

# Hoppe: Die Tradition der Zuwendung bewahren

Bei der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 22. März in Aachen warnte der Kammerpräsident vor einer ethischen Talfahrt im Gesundheitswesen.

von **Horst Schumacher**

Gegen ein „knallhartes Kosten-Nutzen-Denken“ im Gesundheitswesen hat sich der Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, bei der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 22. März in Aachen ausgesprochen. Der Kammerpräsident warnte vor einer strengen Durchökonomisierung der Versorgung kranker Menschen, die unweigerlich zu einer „ethischen Talfahrt“ führen müsse. „Es gilt zu begreifen, dass unser Gesundheitswesen die Tradition der Nächstenliebe und Zuwendung verliert, wenn wir es allein den Ökonomen und Theoretikern überlassen“, sagte Hoppe.

Auch nach der Gesundheitsreform 2003 dürfe das Gesundheitswesen nicht allein ökonomischen Wettbewerbsregeln folgen. „Kranke Menschen zu versorgen erfordert zunächst einmal ärztliche Verantwortung und Menschlichkeit“, sagte der Präsident. Er kritisierte die Folgen der kurzatmigen Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen. Allein an den 470 Kliniken in Nordrhein-Westfalen sind nach seinen Angaben mehr als 10.000 Stellen in Gefahr.



Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer: Positive Signale des Bundeskanzlers. Foto: Erdmenger/ÄkNo

Die NRW-Landesregierung habe zu dieser falschen Politik auch noch Beifall geklatscht, kritisierte er. Hoppe: „Dabei ist das Gesundheitswesen inzwischen der größte Arbeitgeber im Lande. Es beschäftigt direkt oder indirekt etwa eine Million Menschen – 150.000 mehr als in Baugewerbe, Bergbau und Energiewirtschaft zusammen. Wo sollen eigentlich noch Jobs entstehen wenn nicht in dieser innovativen und zukunftsträchtigen Branche?“

## Kommt eine mutige Reform?

Einige positive Signale für den dringend notwendigen Aufbruch in der Gesundheitspolitik habe die Rede von Bundeskanzler Gerhard Schröder Mitte März gesetzt, meint Hoppe. Ob damit aber der Weg frei geworden sei für eine mutige Reform, die eine moderne Krankenversorgung auch in Zukunft möglich macht, bleibe abzuwarten.

Immerhin seien in einer Reihe von Punkten bemerkenswerte Übereinstimmungen mit den Positionen der Ärzteschaft festzustellen. So habe der Kanzler klargestellt, dass Qualität und Standards unseres Gesundheitswesens im internationalen Vergleich noch immer vorbildlich sind. „Damit hat Schröder endlich diejenigen Regierungsberater in die Schranken gewiesen, die unser Gesundheitswesen systematisch kaputtzureden versuchen. Das war überfällig“, sagte der Präsident.

Weiter habe der Kanzler gesagt, dass die Strategie der Kostendämpfung an ihre Grenzen gestoßen ist.

Hoppe: „Das ist zwar keine neue Erkenntnis, aber ein Stück jener Ehrlichkeit, die wir uns von der Kanzlerrede erwartet haben.“ Der Kanzler habe außerdem einige richtige Reformschritte angekündigt. So wolle er

- versicherungsfremde Leistungen wie das Mutterschaftsgeld künftig aus Steuern finanzieren,
- die Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten durch neue finanzielle Anreize fördern,
- den Leistungskatalog auf nicht unbedingt solidarisch abzuschneidende Risiken hin überprüfen, konkret das Krankengeld privat absichern lassen,
- moderne Kommunikationstechnologien intensiver nutzen und nicht zuletzt
- die Prävention stärken.

In all diesen Punkten habe der Bundeskanzler Forderungen der Ärzteschaft aufgenommen. Ausdrücklich habe Schröder auch anerkannt, dass der medizinische Fortschritt und die steigende Zahl älterer Mitbürger ein Mehr an gesundheitlichen Leistungen auslöst. Hoppe warnte allerdings vor zu viel Optimismus: „Machen wir uns nichts vor: Erst wenn das zuständige Bundesministerium und die Rürup-Kommission ihre Vorschläge auf den Tisch legen, werden wir wirklich wissen, woran wir sind.“

## Skepsis ist angebracht

Bedenklich stimme zum Beispiel die Aussage des Bundeskanzlers, 20 Prozent der Kosten würden durch

Über- und Fehlversorgung verursacht. Das zeige, dass nach wie vor auch eine gewisse Skepsis und große Wachsamkeit angebracht seien. Denn diese Aussage erinnere fatal an die so genannten Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens, die das Bundesgesundheitsministerium am 5. Februar der Öffentlichkeit vorgelegt hat. Mit den darin wiederholten Vorwürfen der Fehl-, Unter- und Überversorgung sei der Eindruck erzeugt worden, eine ganz normale ärztliche Behandlung sei in Deutschland nicht mehr möglich.

