

Handout: David Klemperer (2005): Vom Paternalismus zur Partnerschaft: Der Arztberuf im Wandel

Der gesundheitliche Kontext und die Erwartungen, welche die Öffentlichkeit an den Arztberuf stellt, sehen sich seit Mitte des 20. Jahrhunderts bedeutenden Veränderungen unterworfen. Der Text beschäftigt sich mit dem Wandel des Arztberufs und vertritt die Meinung, dass viele Ärzte auf die veränderten Rahmenbedingungen nur ungenügend reagiert haben.

1. Der Arztberuf: eine Profession im Zuge der Reprofessionalisierung

Der Arzt genießt ein relativ hohes Ansehen in der Gesellschaft und seine Beziehung zum Patienten geht über das normale Verhältnis zwischen Dienstleistendem und Kunde hinaus. Der Patient vertraut dem Arzt seine Gesundheit an und lässt zu, dass dieser gegebenenfalls seinen Körper verletzt. Es wird dabei davon ausgegangen, dass der Arzt das ihm entgegengebrachte Vertrauen nicht ausnützt. Der Arzt verpflichtet sich, die Interessen des Patienten seinem eigenen Profit überzuordnen, was zum Beispiel bei einem Geschäftsmann nicht der Fall ist. Der Ärztestand genießt das Privileg der Selbstverwaltung, obwohl grundsätzlich staatliche Organe für die Kontrolle zuständig sind. Da die fachlichen Anforderungen sehr hoch sind, können Ärzte schlecht von den Behörden kontrolliert werden. Um sicherzustellen, dass die Ärzte den Versuchungen widerstehen, die Verletzlichkeit der Patienten auszunutzen, müssen Richtlinien ärztlicher Kompetenz beachtet werden.

In einigen Bereichen haben sich die Erwartungen an die Berufsgruppe grundlegend geändert und die Berufsfreiheit wurde eingeschränkt. Einige der Ärzte empfinden dies als Deprofessionalisierung. Der Autor jedoch sieht darin eine Chance einer Neubestimmung ärztlichen Rollenverhaltens, in deren Zentrum Rechenschaftslegung und Qualitätsdarlegung stehen (*assessment and accountability*). Gestützt auf das Konzept der Evidenzbasierten Medizin, das in den 90er Jahren formuliert wurde, kann eine grössere Nachvollziehbarkeit für die Öffentlichkeit und eine grössere Transparenz bei medizinischen Entscheidungen erreicht werden.

2. Ein neues Verhältnis zwischen Patient und Arzt

Mitte des 20. Jahrhunderts war die allgemeine Auffassung, dass der Patient dem Arzt fraglos unterstellt war und dass er ihm lediglich die Informationen zu liefern hatte, die dem Arzt erlaubten, ein Diagnose und Therapieform zu bestimmen. Er war durch seinen Wissensvorsprung derjenige, der am meisten befähigt war, medizinische Entscheidungen zu treffen. Subjektive Informationen über die Person waren eher unerwünscht.

Ausgehend von der Stärkung der Bürgerrechte haben sich vor allem ab den 70er Jahren die Bedürfnisse der Patienten geändert. Sie wollen an den Entscheidungen teilhaben, die ihre eigene Gesundheit betreffen, und befürworten, dass Ärzte von externer Stelle überprüft werden. Das *Shared Decision Making*-Modell schlägt vor, dass an einer Entscheidung mindestens zwei Personen beteiligt sind, die über die Wahlmöglichkeiten informiert sind und die für die Entscheidung Verantwortung übernehmen. Der Autor betont hier, dass viele Ärzte noch zögern, ihre Behandlung an den Patienten anzupassen.

3. Qualitätskontrolle und Verwaltungsstrukturen

Die Ärzte sollen über neue Techniken informiert und in der Lage sein, ihren Beruf bestmöglich auszuüben. Die Formel *up to date and fit to practise* drückt dies in Kurzform aus. Die blosser Erwartung an die Ärzte führt aber nicht zu einem befriedigenden Ergebnis, wie durch Medizinskandale in England und Deutschland an den Tag kam. In diesen Ländern

hatten sich Ärzte inkompetent verhalten und durch Fehldiagnosen die Beeinträchtigung der Gesundheit oder sogar den Tod von zahlreichen Patienten verursacht. Während in England aus diesem Versagen der Selbstverwaltung Konsequenzen gezogen wurden, erhöhten in Deutschland keine Massnahmen den Patientenschutz.

