

Wandel im ärztlichen Selbstverständnis

Dr. Erich Schröder
25.09.2010

Der Wandel kommt schleichend aber stetig. Wie bei vielen langfristigen Veränderungen zeigen sich zunächst nur diskrete Symptome. Hier ist es z.B. der Hausärztemangel in immer mehr ländlichen Regionen. Eigentlich gibt es genug Ärzte in Deutschland, wie auch vom Bundesgesundheitsministerium und den Krankenkassen immer wieder deutlich gemacht wird. Dennoch manifestiert sich ein regionaler Mangel.

Liegt es am Geld? Das mag eine Rolle spielen, insbesondere in solchen Regionen, wo es an Privatpatienten mangelt. Doch allein am Geld liegt es wohl kaum: Die lückenhafte Infrastruktur einer Region wird z.B. auch durch finanzielle Anreize nicht ausgeglichen, die Stadt bleibt attraktiver. Selbst Niederlassungswillige sind allein mit solchen Anreizen kaum von einer Praxis in einer ländlichen Region zu überzeugen. Wahrscheinlich greift aber diese Sicht ohnehin zu kurz, tatsächlich steht viel mehr auf dem Spiel. Es ist das traditionelle Arztbild, das offenbar mit dem Lebensstil des beginnenden dritten Jahrtausends immer weniger kompatibel ist. Dieses Arztbild, entstanden in der Zeit des Hippokrates, idealisiert die individuelle Beziehung zwischen Arzt und Patient und die Gemeinschaft der Ärzte. Apparatemedizin, Public Health und Ressourcenknappheit gab es darin ursprünglich nicht, solche Faktoren haben das Arztbild seither modifiziert. Einige der alten Werte prägen das Arztbild aber bis heute; so steht immer noch die vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung im Mittelpunkt einer humanen Medizin. Daraus leitete sich auch das bisherige Berufsideal des Hausarztes ab, der seine Patienten oft aus jahrelanger Beziehung kennt und ihnen praktisch durchgehend bei Fragen, Sorgen, Problemen und Erkrankungen zur Verfügung steht. Aber gilt dieses Berufsideal heute noch?

Insgesamt zeigt sich ein Wandel im ärztlichen Selbstverständnis, der offenbar von zahlreichen Einflussfaktoren getrieben wird:

- Die Spezialisierung der ärztlichen Tätigkeit nimmt rasch zu. Nicht mehr der Facharzt für Orthopädie wird nachgefragt, sondern der Knie spezialist. Gesetzgeber und Krankenkassen unterstützen diesen Trend durch Forderungen nach Mindestmengen für bestimmte Behandlungen.
- Die Ökonomie herrscht in Klinik und Praxis zunehmend über die ärztliche Entscheidungsfreiheit. Die Auswahl der Behandlungsmethode oder des Arzneimittels folgt immer mehr ökonomischen Überlegungen und Regeln.
- Es ist in den letzten Jahren ein (inzwischen wieder abnehmender?) Trend zum Fremdmanagement der medizinischen Versorgung erkennbar. Fachfremde Manager bauen Versorgungsstrukturen auf, in denen Ärzte nur noch eine spezialisierte Dienstleistungsfunktion wahrnehmen.
- Durch vielfältige Möglichkeiten und Angebote hat sich der Stellenwert der Freizeit für die Deutschen wesentlich erhöht und entsprechende Ansprüche geweckt. „Work-Life-Balance“ – ein vor 20 Jahren noch weitgehend unbekannter Begriff – ist in der heutigen Berufsanfänger-Generation ein fester Terminus.
- Diese Entwicklung wird durch die sogenannte „Feminisierung“ der Medizin unterstützt. Frauen, die bei jungen Ärzten deutlich in der Mehrzahl sind, relativieren ihren beruflichen Anspruch noch häufiger als Männer zugunsten

familiärer oder anderer Prioritäten. Es entsteht der Wunsch nach flexiblen Arbeitszeiten, Teilzeit oder Jobsharing.

