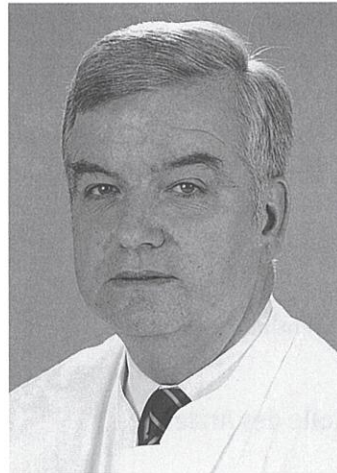


Arzt – Patient – Öffentlichkeit am Beginn des neuen Jahrhunderts

Jürgen Ferdinand Riemann, Ludwigshafen



Es ist Privileg und Pflicht des Vorsitzenden zugleich, im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des Internistenkongresses Themen zu diskutieren und Thesen zu formulieren, die zurzeit die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, aber auch die Öffentlichkeit bewegen. Viele meiner Vorgänger haben sich vorzügliche Gedanken zu so essenziellen Fragen wie „Einheit der Inneren Medizin“, „Medizin im Spannungsfeld der Umwelt“, „Weiterbildung, naturwissenschaftliches Denken und ärztliches Handeln“, „die Erziehung zum Arzt“, „ärztliche Freiheit“, „Forschungsförderung“ und vielen anderen mehr gemacht. Kernaussagen besitzen unverändert Gültigkeit. So sehr die Präsentation des medizinischen Fortschritts in der Öffentlichkeit ein wichtiges Anliegen unserer Gesellschaft ist, so fordert sie mit Recht öffentliche Aussagen zu grundsätzlichen Themen wie Anpassung der ärztlichen Kompetenz an die medizinische Entwicklung, Medizin und Ethik und Medizin und Recht ein. Wir leben inzwischen in einer medialen Welt, deren Bedingungen wir uns anpassen müssen, ob wir wollen oder nicht. Daher ist es rhetorisch zu fragen, ob Ärzte und Patienten Öffentlichkeit brauchen.

Es ist unübersehbar, dass sich die ärztliche Tätigkeit verändert hat. Rasante diagnostische und therapeutische Fortschritte, verbunden

mit der Erwartung ihrer totalen Umsetzung, sowie die Fokussierung auf die sicher faszinierende Hochleistungsmedizin gehen einher mit einem Verlust an empathischer wie therapeutischer Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung. Die neuen Medien, vor allem das Internet, beginnen, Krankenhaus- und Praxisalltag zu verändern. Kostendruck löst Furcht vor Rationalisierung und Rationierung aus. Der Gebrauch von Geschäftsbegriffen wie der „Patient als Kunde“ verunsichert Arzt und Patient. In der Informationsgenerierung und der Informationstechnologie hat vor den Augen der Öffentlichkeit ein entscheidender Wandel eingesetzt. Die Informationsgesellschaft droht ins Leere zu laufen, wenn ihr die Orientierung fehlt. Informationswissen muss durch Orientierungswissen ergänzt werden. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist in den letzten Jahren vom Faktor Öffentlichkeit nicht unbeeinflusst geblieben und daher notwendigerweise entwicklungsbedürftig.

Mein Thema ist der Versuch, das Spannungsfeld in diesem Verhältnis Arzt – Patient – Öffentlichkeit vor folgendem Hintergrund zu skizzieren: Gesundheit wird in diesem Jahrhundert sicher ein Megatrend sein. Die Halbwertszeit des medizinischen Wissens beträgt nur noch 4–5 Jahre und erfordert daher für den Arzt zwangsläufig ein lebenslanges Lernen. Der

„gläserne Mensch“ ist aufgrund der Entschlüsselung des menschlichen Erbgutes keine Vision mehr. Die Mediengesellschaft macht nicht nur Transparenz auf allen Ebenen möglich, sie erzwingt sie auch. Wir brauchen zwar auch im Zeitalter des Internets Trutzburgen; Abschottung ohne perspektivische Akzeptanz der medialen Welt führt aber zwangsläufig aufs Abstellgleis. Diese Herausforderungen stimulieren und belasten das Verhältnis Arzt – Patient – Öffentlichkeit gleichermaßen.

