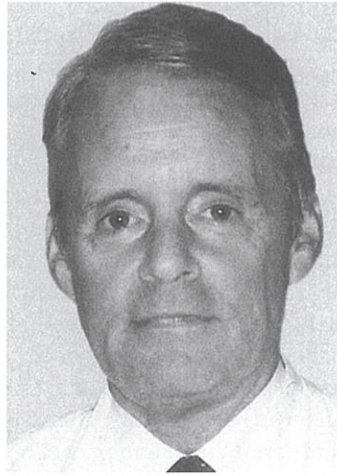


Ärztliche Freiheit?

Meinhard Classen, München



In einer rationalen Welt haben Zahlen stets ihre Faszination. Die Zahl 100 in Verbindung mit einem Jubiläum weckt vielfältige Assoziationen, markiert eine Grenze, nötigt zu Rückblick und Ausblick.

Heute beginnt der 100. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Fast auf den Tag genau vor 112 Jahren, am 20. April 1882, trat der erste „Congress für Innere Medizin“ – so die ursprüngliche Bezeichnung – in Wiesbaden zusammen. Der Vorsitzende F.T. Frerichs stellte die Einheit der Inneren Medizin in den Mittelpunkt seiner großen Rede. Ich habe „Ärztliche Freiheit?“ als Thema gewählt. Ein in unruhigen Zeiten wichtiges, unerschöpfliches Thema, das gerade wegen der Angriffe, denen die Ärzteschaft ausgesetzt ist, dringender denn je behandelt werden muss.

Freiheit ist nie stabil. Sie kennt Zeiten der Blüte und Zeiten des Verblühens. Freiheit ist das Lebenselixier einer Gesellschaft – die DDR hat uns gezeigt, wie das Fehlen dieses Elixiers zur Ausdörrung und zum Zusammenbruch führt. – Die 112 Jahre zwischen dem ersten und dem 100. Kongress belegen dies überwältigend. Welch ungeheure Veränderungen in dieser Zeit!

Politisch war alles im Fluss. Vier Gesellschaftsordnungen gab es seit dem ersten Internistenkongress in Deutschland. Ihre Protago-

nisten schienen darauf zu bestehen, sich vom jeweiligen Vorgänger möglichst radikal zu unterscheiden: Das Kaiserreich, die Weimarer Republik, das Dritte Reich und unsere Bundesrepublik Deutschland. Zwei Kriege mit zusammen fast 100 Millionen Toten haben wir Deutschen verursacht. – Die moderne Geschichtsforschung spricht vom 30-jährigen Krieg dieses Jahrhunderts. Mehrere Inflationen zerstörten die soziale Struktur Deutschlands. Im geteilten und vereinigten Deutschland fanden Internistenkongresse statt. Um die politische Freiheit der Deutschen war es einmal gut, ein anderes Mal schlecht und 40 Jahre lang gleichzeitig im Westen gut und im Osten schlecht bestellt.

Schwerwiegend waren auch die Veränderungen im Gesundheitswesen. Zwei Jahre nach unserem ersten Kongress trat das Gesetz über die Krankenversicherung mit der revolutionären Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle in Kraft. Die Kassenarztverträge der anschließenden Jahre waren Vertragsdiktate. Die Reichsversicherungsordnung trat 1900 in Kraft und mit ihr das Kassenarztrecht. Im vorletzten Jahr der Weimarer Republik wurde die Kassenärztliche Vereinigung gegründet, um ein Machtgleichgewicht zwischen Krankenkassen und Kassenärzten zu schaffen. 1955 wurde der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen Gesetz. Jeder Bürger dieses Landes

hat ein Recht auf ärztliche Versorgung und die Gewissheit, dass sie ihm zuteil wird.

Nicht minder starkem Wandel war das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ausgesetzt. Im Kaiserreich wurde der Arzt als Sachwalter staatlichen Interesses verstanden. Der Ärzte-Ideologe Liek forderte im Dritten Reich vom Patienten, dass er sich dem Arzt „ohne Rückhalt unterwirft“. Heute, wo der Arzt im Interesse des Patienten und der Öffentlichkeit wirkt, besteht ein gleichberechtigtes und partnerschaftliches Verhältnis, in dem für Unterwerfung und Dominanz kein Platz ist. Auch hier: Veränderungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses und damit Veränderung der Freiheit hin zu demokratischer Mitbestimmung.

In den ersten Jahren nach Gründung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) blühten Wissenschaft und Forschung. Bis zum Ersten Weltkrieg war Deutschland die Wissenschaftsnation Nummer 1, mehr als 25% aller wissenschaftlichen Produktivität der gesamten Welt kamen aus Deutschland. Ärzte wie Robert Koch, Paul Ehrlich, Rudolf Virchow, Adolf Kussmaul und Theodor Frerichs stehen für viele andere, die den Ruhm deutscher Medizin begründeten. Unter der Naziherrschaft verkam er. Heute befindet er sich wieder auf hohem Niveau und kann sich mit dem anderer Nationen durchaus messen.

