

Zum Selbstverständnis ärztlichen Handelns



Symposium Das Selbstverständnis ärztlichen Handelns wird differenziert gesehen. Katrin Hertrampf berichtet.

Text:
Katrin Hertrampf.

Im Oktober 2016 erlangte die „Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften“ in den Medien Aufmerksamkeit durch Veröffentlichung eines Diskussionspapiers zum Spannungsfeld von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. Es schien so, als hätten Redaktionsverantwortliche nur die ersten Manuskriptseiten gelesen. In der Beschreibung der Ausgangssituation wird die Krankenhausstruktur in Deutschland mit der in Dänemark verglichen und festgestellt, dass nicht jede Klinik hierzulande Patienten intensivmedizinisch versorgen und Mindeststandards vorhalten kann. Daraus wurde die Schlagzeile generiert, dass zwei Drittel der Häuser überflüssig sind.

Anliegen der Nationalen Akademie der Wissenschaften war es eigentlich, den Fokus auf acht Thesen zu einer am Patientenwohl orientierten Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu lenken. Die Leopoldina berät Politik, Gesellschaft und Wirtschaft in globalen Fragen zu Krankheitsbekämpfung und Gesundheit.

Über Patientenwohl, Erwartungen und Selbstverständnis des ärztlichen Handelns wurde bei einem Leopoldina-Symposium im April 2017 in Rostock aus Sicht von Medizin, Geschichte, Ethik und Philosophie diskutiert.

Partizipation als Seele der Medizin

Ärzte hätten nicht Medizin studiert, um sich mit DRGs (Diagnosis

Related Groups) zu beschäftigen, sondern weil sie Menschen helfen wollen, betonte Professor Dr. Attila Altiner vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock. Die Partizipation sei die

Seele der Medizin. Die Teilhabe des Patienten im Entscheidungsprozess mache den Arzt irgendwie glücklich, es beseele ihn in seinem ärztlichen Tun. „Wenn wir Patienten einbin-

den, brauchen wir letztlich weniger Zeit und seltener Rekompensation. Es gibt mehr Adhärenz, weniger gerichtliche Auseinandersetzungen, wir haben eine höhere Zufriedenheit in der Berufsausübung, bessere Prozessqualität und setzen ethische Anforderungen um“, so Altiner. Partizipative Entscheidungsfindung ist kein Angebot an Patienten in lebensbedrohlichen Situationen (in dem Fall sind schnelle und therapeutisch richtige Entscheidungen verlangt), sondern bei chronischen Erkrankungen relevant. Für diese gebe es verschiedene gleichwertige Therapieoptionen, die im tatsächlichen Ergebnis geringer seien als im Versprechen, was erreicht werden könne. Die Frage, ob eine NNT (Number Needed to Treat) von 20, 50 oder 100 berechtige, dem Patienten eine Intervention oder Therapie als verbindlich zukommen zu lassen, könne gestellt werden. Der Arzt müsse auch damit umgehen, wenn Patien-

„Ärzte haben nicht Medizin studiert, um sich mit DRGs (Diagnosis Related Groups) zu beschäftigen.“

i Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem ⁽¹⁾

8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft

These 1: Ökonomisches Handeln im Gesundheitssystem ist geboten – aber ausschließlich zum Wohl des einzelnen Patienten und der Gesellschaft.

These 2: Mehr Geld macht ein System nicht automatisch leistungsfähiger.

These 3: Vorhandene Überkapazitäten dürfen nicht dazu führen, dass außermedizinische Überlegungen die Indikationsstellung beeinflussen.

These 4: Eine Weiterentwicklung des DRG-Systems allein reicht nicht aus, um die ökonomischen Fehlentwicklungen zu beheben.

These 5: Qualifiziertes medizinisches Personal ist derzeit im Grunde ausreichend vorhanden, aber auf zu viele Häuser verteilt.

These 6: Eine angemessene Analyse des Gesundheitssystems braucht Transparenz und den Zugang zu Informationen.

These 7: Wettbewerb hat Grenzen.

These 8: Die Gesundheitsversorgung braucht klare und verlässliche politische Rahmenseetzungen, innerhalb derer ein Qualitätswettbewerb stattfinden kann. Es braucht zusätzlich politischen Mut, die notwendigen Strukturveränderungen anzugehen.



i Leopoldina

Die Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) wurde 1652 gegründet und ist mit rund 1 500 Mitgliedern in über 30 Ländern die mitgliederstärkste Akademie von Wissenschaftlern in Deutschland. Sie ist der freien Wissenschaft zum Wohl der Menschen und der Gestaltung der Zukunft verpflichtet. Die Mitglieder sind in Fachsektionen organisiert, mit Zuordnung in vier Klassen: 1. Mathematik, Natur- und Technikwissenschaften, 2. Lebenswissenschaften, 3. Medizin, 4. Geistes-, Sozial- und Verhaltenswissenschaften. Hervorragende Wissenschaftler werden auf Vorschlag von Mitgliedern in einem mehrstufigen Auswahlverfahren in die Akademie gewählt.