Rolle des Arztes

Patient und Öffentlichkeit haben ein Recht darauf zu wissen, wie sich der Arzt in diesem Spannungsfeld positioniert, seine Identität sieht und weiterentwickelt, einerseits einer bewährten Tradition verpflichtet, andererseits der explodierenden Wissensentwicklung ausgesetzt. Tradition und Fortschritt waren schon immer die klassische Gratwanderung des Internisten, die er in den letzten Jahrzehnten bravourös und anerkennenswert gemeistert hat. Grundpfeiler seiner ärztlichen Identität, die sich zwar graduell, aber nicht grundsätzlich verändert hat, ist die ärztliche Kompetenz, basierend auf Wissen durch Aus- und Fortbildung, Heilkunst auch mit naturwissenschaftlicher Prägung und ethischen Grundpositionen. Sie entwickelt sich mit der universitären Ausbildung durch strukturierte Wissensvermittlung, zunehmend befreit vom Ballast tradierter Ausbildungskurrikula. Sie führt zur Befähigung, auf der Grundlage dieses breiten Grundwissens, angereichert mit praktischen Erfahrungen, den Weg in die individuelle Weiterbildung auf den verschiedensten Gebieten der Medizin zu wählen. Den Studierenden heute wird zunehmend klar, dass nicht mehr der klassische Fächerkanon die Zukunft ist, sondern dass fächerübergreifende Strukturen geschaffen werden, die sich z.B. an Krankheitsbildern orientieren, im Übrigen auch ein Beitrag zu qualitätsgestützter und kosteneffizienter Medizin. Reformierte Studiengänge weisen

den Weg dazu. Studieren heißt auch in Zukunft, nicht nur mehr zuhören, sondern mitwirken, Hand anlegen, Selbstständigkeit und Kommunikationsfähigkeit erlernen und erfahren. Unüberhörbar wird dabei, dass Lehre an Attraktivität gewinnen muss, will sie im Strukturwandel den Anforderungen an die Ausbildung genügen. Der Kölner Mediziner Neugebauer hat auf einem Symposium „Medizinische Ausbildung 2000: Ziele – Qualität – Kosten“ resümiert: „Die Forschung hat eine Lobby, die Lehre nicht.“ Nur eine erhebliche Steigerung der Lehrmittel sowie konsequente Lehrevaluationen nach klaren Kriterien können dem abhelfen. Die fundierte Lehre schafft den Unterbau und die Voraussetzung, den angehenden Arzt gut auszubilden. Die Öffentlichkeit ist hierbei ein nicht zu unterschätzender Verbündeter, wenn auf Mängel aufmerksam gemacht und ihre Beseitigung gefordert wird. Gute Lehre ist ein Garant für eine qualifizierte zukünftige Ärztegeneration und damit für die adäquate Krankenversorgung.

Die strukturierte und qualifizierte, von unserer Gesellschaft in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband immer wieder fortentwickelte Weiterbildung ist für den Internisten ein unverzichtbarer Bestandteil seines Auftrags, eine leistungsfähige und zugleich kostengünstige Versorgung seiner Patienten zu gewährleisten. Die Altersentwicklung unserer Bevölkerung macht deutlich, dass der Internist im Allgemeinen und mit seinen Schwerpunkten im Besonderen nötiger denn je ist, sind doch gerade im Alter fast zwei Drittel der zu erwartenden Erkrankungen internistischer Natur.

Für den Internisten ist der Dreiklang, wie H. E. Bock es so präzise formuliert hat, aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung Garantie dafür, mit der medizinischen Entwicklung standhalten, ja sie sogar entscheidend mitbestimmen zu können. Dieser Dreiklang ist von unterschiedlicher Expression, sein Spannungsfeld aber für die Einheit der Inneren Medizin gleichwertig und gleichgewichtig. Vereinfacht heißt das: Forschung erzeugt Erkenntnisse, die über Lehre, Aus- und Weiterbildung vermittelt

und in die Krankenversorgung integriert werden müssen und umgekehrt: Erfahrungen im Umgang mit kranken Menschen wie auch Aspekte der Prävention und Prophylaxe werfen Probleme und Fragen auf, die die Forschung zu beantworten versucht und vielfach lösen kann. Nur so gewinnt und behält die Medizin als Natur- und Erfahrungswissenschaft ihre Bedeutung in der Synopsis für den Patienten.

Vor allem Spitzenforschung braucht Talente und Mittel. Beides, so der Vorsitzende der Max-Planck-Gesellschaft, Hubert Markl, in einer viel beachteten Rede, wird derzeit knapper, obwohl in vergleichbaren Ländern vorexerziert wird, wie es anders gemacht werden könnte. Das Schwinden der wissenschaftlichen Vitalität, so Markl, durch Knappheit an Nachwuchs sei die wichtigste Bestimmungsgröße der Zukunft; sie wird zur echten Zukunftsbedrohung. Forschungsförderung muss daher auch Anreize für junge Nachwuchstalente in Form von Stellen und Aufgaben beinhalten, die eine vernünftige Lebensplanung am Standort Deutschland möglich machen. Es muss Schluss sein mit dem Brain-Drain junger Forscher ins Ausland. Nur Entbürokratisierung und langfristige Finanzierung sichern Freiheit und Entwicklung der Forschung. Jede zu enge Regelungsdichte ist forschungsfeindlich. Dieses vor der Öffentlichkeit immer wieder deutlich zu machen, ist auch für uns Internisten eine *Conditio sine qua non*. Die allgemeine Erkenntnis für dieses Problem ist vorhanden, die Problemlösung steht noch am Anfang.