- Kommunikation ist in den letzten Jahrzehnten immer einfacher und preisgünstiger geworden, dazu kommt eine erstaunliche Bereitschaft zu weitgehender Erreichbarkeit, so dass sich der Einzelne heute vielfach in einem Umfeld des ständigen Austauschs und Abgleichs befindet.
- Ein fragwürdiges Auswahlverfahren und überlastete Universitäten gefährden das Niveau des Medizinstudiums. Die wissenschaftlich sicher hochwertige Ausbildung lässt auch vielfach praktische Hinweise und wichtige Zusatzkenntnisse (Recht, Ökonomie, Management) außen vor.
- Der gut gemeinte Denkansatz einer Evidence Based Medicine (EBM) lässt wichtige Bereiche der Medizin wie Humanität, Zuwendung und Empathie völlig außer Acht, da sie mit den präferierten doppelblinden Prüfkriterien nicht erfasst werden.
- Eine nahezu explosive Ausweitung des Medizinrechts ist in ihrer Vielfalt und Widersprüchlichkeit für eine notwendige und sinnvolle Praktikabilität der Medizin nicht nur hinderlich sondern geradezu kontraproduktiv.

Die Auswirkungen dieser Einflüsse auf den Arztberuf sind nicht einfach zu beurteilen, sie formen eine ganz neue Komposition des Arztbildes. Das Arztbild wandelt sich, es wird „entstaubt“, modernisiert. Tendenziell zeigt sich eine Perspektive des Arztberufes als „Job“. Der Arzt macht seinen Job, und andere machen eben ihren. Kompetenzen werden übertragen, auf spezialisierte Kollegen ebenso wie auf Ökonomen und Manager, der „behandelnde Arzt“ wird durch ein interdisziplinäres Team ersetzt. Dass der Patient dabei jeden Tag ein neues Gesicht sieht, gefällt ihm vielleicht nicht, teilweise kann dieser Nachteil aber durch Vernetzung und Kommunikation ausgeglichen werden. Dafür wird ihm z.B. die vielfach gewünschte Zweitmeinung somit praktisch „frei Haus“ geliefert. Ärztliche Einzelkämpfer sind ebenso unerwünscht wie strenge Hierarchien; Kommunikation und Vernetzung generieren stattdessen eine Art „Schwarmverhalten“. Das muss nicht negativ sein, wie der deutsche Biologe Jens Krause, Leeds University, feststellt: *„Man kann im Schwarm viel mehr Informationen nutzen, als man als einzelner sammeln könnte.“* Genau das macht „Schwarmintelligenz“ aus. Der sich um alles kümmernde und sorgende Hausarzt älteren Typs ist aus heutiger Sicht „uncool“. Machen neue Ärzte nun eine neue Medizin? Welchen Stellenwert und Gestaltungsspielraum hat der Arzt in dieser Perspektive noch?

Sind „Ärzte“ etwa auf dem Weg „Mediziner“ zu werden? Die beiden Begriffe sind alles andere als Synonyme. Medizinisch indizierte Maßnahmen müssen ärztlicherseits nicht immer sinnvoll oder verantwortbar sein – und wohl auch umgekehrt. Der Mediziner lebt von der Pathologie, der Arzt von dem Bedürfnis, den sich ihm anvertrauenden Mitmenschen zu helfen, gesund zu werden und zu bleiben. Der Unterschied hat auch eine ökonomische Dimension. Ein rein medizinisch als krank und behandlungsbedürftig gesehener Befund kann aus ärztlicher Sicht in der aktuellen Situation akzeptabel sein. Therapeutischer Aktionismus, kann in einem komplexen System mehr Schaden als Nutzen anrichten. Das bedeutet nicht, im Sinne eines therapeutischen Nihilismus nichts zu tun, sondern die Bedeutung der menschlichen Beziehung in den Heilungsprozess, der immer auch ein innerer Selbstheilungsprozess ist, einzubeziehen. Primär Ressourcen zu wecken statt den Patienten zu „versorgen“, ist so nicht zuletzt auch ein Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Ein wesentlicher Faktor in diesem Geschehen ist die zunehmende Leitlinienorientierung der Medizin. Seriöse wissenschaftliche Leitlinien geben dem Arzt wichtige Orientierungspunkte für seine Entscheidungen. Aber eben auch nicht mehr: Im Gegensatz zu einer verbindlichen Richtlinie stellen Leitlinien nur Handlungsempfehlungen dar. Das ist auch wichtig, um der individuellen Situation des Patienten gerecht zu werden. Oft sind Abweichungen von einer Leitlinie zum Nutzen des Patienten notwendig und vertretbar. Eine solche Abweichung von der Leitlinie – wenn auch individuell geboten – ist für den Arzt allerdings auch mit einem erhöhten Haftungsrisiko verbunden. Es ist dann Sache des Arztes, die Sinnhaftigkeit seiner Abweichung von der Leitlinie trotz des eingetretenen Schadens zu begründen und plausibel zu machen. Ähnlich verhält es sich mit dem sozialrechtlichen Wirtschaftlichkeitsgebot. Natürlich ist der Arzt nicht verpflichtet, in jedem Einzelfall die billigste Behandlungsmöglichkeit zu wählen, bei entsprechenden Erfordernissen des Patienten kann er auch z.B. ein teureres Arzneimittel verordnen. Damit wird er allerdings auffällig und muss vielleicht in einem Prüfverfahren seine Verordnung begründen, was ihm nicht immer einfach gemacht wird.