## Ein staatsfernes Institut?

Damit solle der Weg frei gemacht werden für eine Steuerung des Leistungsgeschehens nicht mehr wie bisher über die Patient-Arzt-Beziehung, sondern durch ein zentrales Institut – das so genannte Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin. Diese Pläne habe die Gesundheitsministerin keineswegs fallen gelassen, warnte Hoppe (*siehe hierzu auch den Bericht von der Vertreterversammlung der KV Nordrhein auf Seite 19*). Der Kammerpräsident sieht die Gefahr, dass die Ärztinnen und Ärzte in der täglichen Praxis ausbaden müssen, was politisch gesteuerte Theoretiker vorgeben: „Ärzte sollen nicht einmal mehr beteiligt werden, sondern nur noch ausführen.“

Immerhin habe Ministerin Schmidt nach dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag im Februar ihre Vorstellungen relativiert. Das Institut solle angeblich staatsfern arbeiten und ohne große Bürokratie. Leitlinien sollen aus der Praxis heraus von Medizinern unter Beteiligung von Patienten und Selbsthilfeorganisationen entwickelt werden.

## Mehr Wettbewerb im System?

Doch sei eine gesunde Skepsis gegenüber den Plänen der Regierungskoalition schon allein deshalb angebracht, weil sie in ihrer noch

jungen Amtszeit bereits ein Gesetz verabschiedet hat, das die Leistungsträger des Gesundheitswesens nach Hoppes Worten „als Schlag ins Gesicht empfunden haben“ – nämlich die von Gesundheitsministerin Schmidt zum Jahresbeginn verordnete Minusrunde. Nicht zuletzt deswegen müsse die Ärzteschaft die Vorbereitung der nächsten Reformstufe sehr kritisch beobachten.

## Medizin muss Vorrang haben

Dasselbe gelte zum Beispiel für die vom Bundeskanzler genannten Reformschritte „Abbau von Verkrustungen“ und „mehr Wettbewerb im System“. Hier kommt es nach Hoppes Meinung ganz darauf an, wie dies konkret ausgestaltet werden soll. Schließlich dürfe das Gesundheitswesen nicht allein ökonomischen Wettbewerbsregeln folgen. „Kranke Menschen zu versorgen erfordert zunächst einmal autonomes professionelles Handeln und Menschlichkeit. Die Medizin muss Vorrang haben vor der Ökonomie“, sagte Hoppe.

Zur Wettbewerbsideologie gehöre es auch, dass den Krankenkassen ermöglicht werden soll, Einzelverträge mit Ärzten abzuschließen. Darauf habe sich der Bundeskanzler festgelegt. „Ob aber ein solcher Vertragswettbewerb den Patienten wirklich nützt, ob ihnen unter solchen Bedingungen die flächendeckende ambulante ärztliche Versorgung auf dem gewohnt hohen Niveau erhalten bleiben wird, ist doch sehr fraglich“, sagte Hoppe.

## Schützender Rahmen der Selbstverwaltung

Er plädierte dafür, einen schützenden Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung aufrecht zu erhalten. Es gelte, die Patienten vor Versorgungslücken und Billigmedizin und die Ärztinnen und Ärzte vor einem Preisdiktat der Krankenkassen zu bewahren. Sollte dies aber in dem künftigen System nicht mehr möglich sein, so müssten die niederge-

lassenen Ärztinnen und Ärzte ihre Interessen notwendigerweise in gewerkschaftlichen und gewerkschaftlichen Strukturen organisieren.

„Wenn es so kommt, wird sich mancher Politiker und Kassenfunktionär, der heute für mehr Wettbewerb plädiert, schon bald nach den alten Strukturen und dem KV-Sicherstellungsauftrag zurücksehen“, sagte der Präsident. Denn spätestens dann sei Schluss damit, dass den niedergelassenen Ärzten im Rahmen der Gesamtvergütung bei streng begrenzten Mitteln das Morbiditätsrisiko aufgebürdet und immer mehr unbezahlte Leistung abverlangt werden könne.