Die Fachinformationsflut als Folge weltweiter Grundlagen- und klinischer Forschung erfordert für jeden Arzt die ständige Fortbildung. Verpasst er sie, verliert er rasch den Anschluss. Theodor von Frerichs hat in seiner Eröffnungsrede der ersten Sitzung unserer Gesellschaft bereits 1882 gefragt, ob noch einer von uns imstande sei, auch nur die Hälfte der ärztlichen Weltliteratur zu lesen und zu verarbeiten. Mehr denn je trifft diese Feststellung heute zu, wo selbst in den Schwerpunkten unseres Faches eine unübersehbare Flut von Publikationen aller Güteklassen zu verzeichnen ist. Der Arzt ist

während seiner Ausbildung, aber vor allem während seiner Weiterbildung aufgefordert, ja verpflichtet, zu lernen, Wichtiges von Unwichtigem zu trennen, so weit wie möglich evidenzbasiert zu werten, aber auch den eigenen Ermessensspielraum kennenzulernen und zu nutzen, der ihm bei jeder individuellen Entscheidung bleibt. Fachgesellschaften destillieren aus der Fülle der Veröffentlichungen Leit- und Richtlinien, deren Grundlage evidenzbasierte Studien und Metaanalysen sein sollten. Leit- und Richtlinien stellen sicher einen unabdingbaren Rahmen ärztlicher Entscheidungen dar; die Fachgesellschaften sollten sich aber davor hüten, alles und jedes in einen solchen Rahmen zu pressen. Auch hier ist weniger mehr. Verrechtlichung, so Weißauer, könnte eine unbeabsichtigte Folge sein: „Je perfekter, präziser und umfassender die Leitlinien, umso strenger die rechtlichen Prüfungsmaßstäbe“ (Ulsenheimer). Die Arbeitsgemeinschaft medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) hat inzwischen aus vielen Bereichen der Medizin Hunderte solcher Leit- und Richtlinien ins Internet gestellt, über die sich Ärzte, aber auch jedermann informieren können. Medizinrechtsexperten warnen vor Fesseln, die nicht nur die ärztliche Eigenverantwortung, sondern auch die Intuition und den Wagemut, neue Wege zu gehen, bremsen. In dieser Abschätzung zwischen Nutzen und Gefahren kommt der ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung eine herausragende Bedeutung zu. Sie filtert und überprüft Leit- und Richtlinien auf ihr Zustandekommen, ihre Inhalte, ihre Umsetzung und ihre Aktualität und ist ein wichtiger Garant für die Orientierung. Die ärztliche Heilkunst als ein weiteres Standbein der ärztlichen Kompetenz sollte durch ein solches Regelwerk bereichert, aber nicht beeinträchtigt werden. Triebfeder ärztlichen Handelns bleibt unverändert Helfen und Heilen in sozialer Verantwortung für den Patienten auf der Basis der hippokratischen Ethik sowie der Erkenntniszugewinn durch ständige Fort- und Weiterbildung. Dazu gehört auch der Einsatz in Forschung und Lehre, die zusammen erst den

bereits erwähnten Dreiklang komplettieren. Budgetdruck und Regress haben den heutigen Arzt in seiner Entscheidung belastet. Man kommt nicht umhin festzustellen, dass dadurch sogar Therapiestillstand in Kauf genommen wird. So zeigt eine Kölner Studie am Beispiel geriatrischer Diabetespatienten auf, dass ein solcher Therapiestillstand dann unausweichlich werden kann, wenn angemessene Behandlungsangebote von den betroffenen Patienten aus naheliegenden Gründen nicht eingefordert werden können. Wenn der Gesetzgeber Leitlinien fordert, wie er das in § 137 SGB V tut, muss auch für ihre Finanzierung Sorge getragen werden. Leitlinien sind in der Regel nicht kostenneutral. Es kann nicht sein, dass der Arzt, der nach Leitlinien diagnostiziert und behandelt, nachher im Regen stehen bleibt. Allein die Umsetzung diabetologischer Leitlinien würde 20–25% der Gesamtkosten ausmachen. In dieser Situation setzen wir auf vernünftige und vorbehaltlose Gespräche mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen.