Wandel also allenthalben. Und im Wandel Zeiten, die gut waren für die Freiheit und andere, die schlecht waren – in Politik, Medizin und Wissenschaft.

Ärztliche Freiheit – Definitionen

Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit in der Berufsausübung kennzeichnen nach landläufiger Meinung den Angehörigen des freien Berufsstands. Seine Leistungen dienen – wie es das Bundesverfassungsgericht 1964 formulierte – „der Verwirklichung ideeller Werte im gesellschaftlichen Leben“. Die zuverlässige ärztliche Versorgung der Bevölkerung sei ein wichtiges Gemeinschaftsgut, sagte das gleiche Ge-

richt 1984. Die Bundesärzteordnung fordert, dass der Arzt „der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes zu dienen“ habe. Der ärztliche Beruf sei also in besonderem Maße der Allgemeinheit verpflichtet. Die Genauigkeit der Beschreibung von Pflichten des Ärztestandes durch Gesetzgeber und Gerichte fehlt, wenn man nach der begrifflichen Definition der ärztlichen Freiheit sucht. „Die berufsethisch begründete Freiheit des Entschlusses bildet ein Hauptmerkmal der Arbeit des Arztes“ formuliert der Arztrechtler A. Laufs. Dass aber gerade die freie selbstbestimmte Berufsausübung durch nicht ärztliche Eingriffe im Schwinden begriffen sei, ist eine oft gehörte Klage von Internisten.

Nach meinem Verständnis hat die ärztliche Freiheit eine individuelle und eine den ganzen Berufsstand betreffende Komponente.

Die individuelle Freiheit des Arztes besteht darin, im hippokratischen Sinn den Kranken mit allen Kräften und in voller Verantwortung zur Seite zu stehen, ohne von medizinischen Erwägungen abgelenkt zu werden. Kant definiert sie als die innere Freiheit, d.h. seiner selbst Meister und über sich selbst Herr zu sein. Diese Freiheit des Arztes wächst in dem Maße, wie die Ernsthaftigkeit seiner am Patientenwohl orientierten Arbeit zunimmt, und sie vermindert sich in dem Umfang, wie medizinische Motive darauf Einfluss nehmen, etwa unternehmerischer oder finanzieller Art. Freiheit in diesem Sinne ist also eine Frage des Wollens und der Verantwortungsbereitschaft. Diejenigen Kollegen, denen Geschäft und Geld wichtiger sind als das Vertrauen ihrer Patienten – es sind gottlob nur wenige –, schädigen unseren Berufsstand.

Die Freiheit des ärztlichen Berufsstandes gründet sich vor allem auf das Berufsethos und das Wissen seiner Angehörigen, seine soziale Aufgabe sowie auf seine Jahrtausende alte Tradition. Beeinträchtigungen der Berufsausübung und damit der Freiheit der Ärzte vonseiten Dritter geschehen durch behördliche Instanzen, Krankenkassen, durch Wirtschaftskontrollen, eine Vielzahl von Verfahrensregeln,

durch Budgetierung, durch Richtgrößen für die Arzneimittelverordnung und andere bürokratische Hemmnisse. Gesetze, Verordnungen und Bürokratie allenthalben.

Der Philosoph Karl Jaspers sagte: „Die Freiheit ist immer in der Defensive und daher in Gefahr. Wo diese Gefahr nicht mehr gespürt wird, ist die Freiheit schon fast verloren.“ Laufen wir Gefahr, unsere Freiheit als Ärzte zu verlieren? Eine Bestandsaufnahme ist daher an der Zeit.

Die Untersuchung wird auf fünf Fragen eingehen, welche die individuelle Freiheit und die Freiheit der Berufsgruppe angehen, um zur Diagnose zu gelangen.

Folgt die ärztliche Berufsausübung stets ethischen Regeln?

Öffentliche Medien kritisieren das unangemessene Finanzgebaren der Ärzte. Die Umsätze einiger Großverdiener sollen offenbar übermäßiges Gewinnstreben und geringe Berufsauffassung der gesamten Ärzteschaft anzeigen. Andere Anschuldigungen lauten, Ärzte machten unnötige Untersuchungen, rechneten nicht korrekt ab, Krankenhäuser und Laboratorien zahlten für Zuweisungen und anderes. Zweifellos sind Arzt- und Unternehmertum ein Spannungsfeld, auf dem ärztliche Ethik zu Schaden kommen kann. Innovationen in Praxis und Klinik müssen sein, die Existenz eines Apparates darf aber keinesfalls die einzige Indikation darstellen, ihn anzuwenden. Einige kritische Anmerkungen der Medien stimmen. Insgesamt gilt aber: Die deutschen Ärzte sind keine Geldschneider, sie leisten hervorragende Arbeit zum Wohle ihrer Patienten.

