

An jeden Arzt persönlich und an die Ärzteschaft im Gesamten treten derzeit massive Ansprüche und Erwartungen heran. Das deutsche Gesundheitssystem steckt inmitten eines tief greifenden Wandels: Um- und Abbau des stationären Bereichs, DRG-Entgeltsystem, ökonomischer Druck bis in die therapeutische Beziehung hinein, Reglementierung und Bürokratisierung, zunehmende juristische Absicherungen, Rückgang der Akutkrankheiten und Zunahme der chronisch Kranken, Umkehrung der Alterspyramide. Die derzeitigen Maßgaben zur Bewältigung dieser Entwicklung sind durch ein „immer mehr“ gekennzeichnet: immer mehr an bürokratischer Arbeit, immer mehr an rechtlichen Absicherungen, immer mehr an Reglementierung.

Warum? Weil diese Maßgaben meist von Politikern, Kassenvertretern, Krankenhausmanagern und Richtern ausgegeben werden, also nicht von Ärzten – obwohl es um den ärztlichen Arbeits- und Verantwortungsbereich geht. Die Ärzte haben diesen Aufgabenbereich in der Vergangenheit nicht ausreichend definiert und verteidigt. So konnten fachfremde Erwägungen Einzug halten, die an anderer Stelle ihre Berechtigung und Notwendigkeit haben – im ärztlichen Bereich aber fehl am Platze sind.

Um den ärztlichen Verantwortungsbereich klarer zu fassen und um die dringend notwendigen Antworten auf die anstehenden Fragen geben zu können, bedarf es der Arbeit an der ärztlichen Grundhaltung, am Selbstverständnis – also am „ärztlichen Ethos“. Erst auf dieser Grundlage ist es möglich, Standpunkte und Aufgaben zu formulieren und zu definieren. Die ärztliche Grundhaltung ist eine Frage der ärztlichen Ethik und Anthropologie, die nach dem „Sein“ (Anthropologie) und „Sollen“ (Ethik) des Arztes fragt. Es sind ganz grundsätzliche Fragen, wie „Was ist Gesundheit, was ist Krankheit?“, „Was ist die Rolle und Aufgabe des Arztes?“ oder „Was begründet mein Handeln?“. Die Arbeit

an der Grundhaltung ist „praktische Philosophie“ (Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Dörner).

Die Medizin wurde in den letzten Jahrzehnten vor allem als angewandte Wissenschaft definiert. Das ärztliche Tun war aber schon immer angewandte Wissenschaft *und* praktische Philosophie. Durch die beeindruckenden Entwicklungen der medizinischen Wissenschaft geriet in Vergessenheit, dass es nicht hinreichend ist, die Medizin nur als Wissenschaft zu denken und zu leben. Unter dieser „Monokultur“ leidet ihre Mehrdimensionalität. Durch eine

Ärztliche Grundhaltung

Praktische Philosophie

Wiederentdeckung der „Zweibeinigkeit“ der Medizin als angewandte Wissenschaft *und* praktische Philosophie würden der Arzt und die Medizin eine neue Grundlegung erreichen. Dadurch könnte ein Mehr an Vertrauen aufgebaut und ein gutes Quantum an Kontrolle abgebaut werden, damit die Arzt-Patienten-Beziehung sich mehr in der Begegnung gründet als in Aufklärungsbögen und Anwaltsgebühren.

Diese praktische Philosophie ist kein zusätzlicher, einzuspargernder Luxus, den man höchstens Psychiatern, Medizingeschichtlern oder Philosophen zugesteht. Es geht um die Grundlegung des täglichen Tuns eines jeden Arztes. Standpunkte, die zur Diskussion stehen können:

- Medizin ist zuallererst Beziehungsmedizin – die ärztliche Ethik und Anthropologie muss sich in der Arzt-Patienten-Beziehung gründen und dort beginnen.

- Ärztliche Kernaufgabe ist die Fürsorge, indem man sich aus fremden Sorgen eigene macht und Sorge für den anderen (Patienten) trägt.

- Gerade in der hilf- und schutzlosen Lebenslage von Krankheit wird offensichtlich, dass der Mensch neben dem Wunsch nach Autonomie auch der Heteronomie bedarf – also der Fremdbestimmung, des Abhängig-Seins von einem anderen.

- Der Arzt muss das *Wohl* des Patienten im Blick haben, was manchmal dem *Wunsch* des Patienten entgegenstehen kann. Es geht um Hinhören, ohne hörig zu sein.

- Die (berechtigte) Abkehr von der „paternalistischen und autoritären Grundhaltung“ hat ein Vakuum entstehen lassen. Es bedarf einer Neudefinition des früheren Paternalismus im Sinne von Fürsorge und ärztlicher Verantwortung. Ohne diese Neudefinition wird sich die Arzt-Patienten-Beziehung zu einer Arzt-Kunden-Beziehung entwickeln, mit der Folge einer verantwortungslosen Medizin und dem Verlust an ärztlicher Autorität.

- Die Arzt-Patienten-Beziehung muss absolut frei sein – insbesondere frei von Kostenfragen.

- Der Arzt übernimmt Verantwortung, trifft Entscheidungen und muss darin absolut frei und unverfügbar sein – dafür muss er sich rechtfertigen können und für sein Tun belangbar sein.

- Gegen die Flut an Fremdkontrollen und Dokumentationsanforderungen helfen nur das Einsetzen von Selbstkontrollen und die Darlegung der ärztlichen Verantwortung.

Es kommt also darauf an, dass die Ärzte sich auf die Kernaufgaben ihres ärztlichen Tuns konzentrieren – das kann ihnen keiner abnehmen, das ist ihre Aufgabe. Wenn sie diese Aufgabe nicht wahrnehmen, wird sie von anderen kompensiert, mit der logischen Folge von zunehmenden Fremdkontrollen und dem Verlust ärztlicher Glaubwürdigkeit. Diese Aufgabe ist die Arbeit an der ärztlichen Grundhaltung als praktische Philosophie. Der Gewinn könnte ein Mehr an Glaubwürdigkeit, ein weniger an bürokratischen Fremdkontrollen und ein Mehr an ärztlicher Praxiszufriedenheit sein. Dr. med. Steffen Simon