Für den Internisten der Zukunft heißt ein weiteres Stichwort Interdisziplinarität: Interdisziplinär im Fachgebiet Innere Medizin selbst, innerhalb der verschiedenen anderen Fachrichtungen der Medizin, aber auch über die Medizin hinaus. Der viel zitierte Wertewandel in unserer Gesellschaft erfordert einen intensiven Dialog zwischen Medizin und Recht, Medizin und Philosophie, aber auch mit der Politik. So muss immer wieder deutlich gemacht werden – worauf ich eingangs schon hingewiesen habe –, dass Medizin nicht nur eine Dienstleistung ist, die sich der „Kunde“ „kaufen“ kann. Ärztekammerpräsident Hoppe hat angemahnt, wer seinen Beruf ernst nähme, betreue Patienten und keine Kunden. Wir dürfen eine Verökonomisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses nicht zulassen. Ökonomische Zwänge dürfen nicht zur Opferung ärztlicher Ethik führen. So bereitet uns die Einführung der diagnoseabhängigen Fallgruppenpauschalen große Sorge, und das in zweierlei Hinsicht: Die Patientenversorgung wird leiden, wenn kein vernünftiger Weg gefunden wird,

wie absehbare neue Entwicklungen in künftigen Vergütungssystemen untergebracht werden. Aber auch die ärztliche Weiterbildung wird nicht unbeeinflusst bleiben: Es ist vorherzusehen, dass der per se erhöhte Personalbedarf für die konzentriert erbrachten Leistungen in diesem DRG-System die ärztliche Weiterbildung in den Kostenkalkulationen nur unzureichend erfasst. Auch hier besteht noch erheblicher Gesprächs- und Handlungsbedarf.

Wirtschaftlichkeit ist sicher eine Grundforderung für einen soliden Medizinbetrieb; andererseits halten uns Außenstehende vor Augen, dass sich ökonomisches Denken zu sehr in die medizinischen Paradigmen einschleicht. So empfiehlt der Moraltheologe Arntz, um den Einfluss des ökonomischen Denkens nicht zu groß werden zu lassen, müsse sich die Medizin wieder von einer an der Krankheit orientierten Heiltechnik zu einer am Kranken orientierten Heilkunde umwidmen. Diesen Paradigmenwechsel von der Heiltechnik zur Heilkunde sollen und müssen wir vollziehen; es stimmt nachdenklich, dass wir uns dies von anderen sagen lassen müssen. Dabei brauchen wir vor allem in der Öffentlichkeit Verbündete. Nur so können wir dem weit verbreiteten Misstrauen in die vermeintlich technikabhängige und Apparatemedizin entgegenwirken. Der Spiegel hat uns in einem sehr provokativen Artikel „Kampf im Wartezimmer“ klischeehaft erhebliche Versorgungsmängel vorgeworfen. Es liegt an uns, dafür Sorge zu tragen, dass ärztlicherseits alles getan wird, solche vermeintlichen Mängel gar nicht erst entstehen zu lassen; aber auch die Partner im Gesundheitssystem sind nachdrücklich dazu aufgefordert. Im Zeitalter der neuen Medien müssen wir Ärzte unsere ärztliche Unabhängigkeit gegen jedermann verteidigen, um administrative, juristische und materielle Knebelungen zu verhindern.

Die Rolle des Arztes im Verhältnis zu Patient und Öffentlichkeit muss nicht neu definiert werden, sie muss ergänzt, erweitert und neuen Gegebenheiten angepasst werden, ohne dass sie ihren grundsätzlichen Charakter verliert.

Was erwartet der Patient?

Im Mittelpunkt der Beziehung zu seinem Arzt steht nach wie vor das individuelle Vertrauensverhältnis; der Arzt muss Partner seines Patienten sein und bleiben. Diese Feststellung kann im Interesse dieses Vertrauensverhältnisses nicht oft genug wiederholt werden. Partner sein heißt aber auch, den Patienten in seiner Individualität zu akzeptieren, ihn nicht in einer Schublade zu kategorisieren und ihm die unverzichtbare emotionale wie nonverbale Kommunikation entgegenzubringen. Viele Umfragen zeigen, dass die überwiegende Mehrheit unserer Bevölkerung diese individuelle Arzt-Patienten-Beziehung schätzt; wir müssen uns täglich darum bemühen, diesen Vertrauensvorsprung einzulösen. Der Beruf des Arztes ist in der Öffentlichkeit nach wie vor mit weitem Abstand der Angesehenste; die Ärzteschaft muss sich andererseits in ihrer Gesamtheit immer wieder mehr oder weniger berechtigter Kritik unterziehen, wenn z.B. in der Tagespresse materielle Interessen oder angebliche Skandale im Vordergrund öffentlicher Berichterstattung stehen. Dieses Auseinanderklaffen zwischen dem individuellen Arzt als Partner und der Ärzteschaft gilt es systematisch abzubauen bzw. diesem entgegenzuwirken. Der Patient erwartet im Informationswirrwarr unserer Zeit mehr denn je kompetente Hilfe, Verständnis, Einfühlbarkeit, Zuspruch, aber auch Begleitung und Lösung seines individuellen Problems, sei es akut oder chronisch, sei es organisch oder funktionell, sei es leicht oder schwer. Es ist dennoch nicht zu übersehen, dass es auf beiden Seiten Probleme gibt, die sich, wie angesprochen, z.B. durch den Verlust empathischer bzw. therapeutischer Kommunikation einerseits, durch zunehmende Forderungsmentalität andererseits ausdrücken kann. Der Psychosomatiker Luban-Plozza hat es so formuliert: „Ärzte sind manchmal zu sehr Detektive, weniger Diplomaten.“

