

Die traditionelle Rede des Vorsitzenden der Gesellschaft hat einerseits das Ziel, den Status der Inneren Medizin widerzugeben und andererseits diesen ein Stück weit in die Zukunft zu projizieren. Nun ist zwar die Prognose für den einzelnen Patienten durchaus ein Teil unserer Tätigkeit, für die (Innere) Medizin als Ganzes aber eher unmöglich. Das wird sehr schön deutlich durch die Tatsache, dass nach der Französischen Revolution die Nationalversammlung lange darüber diskutiert hat, wie man die Ärzte beschäftigen solle, wenn die Revolution durch die Änderung der krankmachenden gesellschaftlichen Faktoren die Krankheiten beseitigt habe. Oder durch die WHO-Prognose von 1985, derzufolge im Jahre 2000 90 % der ärztlichen Tätigkeiten in vorbeugenden Maßnahmen bestehen würde.

Selbstverständlich haben wir alle dennoch viele Fragen bezüglich der Zukunft: Der Nachwuchs fragt nach Formen der Aus- und Weiterbildung und nach der Berücksichtigung geänderter Lebensentwürfe. Bezüglich der Forschung wüssten wir gerne, was Themen sein werden, welche Strukturen und welche Finanzierung uns bleiben oder zuwachsen werden – das Beispiel der Helmholtz Gesundheitszentren macht dies deutlich. Bezüglich der Krankenversorgung stellen sich Fragen nach der Autonomie des Patienten, wie am Beispiel der Patientenverfügungen deutlich wird. Die Grenzen unserer Möglichkeiten und unseres Tuns sind dauernde Fragen.

Schließlich gibt die Ökonomie Fragen nach der Rolle von uns Ärzten und den anderen "Leistungserbringern" im Gesundheitswesen auf. Es wäre auch zu erwägen, welche Rolle die Politik in der Entscheidungsfindung z.B. bezüglich der Rationierung oder Priorisierung spielen will und wird.

Alle diese Fragen lassen sich auf die Frage nach dem Selbstverständnis der Medizin und damit von uns Ärzten in einer gewandelten Gesellschaft zurück führen. Auch wenn ich von einer befreundeten Historikerin gelernt habe, dass die Postmoderne nicht existiert, sondern nur dem üblichen Versuch entspricht, die Jetztzeit von der der vorangegangenen Generation abzugrenzen, lässt sich doch eine tiefgehende und schnelle Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beschreiben, deren Ergebnis ich postmoderne Gesellschaft nennen möchte.

Ich will daher im Folgenden versuchen, nach einer kurzen Charakterisierung der Rahmenbedingungen deren Konsequenzen für die Medizin und natürlich auch die Innere Medizin zu beschreiben. Dabei will ich deutlich machen, dass gerade heute die beiden Dimensionen der Inneren Medizin – die Wissenschaft und das Kunsthandwerk – betont werden müssen, um unser Fachgebiet für uns selbst attraktiv und erfüllend und für die Patienten optimal nutzbringend zu erhalten.

Dabei werde ich anhand verschiedener Grenzen zunächst das Problem der sogenannten Evidence Based Medicine im Verhältnis zur Erfahrung ansprechen. Anschließend werde ich zu klären versuchen, wie wir die Gesundheit und Krankheit

definieren sollten, wie weit Autonomie des Patienten eine reale Option gegenüber dem Arzt als fürsorglichen Anwalt ist, und wie wir uns den Zwängen der Ökonomie stellen können. Schließlich möchte ich beschreiben warum und wie wir trotz aller Probleme den medizinischen Nachwuchs für die Innere Medizin begeistern können.

### **Die postmoderne Gesellschaft**

Was hat sich geändert? Die Emanzipation des Individuums und die Idee eines sinnhaften Fortschritts der Geschichte hin zu einer Utopie sind die großen Metaerzählungen, die nicht mehr geglaubt werden. Das heißt Aufklärung, Idealismus und Historismus sind nicht mehr Grundlagen des gesellschaftlichen Konsenses. Die Welt wird als pluralistisch, zufällig und chaotisch angesehen. Es gibt nicht mehr eine Erklärung, sondern viele. Damit geht die Legitimation von Institutionen, Praktiken und Ethik verloren. Es gibt eine Vielzahl von nicht miteinander zu vereinbarenden Wahrheits- und Gerechtigkeitsbegriffen. Man denke an China, Indien, den Islam und den "abendländischen Kulturkreis" bezüglich der Würde des Individuums, der Rechte der Frauen und vieler anderer Konzepte. Der Neurologe Johannes Dichgans hat dies so formuliert:

**"Diese Pluralisierung impliziert, dass wir nach der Säkularisierung und Relativierung der Kultur- und Weltanschauung philosophisch entblößt auf die individuelle Selbstbehauptung und Ansprüchlichkeit**

**zurückgeworfen und dem utilitaristischen Einfluss der Politik ausgesetzt sind".**

Massenmedien und Informationstechnologie sind dominant als Träger und Vermittler **wie auch immer gearteter "Kulturen"**. Im weltweiten Netz lässt sich ein "second life" führen, die menschliche Identität gilt als instabil und durch viele, oft disparate Faktoren geprägt. Beliebigkeit beherrscht die Medien. Nicht die solide tägliche erfolgreiche Arbeit wird als interessant befunden, sondern das Ungewöhnliche, das Sensationelle. Daher haben Außenseiter und Scharlatane viel Sendezeit. Dies klingt vertraut auch für die Medizin. Wissenschaft wird als unfähig angesehen, adäquat auf Zivilisationsrisiken zu reagieren, da sie diese Risiken gerade selbst erschafft. Der durch Wissenschaft erzeugte Fortschritt z.B. in Gentechnik, Energieproduktion, Kommunikation oder Transport wird, wo es dem Einzelnen gefällt, genutzt, die Risiken werden übertrieben dargestellt und jeweils anderen auferlegt.

### **Was bedeutet das für die Medizin?**

Der Aufstieg des Konsumentenkapitalismus mit der Verschiebung von Produktion zu Dienstleistung und stimulierter Sehnsucht nach Produkten, von denen man nie wusste, dass man sie brauchen könnte, führt zum Konzept von Health Care als vermarktbarer Dienstleistung mit uns Ärzten und anderen als "Leistungserbringern". Dem entsprechen Ideen wie die, dass Patienten als "Kunden" in die Planung von Studien involviert werden sollen. Auch das Prinzip, dass in Disneyland niemand

sterben darf – Erkrankte werden, koste es was es wolle, nach außerhalb verbracht – spiegelt diese Vorstellung des universalen Anspruchs an eine Dienstleistung wider. Die Rolle des Patienten ist durch Information verändert. Ärzte müssen sich zum Experten im Umgang mit und im Transfer von Fachwissen, das zwar allgemein verfügbar, aber nicht verstanden ist, entwickeln. Die „Kunden“ legen mehr Wert auf Prozesse, also nicht nur auf das Resultat, sondern auf das Gefühl während der Behandlung und deren Preis. Erkenntnis wird nur akzeptiert, wenn sie den eigenen Vorstellungen oder Vorurteilen entspricht und/oder in das eigene, oft irrationale Überzeugungsmuster passt.

Wir haben es also mit dem interessanten Problem zu tun, dass in einer solchen postmodernen Gesellschaft zum einen die Wissenschaft und damit auch die Medizin kritisch betrachtet wird, zum anderen aber von ihr und ihren Protagonisten, also uns Ärzten, nachgerade alles erwartet wird. Die Menschen wünschen sich "Heiler", "Gurus" und "Schamanen". Der Arzt ist nicht mehr nur ein Repositorium der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse, sondern auch ein charismatischer Erbe alter spiritueller Vorbilder. Die "Kunden" wollen einen medizinisch zertifizierten Guru, der sie (ähnlich wie Thomas Gottschalk) zur Transzendenz und zur spontanen Remission führt. Dies resultiert in einer Anspruchshaltung an den allwissenden und unfehlbaren Übermenschen und betont die zweifelsohne vorhandene Dualität der Medizin:

## **Wissenschaft und Kunsthandwerk**

Wissenschaft ist im Sinne des angelsächsischen Begriffs Science als Schöpfung der Renaissance erst ein halbes Jahrtausend alt. Dagegen sind das Kunsthandwerk des "Heilens", die Heilkunst, aber auch Dogmen und Ideologien viel älter. Letztere unterscheiden sich von Wissenschaft dadurch, dass sie ihre Theorien nicht widerrufen, wenn die Voraussagen nicht eintreffen. Sie spielen heute eine dominante Rolle und bringen den kunsthandwerklichen Aspekt der Medizin bei Wissenschaftlern anderer Fachgebiete leicht in Verruf.