Solide medizinische Kenntnisse und Erfahrung, d.h. Sachkompetenz und Ethik in der ärztlichen Berufsausübung gehören zusammen, bedingen einander sogar. Der Satz: „Good science is good ethics“ gilt fast immer. Dazu gehört die kritische Einschätzung des eigenen Wissens und Könnens. Neben der Sachkompetenz steht gleichberechtigt die Sozialkompe-

tenz, welche die Persönlichkeit und die Wertmaßstäbe des Patienten ernst nimmt (H. Piechowiak). Ohne Sozialkompetenz ist ein individuelles Arzt-Patienten-Verhältnis kaum vorstellbar; das Gespräch mit dem Patienten kann heilen, aber auch heillose Verwirrung stiften. Dass der Arzt Lebenshilfe geben soll, war schon den alten Ärzten bekannt. Paracelsus postulierte: „Seine Stunde ist immer.“

Durch den Fortschritt der Medizin entstanden ethische Fragen, z.B. in der Intensivmedizin und der Reproduktionsmedizin, für die unsere alte Standesethik keine probaten Antworten bereithält. Aus dem Problemkreis Ethik in der medizinischen Forschung möchte ich nur zwei aktuelle Beobachtungen vorstellen:

Klinische Wissenschaftler werden oft verdächtigt, „lediglich Mediziner“ zu sein. Dem Satz von B. Würmeling („Je mehr der Arzt Wissenschaftler und Forscher ist, desto mehr ist er Arzt“) setzen andere die Antithese entgegen: „Je mehr der Arzt Wissenschaftler und Forscher ist, desto weniger ist er Arzt.“ Für beide Annahmen gibt es Argumente. Für den Arzt am Krankenbett und für den klinischen Wissenschaftler kann nur das Motto von Seneca gelten: „Homo res sacra homini“.

Die zweite Beobachtung beschreibt den Paradigmenwandel im ethischen Codex der Medizin im Zeitalter von Organtransplantation und humangenetischer Therapie. Früher wurden nur die Folgen bereits vollzogener Handlungen ihren Verursachern angerechnet. Die Gentechnologie ist ein Beispiel dafür, dass jetzt die Zeit auch als Zukunft eine Rolle spielt (H. Jonas). Die moderne Technik zwingt also zu vorausschauender Kalkulation von Konsequenzen (E. P. Fischer). Die Frage von Risiken ist von individuellen Forschern oft nicht mehr zu beantworten und kann auch Ethik-Kommissionen überfordern. Beurteilungsmaßstäbe für wissenschaftliches Handeln, die auch zu rechtlichen Leitlinien führen, können nur durch das ständige Gespräch von Naturwissenschaftlern, Vertretern technischer Fächer und Medizin einerseits sowie Sozialmedizinern, Juristen, Philosophen und Theologen andererseits

gefunden werden. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema ist hierzulande noch unterentwickelt und bedarf universitärer Institutionalisierung.

Nehmen wir „Abschied von Hippokrates“, wie der Berliner Internist Ulrich Wolff schrieb? Die entschuldigende Behauptung, die Erosion der Ethik sei kein primär medizinisches, sondern ein gesamtgesellschaftliches Problem, führt nicht weiter. Die Besinnung auf die alte Tugend des ärztlichen Berufs tut Not, nämlich auf den Dienst am kranken Menschen, der sich am Leitbild menschlicher Würde orientiert. Er äußert sich in Selbstbeschränkung, befriedigt weder unangemessene materielle Wünsche noch übertriebenen wissenschaftlichen Ehrgeiz, er benutzt den Menschen nicht, sondern dient ihm. „Medizin ohne Menschlichkeit“ (H. Küng) muss die Öffentlichkeit auf den Plan rufen, muss die ärztliche Freiheit einschränken.

Wie steht es um den internistischen Wissensfundus und ist er sozial bedeutsam?

Die Antwort auf diese Frage scheint leicht. Der Einfluss internistischer Therapie auf bedrohliche Krankheiten und Seuchen sowie die Verlängerung der Lebenszeit in diesem Jahrhundert beweisen, dass der internistische Wissensfundus erheblich und von sozialer Bedeutung ist.

„Ein hohes fachwissenschaftliches Leistungsvermögen zu gewährleisten“, sei eine der Hauptaufgaben und Existenzgrund für den ärztlichen Stand – fordert das Arztrecht (A. Laufs).

Das explosionsartige Wachstum des Wissens und dessen Umsetzung in der Postgraduiertenbildung stellt Lehrende und Lernende vor große Schwierigkeiten. Zu viele Köche verderben den Brei internistischer Fortbildung. Universitäten, Verbände, Akademien, industrielle Interessenten, Presse, demnächst Fernsehen; jeder, der sich berufen fühlt, beteiligt sich daran. Für den Internisten wird es immer schwerer, die Spreu vom Weizen guter Fortbildung zu trennen. Dem stehen berechnete Forderungen nach Sicherung der Qualität entgegen. Kriti-

sche Patienten, Medien und Gerichte wollen in zunehmendem Maße über Indikationen, Risiken und Kosten aller Maßnahmen im Gesundheitswesen informiert werden. Unsere berufsspezifischen Standards müssen daher ständig überprüft und gegebenenfalls neu definiert werden. Diesem Ziel dient ein Manual mit den rationalen Maßnahmen internistischer Diagnostik und Therapie, an dem sich erfreulicherweise die wissenschaftlichen Gesellschaften der Schwerpunkte und die Sektionen des BDI beteiligen.

