

Hanfried Helmchen

## Neue Zunftregeln in der Medizin

Krankheit wurde vermutlich schon in früher Zeit als eine Beeinträchtigung erlebt, als Schmerz und Leid, als tödliche Bedrohung oder Minderung der Lebensqualität. Also suchte der Kranke Hilfe – entweder bei Menschen, die entsprechende Erfahrungen gesammelt hatten, etwa mit der Heilwirkung von Kräutern oder der Behandlung von Wunden, oder, zumal wenn er sein Leiden als Strafe verstand, bei den Göttern. Je nachdem wandten sich unsere Vorfahren mit der Bitte um Hilfe an Kräuterweiblein, Wundärzte, Medizinmänner, Schamanen und Priester.

Damit sind zwei wichtige Wurzeln der Heilkunde und Heilkunst genannt: Erfahrung sowie Hoffnung und Glaube (an die Transzendenz). Die Kranken oder ihre Angehörigen honorierten – oft nur im Erfolgsfall – die heilend Tätigen mit Opfergaben oder Naturalien, und sie bezahlten auch schon in den ersten Hochkulturen mit Geld, wie einer Art Gebührenordnung im babylonischen Gesetz des Hammurabi (um 1900 v. Chr.) zu entnehmen ist.

Durch den Umgang mit vielen Kranken haben die Heilkundigen Mitgefühl und Fürsorge für den Leidenden und hilfsbedürftigen Kranken besonders intensiv erlebt – Verhaltensmuster, die der Arterhaltung dienen und tief in den Gefühlshaushalt der Menschen eingeschrieben sind. Gewiss haben sie dabei auch erfahren, dass Kranke dieser Zuwendung nur vertrauen, wenn sie erleben, dass der Arzt zu ihrem Heil tätig wird und Schaden von ihnen zu wenden sucht, und sie haben ihm vermutlich auch nur dann vertraut, wenn er über die persönlichen Geheimnisse Schweigen bewahrte. Da dieses Vertrauen wesentliche Bedingung für ärztliches Handeln ist, wurde das Bemühen darum zu einem ärztlichen Sollen, schließlich zu einer Berufspflicht. Sie fand Ausdruck in Geboten wie denen des hippokratischen Eides. Die Ärzte jener frühen Zeit haben offenbar die Risiken und Verführungen, die in dieser – auf Vertrauen angewiesenen – Nähe und Offenheit auch liegen, als so bedrohlich für ihre ärztliche Iden-

tität angesehen, dass sie sie in Abwehrregeln zu bannen versuchten. Dazu gehören die im hippokratischen Eid niedergelegten Verbote, Kranke zu missbrauchen, ihnen zu schaden oder sie zu töten bzw. werdendes Leben abzutreiben. Dazu gehörte in manchen frühen Kulturen, etwa der indischen oder griechischen, auch, dass Kranke, die als unheilbar angesehen wurden, nicht behandelt wurden. Mit solchen Zunftregeln haben die Ärzte ihren Stand gegen Scharlatane, Quacksalber, Kurpfuscher abzugrenzen gesucht, die ihre Erfahrung und ihr Wissen aufbauschen oder mit reinen Spekulationen und Verhaltensweisen, die Transzendenz vortäuschten, die Kranken beeindrucken wollten, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Die frühen Ärzte gaben ihr Wissen und ihre Erfahrung nur an Schüler weiter, die sich verpflichteten, die genannten Normen einzuhalten. In den frühen Hochkulturen gab es immer wieder Zentren solcher Lehre, wie die Tempelschulen, aus denen sich beispielsweise in Griechenland nichtpriesterliche Asklepiadenschulen wie die auf Kos und Knidos entwickelt haben.

### Arbeitsteilung

2000 Jahre später übernahmen die in Europa entstehenden Universitäten die Ausbildung der Ärzte. Die systematische Beobachtung und Beschreibung der Natur und ihre experimentelle Befragung rückten in den Vordergrund. Die Methoden der Naturwissenschaft gewannen Einfluss auf die Medizin und führten mit der Befreiung von scholastischen und religiösen Dogmen zu ihrer wissenschaftlichen Grundlegung; die Medizin wurde zunehmend verwissenschaftlicht, und sie differenzierte sich. Die Folge war eine immer stärkere Spezialisierung und die zunehmend arbeitsteilige Organisation der ärztlichen Tätigkeit. Damit verengte sich notgedrungen der ärztliche Blick. Das Verhältnis des Patienten zu ›seinem‹ Arzt löste sich auf in eine Vielzahl von Beziehungen zwischen Patienten und Spezialisten.