Oft ist an dieser Stelle das berühmte Zitat von Bernhard Naunyn wiederholt worden:

**"Medizin wird Wissenschaft sein oder sie wird nicht sein"**

Oft wird vergessen, dass es eine Fortsetzung hat:

**"Eine Naturwissenschaft wird sie schwerlich jemals werden. Denn die Wissenschaft steckt sich die Grenzen nach ihrem Können. Und dahin kann es die Medizin nicht bringen – dazu sitzt ihr die Humanität zu tief im Blute."**

Dies beschreibt die Schwierigkeiten, Medizin einzuordnen: Medizin braucht die Naturwissenschaften, ist selbst aber keine Naturwissenschaft. Sie braucht die Sozialwissenschaften, ist aber selbst keine Sozialwissenschaft. Sie ist aber auch keine "angewandte Naturwissenschaft", so wie Physik auch nicht als "angewandte

Mathematik" bezeichnet wird. Unter wissenschaftstheoretischen Gesichtspunkten ist fraglich, ob Medizin tatsächlich eine Wissenschaft ist. Sie zielt konstitutiv auf eine Anweisung zum Handeln. Dies Handeln ist situationsabhängig, selten widerruflich und nur sehr begrenzt standardisierbar. Die handelnde Person muss aufgrund ihres nachgewiesenen normierten Wissens und ihrer Fähigkeiten zum Handeln ermächtigt sein. Teil des Erfolgs der Alternativmedizin ist die Tatsache, dass ihre Protagonisten soviel weniger Wissen meistern müssen.

Beim medizinischen Handeln sind therapeutische Verfahren als Zeichen geringeren normierten Wissens durch größere Pluralität gekennzeichnet als diagnostische Verfahren. Mit zunehmender Schwere der Erkrankung wird die Pluralität eingeeengt auf konsensfähige Methoden. Bei bestimmten, zum Beispiel intensivmedizinischen Erkrankungen nimmt der Konsens den Status der Verbindlichkeit an.

Die Fortschritte der Wissenschaft reduzieren vermeintlich die Pluralität ebenfalls. Dies gilt aber nur wenn sie sich in Handeln umsetzen lassen und sich bewähren. Viele "Erfolge" zum Beispiel der Gentechnik seit den 80iger Jahren haben die Spaltung zwischen Wissenschaft und Kunsthandwerk vertieft. Jeden Tag wird ein neues Gen für eine bestimmte Krankheit entdeckt und mit großem Hallo formuliert, dass der Benefit vor der Tür steht – ohne dass sich die Handlungsanweisungen wesentlich verändern.

Natürlich modifizieren technische Fortschritte durch Forschung unser Handeln aber durchaus. Es ist zwar nach meinem Verständnis einer guten Medizin nicht förderlich, wenn der Patient bereits vor dem ersten Gespräch mit dem Arzt seines Vertrauens mit technischem Gerät konfrontiert wird. Leider zeigen aber Daten, dass eine solche Strategie durchaus erfolgreich ist, zumindest bei Notfällen, wenn es auf Geschwindigkeit ankommt. Diesem Thema widmet sich die Mittagsvorlesung am Dienstag „Der gläserne Mensch - Erfolge und Grenzen der Bildgebung“. Hans Erhard Bock hat dementsprechend bereits 1984 gesagt:

**"Eines ist sicher: In manchen kritischen Situationen ist technisch perfektes Handeln wichtiger als noch so tröstliches Parlieren".**

Auch in der Diagnostik besteht durchaus Pluralität. Der diagnostische Prozess impliziert Intuition, wobei gespeicherte Erfahrungen unter Überspringung von Knoten im Algorithmus die Diagnose ergeben. Eine systematisch angelegte Mustererkennung durch EDV-basierte Verfahren hat sich dagegen nicht bewährt. Daraus folgt, dass die Bewertung eines Krankheitsbildes neben rationaler Analyse auch Kommunikation, Erfahrung und Intuition verlangt – letztere Eigenschaften gehören der Ebene des Kunsthandwerks und nicht der der Wissenschaft an, sind aber gleichzeitig entscheidende Voraussetzungen für gelungene patientenorientierte Forschung, die eben auch auf Beobachtung und Erfassung individueller Faktoren basiert.

