Kranken wegen von dem, was vorgeschrieben  
ist, abweichen. Da er wesentlich formal, technizistisch arbeitet, stellt  
er den Typus des vollkommen angepassten Arztes dar “. Lüth schliesst  
mit dem bemerkenswerten Satz: „ Alternativ ist nicht Ingenieurarzt  
versus Künstlerarzt, sondern zwischen systembejahender und  
kritischer Medizin “. Zum Instrumentarium der gemanagten Medizin  
gehören Leitlinien, Richtlinien und Standards, die der Evidenz  
basierten Medizin unterworfen sind. Diesen Ungeist hat die

Ärzeschaft selbst aus der Flasche gelassen und muss nun erleben, dass er sich wie eine Art bürokratischer Mehltau über die ärztliche Tätigkeit legt. Unter dem Deckmantel evidenzbasierter Leitlinien werden Versorgungsstandards für Klinik und Praxis festgelegt, die aus dem Blickwinkel von Gesellschaft und Gesundheitspolitik wichtig und nötig genug sind, um vom Gesundheitssystem finanziert zu werden. Der ursprüngliche Umgang der wissenschaftlichen Medizin mit dem Thema Leitlinien, nämlich in wenigen Monaten hunderte von Leitlinien zu generieren, ist m.E. auch ein Symptom des erwähnten Pluralismus. Der Umgang der Ärzteschaft mit dem Thema , auch im Zusammenhang mit Disease- Management Programmen, zeugt von einer nahezu unglaublichen strategischen Naivität, wenn nicht Dummheit. Leitlinien entstammen nämlich nicht mehr dem medizinisch-wissenschaftlichen Definitionsmonopol der Ärzteschaft, sondern gehören zum medizinisch-wirtschaftlichen Arsenal von Gesundheitsoekonomen, Epidemiologen und HTA-Klempnern aus der GKV-Szene. Sie sind Herrschaftsinstrumente einer technisch-rationierenden Medizin, die aus Ärzten Handlanger macht. Vernetzung ist ein weiteres, sehr positiv besetztes Stichwort, insbesondere für die ambulante Medizin. Ärzte werden in Netzen

arbeiten, integriert, institutionenübergreifend, berufsgruppenübergreifend, EDV-gestützt, telematisch verbunden. Ich möchte den HGF der Bundesärztekammer, Prof.Fuchs, zitieren, „Die Organisationsform der Zukunft wird auch in der Medizin das Netzwerk sein, in dem jeder Teil mit dem Ganzen verbunden ist. Der Umgang mit dieser Interdependenz, also der Abhängigkeit eines jeden vom grossen Netz, in dem das Individuum durch eigene Impulse seine Spuren hinterlassen kann, wird zum kritischen Faktor für Erfolg oder Misserfolg“. Ich teile die leise Skepsis, die ich aus diesen Worten heraushöre. Zum einen bedingt die durch unser Facharztsystem verursachte Arbeitsteilung in der Versorgung auch heute schon und ohne Netze eine gegenseitige Abhängigkeit. Zum anderen sorgt schon die Bürokratie der Institutionen, der wir unterworfen sind dafür, dass die Teile mit dem Ganzen verbunden bleiben. Es stellt sich in jedem Netzwerk oder Team die Frage nach der Verantwortlichkeit, die ja zwangsläufig aufgeteilt wird. Mit Hilfe von EDV und Telematik, die ja für Netzwerke und Vernetzung unverzichtbar sind, lassen sich Kontroll- und Überwachungssysteme nach Art von big-brother etablieren. Netzwerke sind auch anfällig für Manipulationen. In Netzen kann man sich heillos verstricken und irgendwo lauert dann

die grosse Spinne, die das arme Opfer verschlingt. Zur Bekräftigung möge eine Stimme aus dem BMG, wie es vor einigen Jahren noch hiess, zur Integrationsversorgung dienen,“ Die Integrationsversorgung wird nur dann Veränderungen bringen, wenn es gelingt, die stationäre Versorgung, d.h. insbesondere Krankenhäuser und Krankenhausverbände zum Dreh- und Angelpunkt des neuen Versorgungstyps zu machen“. Gemeint ist natürlich ein Strukturwandel, der die ambulante fachärztliche Medizin an Krankenhäusern bzw. Krankenhausverbänden und „Gesundheitszentren“ ansiedelt. Dieser drohende Strukturwandel hat bekanntlich innerärztlich für Aufregung – oder sollte ich sagen, Furcht und Schrecken – gesorgt. Es stellt sich die Frage, warum eigentlich ? Warum stösst eine Institutionalisierung der ambulanten fachärztlichen Medizin auf Ablehnung ? Sie wird doch nur der Realität ärztlichen Daseins gerecht. Ärztinnen und Ärzte sind doch seit langem abhängig von den Institutionen, in denen sie arbeiten. Das gilt für Krankenhausärzte wie für niedergelassene Ärzte, abgesehen von den wenigen Ärzten, die ausschliesslich Privatpatienten behandeln. Nüchtern betrachtet sind Ärztinnen und Ärzte heutzutage nichts anderes als nachgeordnete Angestellte eines Krankenhauses oder einer