Diese Entwicklung hat immer wieder auch Gegenströmungen hervorgerufen, deren Protagonisten den ganzen Kranken in den Blick zu bekommen suchten, so die naturphilosophische Richtung in der Medizin Anfang des 19. Jahrhunderts oder die ganzheitliche oder psychosomatische Auffassung der anthropologisch orientierten Medizin im letzten Jahrhundert. Die Spannung zwischen wissenschaftlicher Begründung ärztlichen Handelns und Erfassung des ganzen Kranken in seiner Individualität gehört zum Wesen des Arztes, sie bestimmt seine Wirkung. Die Mischung aus Heilkunde und Heilkunst kommt in unterschiedlichen ärztlichen Haltungen zum Ausdruck – einer eher objektiv-distanzierenden, einer mehr kommunikativ-dialogischen oder einer palliativ-begleitenden. Zu all diesen Haltungen sollte der Arzt in der Lage sein. Aber diese Kompetenzen lassen sich zunehmend schwerer in ein und demselben Arzt ausbilden, wenn man etwa einerseits an den wissenschaftlich forschenden Arzt und andererseits an den praktisch tätigen Allgemeinarzt denkt.

Die überzeugenden Erfolge der (natur-)wissenschaftlich begründeten Medizin und ihre viel versprechenden Perspektiven, heute etwa der molekulargenetischen Forschung, haben (Allmachts-)Fantasien über eine mögliche Beherrschung, ja Ausschaltung von Krankheit angestoßen, die möglicherweise transzendente Sehnsüchte ersetzen; sie werden den ›Halbgöttern in Weiß‹ allerdings eher von den Medien angedichtet, als dass sie von Ärzten selbst geglaubt werden. Vor allem Ärzte, die täglich mit krankheitsbedingtem Leiden, nicht nur mit der (objektiven) Krankheit, sondern mit dem (subjektiven) Kranksein jedes individuellen Patienten, umgehen müssen, mit Verlust von Lebensmut und Resignation des chronisch Kranken, mit der Angst vor Hinfälligkeit, Sterben und Tod, kennen auch die Grenzen ärztlichen Handelns, Grenzen, an denen die genuin ärztliche Haltung der Fürsorge besondere Bedeutung gewinnt.

Diese tradierte, fürsorglich-treuhänderische Haltung des Arztes, die oft in abwertender Weise als autoritär-paternalistisch bezeichnet wird, wird heute zunehmend durch eine partnerschaftliche Haltung ergänzt oder gar ersetzt, in der der Patient als selbstbestimmtes Individuum angesehen oder zumindest zu sehen versucht wird.

### Impulse der Veränderung

Die Rolle des Arztes verändert sich von der eines allein Entscheidenden zu der eines sachkundig Beratenden, der

dem Patienten dabei hilft, zu einer selbstbestimmten und für sich angemessenen Entscheidung zu kommen. Gründe für diese Veränderungen liegen sowohl allgemein im derzeitigen gesellschaftlichen Entwicklungsstand wie auch in der Medizin selbst. Zu nennen sind insbesondere:

✦ Die gesellschaftliche Sensibilität für allgemeine Menschen- und Bürgerrechte ist gestiegen, das aufgeklärte und selbstbestimmte Individuum als Zielvorstellung gesellschaftlich etabliert. Mit der Erfordernis einer zureichenden Aufklärung als Voraussetzung einer expliziten und gültigen Einwilligung (Informed Consent) wird die Person als Subjekt in der Arzt-Patienten-Beziehung gestärkt oder gar »wieder eingeführt«.