Sowohl in Diagnostik als auch in Therapie gibt es nach Wolfgang Gerok also zwei Entscheidungsebenen des Arztes:

- Die Wissenschaftliche beantwortet die Frage, ob eine Aufgabe in Diagnostik, Prophylaxe, Therapie oder Prognose gut oder vernünftig zu lösen ist (Entscheidung nach "instrumenteller Vernunft", Habermas)
- Die Kunsthandwerkliche löst die Aufgabe, den individuellen Patienten dann gut und richtig zu beraten (Entscheidung nach "Tugend", Aristoteles)

Der Übergang von Können als Kunsthandwerk zum Wissen beginnt da, wo es gelingt, situationsvariantes Handeln in situationsinvariantes gemäß allgemeiner Regeln zu überführen. Nur letztere lassen sich formal lehren und lernen – dies muss daher die Grundlage der medizinischen Ausbildung sein. Diese produziert so aber keine "fertigen Ärzte". Die Approbation wird nach den formalen Kriterien des kognitiven Wissenserwerbs erteilt. Arztsein impliziert aber Erziehung zum Arzt durch Erfahrung und Nachahmung (Buchborn).

Christoph Wilhelm Hufeland hat dies schon 1806 so formuliert:

**„Die Heilkunst ist eine wissenschaftliche Kunst, d. h., sie begreift Wissen und Handeln; sie verlangt wissenschaftliche Geistesbildung, aber auch Kunstfertigkeit. Nur durch die Vereinigung beider entsteht der vollkommene Arzt oder Heilkünstler. Hat er bloß das Wissen ohne**

**die Kunstfertigkeit, so ist er ein medizinischer Gelehrter, aber kein Arzt, denn dazu gehört durchaus das Talent des Handelns. Hat er bloß die Kunstfertigkeit ohne die Wissenschaft, so ist er ein Routinier. Das Entscheidende eines vollkommenen Arztes liegt also darin, dass sein Geist mit den Grund-/Hilfswissenschaften der Naturerkenntnis vertraut und an philosophisches Denken gewöhnt, die Krankheitsentstehung und –erscheinung in den inneren Organen aufsucht, die Kur nicht auf Erscheinungen, sondern auf die Ursache der Krankheiten gründet, und sie sonach selbst erfindet (construiert) und nichts tut, ohne sich einen hinreichenden Grund dafür angeben zu können.“**

Das entscheidende Ziel für diejenigen, die Ärzte der Zukunft ausbilden, ist daher, die Studenten zu zwei Dingen hinzuführen: einerseits zu einer lebenslangen Hingabe an kritisch wissenschaftliches Denken bei der Behandlung von **Krankheiten**, und andererseits zu der Fähigkeit zu erkennen, wann sympathetische Empirie in der Behandlung des **Kranken** angezeigt ist, da das Fehlen von Kenntnis den ersten Ansatz unmöglich macht.

In der Realität der Berufsausübung werden viele Formen des Handelns ausgeübt ohne zwingend zu "wissen". Auch hier sind nach Carl Friedrich Gethmann kognitive Leistungen zu erbringen, es handelt sich aber nicht um "Wissen", sondern um "Meinen". Letzteres liefert keineswegs a priori unzuverlässige Resultate, es ist

lediglich ein noch nicht (wissenschaftlich) erprobter Modus von Erkennen. Hier werden die Grenzen der evidenzbasierten Medizin im Verhältnis zur Erfahrung deutlich:

### **Evidenzbasierte Medizin versus Erfahrung**

Alle die zuletzt genannten Formen des Erkennens und Meinens werden in ihrer Wertigkeit reduziert, da ihnen der Evidenzcharakter abgesprochen wird. Dies hat sicher auch mit der unterschiedlichen Verwendung des Wortes Evidenz im Deutschen und im Englischen zu tun.

Die benutzte Evidenz soll auf statistisch sauberen Studien mit signifikanten Ergebnissen beruhen. Hier liegt das erste Problem: Wer zwingt uns, die arbiträre Schwelle der Signifikanz von  $p < 0,05$ , die lediglich bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit eines zufälligen Resultates geringer als 5 % ist, für stabiler zu halten als beispielsweise 7 %? Wer vermag zu definieren, dass diese arbiträre Festlegung irgendetwas mit Relevanz für unser Handeln zu tun hat?