Im Wortlaut finden Sie den Lagebericht des Präsidenten im Inernetangebot der Ärztekammer Nordrhein [www.aekno.de](http://www.aekno.de) unter der Rubrik KammerArchiv.

## Kritik an Gesundheitszentren

In der Diskussion zum Lagebericht wies Dr. Peter Potthoff (Königswinter) darauf hin, dass durch eine Verknappung der Mittel für das Gesundheitswesen mehr Arbeitsplätze verloren gehen, als in anderen Bereichen wieder aufgebaut werden können.

Dr. Michael Hammer (Düsseldorf) warnte vor den vom Bundesgesundheitsministerium geplanten Gesundheitszentren. Nach seinen Worten drohen Wartelisten und ein Qualitätsverlust. Dr. Christiane Friedländer (Neuss) befürchtet Probleme gerade für ältere Patienten, wenn sich die niedergelassenen Ärzte in Zentren ansiedeln und damit der Weg zum Arzt weiter wird.

Die Gegenüberstellung von Ökonomie und ethischer Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte kritisierte Rainer Kötzle (Aachen). „Gezwungenermaßen“ werde auch die Ökonomie in der ärztlichen Arbeit eine wichtige Rolle spielen, sagte er. Kötzle sieht es als „realpolitische Aufgabenstellung“ an, ärztliche Ethik und Ökonomie im Gesundheitswesen miteinander zu verbinden.

## Änderung der Berufsordnung

Die Kammerversammlung hat eine Änderung der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte beschlossen, die im Wesentlichen den Beschlüssen des 105. Deutsche Ärztetages entspricht. Der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Arnold Schüller, erläuterte den Delegierten kleinere Abweichungen. So dürfen die Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein nicht „Tätigkeitsschwerpunkte“ schlechthin ankündigen, wie das in der (Muster-)Berufsordnung (MBO) vorgesehen ist. Vielmehr sieht § 27 (4) der nordrheinischen Berufsordnung vor, dass „bis zu drei besondere Leistungsangebote nach eigenen Angaben“ angekündigt werden dürfen.

Unter anderem hat die Berufsordnungsnovelle die Vorschriften zur beruflichen Kommunikation erneut deutlich liberalisiert. Das ärztliche Leistungsspektrum soll für die Bevölkerung dadurch transparenter werden. Künftig können nicht nur die drei Qualifikationen nach dem Weiterbildungsrecht (zurzeit Gebiet, Schwerpunkt und Zusatzbezeichnung) ausgewiesen werden können. Erlaubt sind demnächst unter dem Kriterium „sachlich berufsbezogener Informationen“ folgende Angaben in allen Informationsmedien (§ 27 Absatz 4):

- nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen; diese Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden. Ein Hinweis auf die verleihende Ärztekammer ist zulässig;
- nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen (zum Beispiel Sonographie, Strahlentherapie);
- besondere Leistungsangebote (zum Beispiel Akupunktur); diese müssen seit mindestens zwei Jahren in erheblichem Umfang erbracht und mit dem Zusatz „besonderes Leistungsangebot

nach eigenen Angaben“ gekennzeichnet werden;

- organisatorische Hinweise.

Zum Schutz der Patienten dürfen Ankündigungen auch in Zukunft nicht anpreisend, irreführend oder vergleichend sein. Sie dürfen außerdem nicht mit Bezeichnungen des Weiterbildungsrechts verwechselt werden können. Der Gefahr einer Vielzahl unübersichtlicher Ankündigungen wird durch die Beschränkung begegnet, dass eine Ankündigung nur erfolgen darf, wenn die Tätigkeit nicht nur gelegentlich ausgeübt wird.

Gestrichen wurde jede Beschränkung bei der Größe der Praxisschilder. Bisher war ausdrücklich vorgeschrieben, dass das Schild nicht „in aufdringlicher Form gestaltet und das übliche Maß (etwa 35x50 cm) nicht übersteigen“ sollte. Die Ärztekammer Nordrhein ist künftig befugt, Unterlagen anzufordern, um die Rechtmäßigkeit der Ankündigungen zu überprüfen.

Diese Neuregelungen in der MBO gelten für das Praxisschild genauso wie für den Briefbogen und für Rezeptvordrucke, Anzeigen oder Internetpräsentationen. Auch in Zeitungsanzeigen darf der Arzt in regelmäßigen Abständen auf sich aufmerksam machen – unabhängig davon, ob dazu ein besonderer Anlass wie eine Praxisübernahme besteht. Diese Veröffentlichungen in Zeitungen waren vor der Novellierung höchstens drei Mal zu besonderen Anlässen erlaubt.