Vielfach wird der Patient auf seine sogenannte Compliance reduziert. Er wird als gleichberechtigter Partner nicht ausreichend

akzeptiert und versucht deshalb, durch Flucht in die unkonventionelle Medizin seine Autonomie zu wahren. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die Komplementärmedizin Blüten treibt. Sie ist sicher Ausdruck mangelnder Kommunikation, Kommunikationsfähigkeit und mangelnden Vertrauens in den behandelnden Arzt, auch Warnsignal für Unzufriedenheit. Ca. 60% aller Bundesbürger greifen einmal pro Jahr zu alternativer Medizin. Die beträchtlichen Ausgaben für Heilpraktiker und Homöopathen zeigen, dass durchaus Bereitschaft zu Eigenleistung da ist. Der Patient kann sich zusätzlich vielfältigen Rat einholen. Eindrucksvolle Internetadressen, wie Lifeline, Almeda, Netdoctor und Ähnliches, präsentieren sich in einer Mischung aus Lifestyle, Wellness und Beauty, bieten aber auch Beratung bis hin zur Darstellung evidenzbasierter medizinischer Leitlinien. Informationen über wichtige Untersuchungsmethoden mit ihren Indikationen und Komplikationen sind genauso abrufbar wie Übersichten über Pharmaka mit Dosisempfehlungen und Nebenwirkungen. Suchmaschinen erleichtern den Weg in den vielarmigen Medizinbereich. Was hat das für Konsequenzen, zumal die Menschen täglich mit vielfältigen Ärzteserien konfrontiert werden, die sich im Augenblick großer Beliebtheit erfreuen, aber häufig von der medizinischen Alltagsrealität weit entfernt sind? Patienten sind nicht selten besser informiert als ihre behandelnden Ärzte, unterliegen aber vielfach falschen und fehlerhaften Einschätzungen aufgrund der Fülle und zum Teil auch widersprüchlicher Informationen. So werden z.B. im Internet Krebstherapien beworben, die völlig ungeprüft sind, aber den Eindruck einer paramedizinischen Heilungschance erwecken. Es wird erwartet, dass in zehn Jahren ca. 50–60% aller Bundesbürger über einen Internetzugang verfügen werden. Auch wir Ärzte müssen uns Zugang zu diesen Informationen nicht nur verschaffen, wir sollten sie auch kennen. Leider ist dieses Erfordernis noch unterentwickelt. Analysen zufolge verfügen derzeit nur 25% unserer Kollegen über Internet- und Onlinedienste, wobei mit 28% die

Krankenhausärzte gegenüber 13% der niedergelassenen Kollegen deutlich überwiegen. Die Tendenz ist aber steigend. Der Arzt muss für den Patienten auch Mittler und Begleiter in diesem mitunter angsterzeugenden Informationswirrwarr sein. Nur so gelingt es, das Vertrauensverhältnis zum Patienten wieder zu stärken und durch fundierte Aktionen in Diagnose und Therapie nachhaltig zu verbessern.

Das vielfältige, z.T. anonyme medizinische Angebot hat auch dazu geführt, dass Medien Ärztelisten verbreiten. Dahinter steckt einerseits die Absicht, fachspezifische Kompetenz zu suggerieren, andererseits aber sicher viel mehr der publizistische Drang, an einer für die Öffentlichkeit so ungemein wichtigen Front Positionen zu besetzen. Bei aller Einschränkung in der Wertung des Zustandekommens solcher Listen sollte bedacht werden, dass Transparenz in den eigenen berufsständischen Organen angesagt sein muss. Dies stört nicht das Vertrauensverhältnis zum Patienten, sondern kommt dem Wunsch nach stärkerer Bürgerorientierung des Gesundheitswesens nach. Bundes- und Landesärztekammern haben interessante Homepages und Internetseiten eingerichtet, die viel Aktuelles, Kritisches und Wissenswertes zum Inhalt haben. Wer liest sie? Wie kann man sicherstellen, dass diese auch für die Allgemeinheit wichtigen Botschaften besser vermittelt werden können? Es gibt zunehmend Krankenhausführer, die auf unterschiedliche Schwerpunkte ihrer Einrichtungen in jederlei Hinsicht hinweisen. Diese Entwicklung muss von uns Ärzten mitgestaltet werden; wir sollten hier auch die Initiative ergreifen und tun das auch schon vielerorts, bevor uns andere nach nicht immer nachvollziehbaren Kriterien beurteilen.

