

---

# Die Autonomie des Arztes

Hartwig Bauer

Am Vorabend des 110. Deutschen Ärztetages 2007 in Münster sah der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, die Gesundheitspolitik auf einem verhängnisvollen Weg. Vor allem gelte es, so seine gesundheitspolitische Bilanz, die Fremdbestimmung des Arztberufes zu stoppen und Ärzten nicht zunehmend nur noch den Status eines Erfüllungsgehilfen von vertragsschließenden Dritten zuzubilligen.<sup>1</sup> Mit der Autonomie ärztlicher Entscheidungen und der ärztlichen Tätigkeit in einem freien Beruf sei diese Entwicklung unvereinbar.

## *Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis*

„Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Der ärztliche Beruf verlangt, dass der Arzt seine Aufgaben nach seinem Gewissen und nach den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt.“ – So ist in § 1 der Berufsordnung ärztliches Handeln als Ausübung eines dienenden Berufes beschrieben.<sup>2</sup> Dieser Dienst ist dabei nicht auf den einzelnen Menschen und die Bevölkerung, sondern auf die Gesundheit fokussiert, wobei kein einheitlich anerkannter Begriff von Gesundheit vorgegeben wird. Wird Letztere, wie von der WHO 1946 definiert, als „vollständiges physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden“ gesehen, wäre die Konsequenz, dass sich der Arzt für das Wohlbefinden seiner Patienten im weitesten

Sinne verantwortlich zu fühlen hätte. Und in dem Maße, wie die Menschen auf ihr Wohlbefinden achten und sich darum bemühen, steigt die Wahrnehmung von und das Leiden unter Befindlichkeitsstörungen, die zunehmend in den Status von Krankheiten erhoben werden.<sup>3</sup>

Dies hat natürlich Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Einerseits wird Gesundheit zum höchsten aller Werte stilisiert, andererseits wird das Spektrum der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die sich einsetzen lassen, um ein derart hochgestecktes Ziel zu erreichen, immer größer. Die Konsequenz: Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt kontinuierlich. Dabei wird – häufig gefördert durch die Ärzte selbst und kräftig unterstützt durch die Medien – suggeriert, dass alles machbar sei. Gesundheit scheint ein Recht geworden zu sein, sie wird zur Ware, auf die mit der von unseren Sozialversicherungssystemen geförderten Vollkasko-Mentalität jeder Anspruch erhebt. Es entwickelt sich derzeit bei den Patienten auch die Tendenz, bei bestimmten erwünschten Therapieverfahren, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, die Kostenübernahme durch die Solidargemeinschaft notfalls auch gerichtlich durchzusetzen. Das bisherige Arzt-Patienten-Verhältnis entwickelt sich dadurch zunehmend zu einem Arzt-Kunden-Verhältnis, das weniger durch gegenseitiges Vertrauen als vielmehr durch Anspruch und Forderung einerseits und qualitätsgerechte Auftragserfüllung andererseits gekennzeichnet ist. Die gegenwärtige Medizin wird von einer asymmetrischen oder einseitigen Verteilung der Rechte und Pflichten beherrscht: die Rechte beim Patienten, die Pflichten beim Arzt. Von Tugenden wird kaum gesprochen. In der Vergangenheit war dagegen stets auch von den Pflichten des Patienten und den Rechten des Arztes die Rede.<sup>4</sup> Eine leitlinienorientierte Medizin und eine zunehmende externe Versorgungssteuerung, der Ruf

nach mehr Transparenz, mehr Wettbewerb und mehr Wirtschaftlichkeit tragen weiterhin dazu bei, dass sich Ärzte wie Patienten als Leidtragende einer Entwicklung fühlen, die überwiegend ökonomisch gerechtfertigt wird.<sup>5</sup>

### *Das Spannungsfeld zwischen Ethik und „Monetik“*

Einer der Kernpunkte ist, dass durch eine strikte Kontrolle des Leistungsgeschehens Effizienz und Qualität der Leistungserbringung gesichert werden sollen, was aber zunehmend zu Konflikten in der auf tradierte ärztliche Wertvorstellungen gestützten Krankenversorgung führt. Tatsächlich handelt es sich dabei um das Aufeinanderprallen zweier weit voneinander entfernter Moralvorstellungen: Die individuelle ärztliche Ethik fordert, für den Patienten alles Mögliche tun, soweit es wirksam und für ihn nützlich ist. Eine auf Kosteneffektivität zielende Ethik versucht, bei begrenztem Etat den größtmöglichen Gewinn für die Gesundheit der Gesamtheit zu erzielen. Der Arzt fühlt sich also primär dem Wohl des individuellen Patienten verpflichtet, anstatt bei limitierten Ressourcen vorrangig im Sinne des Gesamtnutzens zu entscheiden – ein Spannungsfeld, das schon im vorletzten Jahrhundert thematisiert wurde (Abb. 1). Bei dem organisatorischen Veränderungsprozess, in dem sich unsere Krankenhäuser befinden und in dem sie marktorientierte, nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen geführte Unternehmen werden sollen, wird heute vom Führungspersonal erwartet, dass es sowohl den medizinischen Kernprozess genauestens kennt als auch die Gesetze der Mikro- und Makroökonomie beherrscht. Die Konsequenz ist, dass sich Ärzte in Managementpositionen von vielen Erfolgskonzepten ihrer bisherigen medizinischen Profession verabschieden und neue Denkinhalte der Management-Ideologien aufnehmen müssen (sofern man im-



**„Ich habe übrigens seit vielen Jahren das Paradoxon aufgestellt, dass die steigende Vervollkommnung der ärztlichen Kunst wohl dem Individuum zugute kommt, die menschliche Gesellschaft aber ruinieren muss!“**

**Theodor Billroth an Brahms 1892**



**„Es genügt nicht mehr, die Wünsche Einzelner zur Kenntnis gelangen zu sehen; es sind periodische Organe nötig, welche die Wünsche aller darzustellen und auszugleichen suchen.“**

**Rudolf Virchow 1821–1902**

Abb. 1

merhin die Frage bejahen will, ob Ärzte überhaupt fähig sind, Krankenhäuser zu führen<sup>6</sup>).