Da sie sich selbst verwalten, vertreten Ärztekammern gleichzeitig die Standesinteressen sowie die Interessen der Patienten und Bürger. Dabei kommt es oft zu Zielkonflikten. Um sicherzustellen, dass die Ärztekammern nicht den Eigeninteressen den Vorzug geben, sollen laut dem englischen General Medical Council ‚zielführenden Strategien‘ durchgesetzt werden. Damit die Ärzte in der Praxis ihren Beruf bestmöglich ausführen können, schlägt er die kontinuierliche Fortbildung, die systematische Rezertifizierung aller Ärzte, ein konsequentes Fehlermanagement sowie eine Beteiligung der Patienten an den Entscheidungen vor. Die Weiterbildung wurde zwar bis anhin als Pflicht angegeben, wird aber bis heute bei Unterlassung nicht sanktioniert. Dies ist zum Beispiel bei Taxifahrern und Piloten anders. Sie müssen Honorarkürzungen und Entzug der Zulassung in Kauf nehmen, wenn sie es versäumen, sich den regelmässigen Prüfungen zu unterziehen.

Klemperer schlägt vor, dass die Verwaltung von den berufsständigen Interessen getrennt werde. Auch soll die Öffentlichkeit ein Gewicht in dieser erhalten, wie das in England oder in Kanada schon der Fall ist. Richtlinien für neue Verhaltensstandards könnten in den Pflichtenkatalogen „Medical professionalism in the new millennium: a physician’s charter“ oder „The duties of a doctor“ gefunden werden. Letzterer schlägt Sanktionen bei Verstössen vor. Die Weiterbildung der Ärzte ist um so unumgänglicher, als Studien zeigen, dass die Kompetenz von Ärzten im Verlauf der Karriere tendenziell nachlässt. Daher sollen die Praktiker ihre Kompetenzentwicklung gegenüber Experten der Ärztekammer von Zeit zu Zeit darlegen. In Kanada wurden mit solchen Massnahmen positive Erfahrungen gemacht: die meisten Problem-Ärzte konnten auf diese Weise ihre Mängel in kurzer Zeit beheben. Der Autor befürwortet deshalb eine Weiterentwicklung der Verwaltungsstrukturen mit klaren Angaben von Seiten von Politikern um das Vertrauen der Öffentlichkeit wiederherzustellen.

4. Entwicklung der Evidenzbasierten Medizin

Ende der 1940er Jahre erschien die erste randomisierte kontrollierte Studie (RCT). Davor wurden Therapieformen als wissenschaftlich anerkannt, denen medizinische Autoritätspersonen aufgrund von persönlichen Beobachtungen Wirksamkeit attestiert hatten. Diese unsystematischen Verallgemeinerungen führten häufig zu falschen Annahmen, wie man heute beim Lesen von älteren Medizinbüchern feststellen kann. Das Erscheinen dieser ersten RCT stellt einen Wendepunkt in der medizinischen Methodologie dar. Der Niedergang des als Eminentenbasierte Medizin betitelten Modells wurde noch durch die Entwicklung der Evidenzbasierte Medizin (EBM) anfangs der 90er Jahre verstärkt. Die EBM drückt Skepsis und Kontrolle gegenüber medizinischem Handeln aus und lässt Raum für patientenrelevante Ergebnisparameter. Heute ist die Evidenzbasierte Medizin trotz des Widerstands der die Eminenten verkörpernden Praktiker in alle Bereiche der Medizin vorgedrungen.