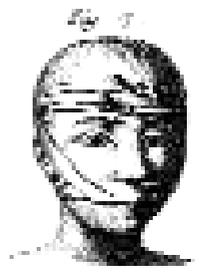
✦ Die wissenschaftliche Entwicklung der Medizin hat zur erfolgreichen Behandlung akuter lebensbedrohlicher Krankheiten geführt. Aber nicht immer wird eine vollkommene Wiederherstellung der Gesundheit erreicht. Eine Folge ist, dass sich die Medizin mehr und mehr auf unvollständige Heilungen, residuale Behinderungen, chronische (sowie rezidivierende) Krankheiten, und das heißt auf Langzeitbehandlungen, konzentrieren muss. Gegenüber der lebensrettend-kurativen Perspektive werden die langfristige und die begleitende Perspektive wichtiger. Gleichzeitig ist dabei aber auch Selbstverantwortung des Patienten besonders gefordert.

✦ Die moderne Medizin stellt eine zunehmende Zahl von Behandlungen zur Verfügung, oft sogar mehrere für die gleiche Erkrankung, aber mit unterschiedlichen Wirksamkeiten und unterschiedlichen Risiken und Belastungen. Die Nutzen-Risiko-Abwägung gewinnt somit an Bedeutung. Sie wird zugleich schwieriger, weil einerseits die Sachverhalte komplizierter werden, andererseits der Patient differenziert aufgeklärt werden soll und dies zunehmend auch will.

✦ Verwissenschaftlichung, Technifizierung und Ökonomisierung machen die Medizin für den Patienten zu einer fremden, nicht selten undurchschaubaren Welt und produzieren ein Bedürfnis nach persönlicher, individueller und menschlicher Kommunikation zwischen Patient und Arzt, das oft nicht befriedigt werden kann.

✦ Bürokratisierung ärztlichen Handelns, Folgen der neuen Informiertheit von Patienten, Konkurrenz mit aufkommenden anderen Berufsgruppen in der Medizin und vor allem Zeitnot des Arztes verändern die Beziehung zwischen Arzt und Patient ebenfalls.

✦ Die Patienten müssen selbst Verantwortung übernehmen. Nur ein Patient, der – zum Beispiel bei einer Krebs-



therapie mit mehreren Alternativen – von der Notwendigkeit einer Intervention überzeugt ist und sich aus Überzeugung dazu entschieden hat, wird seinen Teil zur korrekten Durchführung der empfohlenen Maßnahmen beitragen.

### Partnerschaft als Ziel?

Die Vorstellung einer partnerschaftlichen Beziehung unterstellt, dass die Partner in diesem dualen Verhältnis einander als selbstverantwortlich handelnde Subjekte ernst nehmen. Dies heißt in erster Linie, dass der Arzt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und der Patient Wissen und Erfahrung des Arztes und dessen dadurch begründete Verantwortung achtet.

Diese ideale Konfiguration der Arzt-Patienten-Beziehung entspricht der Wirklichkeit nicht unbedingt. Zeitdruck oder Wirtschaftlichkeitsvorschriften können den Arzt hindern, der Selbstbestimmung des Patienten ausreichend Rechnung zu tragen. Wenn rationale Erklärungen an irrationalen Voreingenommenheiten des Patienten scheitern und dem Patienten dadurch Schaden droht, kann der Arzt in ein Dilemma zwischen Anerkennung der Selbstbestimmung des Patienten und Fürsorgepflicht für den Patienten geraten und seine (Garanten-)Pflicht verfehlen, die ihm gebietet, Schaden vom Patienten abzuwenden. Jedenfalls kann der verantwortungsbewusste Arzt in solchen Fällen den Patienten nicht einfach seinem Selbstbestimmungsrecht allein überlassen, so dass dann auch die Forderung nach einem ›milden Paternalismus‹ ethisch begründbar wird.

Dies ist bereits ein Hinweis darauf, dass die Arzt-Patienten-Beziehung asymmetrisch ist. Diese Asymmetrie besteht darin, dass der Patient eine einzigartige Erfahrung mit seiner Krankheit hat, die der Arzt – zumal wenn er gesund ist – nicht haben kann. Der Patient ist Experte für seine Krankheit und für sein Kranksein, zumindest bei länger dauernden oder gar chronischen Krankheiten. Dazu kommt, dass heute vor allem jüngere Patienten die vielfältigen Informationsmöglichkeiten (Selbsthilfeorganisationen, Internet, Medien etc.) nutzen, sie sind ›informierte Patienten‹. Es kann vorkommen, dass der Patient über spezifischere und aktuellere Informationen verfügt als der Arzt, sie jedoch falsch bewertet, weil er die ausschlaggebenden Kriterien für deren Zuordnung nicht kennt. Eine solche Bewertung, die auf der Grundlage von Wissen und Erfahrung vorgenommen werden muss, fällt in die Kompetenz des Arztes. Der Arzt ist Experte für

medizinisches Wissen über Krankheiten und hat Erfahrung mit dem Kranksein vieler Patienten.