Es wäre aber falsch, unter dem Einfluss moralischer Wertvorstellungen einen unüberbrückbaren Gegensatz zwischen Ökonomie und Ethik zu konstruieren, was gerade in ärztlichen Verlautbarungen zu Unrecht immer wieder geschieht. Ökonomie ist nicht per se unethisch. Setzt man mit Wirtschaftlichkeit und Humanität ein anderes, in der gesundheitspolitischen Diskussion ebenfalls oft im Sinne eines Gegensatzes gebrauchtes Begriffspaar an die Stelle, wird deutlich, dass sich beide nicht ausschließen, sondern auch gegenseitig bedingen. Denn Unwirtschaftlichkeit ist, wenn dadurch Mittel verbraucht werden, die dann für eine notwendige qualifizierte Versorgung nicht mehr zur Verfügung stehen, auch inhuman.

Die Gesetze des Staates geben, wie in anderen Politikbereichen auch, dem Gesundheitswesen den ordnungspolitischen Rahmen vor, mit dem eine möglichst gerechte

Verteilung der knappen Güter und die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven erreicht werden soll. Dies geschieht über unterschiedlich gewichtete Regulative (demokratische Entscheide, behördliche Zuteilung, Verhandlungen zwischen Verbänden und Interessengruppen, Preismechanismen). Das Resultat ist ein hoch reguliertes System, dem unter den Bedingungen der aktuellen Gesundheitsreform Attribute einer Staatsmedizin zugeschrieben werden – mit all ihren negativen Auswirkungen wie strikter Versorgungssteuerung, limitierter Leistungszuteilung mit eingeschränktem oder verzögertem Innovationstransfer und einer „Wartelistenmedizin“.

### *Professionalität und Autonomie*

Knappe Mittel bei steigenden Anforderungen, ein neues Vergütungssystem und verschärfter Wettbewerb fordern von den Ärzten eine Neuorientierung. So drängen sich heute zunehmend Dritte in das von Vertrauen geprägte Arzt-Patienten-Verhältnis. Die Chirurgen, um bei der eigenen medizinischen Profession zu bleiben, die sich ihren Patienten gegenüber für den gesamten Behandlungsablauf verantwortlich fühlen und von diesen auch in dieser Rolle gewünscht werden, sollen auf ihre operative Kernkompetenz reduziert werden. Unter dem Diktat einer ökonomisierten Ablaufsteuerung von der Diagnostik und Indikationsstellung über die präoperative Vorbehandlung bis hin zur postoperativen Betreuung soll, einem industriellen Fertigungsprozess vergleichbar, der Ressourceneinsatz optimiert werden. Beispiele dafür sind unter rein ökonomischen Gesichtspunkten zentralisierte Notaufnahmestationen oder sog. modulare klinische Versorgungseinheiten, durch die der Patient ohne kontinuierlichen Fachbezug bzw. Betreuung durch einen für den Gesamtablauf verantwortlichen Facharzt durch das

Krankenhaus geschleust wird. Die Rahmenbedingungen für chirurgisches Handeln haben sich somit grundlegend verändert. Fremdbestimmung, Regelungswut, überbordende Bürokratie und ständig wachsende fachfremde Aufgaben sind das erlebte Ergebnis dieses Veränderungsprozesses für die Chirurgen, die feststellen müssen, dass die Prinzipien, nach denen sie früher ihre Profession definiert haben, nicht mehr die gleiche Gültigkeit haben.

### *Profession*

Medizin ist eine Profession. Profession bedeutet nach allgemeiner Definition: Die Akteure beherrschen eine wissenschaftlich fundierte Technik, die sie in einer längeren Ausbildung erlernt haben. Sie verfügen über ein Bewusstsein ihrer Verantwortlichkeit sowohl gegenüber ihren Klienten, in unserem Fall den Patienten, als auch gegenüber der Gesellschaft. Als einem freien Berufsstand wird den Ärzten durch die Übertragung der Selbstverwaltung in einer Art Vereinbarung gesellschaftlich institutionalisiertes Vertrauen entgegengebracht. Im Gegenzug werden aber auch Kompetenz, Qualität, Integrität, eine sorgfältige Auswahl des Nachwuchses, Fortbildung, eine ausreichende Selbstkontrolle sowie eine Bindung an berufsethische Normen (hippokratischer Eid) erwartet.<sup>7</sup>

Dass der Eid des Hippokrates vor allem das Patientenwohl schützen soll, ist eine weit verbreitete Meinung. Kaum bekannt sind die Passagen, welche weniger das Wohl der Patienten als das Wohl der Ärzte schützen und die Zahl der Konkurrenten klein halten sollen. Verbreitet ist zudem der Irrtum, dass heutige Ärzte den hippokratischen Eid tatsächlich leisteten und er demnach für die Tätigkeiten der Ärzte verbindlich sei. Dabei drängt sich unweigerlich die Frage auf, in welcher Weise der Eid heute

noch als Mittel zur Legitimation der ärztlichen Autonomie wirkt.<sup>8</sup> Das der Berufsordnung für Ärzte vorangestellte Gelöbnis hat heute den hippokratischen Eid abgelöst. Es beschreibt die typischen Merkmale der ärztlichen Profession:<sup>9</sup>