Die EBM hat das Bewusstsein um Mängel bei vielen verbreiteter medizinischen Massnahmen vergrössert. Die Finanzkrise der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland führte dazu, dass Politiker zur Durchsetzung von mehr Transparenz diagnosebezogene Fallpauschalen und Disease Management-Programme einführten. Daraus ergab sich aber eine Reihe neuer Anforderungen an die Ärzte: systematisches Management und klare Darlegung der Qualität der erbrachten Leistungen. Nicht nur für die Ärzte, sondern auch für ihre Berufsverbände ergaben sich neue Aufgaben, denn sie müssen der Öffentlichkeit glaubhaft machen, dass die Praktiker mit den Ressourcen sparsam umgehen und dass die Qualitätsentwicklung beständig vorangetrieben wird.

5. Das Verhältnis zwischen Medizin und pharmazeutischer Industrie

Der Gewinn der zehn grössten US-Pharmafirmen betrug 2002 36 Milliarden Dollar. Die pharmazeutische Industrie übt durch seine Mittel einen grossen Einfluss auf das gesamte Medizinsystem aus. Die staatlichen Ausgaben für Forschung verringern sich, während die pharmazeutische Industrie ihre Forschungstätigkeit verstärkt. So dominieren immer häufiger Forschungsinteressen der Wirtschaft die Wissenschaft und viele Forscher sind nicht unabhängig von der Industrie. Zudem liegt der Fokus auf der Behandlung mit Medikamenten, Behandlungsmethoden, die keine Medikamente verwenden, werden ausser Acht gelassen, da sie für die Industrie keinen Profit abwerfen. Forschungsprojekte, die für die Pharmafirmen unliebsame Ergebnisse haben, werden unter dieser Einflussnahme nicht veröffentlicht. Ray Moynihan nennt 16 Formen der Einflussnahme der Industrie auf die Ärzte. Daher müssen Richtlinien eingeführt werden, um diese Einflussnahme zu stoppen. Unter Anderem soll der Arzt keine Vertreter empfangen, keine Geschenke empfangen, Kongresse und Fortbildung sollen ohne Sponsoring der Firmen stattfinden und die Ärzte sollen sich aus unabhängigen Quellen informieren.

6. Erweiterung um die bio-psycho-soziale Perspektive

Das biomedizinische Modell, bei dem Krankheit als Abweichung von den normalen Funktionen des Organismus betrachtet wird, herrscht noch immer vor. Dieses Modell hat unbestreitbar zu grossen Fortschritten in den letzten Jahrhunderten geführt und trägt zur wirksamen Behandlung von Krankheiten bei. Es lässt aber die seelischen und subjektiven Aspekte von Krankheit ausser Acht, was zu fehlerhaften biomedizinischen Interpretationen führen kann. Bei der Prävention und bei der Gesundheitsförderung der Bevölkerung kommen die Grenzen der biomedizinischen Vorgehensweise zum Vorschein. Die Anwendung von Risikofaktoren auf die Prävention hatte keinen Erfolg, da es die Wichtigkeit sozialer und psychologischer Determinanten nicht berücksichtigt. Um solche Probleme zu beheben, ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgattungen nötig. Zum Beispiel mit Sozialpsychologen, welche einen leichteren Zugang zu den Gruppen haben, welche von Präventionsmassnahmen am meisten profitieren könnten.

7. Zusammenfassung

Diese Ausführung zeigen, dass sich die Ärzteschaft auf die veränderten Rahmenbedingungen und die damit einhergehenden Erwartungen einstellen muss, die an sie gerichtet werden. Eine Neubestimmung des ärztlichen Rollenverhaltens, das eine systematische Fortbildung zur Pflicht macht und sanktionsbewehrt ist, sollte zur Qualitätssicherung eingeführt werden. Die Doppelfunktion als Standesvertretung und Vertretung der Öffentlichkeit kann nicht mehr mit der von den Patienten gewünschten Transparenz vereinbart werden. Die Patienten wollen eine externe Qualitätsüberprüfung der an ihnen erbrachten Leistungen. Um die medizinische Qualität zu gewährleisten, müssen Ärzte dem Reiz widerstehen, Angebote von pharmazeutischen Firmen anzunehmen, welche ihre Unabhängigkeit beeinträchtigen könnten. Sie müssen mit dem Patienten als Partner in Beziehung stehen und ihm nach Möglichkeit eine Handlungsfreiheit lassen.