

Ärztliches Handeln in Freiheit und Verantwortung



Dr. med. Thomas Lipp

© SLÄK

Ich möchte keinen bischöflichen vorweihnachtlichen Hirtenbrief verfassen. Aber ich möchte im Dezember auf eine Analogie hinweisen: Das Christentum entstand vor 2.000 Jahren nicht von ungefähr. Das Judentum war erstarrt in Formalien. Im Jahre Null gab es 248 Gebote und 365 Verbote, die tagtäglich zu beachten waren. Geht es uns in der Medizin nicht ähnlich? Überlagern nicht fremdbestimmende Vorgaben allzu oft unser Tun und die Qualität der Versorgung? Gerade in der Qualitätsdiskussion scheint mir DIE Schlüsselfrage für die Zukunft des Arztberufes zu liegen, nicht selten im Zusammenhang mit Ökonomie.

Die heutige Medizin ist geprägt vom „wissenschaftlich“ erzwungenem ärztlichen und leitliniengerechten Handeln, von bürokratischen Vorgaben und vom Abarbeiten von Algorithmen, die studienbasiert und scheinbar evidenzbegründet unser Handeln vorgeben, sich oft selbst ad absurdum führen und gelegentlich als manipuliert oder sich schlicht als falsch herausstellen. Ich glaube, dass unser technokratischer und immer stärker „mechanischer“ Blick auf den Menschen als Apparat, das ärztliche Berufsbild erheblich nachteilig verändert hat. Ich sehe die Gefahr, dass der Arzt als Krankheitsingenieur substituierbar erscheint und das in einer ökonomisierten Medizin das ärztliche Heilen als unverzichtbarer

Kern zu verschwinden droht. Dieser Prozess begann durch eine vorrangige Orientierung auf Normwerte, auf Reparatur von Defekten, dem Einsatz des Machbaren, dem Vorgeben, was Gesundheit ist und führt zum Verlust des Blicks auf das Wesentliche: Was hilft dem Patienten, was strebt er an? Das entscheidet weder der Arzt allein, noch eine Fachgesellschaft, weder die Gesellschaft oder gar der Staat, sondern der aufgeklärte Patient.

Um eines deutlich zu sagen: Ich wende mich nicht gegen den Qualitätsgedanken als solchem! Die Betreuung unserer Patienten können wir jedoch nicht allein der Prozess- und Ergebnisqualität überlassen. Wir können nicht Qualitätsstandards definieren und diese noch mit den Mitteln der Ökonomie begründen, um gleichzeitig in einem beitragsfinanzierten Gesundheitswesen Gewinne bei durchkalkulierten DRG machen zu müssen, die den Dividenden oder Investoren dienen. Das geht auf Kosten des Personals und damit auf Kosten der Qualität und zulasten des Patienten. Der einzige wesentliche Qualitätsbegriff ist der der Indikationsqualität, dem ärztlichen Kerngebiet. Kurz: Welcher Patient braucht welche individuelle Therapie wirklich, was nutzt dem Patienten und nicht der Abrechnungssystematik? Diese Form der Qualität ist gut vereinbar mit einer wirtschaftlichen Handlungsweise, entspricht aber nicht der vorherrschenden ökonomischen Sicht, die dazu führt, dass der Arzt immer mehr verwaltet und immer weniger gestaltet.

Das Wesen der Indikationsqualität setzt eine gute, verantwortungsvolle Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses und viel Erfahrung voraus. Waren bei den klassischen Universitäten Bildung, Geist, Leistung, Freiheit und Selbstständigkeit grundlegend zu vermittelnde Werte, so sind es heute effiziente Ausbildungsverfahren mit dem vorrangigen Ziel prüfbares Wissen und nicht Begeisterung und Fähigkeit zum selbstständigen, wertschätzendem Aneignen neuer Erkenntnisse zu generieren. Wirkliche Selbstständigkeit, die auch

das Risiko des Scheiterns beinhaltet, wird dem Studenten nur noch selten gelehrt. Glaubt irgendjemand, dass ein Studium mit vorrangig justiziablen Multiple-Choice-Verfahren freie, geistig offene und auch risikobereite Akademiker hervorbringen kann? Eine Multiple-Choice-Kultur fördert reine Wissensvermittlung, ohne geistige Selbstständigkeit und Freiheit. Sie schafft hervorragende Funktionsträger, aber missachtet die Studenten, die auf geistige Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Denken Anspruch erheben. Beim jetzigen universitären System wird zu selten der Wert der geistigen Freiheit und Leistung vermittelt, sondern vor allem die Fähigkeit zur Anpassung und der Drittmittelakquise, eine Zentrierung auf Kompatibilität mit den Kollegen und politische Vermittelbarkeit. Am Ende dieser Entwicklung stehen Krankheitsmanager – der klassische Arzt als Heiler droht auszusterben.

Wir müssen es den jungen Kollegen ermöglichen, sich zu entwickeln und an ihren Lehrern vorbeizuziehen und nicht als bloße Zulieferer für egomanisches Jagen nach Impactquoten missbraucht zu werden. Erst dann kann der zukünftige Arzt sich in Kenntnis von Leitlinien und Normwerten dem Patienten in persönlicher Freiheit und Verantwortungsbeurteilung zuwenden und wieder den Status erreichen, den der Patient erwartet: Einen Arzt, dem er vollständig vertraut in sicherer Kenntnis, dass nicht ökonomische Prämissen sein Handeln erzwingen. Hier wird der Unterschied zwischen Arzt und Mediziner deutlich. Denn der Begriff der Indikationsqualität lässt sich nur ausfüllen und umsetzen mit freien, individuellen und verantwortungsbewussten Charakteren, die über die unverzichtbaren Grundlagenkenntnisse hinaus in der Lage sind, Zusammenhänge und komplexe Fragestellungen persönlichkeits- und erfahrungsadaptiert verarbeiten zu können. Diesen Ansatz sollten wir zum Fundament jeder Qualitätsdiskussion machen.

Dr. med. Thomas Lipp
Vorstandsmitglied