

Ärzt:innen am Wendepunkt

Helmut Jäger, Mezis News, Auszug 25. November 2021

Unsere Gesellschaft erlebt eine Transformation.

Der Einschlag des „Corona-Meteoriten“ katapultierte „Gesundheit“ an die Spitze der gesellschaftlichen Werte. Das „Neue Normal“ der Medizin-Macht wird bestimmt von Todesängsten und Heilsversprechen.

Zugleich verliert die beziehungsreiche und patienten-orientierte Medizin (Dörner, Hontschik 2021).

- Die Förderung von Gesundheits-Kompetenz (Health Literacy),
- praktische Lebenskunst (ohne Medizin), und
- ungehinderte kindliche Entwicklung ihrer Selbstheilungskräfte (Resilienz) ..

.. spielen in öffentlichen Diskursen kaum noch eine Rolle.

Stattdessen wächst die Angebotspalette der Digital-Medikalisierung („Health 2.0“) in einem Markt, der von „patient-processing“, „individualised precision medicine“ und „medical artificial intelligence“ bestimmt wird. Ärzt:innen, die als „Krankheits-Beseitiger“ eigene Entscheidungen treffen wollen, werden seltener gebraucht. (Kuhn 2019, de Witte 2021)

Ärztlicher Alltag wird zunehmend von Tätigkeiten bestimmt, die einfacher und preiswerter ausgebildete Personen anderer Berufsgruppen mindestens ebenso gut ausfüllen könnten: Dokumentationen erstellen, Datenbanken füllen, Maschinen bedienen, in die Haut pieksen, testen und analysieren, durch Rituale beruhigen, zielgenau intervenieren u.v.a. Die Bedeutung nicht-medizinischer Berufe wie Krankenpflege, Geräte- und Labortechnik, „Gesundheits-Wissenschaft“, Mathematik, Biologie und Physik nimmt dagegen zu. Ebenso von Personen, die noch zu Gesprächen und Berührungen fähig sind, wie Heilpraktiker:innen oder Osteopath:innen etc.

„Doctor-nurse substitution“ muss für die Patient:innen nicht unbedingt nachteilig sein. Z.B. könnten für Hebammen u.a. größere Freiräume entstehen, für empathische Kommunikation, für Begrenzung von Übertherapie und für striktere Einhaltung von Evidenzbasierter Medizin. Ein gutes Beispiel ist dafür die Leitlinie der AWMF für normale Geburten, an deren Erstellung insbesondere Hebammen mitgewirkt haben. Würden in anderen Bereichen Physiker:innen und Naturwissenschaftler:innen zunehmend Arbeitsfelder übernehmen, die bisher Mediziner:innen vorbehalten waren, könnte auch das sich günstig auswirken. Denn dann wäre es vielleicht möglich, die dominierende Einzelfaktor- und Problem-Fixierung der Medizin allmählich durch ein System-Verständnis zu ersetzen, wie es in der Physik seit einhundert Jahren etabliert ist. (Schmahl 2000)

Längst wurden Ärzt:innen in den zentralen Gesundheits-Fabriken durch Ökonom:innen verdrängt. Um diesen zu dienen, und sich zu nutzen, müssen sie zwangsläufig an Übertherapie interessiert sein. Und so lebt der Markt der Krankheiten von der Erzeugung von Lebens- und Todesängsten, von denen auch die Ärzt:innen immer noch profitieren.

Ärzt:innen werde zunehmend von Treibern der Medikalisierung zu Getriebenen:

„Radiologists are the coyote already over the edge of the cliff who hasn't yet looked down“
[Prof. Geoffrey Hinton 2017](#)

Für Hinton, einen Psychologen und Entwickler neuronaler Netzstrukturen („Deep Learning“), war es schon vor Jahren „ganz offensichtlich ..., dass wir aufhören sollten, Radiologen zu trainieren“. Denn Berufsgruppen, die Algorithmen programmieren oder steuern, sind ihnen bereits heute überlegen. Werden deshalb Ärzt:innen (die früheren „Halbgötter in Weiß“) in wenigen Jahren auf die Liste gefährdeter Berufsarten gehören?

Dr. Montori, ein Chefarzt der US-Mayo-Clinic hat diese Gefahr erkannt, und warb auf dem EbM-Online-Kongress im Februar 2021 für ein neues ärztlich-dominiertes Geschäftsmodell: „Kind and careful care“. Im Prinzip beschrieb er eine gute, zugewandte, psychosomatische, patientenorientierte, ethische, beziehungsreiche, transparente, empathische, berührende Medizin. Also genau die Medizin, wie sie „eigentlich“ sein sollte – aber nicht ist. Denn – ärztlich geführt – verkam sie in weiten Teilen zum Kommerz. Die Hoffnung von Montori, dass die Nachfrage der Patient:innen für solche „empathisch-ärztlichen“ Angebote steigen werde, ist optimistisch: Warum sollten Pharmaindustrie, Kassen, Politik oder Digitalkonzerne dafür weiterhin teure Ärzt:innen bezahlen – und nicht preiswertere Berufsgruppen?

Was bedeutet die gesellschaftliche Veränderungsdynamik ?

Darüber diskutieren wir (u.a. bei Mezis). Wir fragen: immer wieder aufs Neue. Und fanden bisher keine endgültigen Antworten. Das Wesen von Mezis e.V. gründet sich auf Ethik: Bestechung entlarven, verhindern oder anprangern.

Aber welche grundlegenden ethischen Prinzipien sind es, die wir vor interessen-getriebenem Einfluss schützen wollen?

Mehr

Vorschläge für die Handlungs-Grundlage von Mezis 2020:

<https://mezis.de/arbeitsgruppe-ethik>

[Ist Algorithmen Medizin „Value based?](#)

Literatur

- de Witte B. Algorithms will out-perform Doctors in just 10 years time, Dataconomy 2021. <http://dataconomy.com/2017/10/18532/>
- Dörner K: [Der gute Arzt, 2001](#)
- Hontschick B: [Nachruf Bernhard Lowen DÄZ, 21.02.2021](#)
- Jäger H: Ethische Herausforderungen in der Medizin und die Konsequenz für Mezis. [MN 3/2019](#), S. 8
- Kuhn S et al: Digitale Transformation der Medizin – Die Zukunft aktiv gestalten. Dtsch Arztebl 2019; 116(17): A-830 / B-684 / C-672, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/inhalt?heftid=6328>
- Montori Victor: <https://carethatfits.org/>, <https://patientrevolution.org/>
- Nolte St: Behandeln oder heilen? Eine Reflexion über Heilberufe, 2021 Dr. med. Mabuse 250:36-38
- [Schmahl FW, von Weizäcker CF: Moderne Physik und Grundfragen der Medizin, DÄB 2000, 97\(4\):B-139-141](#)