

# Thesenpapier zur Rolle der Ärzt:innen

Stephan Nolte, Helmut Jäger 22.12.2020

## Die aktuelle Situation im Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch

- **Übertherapie**, insbesondere am Lebensende, aber auch am Lebensanfang.
- **Interessenskonflikte der Ärzt:innen (und anderer Gesundheitsberufe)**. Das Spannungsfeld entsteht zwischen den Polen „Krankheit beseitigen“ und von „Krankheit leben“. Denn einer der Psycho-Pathologien des Arztberufes besteht darin, dass „eine Heilerin“ unbedingt „den Siechen“ braucht, um für ihr mildtätiges Tun „heilig-gesprochen“ (oder belohnt) zu werden.
- **Das alte Paradigma der Kriegsmedizin** ("Der Feind steht draußen und wird identifiziert, isoliert und vernichtet"). Die Vorstellung des Kampfes gegen Terroristen konnte sich besonders nach der Herauslösung der Ärzte aus der Gewerbeordnung Ende des 19. Jahrhunderts entfalten. Sie ist nach wie vor das beherrschende Modell der Medizin. Trotz der dynamischen Entwicklung der System-Biologie, die (in Homöostase friedlich) lebende Ökosysteme betrachtet (u.v.a. die Zusammenhänge von Mikrobiom, Virom und PsychoNeuroEndokrinologie u.a.). Das Primat der Kampf-Medizin aber braucht eine Gegnerschaft, die es zu besiegen gilt, und die, scheinbar alternativlos, Kriegs-Strategien erfordere, für die Kollateralschäden in Kauf genommen werden müssen. Derzeit leben wir im Krieg gegen Corona.
- **Vermischung von „Wissenschaftstheorie“ und „Praxis“**. Die „klinische Regelversorgung“ (die Anwendung) ist undurchsichtig vermischt mit experimenteller Forschung an Interventionen. Konsequenz: neue Verfahren und Anwendungen werden vorschnell und allein dadurch, dass sie als individueller Heilversuch vorgenommen und publiziert wurden, in die Regelversorgung überführt und nicht mehr hinterfragt, geschweige denn systematisch überprüft (Bsp.: Herztransplantation bei Neugeborenen).
- **„Machen“**. Durch die Definition als „Leistungserbringer“ wird die ärztliche Qualität des „watchful waiting“ vergessen. Die Bereitschaft, schnell handeln zu müssen, also „Leistungen“ zu erbringen, wird immer wichtiger, als das Ergebnis des Handelns anzusehen. Handeln erhält durch die Akkumulation von „Leistungen“ einen Selbstwert, der höher angesiedelt wird als Stehen-bleiben, Betrachten, Reflektieren und Denken. Behandelnde Ärzt:innen sind im Sinne verengter, zielgenauerer Handlungen und Aktionen tätig, d.h. als Problemlöser. Sie verlieren ihre Kompetenz, sich einen Gesamt-Überblick zu verschaffen. Und auch zunehmend die Fähigkeit, Problemzusammenhänge, -Wechselwirkungen und -Beziehungen zu managen. Je mehr der handelnde Interventionismus (der oft auch kommerzielle begründet ist) zunimmt, desto mehr verlieren Moral, Werte und Ethik an Bedeutung.
- **„EbM“-Missbrauch**. Er ist häufig – oder wird sogar zu Regel. D.h. bei Studien, die „EbM“ zugerechnet werden, handelt es sich zunehmend um Versuche, die beweisen sollen, dass das, was bereits unternommen wird, auch das richtige sei. Ärzt:innen wollen dann oft „nur insofern „Wissenschaftler:innen sein, wie sie Ärzt:innen sind!“. „Wissenschaftliches Denken“ dient so als Beleg des Tuns. Die kritische Evaluation einfacher therapeutischer Maßnahmen auf ihre traditionell attribuierte Wirkung, was eines der wichtigen Ziele einer EbM war, wird nicht mehr verfolgt, weil solche Studien nicht finanziert werden. Dagegen werden heute in hochkomplexen Studien neue, hochpreisige Medikamente in RCTs nur gegen die bislang beste Therapie untersucht, oft ohne oder mit einem falschen Placebo (z.B. HPV-Impfstoff gegen „nur-Adjuvans“.)
- **Anbiet-Medizin**: Ärzt:innen bieten, auch durch die Einengungen der Kassenmedizin, zunehmend Leistungen an, die keinen nachweisbaren medizinischen Nutzen haben, auch in Kliniken, die sich damit neue Standbeine sichern.
- **Institutionelle Zwänge der Ärzt:innen**. Ärzt:innen müssen durch fragwürdige Leitlinien zunehmend nur noch das tun, was sie sollen. Bestechung läuft heute zunehmend auf einer