Die Asymmetrie der Beziehung zwischen Patient und Arzt bleibt auch erhalten, wenn sich die unterschiedlichen Rollen, Aufgaben und Erwartungen beider Partner verändern. Vor allem bei nicht-ärztlichen ›Anbietern‹ von ›Gesundheitsleistungen‹ wandelt sich die Rolle des Kranken von einem Leidenden (der er immer auch bleibt), eben einem Patienten, zu einem Klienten, und in der Sichtweise von ausschließlich betriebswirtschaftlich denkenden Krankenhausverwaltungen wird er zum Kunden. Auch der Arzt ist nicht nur Partner seines Patienten, sondern als angestellter Mitarbeiter von Institutionen ebenso Partner von Verwaltungen oder als niedergelassener Arzt auch selbständiger Unternehmer und Arbeitgeber. Aus diesen Entwicklungen resultieren neue Abhängigkeiten und Belastungen der Ärzte, nicht zuletzt ökonomische Zwänge. Der niedergelassene Arzt muss so viel verdienen, dass er die fixen Gehälter seiner Mitarbeiter und die Miete für die Praxisräume bezahlen oder die Investitionen für die erforderliche apparative Ausstattung seiner Praxis finanzieren kann. Auch kann er in ein Dilemma geraten: Einerseits könnten Patienten Haftungsansprüche an ihn stellen, wenn er sich durch das Gebot der Wirtschaftlichkeit und unter Berücksichtigung seines begrenzten Budgets gedrängt sieht, ein preiswerteres, aber nebenwirkungsträchtigeres Arzneimittel zu verordnen, andererseits droht ihm ein Regress, wenn er das optimale, aber teurere Arzneimittel verschreibt und aus diesem Grunde sein Budget überschreitet.

### Zeitgeist im Umbruch

Nicht nur diese konkreten Bedingungen nehmen Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, sondern auch die Veränderung des Zeitgeistes. In Zeiten, die dem Hedonismus frönten, kam es immer wieder vor, dass Patienten von ihrem Arzt eine Krankschreibung wollten, auch wenn sie medizinisch nicht begründbar war, das heißt, der Arzt wurde als Agent im sozialen Verteilungskampf für eine unangemessene Ressourcenverteilung zu missbrauchen gesucht. Oder, ein anderes Beispiel, je nach Land und Geschichte wird Euthanasie durch Tötung auf Verlangen oder Suizidbeihilfe sehr unterschiedlich bewertet. Aktuell wird diese Diskussion intensiv geführt durch die wachsende Zahl von Menschen, die mit Hilfe der Medizin bisher tödliche Erkrankungen zwar überlebt haben, aber anschließend von personaler (wie auch apparativer)



Hilfe abhängig bleiben, oder solchen, die zwar sehr alt, aber auch hinfällig und pflegebedürftig werden.

Die große Mehrheit der deutschen Ärzte lehnt – auch in Erinnerung an den von Nationalsozialisten durchgeführten vieltausendfachen Mord an Kranken – solche aktive Hilfe zum Tode eindeutig ab. In den Nachbarländern Niederlande und Belgien hingegen wird diese Praxis von einer Mehrheit der Bevölkerung gewünscht, von den Regierungen rechtlich ermöglicht und von vielen Ärzten auch praktiziert. Die jüngst vorbereitete Änderung der Richtlinien zur so genannten Sterbehilfe in der Schweiz zeigt, dass die Grenze zwischen der Hilfe beim Sterben und der Hilfe zum Tode durchlässiger wird. Wir wissen nicht, welche Folgen für das Selbstverständnis des Arztes ebenso wie für das Bild vom Arzt in der Öffentlichkeit es haben wird, wenn der Patient nicht mehr sicher ist, ob sein Arzt ausschließlich seinem Leben verpflichtet ist oder ihn vielleicht auch töten könnte.