Leider kommt ein zweites Problem hinzu: Die medizinische Literatur ist in einem erheblichen Ausmaß zu positiven Effekten hin verschoben. Dies liegt zum einen daran, dass negativ ausgehende Studien selten publiziert werden. 80 % aller eingereichten Artikel enthalten ein positives Ergebnis. Diese "Auslese" setzt sich beim Begutachtungsprozess fort. Die Gutachter werten 83 % der Artikel mit positivem, aber nur 5 % derjenigen mit negativem Ergebnis als publikationswürdig.

Ähnlich eindrucksvoll sind Daten, die zeigen, dass Studien, die industriegesponsert sind, deutlich häufiger ein positives Ergebnis haben als andere. Dies wurde kürzlich mit einer 3,6-fachen Wahrscheinlichkeit eines positiven Ergebnisses für eine gesponserte Publikation bei insgesamt 1140 Studien dargestellt.

Insbesondere eine objektiv publizierte, patientenorientierte Forschung – die schwierigste Form der Klinischen Forschung – ist aber nötig, um Ergebnisse reduktionistischer Forschung integrativ in Patientenversorgung zu übersetzen. Diese patientenorientierte Forschung hat tatsächlich eine Sonderstellung, wie Hans Erhard Bock 1991 gesagt hat:

**"Krankheiten sind Experimente der Natur von einer Härte, die kein Arzt als Experimentator erstellen würde, daher aber auch von unvergleichlicher Aussagekraft"**

Es mag daher vernünftig sein, nicht nur auf Irrtumswahrscheinlichkeiten und deren Unterschiede zu achten, sondern auch "weichere" Kriterien zu nutzen. Dies soll ein Zitat von Reiner Kunze verdeutlichen, das ich einem Vortrag meines Vaters entnommen habe:

**"Alles durchdringe die Mathematik sagte der Lehrer: Medizin, Psychologie, Sprache. Er vergisst meine Träume. In ihnen rechne ich unablässig das Unberechenbare."**

Ich meine daher, dass wir selbstverständlich Studien durchführen müssen, um dem wissenschaftlichen Aspekt der Medizin gerecht zu werden. In unserem Handeln sollte aber beiden Komponenten, die ich oben erörtert habe, Raum gegeben werden. Auf Erfahrung basierende Maßnahmen sind nicht nur da, wo Studiendaten fehlen oft die adäquaten, und werden dem Patienten eher gerecht als schematisches Abarbeiten einer Leitlinie. Medizin ist eine Handlungswissenschaft mit dem Ziel, Krankheiten zu behandeln. Dies führt zur zweiten Grenze:

### **Krankheit versus Gesundheit**

Wenn man der Definition der WHO folgen würde, ist das Ziel der Medizin völliges Freisein von physischen, sozialen und psychischen Beschwerden. Diese Definition reduziert den Begriff der Gesundheit auf eine individuelle Sphäre und entzieht sie damit jedem wissenschaftlichen Ansatz. Sie hat damit eine innere Affinität zu alternativen oder postmodernen Medizinkonzeptionen.

In diesen, aber auch in der Schulmedizin sind die Erwartungen deutlich größer als die Ergebnisse. Dies liegt sowohl an den Patienten als auch an uns selbst. Ein typisches Beispiel ist der Satz "Aber Sie sind doch Arzt" als Antwort auf die Mitteilung, dass beispielsweise Alterserscheinungen eine gewisse Unausweichlichkeit haben. Offenbar besteht tatsächlich eine prinzipielle Heilserwartung, wobei die oben genannten von uns oft mit Fanfaren verkündeten "Erfolge" der Genetik oder der Stammzellforschung an dieser sicher einen

wesentlichen Anteil haben. Was die Patienten erwarten können, ist Empathie im Sinne von emotionalem Verstehen des Patienten mit dem Ziel wohlwollender Fürsorge. Dies aber bei erhaltender Objektivität, die für ein vernünftiges medizinisches Urteil notwendig ist.