*Für jede Ärztin und jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:*

- „Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.*
- Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.*
- Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.*
- Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.*
- Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung.*
- Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.*
- Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern sowie Kolleginnen und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.“*

Die drei Säulen des medizinischen Professionalismus sind die *Expertise*, gewonnen aus wissenschaftlicher und persönlicher Erfahrung und ständig erneuert durch die Resul-

tate der Forschung; dann das *ethische Verhalten*, das sich auf eine Kombination von Werten und Standards stützt; und schließlich der *Service*, der den Patienten an die erste Stelle setzt. Eine Profession mit einem ausgesprochenen Sinn für ethische Verpflichtungen liefert einen wichtigen Beitrag zur bürgerlichen Gesellschaft.<sup>10</sup>

### *Professionalität und Autonomie*

Für die ärztliche Arbeit im Krankenhaus ergeben sich besondere sozialisations- und kompetenztheoretische Aspekte. Dem Laien gegenüber ist der professionelle Arzt verpflichtet, sein Handeln entsprechend dem wissenschaftlichen *state of the art* seiner Disziplin zu begründen. Hierdurch ergibt sich für ihn eine verschärfte Dynamik von *Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung*. Dabei gibt es eine Verschärfung der Dynamik durch den „Zeitdruck“: Der professionelle Akteur zeichnet sich gerade dadurch aus, angesichts von Unsicherheiten zu entscheiden und die Verantwortung für diese Entscheidung zu übernehmen. In diesem Sinne wird von ihm gefordert, *autonom* zu handeln und auch die Widersprüche ausbalancieren zu können, die im Spannungsfeld von spezifischen und diffusen Sozialbeziehungen, Einzelfallverstehen und theoretischer Geltungsbegründung entstehen. Wenn der professionelle Interaktionszusammenhang einerseits den autonomen Arzt erfordert, andererseits die *autonom handelnde Persönlichkeit* keinesfalls *per se* vorausgesetzt werden kann, sondern erst in einem Bildungsprozess entwickelt werden muss, so ist zu erwarten, dass insbesondere bei den jungen Ärzten das Spannungsverhältnis zwischen „objektiven“ Anforderungen und „subjektiv“ Leistbarem mehr oder weniger deutlich hervortritt.<sup>11</sup>

Es besteht kein Zweifel, dass das subjektiv gewünschte Patientenwohl und damit die Autonomie des Patienten

und nicht die des Arztes, aus der er sein paternalistisches, auf das vermutete Patientenwohl bezogenes Handeln ableitet, oberste Priorität hat. Unter dem Rechtsgrundsatz „*Voluntas aegroti suprema lex*“, der in gewisser Weise die alte Formel „*Salus aegroti suprema lex*“ ersetzt hat – in dem Sinne, dass der Wille des informierten Patienten den Vorrang hat gegenüber dem durch das paternalistische Verständnis des Arztes festgestellten Patientenwohl – lässt sich eine Verletzung des Prinzips der Autonomie des Patienten nur mit dem Prinzip der ärztlichen Fürsorge rechtfertigen. Ein Beispiel ist die Situation, wenn bei passagerem Organversagen die Patientenautonomie erst durch eine Intensivtherapie wiederhergestellt werden muss und bis dahin der Arzt die Verantwortung für die medizinischen Maßnahmen zu tragen hat. Das paternalistische Modell hat deshalb nur noch in Notfallsituationen bei bewusstlosen Patienten seine Berechtigung, wenn der Patient seinen Willen nicht mehr äußern kann oder ihn nicht vorher für derartige Situationen klar dargelegt hat (Patientenverfügung) und wenn Leben und Gesundheit vom schnellen Handeln des Arztes abhängen. In allen anderen Fällen besteht die Notwendigkeit zur Aufklärung des Patienten und zur Ermöglichung einer freien Entscheidung über die durchzuführende Therapie im Rahmen eines tatsächlichen oder auch hypothetischen Konsenses. Der Weg von der Arztautonomie zur Patientenautonomie, der Weg vom Paternalismus zur partizipativen Entscheidungsfindung (Abb. 2) erfordert ein Umdenken, und er erfordert einen Wandel im Grundverständnis der Arzt-Patienten-Beziehung, der nichts zu tun hat mit einem Verlust der Autonomie ärztlichen Handelns.

Etwas anderes ist es mit der „gefühlten Autonomie“ der Ärzte. Durch Leitlinien und Disease-Management-Programme bestimmte Behandlungskonzepte werden vor allem als einengende, die Therapiefreiheit begrenzende Programm-



Abb. 2

Medizin verstanden. Das Haftungsrisiko beim chirurgischen Handeln lässt zunehmend defensive Haltungen aufkommen. Fremdbestimmung, umfassende Regulierung und Bürokratie rauben Zeit, die eigentlich dem Patienten zur Verfügung stehen sollte. An den Universitätskliniken, zu deren Kernaufgaben Forschung und Lehre zählt, sind viele Ärzte froh, wenn sie es schaffen, ihre Patienten zu versorgen und den Verwaltungskram zu erledigen; für die Forschung bleiben der Feierabend und die Wochenenden. Freiräume für eine qualifizierte Weiterbildung bestehen ebenso wenig, sie ist vertraglich gesehen ein Nebenprodukt der Arbeit. So kann kein Selbstverständnis von autonomem ärztlichem Handeln mehr entstehen – sicher einer der Gründe, warum sich so viele junge Ärzte von patientenbezogener Versorgung ab- und sich alternativen Berufsfeldern zuwenden.