Diese und andere Änderungen treten in Kraft, sobald sie von der



*Dr. Arnold Schüller, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein: Mehr Transparenz für die Patientinnen und Patienten durch liberalisierte Vorschriften zur beruflichen Kommunikation. Foto: Erdmenger/ÄkNo*

Rechtsaufsicht genehmigt und amtlich veröffentlicht worden sind. Dann wird die Berufsordnungsnovelle auch in einem gesonderten Beitrag des *Rheinischen Ärzteblattes* detailliert erläutert.

## Novelle der Weiterbildungsordnung

Über die Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) auf Bundesebene berichtete der Vorsitzende der Weiterbildungsgremien der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Dieter Mitrenga (siehe auch *Rheinisches Ärzteblatt Dezember 2001, Seite 13 f., Juli 2002, Seite 16, und Januar 2003, Seite 15, im Internet verfügbar unter [www.aekno.de](http://www.aekno.de), Rubrik *Rheinisches Ärzteblatt online, ÄrzteblattArchiv*).*

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat nach Mitrengas Worten auf der Basis der Empfehlungen der Weiterbildungsgremien im Januar einen vorläufigen Entwurf des Paragraphenteils, der Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen sowie der Zusatzweiterbildung beschlossen. Der über 170 Seiten umfassende Entwurf ist auf der Homepage der Bundesärztekammer (BÄK) [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) zugänglich. Nach einer weiteren Diskussion in der Ständigen Konferenz ärztliche Weiterbildung, will der Vorstand der Bundesärztekammer die Vorlage zur Reform der Weiterbildung für den 106. Deutschen Ärztetag (20. bis 23. Mai 2003 in Köln) abschließend beraten.

Nach Mitrengas Worten ist es gelungen, eine Vielzahl der aus der Weiterbildungsstudie der Ärztekammer Nordrhein resultierenden Erkenntnisse und der daraus abgeleiteten Forderungen in die Weiterbildungsnovelle einzubringen (zu der Studie siehe auch *Rheinisches Ärzteblatt Mai 2000, Seite 14 und Dezember 1999, Seite 17; verfügbar im ÄrzteblattArchiv im Internetangebot der Ärztekammer Nordrhein [www.aekno.de](http://www.aekno.de)*).

Der Beschluss des Deutschen Ärztetages vom Frühjahr 2002, den „Facharzt für Innere und Allge-



*Dr. Dieter Mitrenga, Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Ärztekammer Nordrhein: Festhalten am Kompromiss von Rostock. Foto: Erdmenger/ÄkNo*

meinmedizin“ als neuen und einheitlichen Hausarzt der Zukunft einzuführen, lehnen nach den Worten Mitrengas der Berufsverband der Deutschen Internisten und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin nach wie vor ab. Nach Mitrengas Ansicht überzeugen die Argumente der Kritiker jedoch nicht. Die Delegierten der Kammerversammlung befürworteten in einer Entschließung mit großer Mehrheit ein Festhalten am Kompromiss von Rostock zum künftigen Weiterbildungsgang für Hausärzte (siehe Kasten unten).

## Modell zur Integration

Das vom Vorstandsausschuss „Integrierte ärztliche Versorgung“ erarbeitete Zukunftsmodell einer integrierten Versorgung stellte der Ausschussvorsitzende Dr. Dietrich Rohde der Kammerversammlung vor. Die ausgeprägte Sektorierung des deutschen Gesundheitswesens stelle für die Ärztinnen und Ärzte eine unbefriedigende Situation dar, sagte Rohde.

In den zahlreichen Zuschriften auf den im März 2002 im *Rheinischen Ärzteblatt* (Seite 15) erschienenen Aufruf, der Ärztekammer Nordrhein bewährte Beispiele für Integrationsprojekte mitzuteilen, sei deutlich geworden: Die politisch herbeigeführten und gewollten Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen werden von vielen Ärztinnen und Ärzten als Hemmschuh für eine gute, abgestimmte Patientenversorgung betrachtet.

Die vorhandenen Barrieren und administrativen Hindernisse lassen

sich nach Rohdes Überzeugung auch bei größtmöglichem Engagement Einzelner kaum abbauen. Zahlreiche Regelungen förderten die Fragmentierung der Versorgung, während integrierte Versorgungsangebote vielfach an unüberwindbar erscheinende Hürden stießen.