viel höheren Ebene. Die Zeiten, bei denen Pharma-Vertreter:innen den Ärzt:innen das Essen spendierten, und die Urlaubsreise subventionierten, sind vorbei. Jetzt läuft Bestechung anders: Es wird auf übergeordneten Ebenen kommerziell interveniert und auch betrogen. Ärzt:innen müssen in diesem Strom mitschwimmen. Sie müssen sich im Mainstream kollegialer Kongruenz einordnen. Sie müssen sich in Chorgeist-dominierten Netzwerken und Seilschaften einreihen. Und es wird verlangt, dass sie sich aus ganzem Herzen wohlfühlen in einer kollegial-familiäre Drittmittel-Mainstream-Atmosphäre, dort den Konsens suchen und Konflikte vermeiden. Dieser Druck der Umfeldes auf die Ärzt:innen steigt, während ihr Entscheidungsspielraum sinkt. Höhere Stellen und Lehrstühle werden nach dem Ausmaß der Drittmittelinwerbung vergeben, statt nach unabhängigen Leistungen.

- **Ein verengter Gesundheitsbegriff:** Gesund ist nicht mehr der, der sich gesund fühlt, sondern der negative Testergebnisse aufweist. Die Fähigkeiten, sich selbst zu spüren (was gesund sei, guttue und nötig sei) werden nicht mehr gefördert, lassen nach und verkümmern.
- **Algorithmen-Medikalisierung:** Ärzt:innen handeln zunehmend im Rahmen Algorithmen gesteuerter kommerziell-getriebener Prozesse, und sind dabei immer seltener verantwortlich für eine Gesamtschau und Begleitung.

### Nötig wäre aus unserer Sicht

- **Ein Ampelsystem bei allen medizinischen Maßnahmen**
  - Grün: Kein oder sehr geringes Schadensrisiko, großer Belegter Nutzen (EbM)
  - Gelb: Vermuteter Nutzen, geringe Risiken, ungenügende Daten (Nicht durch EbM belegt)
  - Rot: Nutzen unklar - Risiken hoch ... ggf. nur speziellen Indikationen vorbehalten.
- **Medizinsystem-unabhängige, wissenschaftliche Überprüfungen der Methoden, Dienstleistungen, Anwendungen, Interventionen** durch öffentliche, nicht medizinische Institutionen. Ärztliche Leistungen sollten von anderen Berufsgruppen untersucht werden: Soziologen, Juristen, Mathematikern, Physikern, die nicht im Prozess involviert sind. Zudem sollte die klinische Anwendungspraxis auf der Versorgungsebene von wissenschaftlicher Betrachtung getrennt werden. Umgekehrt sollte die Versorgungsforschung gefördert werden, in dem Sinne, ob eine an sich gut evaluierte Einzelmaßnahme auch dem ganzen Menschen nutzt („Operation gelungen, Patient tot“).
- **Eine Differenzierung der Arztrollen.** Es sollte für Patient:innen erkennbar sein, in welcher Rolle Ärzt:innen gerade handeln:
  - Heilen (Beruhigen und Versöhnen)
  - Wissenschaft (ohne Handlungs-orientierung)
  - Beratung und Begleitung (Gesamt-Überblick verschaffen, Selbstmanagement fördern)
  - Geschäft (als solches klar und transparent benannt)
  - Sorgen (Pflegen, Unterstützen, engl. Care)
  - Handwerk (Technische Präzision)
  - Bedienung von Geräten
  - Programmierung von Algorithmen

...

Ärzt:innen sollten daran mitwirken, dass das Gesundheitssystem möglichst selten aufgesucht wird, und Gesundheit wieder als ein Potential wahrgenommen werden kann, dass es ermöglicht, sinnvolle Lebensziele zu erreichen. Für eine wirksame Infektionsprävention darf der Nutzen einer Impfung nicht gegenüber Maßnahmen zur Stärkung gesundheitsförderliches Verhalten und gesundheitsstabilisierender Verhältnisse überbewertet werden.