Der Bürger hat sich in den letzten Jahren daran gewöhnt, dass im weiten Feld des Gesundheitsbereichs nahezu alle Kosten erstattet werden, und dabei verlernt, was im täglichen Leben selbstverständlich ist: Kosten nach Höhe und Verursacherprinzip zu beurteilen. Nicht nur daraus ist Anspruchsmentalität erwachsen, die die Medizin zu einem Reparaturbetrieb

zu degradieren scheint. Die gegenwärtige Debatte um die Rentenreform macht deutlich, in welchem Umfang medizinische Fortschritte dazu beigetragen haben, dass die Bevölkerung ein höheres Lebensalter erreicht hat. Gesund alt werden ist die Devise, aber Alter ohne Krankheit bleibt ein Traum. Der Patient erwartet von uns Ärzten neue Wege, wie die jeweilige medizinisch notwendige Versorgung in Anbetracht der bekannten finanziellen Eckdaten in allen Altersstufen erhalten werden kann. Dabei muss sie bezahlbar bleiben. Beitragssatzstabilität auf der einen Seite, medizinischer Fortschritt und alternde Gesellschaft auf der anderen Seite schließen sich aus unserer Sicht aus. Das Kieler Institut für Gesundheitssystemforschung hat in einer Studie festgestellt, was eigentlich hinlänglich bekannt ist: Das Gesundheitswesen muss kollabieren, da die Kosten aufgrund der Populationsentwicklung zwangsläufig explodieren. Wir alle sind aufgefordert, Abschied zu nehmen vom Anspruchsdenken an die medizinische Rundumversorgung. Es ist Aufgabe gerade auch von uns Ärzten, dieses sachlich, emotionslos und überzeugend deutlich zu machen und auch zu sagen, wo auf was verzichtet werden kann und muss.

Medizin und Qualität sind eigentlich untrennbar verbunden. Es gibt viele Parameter, wo schon jetzt medizinische Qualität abgelesen werden kann, nehmen wir so wichtige Daten wie Medikamentenwirksamkeit, Komplikationen, Langzeitergebnisse und vieles anderes mehr. Der Patient hat ein Anrecht auf qualitätsgestützte Medizin. Hier sind wir einen weiteren großen Schritt vorangekommen. Wichtige Initiativen haben in Probeläufen die Machbarkeit von Qualitätsmaßnahmen in Krankenhaus und Praxis verdeutlicht. So geht es bei der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus darum, die Qualität der Krankenhausversorgung zu verbessern und für Patienten sichtbar zu machen. Die hohe Zahl freiwilliger Bewerbungen für diese Pilotphase zeigt, wie wichtig uns diese Kooperation mit anderen Partnern im Gesundheitswesen ist. Die Krankenhauszertifizierung ist eine Antwort dieser Kooperation

auf die Forderung der Öffentlichkeit nach verbessertem Qualitätsmanagement, das sich notwendigerweise auch auf die anderen Säulen des Krankhausbetriebs, wie Pflege, Technik, Administration und Hotelleistungen, erstreckt. Der standardisierte Zertifizierungsbericht ermöglicht so eine valide Außendarstellung des jeweiligen Krankenhauses. Auch in der Niederlassung sind Praxisnetze der richtige Weg zu einer qualitativ höherwertigen und wirtschaftlicheren Gesundheitsversorgung. Wir sollten alle Bemühungen unterstützen, diese Praxisnetze zu fördern und sie im Rahmen der integrierten Versorgung noch besser zu Kooperationspartnern des Krankhausbetriebs zu entwickeln.

Der Patient erwartet also, dass einerseits sein individuelles Verhältnis zum Arzt nicht nur erhalten bleibt, sondern wieder vorhersehbar und gestärkt wird. Andererseits verschafft ihm die mediale Information auch die Möglichkeit, sich selbst zu informieren, zu werten und mit seinem behandelnden Arzt zu gewichten. Ich bin sicher, dass am Beginn dieses Jahrhunderts die Arzt-Patienten-Beziehung zwar eine Veränderung erfahren wird, aber in ihren Grundtendenzen erhalten bleibt. Bieten wir dem Patienten die persönlich-kommunikative Alternative zur Anonymität und Sprachlosigkeit des Netzes.