Die Förderung von Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen sei somit ein zentrales Anliegen und bei der anstehenden Strukturreform von herausragender Bedeutung, sagte Rohde.

Nach seinen Worten ist das vom Integrationsausschuss der Kammer entwickelte Zukunftsmodell der integrierten Versorgung als Vision zu verstehen, die sich bewusst von gegebenen Strukturen und aktuellen gesetzlichen Regelungen löst.

Im Kern sieht das Modell vor:

### *Integrierte Information*

Die schnelle Verfügbarkeit aller relevanten Informationen mit Hilfe moderner Informationssysteme (zum Beispiel intelligente Chip-Karte, elektronische Patientenakte) stellt eine Grundvoraussetzung für durchgängige und abgestimmte Behandlungsverläufe und für eine qualitativ hoch stehende Versorgung dar.

### *Integrierte ärztliche Leistung*

Die Patienten sollen eine Ärztin oder einen Arzt bestimmen können, der sie bei der abgestimmten und zielgerichteten Inanspruchnahme von Leistungen unterstützt (Übernahme einer Koordinationsfunktion).

### *Integriertes Vergütungssystem*

Zu dem Modell gehört auch ein integriertes Vergütungssystem für

die ärztlichen Leistungen. Dieses soll sicherstellen, dass ärztliche Leistungen im ambulanten und stationären Sektor gleich vergütet werden.

„Die Verwirklichung eines integrierten Vergütungssystems ist ein wesentlicher Ansatzpunkt für eine integrierte Versorgung“, sagte Rohde.



*Dr. Dietrich Rohde, Vorsitzender des Ausschusses „Integrierte ärztliche Versorgung“: Sektorierung des Gesundheitswesens überwinden. Foto: Erdmenger/ÄkNo*

### *Integrierte Körperschaft*

Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen sollen zu einer integrierten Körperschaft zusammengeführt werden.

Das Nebeneinander unterschiedlicher Zuständigkeiten und Kompetenzen habe Nachteile für die Ärzteschaft zur Folge, sagte Rohde. Die Schaffung einer integrierten Körperschaft besitzt nach seiner Überzeugung berufspolitische Priorität, um ärztlichen Einfluss zu sichern.

Die visionäre Forderung nach einer integrierten Körperschaft sei aber keineswegs als Angriff auf die Kassenärztlichen Vereinigungen misszuverstehen, betonte Rohde.

Nach kontroverser Diskussion soll das Zukunftsmodell in den Gremien weiter beraten werden. Eine Reihe von Änderungsanträgen überwies die Kammerversammlung an den Vorstand.

## Entschließung der Kammerversammlung

### Weiterbildungsordnung

Die Kammerversammlung der ÄkNo empfiehlt ihren Delegierten für den Deutschen Ärztetag 2003 in Köln, den Weiterbildungsbeschluss von Rostock zur Verschmelzung der Gebiete „Innere Medizin“ und „Allgemeinmedizin“ unverändert bestehen zu lassen.

## Standortbestimmung

Referate zu dem Thema „Standortbestimmung der Medizin und Stellung des Arztes Anfang des 21. Jahrhunderts“ standen auf der Tagesordnung der Kammerversammlung. Aus der Sicht des Arztes sprach Professor Dr. Klaus Dörner, ehemaliger Direktor der westfälischen Kliniken für Psychiatrie in Gütersloh, aus der Sicht des Soziologen Dr. Wolfgang Klitzsch, der als Geschäftsführer das Ressort „Allgemeine Fragen der Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik“ der Ärztekammer Nordrhein leitet.

Dörner sieht derzeit Anzeichen für eine „abgründige Resignation, völlige Mutlosigkeit und das Fehlen jeden Selbstbewusstseins der Ärzte“ sowie für eine unzureichende Glaubwürdigkeit der ärztlichen Problemlösungsvorschläge. Um diesen Zustand zu überwinden, schlägt er vor: „Wir haben unseren Standort gegen andere abzugrenzen, auch gegen gesellschaftliche Erwartungen, und ausschließlich auf der Eigenart unserer eigenen Möglichkeiten zu bestehen.“

Als Arzt rechtfertige er sein Selbstbewusstsein und damit seine Glaubwürdigkeit und Autorität daraus, „dass ich als Teil der Medizin Repräsentant einer haltgebenden und sinnstiftenden Institution bin, die ... entscheidend Kreativität und Solidarität und damit die Vitalität gesellschaftlichen Handelns garantiert.“



Professor Dr. Klaus Dörner (r.) und Dr. Wolfgang Klitzsch hielten Referate zur gegenwärtigen Stellung des Arztes.  
Fotos: David Heidkamp

Die Kernaufgabe des Arztes sei es, die Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Vitalität durch Krankheiten durch Beraten, Begleiten, Lindern, Bessern und Heilen zu minimieren. Doch dürfe er dabei nicht in die „Gesundheitsfalle“ tappen: „Für die Gesundheit selbst darf ich mich direkt nicht zuständig machen.“ Denn nach Gadamer sei Gesundheit „verborgen“ und „selbstvergessenes Weggebensein an die privaten, beruflichen und sozialen Lebensvollzüge“ und daher eben nicht herstellbar.