Als Nationale Akademie Deutschlands vertritt die Leopoldina die deutsche Wissenschaft in internationalen Gremien. Sie erarbeitet unabhängig Stellungnahmen und berät Politik, Gesellschaft und Wirtschaft zu wissenschaftlichen und wissenschaftspolitischen Fragen. Dies umfasst neben Gesundheit, Krankheitsbekämpfung und Infektionsschutz auch Themen wie Klimawandel, demographischer Wandel, globale Wirtschaft, Konfliktforschung und natürliche Ressourcen.

ten Empfehlungen nicht umsetzen. Partizipative Entscheidungsfindung sei ein Angebot an Patienten. Sie ergebe sich nicht von selbst, sondern müsse erlernt werden. Es bestehe die Gefahr, geeignete Therapien vorzuenthalten, wenn man der Patientenpräferenz zu schnell und zu leicht nachgebe. Das gemeinsame Aushandeln der Therapieentscheidung setze ein gewisses Maß an Gesundheitskompetenz beim Patienten voraus, also die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und anzuwenden. Altiner nann-

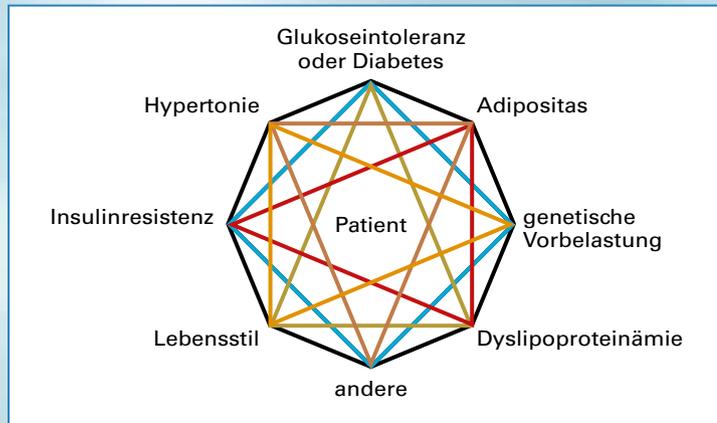


Abb. 1: Multimorbidität des chronisch Kranken – Ontologie der totalen Immersion ohne Fluchtmöglichkeit (in Anlehnung an Professor Dr. Peter Sloterdijk, 2005).

te Fürsorge, Schadensvermeidung, Autonomie des Patienten und gleiche, faire Behandlung als zentrale ethische Prinzipien. Sein Plädoyer schloss mit den Worten: „Wir Ärzte haben das Recht, uns im Spiegel anschauen zu dürfen. Wir müssen sagen, mit welchen Konsequenzen zu rechnen ist, und sollten kommunizieren, wo unsere Sorgen, Nöte und Unsicherheiten sind. Aber: Wir müssen das auf eine professionelle Art und Weise tun.“

Arzt als Schamane, Heiler und Coach

„Chronisch erkrankte, multimorbide Menschen – dafür steht exemplarisch der Diabetiker – enthüllen das Bild von Gefangenen zwischen genetischer Determiniertheit und Lebensstil, bei denen sich eine undurchdringbare Phänomenologie von Risikofaktoren ohne Fluchtmöglichkeit entwickelt“, meinte Professor Dr. Dr. h. c. Diethelm Tschöpe von der Stiftung DHD (Der herzkranke Diabetiker). Unser tradiertes Medizinverständnis versuche durch eindimensionale Elimination dieser Risikofaktoren das terminale Erkrankungsrisiko zu entschärfen. Dabei würden die Risikofaktoren mit den Erfordernissen ihrer Therapie vertauscht, ohne die Struktur des unausweichlichen Gefangenseins zu überwinden. Die Nutzenfrage von Interventionen werde oft durch falsche Analogieschlüsse beantwortet, wobei es völlig ungewohnt sei, die Subjektivität der Patientendimensi-

on zuzulassen. Tschöpe sagte, dass verschiedene Individuen in gleicher Problemkonstellation unterschiedliche Antworten oder auch Herangehensweisen fordern. Zumindest wurde verstanden, dass der medizinische Prozess unterschiedliche Orientierungsdimensionen hat, von



Redaktion: 06131/96070-35

denen die subjektive Glücksbeziehungswise Nutzendimension die wichtigste sei. „Bei Betrachtung eines jeden Menschen, der von Beginn an potenziell von Erkrankung bedroht ist, wandelt sich der Auftrag des Mediziners. Idealerweise gelingt es, die risikobehafteten Individuen über ihre Lebenszeit in die Population der Überlebenden zu führen, die ihrem individuellen Erkrankungsrisiko entkommen sind.“ Alternativ sollte es darum gehen, die Erkrankten jenseits der notwendigen Maßnahmen im Erkrankungsmanagement zu stärken, was häufig komplexere psychosoziale Prozesse erforderlich mache. Vor allem der konservative Mediziner (Internist) müsse dafür sein Handlungsmandat erweitern und sein Rollenverständnis fortlaufend für das individuelle Glücksmanagement des Patienten zwischen Schamane, Heiler und Coach anpassen. „Auch wenn der Paradigmenwechsel der Medizin in einer modernistischen Gesellschaft unstrittig ist, darf bezweifelt werden, ob derzeitige Anreizsysteme ausreichen, den Wechsel der Versorgungssystematik umzusetzen.“

Literatur

1. Busse R, Ganten D, Huster S, Reinhardt ER, Suttrop N, Wiesing U: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle (Saale), 2016. https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf (Zugriff: 04.07.2017)



i Autor

Katrin Hertrampf
Pressestelle Stiftung
DHD (Der herzkranke
Diabetiker)
Georgstr. 11, 32545
Bad Oeynhausen
info@stiftung-dhd.de
www.stiftung-dhd.de