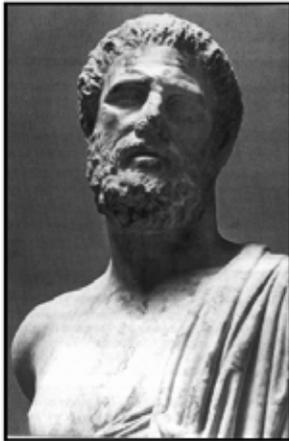
Das eigentliche Bedürfnis, das Ärzte zu ihrer Berufswahl veranlasste, nämlich Menschen helfen zu wollen, scheint zunehmend schwerer umsetzbar zu werden. Die Folge ist

ein Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis, durch den sich Rollen, Aufgaben und Erwartungen *beider* Partner verändern. Diesen Veränderungen ist „ebenso wenig mit Larmoyanz und wechselseitigen Schuldzuweisungen wie mit einer Glorifizierung der guten alten Zeiten oder Rückzug in die sozialen Nischen unseres Berufsstandes zu begegnen“.<sup>12</sup> Wir sind gefordert, einen zunehmenden Paradigmenwechsel in der Arzt-Patienten-Beziehung nicht nur kritisch wahrzunehmen, sondern uns in der wechselseitigen Beziehungskultur auch darauf einzustellen, was wiederum eine Auseinandersetzung mit unserem Verständnis von ärztlicher Professionalität und Autonomie bedeutet.

*Autonomie, evidenzbasierte Medizin und Leitlinien:  
Ein Gegensatz?*

Die Autonomie des Arztes gilt auch als Grundlage für das hohe Gut der ärztlichen Therapiefreiheit. Unter dem Begriff evidenzbasierte Medizin (EbM) wird heute versucht, den individuellen, vor allem erfahrungsgestützten Therapieentscheidungen des Arztes ein auf rationale Entscheidungskriterien aufgebautes System entgegenzusetzen, das unter ausschließlicher Verwendung gesicherten Wissens eine für den Patienten bestmögliche Versorgung von hoher Qualität sicherstellen soll. Von wissenschaftlichen Gesellschaften in anerkannten Konsensverfahren entwickelte evidenzbasierte Leitlinien sollen den Transfer von EbM in die klinische Anwendung befördern. Wie bei so vielem in der Medizin finden sich schon früh Überlegungen mit gleichen Ansätzen. So kann bereits Hippokrates als der Vater der EbM gelten (Abb. 3), da er bereits die Kriterien formuliert hat, die wir heute für eine richtig verstandene EbM fordern (Abb. 4). Es geht eben nicht um die ausschließliche Anwendung gesicherten Wissens mit der bestverfügbaren

## Hippokrates als der Vater der evidenzbasierten Medizin



„Sei nützlich, oder zumindest schade nicht. Die ärztliche Kunst spielt sich zwischen **drei Größen** ab: der **Krankheit**, dem **Kranken** und dem **Arzt**. Der Arzt ist ein Diener seiner Kunst.“

„Die **Erfahrung allein** ist eine **gefährliche Lehrmeisterin**. Die durch sie nur allein geleitet **Arzneikunst** treiben, stürzen die **Kranken leicht ins Grab...**“

Abb. 3

Evidenz, sondern um den Dreiklang einer Anwendung dieses Wissens getragen von der Expertise des Arztes unter Be-

**Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist die Synthese individueller klinischer Erfahrung (Expertise des Arztes) mit der bestmöglichen externe Evidenz (Ergebnissen aus klinischer Forschung bzw. Literaturlauswertung) und den Präferenzen des Patienten.**  
Definition nach Sackett, Brit. Med. J. 312 (1996)



**Transfer von EbM in die Versorgung durch evidenzbasierte Leitlinien**

Abb. 4

**Leitsätze des Reichsgesundheitsrates für eine sparsame und doch sachgemäße Behandlungsweise der Kranken durch Aerzte vom 9.11.1924**  
(DMW 50/1924: 391-393)

**Wirksamer als die obligatorische Beschränkung des ärztlichen Handelns werden sein: In kollegialer Weise gegebene Richtlinien...., umfassende, aber kurz dargestellte therapeutische Ratschläge vom Gesichtspunkt ökonomischer Krankenbehandlung aus, verfasst von hervorragenden Praktikern und Theoretikern**

Abb. 5

rücksichtigung der Präferenzen des Patienten. Auch die Forderung und der Auftrag an die Ärzteschaft, gesichertes Wissen über Leitlinien in die Versorgung einfließen zu lassen, ist nicht neu (Abb. 5).

Das Interesse an evidenzbasierter Medizin (EbM) ist in den letzten 15 Jahren exponentiell angewachsen. Evidenzbasierte Medizin gilt als das rationale Fundament für die Bewertung von Wirksamkeit und Nutzen diagnostischer und therapeutischer Leistungen. Im Rahmen notwendiger Rationalisierung wird damit auch die Hoffnung verbunden, unwirksame oder weniger wirksame Therapien identifizieren zu können. Wird diesen die Kostenerstattung versagt, könnte nicht nur das Gesundheitswesen wirtschaftlicher gestaltet, sondern auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden. Damit ist auch die Zielsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses beschrieben, der einen Wirksamkeitsnachweis auf höchstem Evidenzniveau als Bewertungsgrundlage für eine Leistungsvergütung einfordert.