Diese zunehmende Verrechtlichung der Medizin hat das ärztliche Selbstverständnis in den letzten Jahrzehnten entscheidend verändert. Allein die ständige Diskussion über mögliche Sanktionen löst beim rechtlich meist unerfahrenen Arzt bereits ein Vermeidungsverhalten im Sinne einer defensiven Medizin aus. Auf dem oft schmalen, beiderseits potenziell ruinösen Grat zwischen Haftung und Regress wird ein Arzt vielleicht eher angstgesteuert agieren, was einem souveränen Verhalten entgegensteht. Diese Angst liegt offenbar im Plan des Systems, warum sonst sollten z.B. teure Regressverfahren durchgeführt werden, die ihre Kosten bei weitem nicht „einspielen“? Zudem ist – wie zahlreiche medizinrechtlichen Tagungen zeigen - die Rechtslage in der Medizin kompliziert und auch nicht selten uneinheitlich oder sogar widersprüchlich und somit auch für einen halbwegs rechtskundigen Arzt kaum sicher einschätzbar.

In der Gesellschaft genießt der Arzt hohes Ansehen. Er verkörpert den Helfenden und damit den wichtigen gesellschaftlichen Wert der gegenseitigen Hilfe. Diese Wertschätzung des Arztes spiegelt sich in der politischen Landschaft allerdings nicht immer wieder. Geldgier, Verschwendung und Pfusch sind nicht selten anzutreffende Vorurteile gegenüber Ärzten, die dann wohl auch nicht nur unterschwellig in manche der zahlreichen „Gesundheitsreformen“ mit eingeflossen sind. Die gern als ein Reformziel formulierte „*Mengenbegrenzung*“ unterstellt z.B. dem Arzt offensichtlich, dass er ohne diese Maßnahme eine nicht sinnvolle Mengenausweitung seiner Leistungen veranlassen würde. Die mit dem Arztberuf verbundene ethische Verpflichtung zur Hilfeleistung macht den Arzt zudem erpressbar. Es gibt wohl keinen anderen Berufsstand, der so viele Restriktionen und Zumutungen hinnehmen musste wie die Ärzteschaft unter ständigem subtilem Verweis auf ihre dennoch weiterbestehende Selbstverpflichtung.

Eine komplizierte und intransparente Rechtsbasis und das öffentlich ausgelebte Misstrauen politischer Institutionen gegenüber Ärzten bestimmen zunehmend deren Berufsleben und in der Folge auch deren berufliches Selbstverständnis. Da gibt es schon eine Versuchung, sich in ein „Jobdenken“ zurückzuziehen – der Arzt auf dem Weg zum medizinischen Dienstleister? Bei einem solchen Rollenverständnis würde der ärztliche Gestaltungsspielraum zwangsläufig eingeschränkt, die ärztliche Priorität bei Entscheidungen für den Patienten würde aufgegeben. So ist es in der

beobachteten Entwicklung folgerichtig und ebenfalls ein Indiz für den Wandel des Arztbildes, wenn Ärzte nun auch das Instrument des Streiks für sich entdeckt haben und auch in Anspruch nehmen – undenkbar noch vor wenigen Jahrzehnten. Das Maß scheint voll zu sein. Zugleich wächst dramatisch die Bereitschaft und Erwartung angehender Ärzte, ihre zukünftige Tätigkeit im Ausland auszuüben oder nicht in der Gesundheitsversorgung, sondern in anderen Bereichen tätig zu sein. Das sind Alarmzeichen, die ein cooler Gesundheitsminister, selbst Arzt, und eine etablierte Verwaltungsbürokratie der gesetzlichen Krankenkassen offenbar in ihrer Tragweite noch nicht ganz erfasst haben.