Die Wirkungen der Fortbildung auf den aktuellen Wissensstand deutscher Internisten sind nie gemessen worden. Eine Untersuchung aus den USA trifft auf unsere Verhältnisse nicht ganz zu. Ihre Ergebnisse geben aber zu denken. Die Prüfungen fielen umso schlechter aus, je länger das ärztliche Examen zurücklag. Technikorientierte Spezialisten wie Kardiologen und Gastroenterologen hatten schlechtere internistische Kenntnisse als andere Internisten. Diese Untersuchung liefert die stärksten Argumente für eine zeitlich begrenzte Zulassung zur internistischen Berufsausübung und zu Wiederholungsprüfungen nach zehn Jahren in den USA.

Kein Berufsstand verwendet hierzulande so viele Abende und Wochenenden für seine Fortbildung wie der unsere, weil die meisten Ärzte ihre Kompetenz auf der Höhe der Zeit halten wollen. Gerade deshalb sollte die Fortbildung durch die kompetenten ärztlichen Gremien koordiniert und kontrolliert werden. Die DGIM findet hier als wissenschaftliche Repräsentanz der größten ärztlichen Fachgruppe ein bisher vernachlässigtes Betätigungsgelände. Sie kann entscheidende Impulse geben, die internistische Fortbildung selbst in die Hand nehmen und Gütesiegel für die Veranstaltungen anderer Gremien vergeben.

Das Recht, die eigene Arbeit zu kontrollieren – nach Freidson das wichtigste Kriterium ärztlicher Freiheit – dürfen wir nicht abtreten. Iatrogene Katastrophen wie das Strahlenglück in Hamburg machen Angriffe der Presse auf die Ärzte, „die sich der Kontrolle entziehen und die man an die Kette legen muss“, verständ-

lich. In den USA wurde bereits 1993 eine Liste mit 10.289 „questionable doctors“ veröffentlicht.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin betrachtet die Qualitätssicherung als eine der vordringlichsten Aufgaben der nächsten Jahre und appelliert an die Internisten, sich an allen Maßnahmen zu beteiligen, auch wenn sie wie die Überprüfung von Indikationen invasiver Verfahren durch andere Kollegen die individuelle Therapiefreiheit scheinbar beeinträchtigen.

Haben wir Einfluss auf die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses?

Das Medizinstudium wird in Deutschland wie keine andere akademische Ausbildung öffentlich diskutiert und kritisiert. Die wichtigsten Ansätze der Kritik lauten, der Lehrstoff sei überfrachtet, Faktenlernen verdränge das Verständnis von Zusammenhängen, die Ausbildung am Krankenbett beginne zu spät, naturwissenschaftliche Inhalte überwuchern psychosoziale Aspekte, die didaktische Qualität des Unterrichts sei schlecht. Das Medizinstudium unterscheidet sich allerdings durch seine Komplexität von den meisten anderen Studiengängen, weil 30 medizinische Fächer, andere Fakultäten, das öffentliche Gesundheitswesen, akademische Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte daran beteiligt sind. Es erfordert einen höheren Organisationsaufwand, bedarf den Konsens der Fächer in der jeweiligen Fakultät über den Weg zum Studienziel (die Approbation), welches allerdings erst nach 18-monatiger AiP-Zeit zu „eigenverantwortlicher und selbstständiger Berufsausübung“ führt.

Seit kurzem liegt der Entwurf der neuen Approbationsordnung (AO) für Ärzte vor. Er beschreibt Ziele, Struktur und Inhalt des Medizinstudiums für die nächsten Jahre. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat dazu Stellung genommen und u.a. gefordert, das Medizinstudium stärker an den tatsächlichen Anforderungen des Arztes auszurichten, den Bezug zur Praxis und den fächerübergreifenden gegen-

standsbezogenen Unterricht zu intensivieren. Vor allem wandten wir uns gegen den sogenannten Primärarzt als Ausbildungsziel, weil er nicht in den medizinischen Grundlagen systematisch, sondern nach dem eher opportunistischen Aspekt der Häufigkeit von Krankheiten ausgebildet werden soll. Dass die neue AO den Universitäten mehr Autonomie für die Lehre zurückgeben will, begrüße ich nachdrücklich.