Während also im institutionalisierten Gesundheitswesen (Krankenversicherungen, Gremien der Selbstverwaltungsorgane, Gesundheitsökonomien, Politiker) und bei Wissenschaftstheoretikern, Epidemiologen, Sozialmediziner, Biostatistikern und wissenschaftlich orientierten, der täglichen Patientenversorgung allerdings eher fernstehenden Ärzten EbM große Akzeptanz erfährt, ist es bisher nur ungenügend gelungen, das Anliegen von EbM und ihre Bedeutung für die Patientenversorgung der Mehrheit der praktisch tätigen Ärzte zu vermitteln. Probleme bereitet für viele die Übertragbarkeit von Ergebnissen aus randomisierten Studien, welche die Realität im Versorgungsalltag nur ungenügend widerspiegeln. Komplexe Studien setzen ein hoch artifizielles Milieu voraus und müssen keineswegs die Wirklichkeit bei der Mehrheit der Patienten abbilden.<sup>13</sup> Dazu kommen Schwierigkeiten bei individuellen Problemlösungen, wenn etwa keine Übereinstimmung der bestverfügbaren Evidenz mit der oft über viele Jahre in der täglichen Praxis augenscheinlich bestätigten eigenen Meinung besteht. Zum Konflikt kommt es, wenn EbM in dem Sinne verstanden wird, dass die interne Evidenz als absolut nachrangig gegenüber der externen eingestuft wird. EbM kann nur bei richtigem Verständnis für ihre drei Grundelemente und deren Zusammenführung die rationale Grundlage schaffen für eine freie diagnostische und therapeutische Entscheidung, die nur individuell in einem interaktiven Prozess zwischen Arzt und Patient getroffen werden kann.

So werden auch immer noch erhebliche Vorbehalte gegenüber evidenzbasierten Leitlinien („Kochbuchmedizin“) vorgebracht, die vor allem als Einschränkung der individuellen Therapiefreiheit empfunden werden. Die Frage, ob hier den Ärzten nun wirklich der Verlust der ärztlichen Autonomie zugunsten einer patientenfernen Leitlinienmedizin drohe oder ob insbesondere seitens der Standesvertretungen lediglich ein Schreckgespenst an die Wand gemalt

werde, um alte Eminenzen und Eitelkeiten zu ehren, anstelle besserem medizinischem Sachverstand zur Geltung zu verhelfen, wird unverändert kontrovers diskutiert.<sup>14</sup> Diese Vorbehalte sind anscheinend in anderen Industrieländern geringer ausgeprägt, denn im internationalen Vergleich sind wir in der Nutzung von evidenzbasierten Leitlinien immer noch Schlusslicht.<sup>15</sup>

Aber nicht nur unter Ärzten und in medizinischen Fachzeitschriften, sondern auch in der Soziologie wird die Einführung der evidenzbasierten Medizin vehement und kontrovers diskutiert. Die Soziologie blickt insbesondere unter professionssoziologischen Aspekten auf diese Neuentwicklung. Diese Debatte ist besonders an der Frage interessiert, ob die ärztliche Autonomie – das Herzstück der Definition einer Profession – durch EbM gestärkt oder geschwächt wird.<sup>16</sup> EbM kann eine wertvolle Hilfe für den Arzt, eine Basis verbindlicher Therapiestandards und ein gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument sein. Als überprüfbare externe Handlungsgrundlage bietet sie Hilfen zum Wissensmanagement und eröffnet Handlungskorridore (z. B. über Leitlinien). Diese Faktoren verdünnen die ärztliche Autonomie gewiss nicht. Ganz im Gegenteil stellen sie das ärztliche Handeln auf einen solideren Sockel. Aber: „EbM könnte auch Startpunkt einer inhumanen, entindividualisierten, flächendeckenden Fehlversorgung sozialversicherter Patienten und Auslöser erdrutschartiger Autonomie-Einbußen des Ärztestandes sein. Es ist allerdings erforderlich, neu zu überdenken, ob der Faktor Autonomie, verstanden als Ausgenommensein von externer Kontrolle, Herzstück und Zielvorstellung eines Verständnisses von Profession bleiben sollte. Angesichts der immensen Problemlagen des deutschen Gesundheitssystems muss dieses Postulat hinterfragt werden.“<sup>17</sup>

Klinisches Urteil und Therapiefreiheit bleiben ein Zentralelement der medizinischen Profession. Sie sind Grund-

lage für Könnerschaft, Expertise und Exzellenz und damit wesentlich nicht nur für die Patientenversorgung, sondern auch für die Interpretation und Ergänzung externer Wissenschaft, für die Gesundheitsorganisation, für medizinische Innovationen und damit auch für den wissenschaftlichen Fortschritt. EbM kann, muss aber nicht eine Abkehr von der Therapiefreiheit bedeuten. Eine Top-down-EbM als Administration und Verrechtlichung schränkt die Therapiefreiheit ein, eine Bottom-up-EbM kann die Therapiefreiheit unterstützen. Fordert man Evidenzbasierung in der Medizin, muss man auch eine vom Arzt initiierte Forschung ermöglichen, und zwar durch einen rigorosen Abbau bürokratischer und rechtlicher Hürden für die klinische Forschung und die Bereitstellung der dafür notwendigen finanziellen Mittel.<sup>18</sup> Wissenschaft ist in der Medizin nie Selbstzweck, sondern dient dem Arzt zur bestmöglichen Wahrnehmung des Versorgungsauftrags für den Patienten. Sollen EbM und evidenzbasierte Leitlinien nicht zum „Prokrustes-Bett der medizinischen Versorgung“ werden, dann stellt sich die Aufgabe, die individuelle ärztliche Urteilskraft als unverzichtbare Größe in den Mittelpunkt des professionellen Selbstverständnisses zu stellen.<sup>19</sup> Die sog. interne Evidenz, die auf ärztlicher Expertise und individueller Erfahrung beruht, darf nicht auf der Strecke bleiben.