Zugang zur Öffentlichkeit

Was erwartet die Öffentlichkeit von uns? Öffentlichkeit erzeugt Konkurrenz und macht sie deutlich; sie zwingt so zu Qualitätsanstrengungen. Öffentlichkeit ist vielgestaltig. Vom Bildschirm über Rundfunk und Printmedien reicht die Spannbreite bis hin zu lokalen Veranstaltungen für das breite Publikum. Ich habe beim diesjährigen Internistenkongress versucht, Öffentlichkeit in noch größerem Umfang als bisher in das Programm unserer Tagung einzubeziehen. So gibt es nicht nur Patientenveranstaltungen, auch Interessierte sollen über Wissenswertes, Gesichertes und Neues aus erster Hand informiert werden. Alle genannten Medien

sind durch vielfache Kontakte genutzt worden, in großem Umfang darüber zu berichten. Mit diesen öffentlichen Veranstaltungen soll aber auch unsere außerordentliche Verantwortung zur aktiven Mitarbeit im Sinne der Gesundheitsvorsorge ernst genommen werden. Wir wollen und müssen das große Interesse der Bevölkerung an Gesundheitsfragen vor allem für Prävention und Prophylaxe von Erkrankungen nutzen, um unsere Botschaften zu vermitteln. Ärztekongresse müssen sich öffnen für die Belange der Patienten im Besonderen, für die Vermittlung ihrer Sichtweise von gesundheitspolitischen Fragen im Allgemeinen. So ist z.B. bisher noch nicht ausreichend öffentlicher Druck in Fragen der Früherkennung des kolorektalen Karzinoms ausgeübt worden. Der Darmkrebs müsste eigentlich bedeutungslos geworden sein, würden wir unserer Stimme noch mehr Gehör verschaffen.

Transmissionsriemen für den Zugang zu den Medien ist der Journalist. Gerade die Berichterstattung über medizinische Themen ist ein äußerst sensibler Bereich, der auch in den publizistischen Grundsätzen des Deutschen Presserates seinen Niederschlag findet. Hier tragen Journalisten und Verleger eine besondere Verantwortung. Neue Erkenntnisse müssen in der Laienpresse sachgerecht dargestellt werden und dürfen nicht zu Fehlschlüssen veranlassen, wie z.B. die häufig gehörte Meinung, dass infolge der Entschlüsselung des Genoms in Kürze mit der Gentherapie großer Volkskrankheiten zu rechnen sei. Solche Meldungen konterkarieren die Bemühungen um Eigenverantwortung. So entstehen immer wieder Spannungsfelder zwischen Ärzten, Patienten und Öffentlichkeit, die zu entschärfen sind. Es gilt, die ärztliche Medienpräsenz weiter zu verbessern, den Austausch mit der Öffentlichkeit ernster zu nehmen, auf der anderen Seite aber auch die Kommunikation mit Journalisten auszubauen und bei gründlichen Recherchen behilflich zu sein. Dass Gesundheit von höchstem Interesse ist, zeigt neben den Internetseiten auch ihr Niederschlag in nahezu allen Publikumszeitschriften.

Das PR-Geschäft hat sich in vielen Bereichen der Gesellschaft zu einem wichtigen Übersetzer für Anliegen in der Öffentlichkeit entwickelt. PR hat ihre eigenen Maßstäbe und Kriterien. Es empfiehlt sich auch für uns Ärzte, die Dienste von Medienberatern in Anspruch zu nehmen, und damit zu einer besseren Transparenz ärztlicher Anliegen in der Öffentlichkeit zu kommen. Ich plädiere nachdrücklich für gut ausgebildete Medizinjournalisten, die auf der einen Seite das medizinische Basiswissen besitzen, auf der anderen Seite die Techniken des Mediengeschäftes beherrschen. Fachbotschaften der Ärzte werden häufig nicht ernst genommen oder missverstanden, da es an journalistischer Übersetzung mangelt. Von Knigge stammt der Satz: „Man soll nie vergessen, dass die Gesellschaft lieber unterhalten als unterrichtet sein will.“ Dies trifft sicher für die moderne Spaßgesellschaft ganz besonders zu. Medienberater sind jedoch in der Lage, auch trockene Botschaften so zu verpacken, dass sie ihre Empfänger ansprechen, vor allem für das bereits erwähnte wichtige Feld der Prävention und Prophylaxe. Was ist Wellness ohne Prävention großer Volkskrankheiten? Ärzte müssen und tun dies bereits in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und öffentlichkeitsorientierten Stiftungen oder Ligen, wie z.B. der Herzstiftung, der Gastro-Liga oder der Stiftung LebensBlicke. Die Liste führender Persönlichkeiten, die sich für Gesundheitsfragen engagieren, ist noch klein; hier gilt es, weiter Überzeugungsarbeit zu leisten, sich in den Dienst der Sache zu stellen. Öffentlichkeitsarbeit hat ihre selbstverständlichen Grenzen in der ärztlichen Schweigepflicht. Sie ist eine unverzichtbare Voraussetzung für das persönliche Vertrauensverhältnis. Dieses Vertrauensverhältnis bleibt besonders wichtig in einer Zeit, in der sich Menschen „outen“, Lebensentwürfe in Talk- und Boulevardshows ausbreiten und wo die Quote wichtiger sein kann als sinnvolle Recherche.