Letztlich wird diese Approbationsordnung die Verhältnisse für Lehrer und Studenten aber eher komplizieren, wenn die Zahl der Medizinstudenten nicht drastisch reduziert wird. Noch mehr Unterricht am Krankenbett ist gar nicht mehr möglich, weil schon heute der Patient in einer Universitätsklinik nicht selten mehrmals am Tag von Studenten untersucht werden muss. Wir sind noch nicht überzeugt, dass die neue Studienordnung eine neue Kapazitätsberechnung und eine Senkung der Studentenzahlen impliziert. Die alten angelsächsischen Demokratien belassen es in der Autonomie der medizinischen Fakultäten, geeignet erscheinende Kandidaten für das Medizinstudium selbst auszuwählen. Niemand beklagt dort ein Gerechtigkeitsdefizit oder Ähnliches. Die Praxis in unserem Lande verdient dagegen das Prädikat „halbherzig“. Unter dem Prinzip „Freiheit der Berufswahl“ öffnete der Staat Universität und Klinik, musste dann wegen zu starken Interesses den Numerus clausus einführen, ließ aber gleichzeitig den Zugang per Gerichtsentscheid und damit erneut die Überflutung von Hörsälen und Krankenzimmern zu. Das Resultat ist bekannt.

Es ist eine Binsenweisheit von „good clinical practice“, dass eine neue Heilmethode nicht ohne gründliche klinische Prüfung in mehreren Phasen eingeführt und breit angewendet werden darf. Die Approbationsordnung ist ebenfalls von herausragender Bedeutung für das Gesundheitswesen. Ich habe keinen Zweifel, dass die praktischen Erfahrungen von gut geplanten Modellvorhaben mit Reformstudiengängen an einigen Universitäten der neuen Approbationsordnung eine vernünftige Basis verschaffen würden. Im staatlichen Bereich von Gesundheit werden die Prinzipien wissen-

schaftlicher Evaluation offenbar nicht hoch eingeschätzt. Minister und gesetzgebende Organe lassen sich eben nicht nur durch Hochschullehrer, Bildungsexperten und wissenschaftliche Gesellschaften, sondern auch durch Gewerkschaftler, Sozialpolitiker und andere beraten. Bekanntlich verlaufen Entscheidungen in Demokratien trichterförmig. Dabei kann es natürlich geschehen, dass auch die Meinung der Internisten mit zunehmender Einengung des Verfahrens verloren geht. Ich werde später noch einmal auf unsere Aufgaben in der Gesundheitspolitik eingehen. Bereits jetzt möchte ich allerdings betonen, dass wir zwar keine Dominanz in der Gesundheitspolitik, jedoch eine stärkere Beteiligung dann fordern, wenn es um Fragen der Ausbildung und um das künftige Berufsbild von Ärzten geht.

Gibt es internistische Identität, Zusammenarbeit und Kollegialität?

Die oft gestellte Frage, ob sich Ärzte als Mitglieder einer einheitlichen, kohärenten Berufsgruppe fühlen, kann nicht mehr mit einem klaren „Ja“ beantwortet werden. Nicht nur der Zusammenhalt der Internisten, sondern auch die Einheit der Inneren Medizin galt stets als bedroht. Der sprichwörtliche Individualismus, die zunehmende Differenzierung in Gebietsärzte mit und ohne Schwerpunkt, die in Praxis, Klinik, Gesundheitswesen, Militär, Industrie und vielen anderen Bereichen des öffentlichen Lebens tätig sind, sollen die Kohärenz angeblich so erschweren, dass manche von Aufsplitterung sprechen und fragen, was Internisten überhaupt noch verbindet. Sie übersehen dabei, dass Differenzierung Arbeitsteilung, nicht das Aufgeben von Gemeinsamkeiten bedeuten muss. F. Fitzgerald meint, gemeinsam sei allen Internisten „die manchmal seltsam anmutende Begeisterung für den großen Fall“. Der Internist sei am glücklichsten, wenn er nach neuen Spuren und neuem Wissen suchen und Entdeckungen machen könne. Es sei die diagnostische Herausforderung, die der Inneren Medizin

ihre große Anziehungskraft verleihe. Nach meiner Einschätzung haben die invasiven Methoden in der Inneren Medizin wie die Endoskopie des Verdauungstrakts oder der Herzkatheter diese Definition um eine therapeutische Variante bereichert. Ich meine daher, dass die Kernidentität des Internisten in der intellektuellen Auseinandersetzung mit der Diagnostik, der Therapie und der Prävention internistischer Erkrankungen besteht.

Bei meinem Lehrer Ludwig Demling lernte ich, dass gerade die Arbeit des Internisten von enger Zusammenarbeit abhängig ist. Die Betreuung des Schwerkranken ist ein gutes Beispiel. In der Regel sind daran mehrere Ärzte beteiligt. Einer von ihnen ist die verantwortliche Bezugsperson des Patienten, er integriert die Befunde und Therapievorschlüsse spezialisierter Konsiliarärzte. Dem Patienten wird aber nur dann die bestmögliche Behandlung zuteil, wenn diese kollegiale Zusammenarbeit intakt ist.