Dies sind nur wenige Beispiele für komplizierte Probleme, die angesichts des Umbruchs der medizinischen Versorgung auftreten, und wir stehen erst am Anfang einer Entwicklung, die sich weiter zuspitzt:

✘ Die zunehmende (evidenz-basiert medizinisch-algorithmische, rechtlich-administrative, betriebswirtschaftlich-ökonomische) Regelungsdichte engt die Ermessens- und Entscheidungsfreiheit des Arztes schwerwiegend ein, obwohl die ihnen zugrunde liegenden Standards für die Gewinnung und Umsetzung des wissenschaftlich gesicherten Wissens auf die individuellen Besonderheiten des einzelnen Kranken unverzichtbar sind. Übrigens steht auch die Freiheit der Arztwahl des Patienten auf dem Spiel; ob die Selbstbestimmung des Patienten gegen ihre Einschränkung oder gar ihren Wegfall ein ausreichender Schutz ist, muss sich erst noch zeigen.

✘ Die Aufgabenlast (Folge der Regelungsdichte und des Stellenmangels im Krankenhaus oder Mindestbedarfs an Krankenscheinen pro Praxis) verschärft die Zeitnot, unter der heute die meisten Ärzte arbeiten müssen. Zeitnot hindert viele Ärzte nicht nur an der eigenen Kompetenzerweiterung durch qualifizierte Fort- und Weiterbildung, sondern vor allem an einem tiefer gehenden Verständnis des Krankseins jedes einzelnen Patienten, wodurch sie sich einer (therapeutischen wie wirtschaftlichen) Optimierung ihrer Therapie begeben.

✘ Die weiter wachsende Spezialisierung mit arbeitsteiliger Fraktionierung der ärztlichen Versorgung des ein-

zelnen Patienten lässt die Vorstellung einer personalen Kontinuität im Arzt-Patient-Verhältnis zunehmend unrealistisch erscheinen. Ärzte werden viel Engagement, Fantasie und Scharfsinn aufwenden müssen, um Arbeits- und Organisationsformen zu finden, die diese Komponenten ärztlichen Selbstverständnisses erhalten.

✘ Die Zunahme des Überlebens nach bisher tödlichen akuten Erkrankungen (oft mit Behinderungen) und die wachsende Bedeutung von chronischen Erkrankungen sowie die neuartigen medizinisch-ethischen Probleme am Anfang und am Ende des Lebens zwingen dazu, die tradierten Normen ärztlichen Handelns auf ihre Tragfähigkeit zu überprüfen.

Die stärker wahrgenommene Selbstbestimmung des Patienten fordert vom Arzt, dem Patienten eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen. Er muss sie akzeptieren, auch wenn sie das ärztliche Handeln womöglich einengt – wenn beispielsweise der Patient eine andere Vorstellung als der Arzt von dem hat, was in seinem »besten Interesse« liegt. Positive Wirkungen der Selbstbestimmung des Patienten auf ihn selbst ebenso wie auf das Gesundheitssystem dürften vor allem dann zu erwarten sein, wenn damit auch Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung, aktives Mitwirken am Gesundsein und beharrliche Hilfe zur Selbsthilfe verbunden werden: eine volksaufklärerische Aufgabe, die heute weit über ärztliche Pflicht und Möglichkeiten hinausgeht und nur langfristig, systematisch und gesamtgesellschaftlich zu lösen ist.

Das Bild vom Arzt, das der Ausbildung, der Rechtsprechung und einer verpflichtenden Berufsethik zugrunde liegt, ist bestimmt vom Gedanken der Fürsorge und Menschlichkeit für den Kranken, von der Vorschrift, mit Kompetenz zu seinem Wohl zu handeln und Schaden von ihm abzuwenden, und von der kontinuierlichen Reflexion über Können, Sollen und Nicht-Dürfen. Es fällt nicht schwer, voranzusehen, dass die Debatte bei der Frage ankommen wird, wie weit diese Normen der neuen Wirklichkeit noch standhalten, komplettiert oder auch ersetzt werden müssen, oder auch, ob und wie sie wieder stärker zur Geltung gebracht werden können.

Literatur  
H. Schipperges: Homo patiens. Zur Geschichte des kranken Menschen. München 1985

AG Gesundheitsstandards:  
[www.bbaw.de/forschung/gesundheit/index.html](http://www.bbaw.de/forschung/gesundheit/index.html)