Zunehmend – und auch das gehört zum „neuen Arztbild“ – nehmen es aber auch Ärzte selbst in die Hand, ihr Selbstverständnis und ihre Tätigkeit auch unter den aktuellen Rahmenbedingungen zu positionieren, neue Formen der Kooperation zu praktizieren und damit aktiv an der Gestaltung unseres Gesundheitssystems mitzuwirken. Die seit etwa 20 Jahren zu beobachtende Vernetzung von Arztpraxen hat eine Fülle von Varianten der Organisation ärztlicher Tätigkeit generiert, teils weniger, teils aber auch sehr erfolgreich. In diesem Prozess der Evolution haben Praxisnetzstrukturen inzwischen einen hohen Reifegrad erreicht. Der intelligente Einsatz von EDV innerhalb der Netzstrukturen spielt dabei eine erhebliche Rolle. Nur teilweise und zögernd erkennen Krankenkassen, dass sich mit effizienten Netzstrukturen sehr attraktive Verträge schließen lassen: nicht selten wird eine bessere Medizin zu günstigeren Kosten „produziert“.

Unter dem Druck erster Versorgungsengpässe, z.B. in Brandenburg, denken auch Kassenärztliche Vereinigungen über neue Versorgungsformen nach. Allerdings ist bei weitem nicht alles, was unter diesem Titel „neue Versorgungsformen“ publiziert und praktiziert wird als sinnvolle Weiterentwicklung anzusehen. Ein wichtiger Erfolgsfaktor scheint dabei zu sein, dass die Initiative von den Ärzten selbst ausgeht. Ebenso wichtig ist Transparenz, denn auch der Patient muss umdenken und Vertrauen in die neuen Strukturen gewinnen können.

Die aktuelle Entwicklung des Arztbildes polarisiert sich also zwischen Resignation und neuem Selbstbewusstsein. Mehr Kommunikationsbereitschaft und Teamfähigkeit stellen sich positiv dar und verdienen auch Unterstützung. Auch die Medizin unserer Ärzte ist – allen politischen Unkenrufen zum Trotz – nicht schlechter geworden, sondern folgt eher dem generellen Prozess einer kontinuierlichen Verbesserung. Zur Wandlung des Arztbildes gehören allerdings auch problematische Entwicklungen. Deren Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem sollten nicht unterschätzt werden.

Höchst problematisch ist eine erkennbare Resignation inzwischen weiter Teile der Ärzteschaft im Korsett rechtlicher und ökonomischer Zwänge. Hier zerbröseln ein gewaltiges Potenzial an Idealismus und Leistungsbereitschaft, das zum Funktionieren unseres Gesundheitssystems bisher in erheblichem Umfang beigetragen hat. Unzufrieden resignierende Ärzte, die sich auf einen Dienst nach Vorschrift zurückziehen, können wir uns schlicht nicht leisten. Dem gegenüber stellen aktive und engagierte Ärzte mit innovativen Praxis- und Versorgungsmodellen ein beachtliches Leistungs- und Verbesserungspotenzial auf und tragen mit ihrer Vorbildfunktion zur Gestaltung des Gesundheitswesens bei.

Was ist zu tun?

- Die Gesundheitspolitik bedarf dringend eines Umdenkens und einer Kurskorrektur. Die isolierte Betrachtung des Arztes als eines zu regulierenden Kostenverursachers ist irrig und langfristig systemzerstörend. Vielmehr ist das Potenzial einer gut ausgebildeten, engagierten und verantwortungsbewussten Ärzteschaft zu erkennen und zu fördern. Positive Anreize sind hier sicher nützlicher als ständige Sanktionsdrohungen.
- Eine transparente, der Würde, Leistung und Verantwortung des Arztberufes angemessene und kalkulierbare Honorierung sollte selbstverständlich sein.
- Eine Reduzierung und Vereinfachung des Arzt- und Medizinrechts ist überfällig. Gefordert sind transparente und widerspruchsfreie, für Ärzte und Patienten nachvollziehbare Regeln. Auch die bunte Vielfalt insbesondere sozialrechtlicher Regeln sollte sich an ihren eigenen Kriterien „*ausreichend, zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht übersteigend*“ orientieren.
- Ärztliche Initiativen für neue Versorgungsformen verdienen besondere Aufmerksamkeit seitens der Politik und der Krankenkassen, da sie die größten Erfolgchancen besitzen und in ihrer Vorbildfunktion motivierend auf die Ärzteschaft wirken und weitere Resignation verhindern.
- Ärztliche Werte, Ethik und Berufung, müssen gepflegt und weitergegeben werden. Aber auch für neue, für den Arztberuf inzwischen unerlässliche Wissensgebiete, wie z.B. Grundlagen der Ökonomie und des Managements, muss sich die Arztausbildung öffnen. Nur mit einer Rückbesinnung auf ärztliche Werte und einer zeitgerechten Ausbildung und kontinuierlichen Fortbildung wird der Arztberuf eine erfüllende Zukunft haben.