### *Die Rolle des Arztes im multiprofessionellen Team*

Die Fortschritte der Medizin und eine damit verbundene zunehmende Komplexität der gesamten Versorgungsabläufe erfordert eine immer weiter gehende Spezialisierung und eine interdisziplinäre und interprofessionelle Aufgabenteilung. Zusätzlich führen beschränkte Ressourcen zu einer verstärkten Reglementierung der ärztlichen Berufsausübung bei gleichzeitig steigenden Qualitätsansprüchen.

Die Ärzte fühlen sich dabei nachhaltig verunsichert und in ihrem Aufgaben- und Verantwortungsverständnis als medizinisch allein verantwortlicher Behandlungspartner des Patienten zunehmend infrage gestellt. Die Alleinstellungsmerkmale der ärztlichen Profession werden unscharf, vor allem in Hinblick auf die therapeutische Gesamtverantwortung. Das tradierte Verständnis von der Autonomie ärztlichen Handelns ist auch unter diesen Aspekten zu hinterfragen.

So führt die zunehmende Differenzierung und Spezialisierung innerhalb der Sektoren Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege fast zwangsläufig zur Entwicklung neuer ärztlicher wie nichtärztlicher Berufsbilder. Sie sollen in einer sich ändernden Versorgungslandschaft vor allem auch sektorübergreifende koordinierende und steuernde Funktionen übernehmen. Die Gewährleistung einer Versorgung auf aktuellem wissenschaftlichem Niveau mit zunehmender Überschreitung herkömmlicher Fachgebietsgrenzen, die Nutzung komplexer Technologien und die Planung, Koordination und Kontrolle der klinischen Abläufe zwingen nicht nur zu engerer interdisziplinärer Kooperation auf ärztlicher Ebene, sondern auch zu einer erweiterten interprofessionellen Zusammenarbeit unter Einschluss der Übertragung von Aufgaben auf nichtärztliche Berufsgruppen. Die Europäische Vereinigung der fachärztlichen Berufsverbände UEMS hat sich in ihrer Deklaration 2006/18 (Budapest Declaration) über die Wahrung der Qualität in der medizinischen Versorgung nicht nur auf eine Definition des Arztberufes (Abb. 6) festgelegt, sondern sich in Anerkennung der Tatsache, dass Teamarbeit künftig verstärkt notwendig sein wird, in besonderer Weise auch mit der Regulierung der medizinischen Versorgung auf Kollegen- und Teamebene befasst.

In Deutschland haben neben politischen Absichtserklärungen (wie etwa der Aussage im Koalitionsvertrag, dass

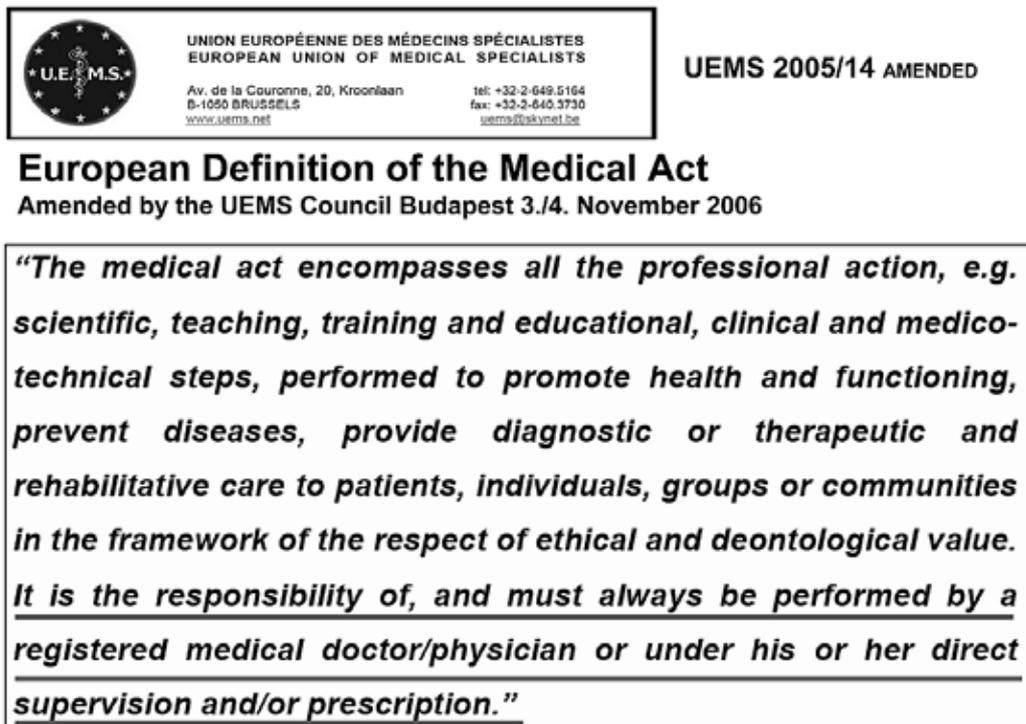


Abb. 6

künftig nichtärztliche Heilberufe vermehrt in Versorgungskonzepte einbezogen werden sollen) vor allem die aktuellen Bestrebungen von Klinikträgern und Krankenhausleitungen, zunehmend ärztliche Leistungen von nicht-ärztlichem Personal erbringen zu lassen („Schwesternnarkose“), aber auch noch weiter gehende Forderungen von Pflegeverbänden für erhebliche Unruhe gesorgt. Das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrats hat sich ebenfalls intensiv mit einer stärkeren Aufgabenverlagerung auf nichtärztliche Berufsgruppen und der medizinischen Versorgung durch multiprofessionelle Teams befasst und eine Neustrukturierung der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen gefordert (Abb. 7). Vor dem Hintergrund ungeklärter rechtlicher Rahmenbedingungen und geleitet von tradierten hierarchisch geprägten Rollenverteilungen sowie von berufs- und standespolitischen Interessen wird bei uns, nicht zuletzt auch begründet mit der unverzichtbaren Autonomie ärztlichen

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen  
Gutachten 2007

„Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer  
zielorientierten Gesundheitsversorgung.“

### Neustrukturierung der Zusammenarbeit erhöht die Qualität der Versorgung

- Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe entspricht nicht den Veränderungen im Morbiditätsspektrum oder den neuen strukturellen Anforderungen einer sektorübergreifenden Versorgung. Sie ist durch Rechtsunsicherheit, mangelnde interprofessionelle Standardisierung, **nicht immer effiziente Arztzentriertheit** und Ausbildungsmängel gekennzeichnet.