Kassenärztlichen Vereinigung. Die ärztliche Unabhängigkeit, die in der Bundesärzteordnung, den Berufsordnungen der Landesärztekammern, in zahlreichen Resolutionen des Weltärztebundes und Deutscher Ärztetage festgehalten, unermüdlich beschworen und kultiviert wird, diese Unabhängigkeit hält der Wirklichkeit nicht stand. Auch der Konflikt zwischen technischer Medizin im Sinne einer Richtlinienmedizin – die Rede ist auch von Vermedizinisierung ärztlichen Handelns – und einer individualisierenden, erfahrungsgeleiteten, personalen Medizin, ist längst entschieden. Böswillige Spötter sprechen von einer „Entartung“ des Arztberufes, im Hinblick auf die Dominanz leitliniengestützter Vorgaben, die ärztliches Handeln bestimmen. Ärztliche Freiberuflichkeit ist ein Mythos, dem merkwürdigerweise grosse Teile der Ärzteschaft und natürlich die ärztliche Selbstverwaltung anhängen. In einer Art permanenter kollektiver Selbsttäuschung, die die Form einer wahnhaften Flucht aus der Wirklichkeit annimmt, denn Ärzte sind keine Freiberufler mehr. Ärzte kokettieren gerne damit, dass sie freiberufliche Unternehmer seien. Herr Rübsam-Simon hat ja schon vor einiger Zeit im Deutschen Ärzteblatt dargelegt, wie es in Wirklichkeit um dieses freie

Unternehmertum bestellt ist. Ärzte dürfen keine primäre Gewinnerzielungsabsicht haben, sie dürfen keine Berufskollegen einstellen, oder wenn, dann nur unter sehr einschränkenden Bedingungen, sie dürfen keine Filialen gründen, können ihren Betrieb nicht frei zum Bestpreis verkaufen, können nicht frei über den Zeitpunkt der Betriebsaufgabe entscheiden, können keine Leistungsselektion unter Kostengesichtspunkten und auch keine Kundenselektion unter Kosten-/Nutzensgesichtspunkten betreiben. Vertragliche Haftungsbegrenzungen oder Haftungsausschlüsse sind ihnen verwehrt. Sie sind zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet, müssen die Praxis im Krankheitsfalle aufgeben, unterliegen Fallzahlbegrenzungen, Honorarbegrenzungen, haften für die Einhaltung von Budgets oder Richtgrößen oder Regelleistungsvolumina oder was immer die unermüdliche Phantasie öffentlich-rechtlicher Preisregulatoren noch erfinden mag. Ärzte dürfen ihre Praxis nicht verpachten, sie dürfen sich nicht auf Dauer vertreten lassen, sie dürfen Leistungen nicht verweigern bei fehlender Bezahlung. Sie haben keinen Anspruch auf eine angemessene Vergütung und müssen Leistungen erbringen, deren Bezahlung nicht kostendeckend ist. Sie warten seit 20 Jahren auf eine angemessene

Reform ihrer privaten Gebührenordnung. Ihr Umgang mit dem öffentlich – rechtlichen Honorar der GKV ist an Absurdität nicht mehr zu überbieten. Neuerdings sollen sie aus diesem Honorar auch noch die Konkurrenz finanzieren. Während bei anderen Freien Berufen das Streben nach hohem Einkommen selbstverständlich akzeptiert wird, ist das bei Ärzten gesellschaftlich fast geächtet. Sie dürfen und können sich in einem öffentlich – rechtlichen Gesundheitssystem nicht marktwirtschaftlich verhalten. Dennoch wird das von Ihnen erwartet. Die eigene Selbstverwaltung –Selbstverwaltung gilt als ein Privileg der Freien Berufe – der Kassenärzte ist längst eine parastaatliche Veranstaltung zur Durchsetzung sozialpolitischer Vorgaben. Die Sozialpolitik ist aber nicht bereit, Verantwortung für Ihre Vorgaben zu übernehmen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verstehen sich als Teil der GKV. Dieses kommt auch in dem Begriff der „ Gemeinsamen Selbstverwaltung “ zum Ausdruck, den beide, Krankenkassen wie Kassenärztliche Vereinigungen als eine Art rechtfertigendes Markenzeichen vor sich hertragen. Damit wird suggeriert, es handele sich um eine gemeinsame, staatsferne und schon deshalb freiheitliche, gewissermassen privilegierte Regelung von Angelegenheiten der ambulanten Krankenversorgung. Hier liegt eine Täuschung und