So muss eine besondere Beziehung zwischen Medizinern und Journalisten entwickelt werden da, wo sie noch nicht besteht. Schon Maxim

Gorki sah in dieser Beziehung eine Schicksalsgemeinschaft, die etwas Gemeinsames hat: Der eine wie der andere diagnostizieren und charakterisieren Krankheiten. Der Hamburger Chirurg H.W. Schreiber formulierte in einem lesenswerten Artikel in der Welt zum Thema: „Arzt und Presse: Beide operieren“, schon 1986: „Arzt und Journalist sind mehr denn je aufeinander angewiesen, haben sie doch eine ähnliche berufliche Zielvorstellung. Beide klären auf, schaffen Fakten und legen – wo es notwendig ist – den Finger auf die Wunden.“ Diese Wechselbeziehungen gilt es zu nutzen und auszubauen. Das ist besonders wichtig für zum Teil kontroverse Debatten über ethische Fragen, wie die Legalisierung des therapeutischen Klonens, zum Embryonenschutzgesetz, zur Stammzellforschung und zur aktiven Sterbehilfe, wo wir Ärzte unseren Beitrag zu sachlicher Information leisten. Solche Diskussionen weiterzuentwickeln in Zusammenarbeit mit anderen Professionen ist angesichts des Wertewandels der Gesellschaft unerlässlich und mitentscheidend für die Besinnung auf grundsätzliche Normen der menschlichen Gesellschaft. Wir müssen noch mehr Meinungsführerschaft aus ärztlicher Sicht übernehmen. Unklare Positionen oder Positionlosigkeit beeinflussen das Arzt-Patienten-Verhältnis durchaus negativ. Meinungsführerschaft bedeutet aber nicht, sich zu allem und jedem äußern zu müssen. Beschränkung auf ärztliche Positionen erhöht das Gewicht der Aussage. So ist es im Sinne unserer Patienten gut und richtig, dass die verfasste Ärzteschaft sich klar und eindeutig gegen eine Änderung des Embryonenschutzgesetzes ausgesprochen hat, zumindest so lange, wie die Frage nicht geklärt ist, ob die Forschung mit körpereigenen adulten Stammzellen nicht neue Therapien für bislang als unheilbar geltende Erkrankungen möglich macht. Was passiert z.B. bei genetischen Pannen? Wir unterstützen gerade in der Öffentlichkeit das klare Nein zur aktiven Sterbehilfe, sind wir doch als Ärzte auch am Lebensende des Menschen Begleiter und menschliche Helfer. Wir verdrängen die Endlichkeit des menschlichen Lebens, es scheint so, als ob der

Tod nicht mehr dazugehöre. Dabei ist auch der ärztliche Beistand gerade am Ende des Lebens eines Menschen eine unverzichtbare Pflicht und Aufgabe. Zu vielen dieser Fragen gibt es einen innerärztlichen Konsens, den immer wieder aufs Neue zu definieren und in die Öffentlichkeit zu transportieren eine vorrangige ärztliche Verpflichtung ist. Der Mediziner Schipperges hat formuliert: „Medizin ist eine Großmacht, die nahezu alle Bereiche des Menschen berührt.“ Seien wir uns daher immer wieder unserer großen Verantwortung bewusst.

Resümee

Die Öffentlichkeit nimmt in zunehmendem Maße Anteil an gesundheitlichen Fragen. Wir müssen daher in dem Verhältnis Arzt – Patient – Öffentlichkeit wichtige Positionen deutlich machen. Dazu gehört ganz besonders unsere ärztliche Identität. Auch im Zeitalter der neuen Medien steht das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis im Mittelpunkt. Der Patient muss sich darauf verlassen können, dass der Arzt auf der Grundlage einer qualifizierten Aus-

und Weiterbildung in umfassender Weise alle Möglichkeiten nutzt, seinen Patienten anzuhören, zu beraten und zu versorgen. Der Patient wird sich daran gewöhnen müssen, dass seine Eigenverantwortung auch für seine gesundheitliche Entwicklung eine persönliche Verpflichtung werden muss. Wir Ärzte müssen dieses Mehr an Eigenverantwortlichkeit stärken. Dabei steht im Zentrum die beidseitige vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung.

Wir Ärzte sollten selbstbewusster mit den Medien umgehen, uns dabei Kritikfähigkeit und Lernbereitschaft zu eigen machen. Kontakte zwischen Medizin und Medien bedürfen einer intensiven Pflege. Ein gutes und kontinuierlich vertrauensvolles Verhältnis zu Journalisten verschafft auch in schwierigen Zeiten den nötigen Hintergrund, sachliche Information zu gewährleisten. Unseren Patienten muss klar sein, dass es in ihrem Sinne ist, wenn berechtigte Anliegen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit formuliert und mit Nachdruck dargestellt werden. Dies sollten wir mit Zielstrebigkeit, aber auch mit Augenmaß und der nötigen Skepsis tun, um nicht der Gefahr der Selbstdarstellung zu erliegen.