In der Medizinischen Klinik müssen Arbeitsteilung und Kollegialität praktiziert und erlernt werden. Der Stationsarzt – stets ein erfahrener Assistent vor oder nach dem Ende der Weiterbildung – erlernt die grenzüberschreitende integrative Funktion des Allgemeininternisten auf seiner Station und gleichzeitig die Rolle des Spezialisten, weil er z. B. als Sonografiker oder Endoskopiker Einzelbefunde für andere Kollegen erstellt.

Internistische Gemeinsamkeiten werden jedoch aufgegeben, wenn die Vereinigung Europäischer Fachärzte UEMS ihren Plan durchsetzt, der für den internistischen Spezialisten eine Weiterbildung im Hauptfach von zwei Jahren für ausreichend hält. Ein wahrhaft kümmerlicher *Truncus communis*. Diesen internistischen Euro-Bonsai lehnen wir rundweg ab. Er stellt eine Gefahr für unser Berufsbild dar. Ein Spezialist wie der Gastroenterologe mit dem Epitheton *ornans* „internistisch“ sollte umfassende Kenntnisse in einem Zeitraum von vier Jahren erwerben können.

Die Kollegialität erweist sich gelegentlich als ein verderbliches Cut, wenn es um Politik

und die Verteilung irdischer Güter geht. Ein schlimmes Beispiel war die „Vorführung“ ärztlicher Verbände im Vorfeld des GSG durch den Bundesgesundheitsminister. Die Mehrheit der deutschen Ärzte empfand Betroffenheit und Scham, dass ihre Repräsentanten in zentralen gesundheitspolitischen Fragen keine Übereinstimmung erzielen konnten und sich offenbar mühelos auseinanderdividieren ließen. Ein ebenso schlimmes Beispiel ist die Ausgrenzung des Internisten in der hausärztlichen Praxis von bestimmten diagnostischen Leistungen (sogenannte K.o.-Liste) durch die KBV.

Von 36.000 internistischen Individuen unseres Landes ist nicht zu erwarten, dass sie unter Kohärenz, d.h. Zusammenhalt und Kollegialität, stets das Gleiche verstehen. In den grundlegenden Fragen, wie z.B. denen des Berufsbildes und der Gesundheitspolitik, muss Konsens mit den demokratischen Instrumenten jedoch zumindest angestrebt werden.

Haben Ärzte Einfluss auf die Gesundheitspolitik?

Aufgrund unserer Tätigkeit und unseres Wissens wollen wir an politischen Entscheidungen in der Gesundheitspolitik beteiligt werden. Dabei wissen wir, dass Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik nicht ausschließlich auf der Anwendung medizinischen Wissens basieren. Die Meinungen der Patienten, die Kenntnisse anderer Wissenschaftler wie z.B. der Soziologen und die der Politiker müssen eingeschlossen werden. In den wichtigen Problembereichen, wie z.B. bei der Festlegung von staatlichen Budgets, der Formulierung von Aufgaben für die Krankenkassen, selbst bei der Einschränkung des Zugangs zu bestimmten ärztlichen Leistungen, muss unbedingt ärztlicher Sachverstand beteiligt sein. Grundsatzentscheidungen fallen in die Bereiche von Moral und Politik, sie sind *Sensu strictu* keine medizinischen Entscheidungen. Weil Medizin und Gesundheitswesen nicht losgelöst von den immer begrenzten Möglichkeiten dieser Erde sind, deswegen hat die Öffentlichkeit nach

meiner Auffassung auch das Recht, Prioritäten zu setzen.

Ob dem Kranken eine ganz bestimmte, u.U. teure oder aufwendige Behandlung helfen kann, ist eine medizinische Frage, die nur vom Arzt zu beantworten ist. Ob dem Rat des Arztes gefolgt wird, ist eine Frage der Vernunft, der Moral, der Politik oder des Geldes, jedenfalls keine reine medizinische.

Natürlich verdient das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eine differenzierte Betrachtung. Seine Zielsetzung, die ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen zu dämpfen, unterstützen wir Ärzte. Wir werden alle vernünftigen Maßnahmen fördern, die diesem Ziel dienen. Den Überschuss von 10 Milliarden DM im Jahre 1993 würden wir gern als einen signifikanten Beitrag zur Stabilisierung unseres Gesundheitswesens begrüßen. Wir vergessen aber nicht, dass 30% der Praxen niedergelassener Ärzte in Ostdeutschland vom Konkurs bedroht sind. Die Mauer hinsichtlich der Honorare zwischen Ost und West, die das GSG errichtet hat, muss endlich fallen. Den Kollegen im Osten wird ja auch bei den Investitionen und Mieten kein Ostabschlag gewährt – im Gegenteil.