Selbsttäuschung vor. Die Gemeinsame Selbstverwaltung regelt nichts in eigener freiheitlicher Verantwortung, sondern ist gehalten, ein immer dichteres Netz staatlicher Vorschriften und Kontrollen in die Praxis umzusetzen. Kontrollen und Vorschriften, deren Regelungsdichte eines freien Berufes unwürdig sind. Gemeinsame Selbstverwaltung bedeutet, dass angeblich freiberufliche Vertragsärzte eigene Angelegenheiten nicht in eigenverantwortlicher, freier Selbstverwaltung regeln, sondern in Zwangspartnerschaft mit Krankenkassen. Dabei sind die Interessen von Krankenkassen und Ärzteschaft so entgegengesetzt, dass eine gemeinsame Selbstverwaltung einen nicht lösbaren Widerspruch in sich selbst bildet und deshalb eine Illusion darstellt. Man muss deshalb auch sprachliche Appelle, wie „Bewährung“ der Selbstverwaltung oder der gemeinsamen Selbstverwaltung oder „letzte Chance der Bewährung für die Selbstverwaltung“ richtig einordnen. Gemeinsame Selbstverwaltung ist kein Wert an sich, wie solche Sprachform vorgaukeln soll, sondern operationalisiert sprachlich die Einbindung und letztlich Auflösung des freien Arztberufes in den sozialstaatlichen Verwaltungsapparat. Neben Sozialrecht, Berufsrecht, Arztrecht sind Ärztinnen und Ärzte ja auch noch konfrontiert mit dem Haftungsrecht,

dem Gewerbe- und Arbeitsschutzrecht, dem Arzneimittelrecht, Krankenhausrecht, Umweltrecht und ggf. Universitätsrecht. Der Bedarf an Normen ist für Ärztinnen und Ärzte wohl hinreichend gedeckt. Sie brauchen nicht mehr, sondern weniger Normen und mehr Freiheit. Das sollte auch für die gegenwärtig zu beobachtende Tendenz gelten, ethische Normen für alle möglichen Eventualitäten des ärztlichen Berufslebens aufzustellen. Im Grunde genommen bietet die ärztliche Berufsausübung gar keinen Raum mehr für Ethik, weil die normativen Felder allesamt schon durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften besetzt sind.

Die Errichtung von Kammern, mit Befugnissen zur Rechtssetzung und eigener Berufsgerichtsbarkeit gilt als typisches Merkmal eines Freien Berufes. Selbstverständlich sind Kammern, auch Ärztekammern, janusköpfig. Einerseits treten sie in Erfüllung eines gesetzlichen Auftrages als untergesetzliche Normgeber auf, sind also, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen parastaatliche Einrichtungen, mittelbare Staatsverwaltung. Andererseits sind sie zur Vertretung der Interessen der Kammerangehörigen, der Pflichtmitglieder aufgerufen. Angesichts der massiven Abwertung und Missachtung ärztlicher Freiberuflichkeit durch den Staat könnte man erwarten, dass die

Ärztetkammern verstärkt die freiberuflichen und damit auch  
freiheitlich bürgerlichen Interessen ihrer Mitglieder wahrnehmen.  
Schon im eigenen Interesse, denn der Verlust der Freiberuflichkeit der  
Mitglieder macht die Kammern überflüssig. Tatsächlich aber werden  
die Ärztekammern in ihrer Bedeutung als Verkörperung einer  
freiheitlichen Selbstverwaltung mit Gestaltungsspielraum zunehmend  
marginalisiert. Von ihren Kernaufgaben ist kaum etwas geblieben.  
Das gilt für die Qualitätssicherung, die als Kammeraufgabe keine  
Rolle mehr spielt. Die Fortbildung ist in ein absurdes, eines Freien  
Berufes und freier Bürger unwürdiges Punkte- und Kontrollsystem  
gezwängt und quasi verstaatlicht. Die Weiterbildung wird durch  
konkurrierende öffentlich-rechtliche Qualifikationsanforderungen  
relativiert, hoch aktuell ist ja gegenwärtig die  
Mindestmengendiskussion. Weite Teile des Berufsrechts werden  
durch das Wettbewerbs- und Kartellrecht überflüssig – die Grenzen  
zwischen Freiem Beruf und Gewerbe verschwimmen. Konstituierende  
Merkmale des Arztberufes, Therapiefreiheit, Unabhängigkeit,  
Eigenverantwortung und Verpflichtung auf Patienteninteressen  
werden öffentlich – rechtlichen Interessen geopfert. Was aber tut die  
Ärzeschaft, vertreten durch ihre Kammern ? Sie tut so, als ob sie das

alles gar nichts anginge und verstrickt sich in eine gigantische Nabelschau, in eine Reform der Weiterbildungsordnung, die praktisch alle Ressourcen bindet und natürlich wunderbar von all den unangenehmen äusseren Vorgängen ablenkt.

Ich will es dabei bewenden lassen. Ich bedaure, Ihnen Steine statt Brot geboten zu haben. Eigentlich hätte mein Vortrag heissen müssen „Ist die Ärzteschaft, ist der Arztberuf im Wandel der Gesellschaft noch zu retten?“ Die Antwort auf diese Frage möchte ich Ihnen überlassen. Wie hatte doch Paul Lüth schon vor 30 Jahren geschrieben?“ Alternativ ist nicht Ingenieurarzt versus Künstlerarzt, sondern zwischen systembejahender und kritischer Medizin“

Vielen Dank für Ihre geduldige Aufmerksamkeit.