Dieses Urteil muss auch sagen dürfen, dass eine subjektiv empfundene Störung keinen Krankheitswert hat, auch wenn die Diskussionsforen im Internet dies vielfach bejahen. Es muss erlaubt sein, Gesundheit zu diagnostizieren, auch wenn dies nicht die Intention des Patienten ist. In jedem Fall bedarf es einer gesellschaftlich akzeptierten Definition von **Gesundheit** als Ziel der Handlungswissenschaft Medizin. Ohne eine kontext- und parteieninvariante konsensuelle Gesundheitsdefinition lassen sich Krankheitsfolgen und –kosten nicht vergesellschaften. Der Begriff der wohlwollenden Fürsorge führt zur dritten Grenze:

### **Autonomie versus Autorität**

Bezüglich der Patientenautonomie wird oft auch von Partnerschaft gesprochen. Eine solche gleichberechtigte Beziehung zwischen Patient und Arzt ist aber oft weder sinnvoll noch möglich und wird zum Beispiel durch Kompetenzgefälle und Verantwortungsdifferenz bei Eingriffen verhindert. Der Arzt sollte die Anwaltschaft für den einzelnen Patienten behalten.

Auch wenn Autonomie neben Gerechtigkeit, Nichtschaden und Wohltun eines der vier höchsten Prinzipien der Bioethik unseres Kulturkreises ist, besteht ein Konflikt

zwischen Autonomie und Wohltun oder besser Fürsorge. Das Problem wird dadurch größer, dass das Internet die früher für die Allgemeinheit geschlossene Bibliothek geöffnet hat, auch wenn die Qualität der Informationen sehr unterschiedlich ist. Eltern eines Kindes mit einer seltenen Erkrankung werden auch den Artikel in Nature oder Science finden, der den meisten Klinikern akut sicher nicht präsent ist.

Dennoch gilt, was Arthur Jores bereits 1958 zum Placeboeffekt des Arztes und der Arzneien gesagt hat:

**"Es ist seine Persönlichkeit, sein Fluidum, das von ihm ausgeht, die Frage ob er selbst an das Mittel, das er seinen Patienten verordnet glaubt. Ärzte können ihren festen Glauben und ihre Überzeugung von der Richtigkeit ihres Handelns auf die Patienten (und Mitarbeiter) übertragen und damit einer kräftigen Placebowirkung den Boden bereiten"**

Noch deutlicher hat es der Physiologe und Sozialmediziner Hans Schäfer 1983 ausgedrückt:

**"Die ärztliche Autorität gerät ins Feuer der Kritik mit dem Argument, dass mit dieser Autorität Herrschaft ausgeübt wird. Das ist wissenschaftlich gesehen sogar leidlich korrekt, aber zudem notwendig im dem Sinne, dass ohne den autoritativen Akzent des Arzt-Patientenverhältnisses ein wesentlicher Heilfaktor verloren geht, das**

**was Balint den "Arzt als Droge" nennt. Es gibt keine Heilung ohne  
Vertrauen und kein Vertrauen ohne Autorität"**

Wenn der kunsthandwerkliche Aspekt der Medizin, der ihren Ursprüngen entspricht, ebenso wie die wissenschaftliche Komponente erhalten bleiben sollen, werden wir nicht umhin können, der Autonomie der Patienten durch Empathie, Distanz und Kompetenz Grenzen zu setzen. Der "mündige Patient" verliert in der Not und vor allem der Angst rasch den Anspruch auf "Augenhöhe" – er vertraut sich der Führung des Arztes an. In einer solchen Situation sind Rahmenbedingungen wie Allokationsfragen, Ressourcenzuteilung und auch Honorierung nicht Verhandlungsgegenstand – dies begründet in einer solchen Situation auch die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient und macht deutlich, dass das Begriffspaar Anbieter - Kunde hier nicht adäquat ist. Diese Begriffe führen zur vierten Grenze:

**Kosten versus Nutzen**

Soll unter der Voraussetzung gegebener Mittel der maximal mögliche Effekt erzielt werden oder sollen wir von dem maximal möglichen Erfolg ausgehen und die nötigen Mittel requirieren, die dafür erforderlich sind? Bisher ist die Beitragsstabilität hierzulande die Norm – ob diese halten kann, wenn tatsächlich rationiert oder auch priorisiert werden muss, wage ich zu bezweifeln. Die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven ist keine nachhaltige Finanzierungsquelle, wie die sogenannte Rürup Kommission treffend bemerkt hat.