„Es kann nicht sein, dass sich alles im  
Gesundheitswesen ändert, nur die Berufe seit  
100 Jahren nicht“  
A. Kuhlmei, SVR Juli 2007



Abb. 7

Handelns, so heftig über grundsätzliche Fragen der Delegierbarkeit ärztlicher Aufgaben diskutiert, dass sinnvolle und längst nicht nur im Ausland bewährte Teamkonzepte auf der Strecke zu bleiben drohen.<sup>20</sup> So wird ärztliches Handeln in der Zukunft weniger geprägt werden von dem autonom handelnden, sich auf seine unverzichtbare Therapiefreiheit berufenden und sich auch allein verantwortlich fühlenden Arzt, sondern von dem Teamleader, der in multiprofessioneller Zusammenarbeit eine bestmögliche Versorgung seiner Patienten koordiniert.

Dies ist nicht zwangsläufig mit einem Autonomieverlust gleichzusetzen. Die Gefahr besteht allerdings, dass diese Probleme oder besser gesagt diese Herausforderungen vor allem unter ökonomischen Aspekten gesehen werden bzw. dass die Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte vorrangig unter dem Blickwinkel der Wertschöpfung betrachtet wird. „Jeder macht nur noch das, was er am besten kann“ ist un-



## Wann ist ein Arzt ein guter Arzt?

Aussagen Medizinische Professionsvertreter

1. **Fachkompetenz:** Wissen, Kenntnis, Wissenschaftlichkeit, evidenzbasierte Medizin...
2. **Handlungskompetenz:** Geschick, Handwerk, Können, Handeln, Umsetzen...
3. **Empathie:** Sympathie, Zuwendung, Einfühlungsvermögen, Anteilnahme...
4. **Patientenorientierung:** Wohl des Patienten, Ganzheitlichkeit, Individualität...
5. **Authentizität:** „Wie würde ich selbst behandelt werden wollen, Offenheit, Ehrlichkeit“...
6. **Arzt als Helfer:** Helfender Partner, Samariter...
7. **Reflexivität:** Kennen eigener Grenzen, Grenzen der Medizin, Weisheit...
8. **Lernbereitschaft:** ständige Fortbildung, aktuelles Wissen, lebenslanges Lernen...
9. **Kooperativität:** Patient als Partner, Austausch mit Anderen, Kollegen einbeziehen...

S. Herzig et al., Dtsch Med Wochenschr 2006

Abb. 9

griff der autonom handelnden Persönlichkeit nicht auf. Versteht man unter Autonomie das Recht auf Selbstbestimmung und Selbstentscheidung und legt man dieses Kriterium bei der Selbsteinschätzung und als Voraussetzung für Arbeitszufriedenheit zugrunde, so zeigt sich: Je stärker Ressourcenrestriktionen die ärztliche Autonomie und damit die Handlungsspielräume einschränken, desto eher ergab sich eine negative Korrelation zur Arbeitszufriedenheit.<sup>23</sup> Die kompensatorisch wirkende gesellschaftliche Anerkennung, die der Arztberuf einst genoss, scheint im Ringen mit wirtschaftlicher und organisatorischer Reglementierung, finanziellen Einbußen durch neue Vergütungsregelungen und dem Erstarken der Patientenposition in Informations- und Entscheidungsbelangen inzwischen an Ausstrahlung zu verlieren (Abb. 10).

Die Arzt-Patienten-Beziehung unterliegt ebenso wie das gesellschaftliche und ökonomische Umfeld einem kontinuierlichen Wandel. Unstrittig ist, dass der kranke Mensch mit seinen Bedürfnissen im Zentrum dieser Bezie-



Abb. 10

hung zu stehen hat, d. h., dass der Arzt in erster Linie dem individuellen Patienten gegenüber in der Pflicht steht. Das sich darauf gründende Vertrauen bleibt die unverzichtbare Basis für dieses Individualverhältnis, in das sich heute verstärkt Dritte hineindrängen. Und es muss auch bewahrt werden vor all den Einflüssen, die es gefährden in einer Gesellschaft, deren Werte und deren soziale Struktur sich gewandelt haben und in der die Medizin zunehmend ökonomisch ausgerichtet und standardisiert wird. Begriffe wie „shared decision making“ oder „partizipative Entscheidungsfindung“ beschreiben die Entwicklung, durch die im Gesundheitswesen der Weg von einem durch die Autonomie des Arztes geprägten paternalistischen Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung zu einer gleichberechtigten Zusammenarbeit von Arzt und Patient gefunden werden soll. Evaluationsstudien haben gezeigt, dass es hier krankheitsabhängig, aber auch regional deutliche Unterschiede

gibt. So war das Bedürfnis nach Partizipation bei Tumorpatienten am geringsten ausgeprägt. Aspekte wie Zeit und Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung hatten hier (wie kaum anders zu erwarten) den höchsten Stellenwert.<sup>24</sup> Die Autonomie des Arztes als ein die ärztliche Profession prägendes Element und der sich daraus ableitende Paternalismus sind deshalb nicht als statisch oder allgemeingültig, sondern als eine auf den Einzelfall des individuellen Patienten bezogene Herausforderung zu verstehen.