Die Deckelung der Ausgaben in den Krankenhäusern wirkt sich bereits auf die Betreuung der Kranken und die Arbeitsbedingungen der angestellten Ärzte in negativer Weise aus. Die Tendenz nimmt zu, Überstunden nicht mehr zu bezahlen. Nacht- und Wochenenddienste sollen durch Freizeitausgleich kompensiert werden. Wenn man aber bedenkt, dass ein einziger Sonntagsdienst eine dreitägige Abwesenheit vom Dienst, d.h. mehr als 50% der wöchentlichen Regelarbeitszeit zur Folge hat, kann man die gefährdete Kontinuität der Krankenversorgung und die Mehrbelastung der gerade anwesenden Ärzte ermessen.

Ethische Grundsätze ärztlichen Handelns müssen besonders dann verteidigt werden, wenn lebensnotwendige Behandlung mangels Budgetmitteln nicht mehr gewährt wird. Ein unrealistisches Schreckensbild? In Großbritannien wird älteren Patienten die Hämodialyse

vorenthalten, bei uns wurden bereits 1993 Spezialstationen von Universitätskliniken temporär geschlossen. Wenn das Gesundheitsstrukturgesetz 1996 in vollem Umfang praktiziert wird, sind vor allem an den Kliniken der Maximalversorgung Engpässe zu erwarten. Nicht erst dann sollte die Frage nach der Deckung von Defiziten gestellt werden, die eine Gefahr für das Leben von Patienten darstellen. Eine nur am finanziellen Ergebnis orientierte Gesundheitspolitik wäre menschenverachtend, sie rüttelt an den Grundfesten ärztlicher Freiheit.

Das GSG tangiert die ärztliche Freiheit mit der Zulassungssperre. Sie wird dazu führen, dass die Vertragsärzteschaft langsam überaltert, weil junge Mediziner mit innovativen Ideen und Methoden sich nicht mehr in der Praxis niederlassen können.

Und wir dürfen mit Recht fordern, dass die Regierung der Öffentlichkeit – unseren Patienten – selber erklärt, welche Auswirkungen und Einschränkungen das Gesundheitsstrukturgesetz im Krankheitsfall für sie hat. Es ist eine Zumutung, dass wir, eingekeilt zwischen den Auflagen der Berufsordnung und der Bedrohung, ärztliche Maßnahmen aus eigener Tasche zahlen zu müssen, dem Patienten auch noch die unpopulären Paragraphen des Gesetzes erläutern sollen.

Resümee

Natürlich interessieren mich als Arzt die berufssoziologischen Gesichtspunkte des Themas „ärztliche Freiheit“ mehr als die juristischen Aspekte. Dennoch spannt das Arztrecht die thematischen Grenzen. Die fünf Fragen, an denen die Praxis der freiheitlichen Berufsausübung und ihre Grenzen exemplarisch untersucht und beschrieben wurden, ergaben sich aus dem Arztrecht mit seinen Forderungen an das Berufsethos, an die Fachkompetenz und deren beständige Erneuerung sowie der Aufstellung von Berufsregeln.

Ärztliche Berufsausbildung muss an ethischen Regeln orientiert sein. Das Vertrauen der

Menschen unseres Landes in die integrale Berufsausübung der Ärzte ist ein hohes Gut, das im Zeitalter der Hochtechnologie mehr gefährdet ist als früher. Die Fortschritte von Technik und Medizin werfen Fragen auf, welche die traditionellen Nutzen-Schaden-Abwägungen schwer bis unmöglich machen und erfordern Antworten, die nur im Miteinander von Soziologen, Theologen, Juristen und Ärzten gefunden werden.

Wir Internisten verfügen über einen bedeutenden Wissensfundus von sozialer Relevanz. Wir müssen uns daher um die Neuordnung des Medizinstudiums, dessen internistischen Inhalt und um Defizite in der Fortbildung kümmern.

Gefahr für die ärztliche Freiheit geht in mehrfacher Hinsicht vom Gesundheitsstrukturgesetz aus. Die Einschränkung der Niederlassungsfreiheit wird vom Bundesverfassungsgericht zu prüfen sein. Zu den Gesetzesstrukturen, mit planwirtschaftlichen Merkmalen, möchte ich den Politikern nur sagen: Halten Sie uns frei von Dirigismen, die schon in den verstaatlichten Systemen der ehemals sozialistischen Länder, auch in Großbritannien und Schweden den Nachweis verfehlten, es besser zu machen. – Es ist zu befürchten, dass im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes das Primärarztssystem eingeführt wird. Der niedergelassene Internist wird dann wieder zum Überweisungsarzt, aber noch schlimmer, der Patient könnte dann die sogenannte Vertragsautonomie, d. h. die Freiheit der Arztwahl verlieren.

Dass die Vorstellungen von Innerer Medizin und von Internisten in anderen europäischen Ländern von den unseren divergieren, hat uns zu lange nicht gekümmert. Europäische Gesetze werden aber hier gültig sein und ein internistisches Berufsbild importieren, das wir nicht akzeptieren können. Auf allen diesen Feldern ist unsere alte Gesellschaft gefordert. Natürlich ist die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin in erster Linie die wissenschaftliche Gesellschaft aller deutschen Internisten. In Jahren gesundheitspolitischer Umwälzungen muss der Elfenbeinturm jedoch mit der politischen Bühne vertauscht werden. Wenn es kei-

ne Internisten mehr gibt, besteht auch kein Bedarf mehr an einer internistischen wissenschaftlichen Gesellschaft.