Wir Ärzte haben uns in erster Linie um das Wohltun für die Patienten zu kümmern. Das heißt, dass auch Maßnahmen mit kleinen Effekten, die Ängste oder Schmerzen nehmen, auch wenn dies nur für eine limitierte Zeit möglich ist, vom fürsorglichen Arzt angewandt werden. Dass dies die Volkswirtschaft belastet, ist sicher, es gehört aber zur Grundversorgung. Dabei darf Medizin auch nicht im Nachhinein bestrafen – es gibt die Kategorie "schuldhaft krank" für den Arzt nicht. Wenn Risiken ökonomisch gesteuert werden sollen, muss dies vorab zum Beispiel durch Versicherungen geschehen. Dies wäre gerade in der von Beliebigkeit und Jagd nach "dem großen Kick" geprägten postmodernen Gesellschaft von großer Bedeutung. Nicht zur Grundversorgung gehört die Tendenz, einer falsch verstandenen Gesundheit, die – wie oben dargestellt – oft allgemeine Fragen der Lebensbewältigung betrifft, Mittel zur Verfügung zu stellen. Prinzipiell sind aber wachsende Gesundheitsausgaben aufgrund geänderter Präferenzen der Bevölkerung keine Fehlentwicklung. Gesundheit ist ein kulturelles Produkt oder Gut. Medizin hat daher keine Eigengesetzlichkeit sondern folgt primär den Ängsten und der existenziellen Bedrohung des Patienten.

Die Medien und die durch sie gemachte Meinung greifen jedes Fehlverhalten eines Arztes auf und unterstellen uns allen oft – ähnlich wie den viel geschmähten Bankern – primär ökonomische Interessen. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Heilkundigen stets Zentralfiguren ihrer Gesellschaft waren wie der "Medizinmann" der Indianer, der

"Schamane" der Sibirer und der "Hexenmeister" im Kongo. Sie konnten reich werden, wurden aber scharf kritisiert, wenn sie nicht alle anerkannten Behandlungsweisen beherrschten. Die Bemühungen mussten aber ebenso wie heute auch nicht zwingend von Erfolg gekrönt sein. Wir sollten diese zentrale Rolle, die aus der fernen Vergangenheit stammt und sich im Ansehen bei der breiten Bevölkerung immer noch widerspiegelt, ruhig und gelassen weiterführen und uns auch in der beschriebenen postmodernen Gesellschaft nicht auf andere Rollen reduzieren lassen.

Meine Damen und Herren, ich möchte diese vier von vielen möglichen Grenzgängen wie folgt zusammenfassen:

- Obwohl Medizin sicher mehr als eine Wissenschaft ist, ist die klinische Forschung von ihrer grundlagenorientierten bis zur patientenorientierten Form ein wesentliches Element gerade der Inneren Medizin. Ich würde mich diesbezüglich der Formulierung des früheren DFG Präsidenten Wolfgang Frühwald 1999 anschließen:

**"In dem Augenblick, in dem wir das Gefängnis der Genetik verlassen und uns wieder dem Systemischen und dem Organismus zuwenden, wird ein neues Bild des medizinischen Forschers auftauchen: schon das des Spezialisten, aber nicht nur das des hochspezialisierten, reduktionistisch arbeitenden**

**Molekularbiologen, sondern das des wissenschaftlich ausgebildeten, auch zur Forschung erzogenen Arztes. Dieser wird die avancierten Methoden der Molekularbiologie mit patientenorientierter Forschung verbinden, um daraus ein neues Forschungsparadigma zu gewinnen."**

Wir müssen uns frei machen von vermeintlichen Zwängen, die uns unter den Mantel der forschungsbasierten Evidenz durch Leitlinien auferlegt werden, um dem einzelnen Patienten gerecht zu werden. Ein Computer und auch ein guter Algorithmus – auch wenn ich solche selber gerne darstelle – ersetzen nicht die Erfahrung und die Entscheidung im Einzelfall. Dennoch muss Wissenschaft als eine Grundlage der Medizin auch gegenüber Scharlatanen, Weissagern und der postmodernen Gesellschaft verteidigt werden.

