

Motive



Wenn ein Arzt nach den Gründen gefragt wird, warum der Patient so und nicht anders behandelt wird oder wurde, so wird er ganz selbstverständlich seine fachliche Expertise ins Feld führen, erlangt unter anderem aus Lehrbüchern und Leitlinien, in Fortbildungen und maßgeblich auch begründet auf sein Erfahrungswissen. Er wird die konkrete Situation des Patienten, seine medizinischen Notwendigkeiten ebenso nennen wie seine Lebenssichten, denn alles fließt ein in die konkrete Entscheidung zur Behandlung oder auch ihre Unterlassung. Der Arzt steht also dem Kranken in seiner Notlage bei und heilt, lindert oder begleitet, je nachdem. Nun fühlen wir Ärzte uns seit geraumer Zeit bedrängt, jedenfalls lese ich dies in den Blättern der ärztlichen Körperschaften, ich höre dies von Kollegen im Gespräch, manchmal sehe ich mich Entwicklungen gegenüber, die ich nicht gutheißen möchte. Oft wird dies zusammengefasst unter dem Stichwort „Ökonomisierung der Medizin“. Manchmal erlebe ich aber die Debatte so, als hätten wir Ärzte gar nichts damit zu tun, als seien wir die Schachfiguren, die scheinbar ohne eigenes Zutun über das Feld geschoben werden und am Ende mit ihren jeweiligen Spezialfunktionen über Sieg oder Niederlage entscheiden. Wir Hausärzte als die Bauern, die auch schon mal eine Schlacht entscheiden können; die Dame stelle ich mir als den neurochirurgischen Chefarzt vor, der mit seinem Eingriff im besten Fall eine menschliche Persönlichkeit restaurieren kann. Ja, Medizin leistet Beachtliches, die Patienten in Deutschland sind in guten

Händen! Das geschieht durch unser Tun – aber: Auch Ökonomisierung lässt sich nur über unser Tun umsetzen! Machen wir uns doch bewusst, dass jeder rein ökonomisch intendierte Eingriff in unsere ärztliche Autonomie ins Leere laufen würde, wenn wir ihn ignorierten: „Stell Dir vor, uns wird Ökonomisierung verordnet, und keiner macht mit! ...“ Nun ist das nicht so einfach, ich will nicht naiv sein. Es liegt ein gewaltiger Druck auf dem System; dies soll nur beispielhaft mit Stichworten und Überschriften aus Gazetten angerissen werden: Beitragssatzstabilität, Kostendruck, Kostenlawine, Solidarsystem, Abzockermentalität, Praxispleite, Konzernergebnis, Regress ... Es gibt eigentlich fast niemanden, der sich nicht berufen fühlte, etwas zum Gesundheitswesen zu sagen, sei es zur Qualität, sei es zu den auf das Bruttoinlandsprodukt bezogenen Kosten, zum Beispiel im Vergleich mit, sagen wir: Nigeria, sei es zu einzelnen Akteuren im System. Und das alles soll den einzelnen Arzt unbeeindruckt lassen? Nein, das glaube ich nicht. Das macht auch etwas mit uns, das verändert uns und das verändert auch, und davor habe ich Angst, das Verhältnis zu dem Patienten, der vor uns sitzt. Hier kommt etwas in Bewegung, sicher sehr verschieden ausgeprägt, sehr verschieden spürbar oder auch (noch) nicht, abhängig von sehr vielen anderen Faktoren und der konkreten Situation. Wir sind eben keine Schachfiguren aus Holz oder Stein, sondern Menschen mit Gefühlen und durchaus auch eigenen Interessen und Motiven, die selbstverständlich auch abhängig von äußeren Stimuli sind. Gerade aber das Zurückstellen eigener Interessen in der Behandlungssituation bringt uns in diese Garantenstellung, auf die sich der Patient verlassen können muss, bringt uns diesen Vertrauensvorschuss, der dem kritisch Kranken den Weg durch diese schwierige Lebensphase ebnet. Ich glaube, für jeden von uns ist dies auch ein wesentliches Stück Bestätigung und Motiv für das Aufsichnehmen oft anstrengenden Arbeitens und der Grenzgänge hinsichtlich physischer und psychischer Belastung. Aber tun

wir genug dafür, dass das Verhältnis zu unseren Patienten möglichst von äußeren Einflüssen unbeeinflusst bleibt, wir in der Garantenstellung verbleiben? Laotse sagt dazu: „Wir sind nicht nur dafür verantwortlich, was wir tun, sondern auch dafür, was wir nicht tun.“ Meine Bedenken sind, dass wir in einer von mir so empfundenen Zeit der zunehmenden Beliebigkeit und des generellen Niedergangs jeglicher Autorität zu auswechselbaren Dienstleistern mutieren, wenn wir als die fachlichen Autoritäten nicht auch täglich mit unserer Arbeit Stellung beziehen als tatsächliche Sachwalter der Interessen unserer Patienten. Wir dürfen nicht davon ausgehen, dass andere, seien es beispielsweise Politiker oder „Lenker eines Gesundheits-Konzerns“, die Entwicklungen mit ärztlichen Augen sehen, und seien es selbst Ärzte. Zu sehr müssen andere Beweggründe überwiegen, sonst wären sie nicht an der Stelle, wo sie ihr Rad drehen. Wir müssen, jeder an seinem Tätigkeitsort, mit seinen Patienten diese Garantenstellung für den Patient leben. Damit füllen wir den großartigen Begriff der Freiberuflichkeit mit Leben, in der Ambulanz genauso wie im klinischen Bereich. Ich sehe in der Erhaltung gerade dieser Unabhängigkeit in unserem Beruf die von der Ärzteschaft zu ergreifende Chance, als eine der wenigen „Institutionen“, die es noch gibt und die als solche akzeptiert werden, zu überleben. Dies geschieht über unser konkretes Handeln am Patienten, über die Wahrnehmung der Patienteninteressen und wenn nötig in der Auseinandersetzung mit Politik und Kostenträgern. Dabei schadet es nicht, die eigenen Motive zu erforschen und ihre Wirkungen zu antizipieren. Mein Wunsch wäre, dass die heutigen Medizinstudenten die Chance bekommen, Medizin zu betreiben, die zuerst am Problem des Patienten orientiert ist. Vielleicht spielt die latente Angst des älter werdenden Autors vor der Notwendigkeit der Inanspruchnahme des jetzigen Systems eine Rolle.

Dr. med. Steffen Liebscher
Vorstandsmitglied