Auch die „Präventionsfalle“ müsse der Arzt vermeiden, indem er „marktabhängig inflationierende Versprechungen“ sorgfältig differenziere und den Patienten die speziell für sie richtigen Präventionsmaßnahmen aktiv vorschlage.

Nach Dörners Auffassung ist die „von verzweifelten Politikern zur Kostendämpfung eingesetzte Zerstörung der Eigenart der Medizin durch Vermarktwirtschaftlichung“ auch ökonomisch kontraproduktiv. Denn ein durch Wett-

bewerb, Benchmarking und Ranking unter Druck gesetzter Arzt setze nicht nur seine Kollegialität aufs Spiel, er sei auch zu einer kostentreibenden „Umdeutung von bisher Gesundem in Krankes“ verurteilt.

Zu dem Standortverlust des Arztes habe auch beigetragen, dass „wir uns den zunächst berechtigten Paternalismusvorwurf ... allzu sehr zu eigen gemacht haben“. Damit seien die Ärztinnen und Ärzte in die „Selbstbestimmungsfalle getappt ... (Wir) haben gar nicht gemerkt, wie sehr wir damit an Autorität, Glaubwürdigkeit und Selbstkontrollfähigkeit verloren haben, wie wir uns des Kerns unserer freien und unkontrollierbaren Verantwortung selbst entkernt haben“.

Folge dieses Verantwortungsverlustes seien immer neue bürokratische Fremdkontrollen gewesen, „die uns inzwischen strangulieren und dem Nachwuchs jede Lust an der Arbeit mit Menschen austreiben“.

Zur Rekonstruktion ihres lädierten Standortes müsse die Ärzteschaft alles tun, um die ärztliche Selbstkontrolle wieder hinreichend stark und glaubwürdig zu machen – etwa im Bereich des Berufsethos, bei der Indikationsstellung, der unabhängigen Fortbildung oder bei der Aufwertung des Wohls des Patienten gegenüber seinem Wunsch und Willen nach dem Motto: „Hier erfüllen wir keine Wünsche, dafür übernehmen wir Verantwortung.“

Wie Dörner empfahl Wolfgang Klitzsch in seinem Vortrag, die Reflektionsdefizite der Medizin als Mitursache für die Dilemmata des Gesundheitswesens anzusehen. Eine „rückhaltlose Selbstkritik“ könne nur zu dem Ergebnis führen, „dass die gegenwärtige Krise des Arztes und der Medizin zu großen Teilen selbst geschaffen ist“.

Ein selbstkritischer Diskurs über das Wesen der Medizin könne einen Schutz entfalten gegen die „zerstörerische Kraft der Apologeten der Eindeutigkeit: Der verdinglichte Mensch trifft im entfremdeten Arzt nur auf die scheinbare Eindeutigkeit der technischen Prozedur.“

Die fast vollkommene Externalisierung von Verantwortung auf ein spezielles System – eben das Gesundheitswesen – führe zu einer folgenreichen sozialen Deformation, so ein weiteres Fazit des Vortrages. Die Auflösung primärer sozialer Gemeinschaften ordne dem Gesundheitswesen in modernen Gesellschaften die primäre Last der emotionalen Arbeit, der existentiellen Sinnstiftung, der Verarbeitung des Scheiterns, der Kommunikation und der Identitätsherstellung zu – „viele davon getarnt unter der gesellschaftlich legitimen Chiffre „Krankheit““. Eine Solidarität mit so umfassender Zuständigkeit wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung funktioniere jedoch nur, wenn man nach der Phase der Entwicklung von Ansprüchen auch eine Charta der Pflichten entwickele, so Klitzsch.

Die Referate sind im Wortlaut online verfügbar im Internetangebot der Ärztekammer Nordrhein [www.aekno.de](http://www.aekno.de) unter *ÄrztblattArchiv*.

RhÄ