- Die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit ist fließend, es bedarf einer klaren Definition durch gesellschaftlichen Diskurs. Wir als Ärzte können nur im Einzelfall festlegen, ob eine Therapie erforderlich ist. Die Konsequenzen der grundsätzlichen Definition müssen die Gesellschaft und ihre gewählten Vertreter festlegen! Der Hang der postmodernen Gesellschaft zur Selbstverwirklichung auch um den Preis ihrer selbst darf

nicht dazu führen, dass die ubiquitären Störungen der Befindlichkeit die Grenzen der Medizin definieren.

- Autonomie des Patienten ist ein Wert, der aber trotz der überbordenden Möglichkeiten des Internets meist nicht durch reale Informationsäquivalente gestützt wird. Wir sollten daher darauf beharren, dass ein gewisses Maß an Fürsorge und Autorität des Arztes nötig ist (und immer schon war) um die Nöte des Patienten zu lindern.
- Die Ökonomie prägt die Medizin zunehmend seit mehreren Jahrzehnten. Hier muss klar gesagt werden, dass der Arzt Anwalt des einzelnen Patienten und nicht primär der Gesellschaft ist. Eventuell aus anderen Perspektiven heraus nötige Rationierung und Priorisierung muss auch von den Erzeugern dieser Perspektiven verantwortet werden.

### **Warum heute noch Innere Medizin erlernen?**

Wenn die Dinge in unserer postmodernen Gesellschaft nun so kompliziert erscheinen, wie können wir dann junge Leute davon überzeugen, dass es eine gute Idee ist, Innere Medizin als Beruf zu wählen – in der Regel ja für ein ganzes Berufsleben?

Wir müssen zunächst den Studierenden die Faszination von Verständnis der Biologie in der Kombination mit Empathie und Verständnis des einzelnen Patienten, also die

Innere Medizin als wissenschaftliche begründete besondere Ausprägung der sprechenden anthropologischen Medizin vermitteln. Innere Medizin ist auch in einer postmodernen Gesellschaft die richtige Beschäftigung für Geist und Empfindung für kluge junge Leute. Diese sollen ruhig während des Studiums und nicht über ganze drei Jahre danach promovieren – sie stellen, auch wenn man an Noten nur begrenzt glaubt, sicher eine positiv selektionierte Gruppe dar und sollten sich diesbezüglich weder vom Wissenschaftsrat noch von den weniger selektierten Naturwissenschaftlern einschüchtern lassen.

Ein gut ausgebildeter junger Arzt, der die Weiterbildung in Innerer Medizin durchläuft und dabei erlebt, dass gute Innere Medizin die Anwendung von Wissenschaft im Einzelfall durch gute Kunsthandwerker ist, wird die Freude an dieser Tätigkeit haben, die die Innere Medizin seit 1882 vital erhalten hat und auch die Begründung für unseren Kongress ist. Wir sollten allerdings die durch die postmoderne Gesellschaft veränderten Lebensentwürfe unseres Nachwuchses bedenken, so wie Benedikt von Nursia bereits 529 n. Ch. formulierte:

**"Die Sorge für die Kranken gehe vor allem und über alles. Doch mögen auch die Kranken bedenken, dass man ihnen – Gott zuliebe – diene; man solle deshalb die pflegenden Brüder nicht durch übergroße Ansprüche betrüben"**

Es muss zwar festgehalten werden, dass ein klinisch tätiger Arzt nie einen präzise planbaren Berufsalltag haben wird – vielleicht mit Ausnahme der Anästhesiologen. Dennoch und gerade deshalb müssen wir uns um familienfreundliche Strukturen und eine motivierende Arbeitsatmosphäre bemühen, z.B. durch eine strukturierte Weiterbildung, durch attraktive Fortbildungsmaßnahmen und durch ein Mentoring vor allem für die jungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ich möchte mit einem Zitat des von den Nationalsozialisten aus Freiburg und Deutschland vertriebenen Internisten Siegfried Josef Thannhauser in die Zukunft blicken:

**„Drei Tugenden des Arztes möchte der akademische Lehrer seinen Schülern einflößen: Liebe zu den Menschen, Demut in der Ausübung und in der Beurteilung des Experimentes und einen unermüdlichen Fleiß im Studium der Ergebnisse der wissenschaftlichen und empirischen Medizin“**

Ich wünsche Ihnen einen schönen Abend und noch interessante Tage im Kongress.