Deswegen liegt die Stärkung der Organisationen für alle Internisten, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und des Berufsverbandes Deutscher Internisten in unser aller Interesse. Einflussreiche, starke, erfolgreich in der Öffentlichkeit wirkende Vertretungen schärfen das Bild der Inneren Medizin und stärken damit unsere Autonomie. Sie sind zugleich die entscheidende Voraussetzung, unsere Interessen in der Meinungsvielfalt der Öffentlichkeit wirkungsvoll zur Geltung zu bringen.

Was wir weiter tun können ist dies: Wir müssen uns verstärkt auf der politischen Bühne engagieren. Wer nicht redet, wird nicht gehört. Wer soll denn die medizinischen Postulate in der Gesundheitspolitik formulieren, wenn nicht wir Ärzte? Aber im Bundestag sitzen nur noch elf Ärzte, ein Internist. In den Landtagen schwindet die Zahl der Ärzte ebenfalls. Ich weiß, Engagement ist Kraftanstrengung, Öffentlichkeitsarbeit ist Herkulesarbeit, oft genug sogar Sisyphusarbeit. Sie neben dem Beruf auszuüben, der ja gerade die am meisten auffrisst, die sich für ihn engagieren, ist schwer. Aber es hilft nichts: In dem gegen die Ärzteschaft zunehmend aufgeheizten Klima werden wir die Interessen von Gesundheit und Medizin nur bewahren können, wenn wir sie selbst in die Hand nehmen.

Ärzte, insbesondere wir Internisten, gehören nicht zu den Menschen, die es darauf anlegen, öffentliches Aufsehen zu erregen. Wir sind es gewohnt, den Patienten dienende Arbeit in der Abgeschlossenheit von Praxis und Klinik zu tun. Künftig werden wir uns darauf nicht mehr beschränken können, sondern wir müssen uns, wie andere Berufsstände auch, der Öffentlichkeit stellen. Wir dürfen nicht tatenlos zusehen, wie in der Presse ganz überwiegend jene Nachrichten verbreitet werden, die uns Ärzte und Internisten in ein schlechtes Licht rücken. Ärzteschaft und PR-Arbeit – das ist die Abkürzung für Public Relations – mag für manchen Kollegen wie Teufel und Weihwasser zusammenpassen. Aber ich mache mir ernst-

haft Sorge um die Zukunft unseres Berufsstandes. Wir müssen vermeintliche Fronten abbauen und mit den Medienvertretern über das Gute sprechen, das wir erreichen wollen und können. Darin sehe ich eines der wichtigsten Aktionsziele unserer Gesellschaft.

Es muss in Zukunft besser gelingen, unseren Patienten die Bedingungen ärztlichen Handelns wieder stärker ins Bewusstsein zu heben. Umfragen haben eindeutig ergeben, die Patienten wollen keinen sozialistischen Doktor, der um 16:00 Uhr seine Arbeit einstellt. Sie wollen den Arzt in freier Berufsausübung, in eigener Verantwortung. Gemeinsam mit unseren Patienten müssen wir Wege finden, der allmählichen Aushöhlung unserer Berufsfreiheit entgegenzuwirken.

Meine verehrten Damen und Herren, ich will meine Ansprache nicht mit Klagen und Lamento beenden, sondern mit einem Wort der Zuversicht. Wir haben in Deutschland – noch – ein funktionierendes und erstklassiges Gesundheitssystem. Jeder Bewohner der Bundesrepublik Deutschland erhält im Krankheitsfalle zu jeder Zeit ärztlichen Beistand. Die freiberuflichen Ärzte garantieren dieses System auch oder gerade ohne staatliche Eingriffe. Das muss auch in Zukunft so bleiben.

Unser Berufsstand ist hoch angesehen. Die Menschen haben Vertrauen zu ihrem Arzt, zu uns. Umfragen ergeben: 85% der Bevölkerung bewerten die Ärzte positiv. Wenn der Dienst am Mitmenschen die Qualität eines Berufes ausmacht, dann haben wir einen sehr guten Beruf.

Wir Internisten Deutschlands haben also Grund, stolz auf unseren Beruf zu sein. Wir wollen uns zusammentun und bei Anerkennung der Mitsprache Dritter in medizinpolitischen Fragen den Kernbereich unserer ärztlichen Freiheit verteidigen – nicht nur für uns selbst, sondern auch für die Interessen unserer Patienten. Und in dem Bewusstsein, dass die Gesellschaft freier Menschen den Widerstand Einzelner und ganzer Berufsstände gegen die Bedrohung durch politischen Druck und wirtschaftlichen Zwang braucht, damit Freiheit im Lande möglich bleibt.