### *Literatur*

- Bauer, H.:* Patient oder Kunde – Wandel in der Arzt-Patienten-Beziehung? In: Wolff, H. (Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung beim gesundheitspolitischen Umbruch. Heidelberg 2005, 73–77.
- Bauer, H.:* Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Etablierung der Evidenz-basierten Medizin (EbM) im chirurgischen Alltag. In: Rebscher, H. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Bonn 2006, 506–525.
- Bauer, H.:* Die ärztliche Rolle im multiprofessionellen Team. In: Berlin Medical 4 (2007), 4–6.
- Berufsordnung für die Ärzte Bayerns. Bekanntmachung vom 27. August 2007. In: Bayerisches Ärzteblatt Spezial 2/2007.
- Brock, H.:* Krankenhausmanagement. Sind Ärzte fähig, Krankenhäuser zu führen? In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 10 (2005), 205–207.
- Conen, D.:* Patientensicherheit. Rolle der GQMG ([http://www.gqmg.de/Dokumente/jahrestagung2007/fohlen/patientensicherheit/Patientensicherheit\\_Rolle\\_GQMG.pdf](http://www.gqmg.de/Dokumente/jahrestagung2007/fohlen/patientensicherheit/Patientensicherheit_Rolle_GQMG.pdf)).
- Dörries, A.:* Arzt und Gesellschaft im Konflikt. Vortrag anlässlich der Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes, Berlin, 14.11.2003 (<http://www.nav-virchowbund.de/images/data/Vortrag%20Dr.%20Doerries.pdf>).
- Engelhardt, D. v.:* Ethik und Ethos des Patienten. In: Wiener medizinische Wochenschrift 152 (2002), 306–308.
- Flintrop, J.:* Der Klinikarzt der Zukunft: Jeder macht nur noch das,

- was er am besten kann. In: Deutsches Ärzteblatt 103 (2006), A3228.
- Gothe, A. / Köster, A. D. / Storz, Ph. / Nothing, A. D. / Häussler, B.:* Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (2007), A1394–A1399.
- Herzig, S. / Biehl, L. / Stelberg, H. / Hick, C. / Schmeißer, N. / Koerfer, A.:* Wann ist ein Arzt ein guter Arzt? Eine inhaltsanalytische Untersuchung von Aussagen medizinischer Professionsvertreter. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 131 (2006), 2883–2888.
- Hoppe, J.-D.:* Ärzte sind keine Erfüllungsgehilfen. Interview vor dem 110. Deutschen Ärztetag. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (2007), A1273–A1275.
- Kienle, G. S.:* Gibt es Gründe für Pluralistische Evaluationsmodelle? Limitationen der randomisierten klinischen Studie. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 99 (2005), 289–294.
- Koch, K. / Gehrman, U. / Sawicki, P.:* Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (2007), A2584–A2590.
- Lützenkirchen, A.:* Stärkung oder Schwächung ärztlicher Autonomie? Die medizinische Profession und das Beispiel der evidenzbasierten Medizin aus soziologischer Sicht. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 98 (2004), 423–427.
- Matthiesen, P.:* Die Therapieentscheidung des Arztes. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 99 (2005), 269–273.
- Neuhaus, L.:* Ich schwöre bei Apollon dem Arzte ... Zur Bedeutung des hippokratischen Eides für die Professionalisierung des Ärztestandes (<http://sozmag.sociologie.ch>).
- Troschke, J. v.:* Die Rolle des Arztes in unserer Gesellschaft. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 128 (2003), 2608–2611.
- Vogd, W.:* Einführungstexte zum Seminar Sozialisation in Professionen. Einführung Oevermann. Interaktionsstruktur: Professionelles Handeln im Spannungsfeld von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung. Freie Universität Berlin.
- Vogd, W.:* Evidence-based Medicine und Leitlinienmedizin. Feindliche Übernahme durch die Ökonomie oder wissenschaftliche

Professionalisierung der Medizin. In: Münchner medizinische Wochenschrift / Fortschritte der Medizin 146 (2004), Originalien I, 11–14.

### *Anmerkungen*

- <sup>1</sup> Hoppe 2007.
- <sup>2</sup> Berufsordnung Bayern 2007.
- <sup>3</sup> von Troschke 2003.
- <sup>4</sup> Dörries 2003; von Engelhardt 2002.
- <sup>5</sup> Bauer 2005.
- <sup>6</sup> Brock 2005.
- <sup>7</sup> Dörries 2003.
- <sup>8</sup> Neuhaus.
- <sup>9</sup> Berufsordnung Bayern 2007.
- <sup>10</sup> Conen 2007.
- <sup>11</sup> Vogd o. J.
- <sup>12</sup> von Troschke 2003.
- <sup>13</sup> Bauer 2006.
- <sup>14</sup> Vogd 2004.
- <sup>15</sup> Koch et al. 2007.
- <sup>16</sup> Lützenkirchen 2004; Kienle 2005.
- <sup>17</sup> Lützenkirchen 2004.
- <sup>18</sup> Kienle 2005.
- <sup>19</sup> Matthiesen 2005.
- <sup>20</sup> Bauer 2007.
- <sup>21</sup> Flintrop 2006.
- <sup>22</sup> Herzig et al. 2006.
- <sup>23</sup> Gothe et al. 2007.
- <sup>24</sup> Bauer 2005.