

# Memorandum für eine „nachhaltige Humanmedizin“

## Eine Ärzteinitiative

Das Gesundheitswesen wird immer stärker von ökonomischen Prinzipien, Verwaltungsregeln und unübersehbaren Informationstechnologien, statt von medizinischen Zielen getrieben. Diese Kolonialisierung der medizinischen Arbeitswelt durch sachfremde Institutionen und Interessen soll durch den folgenden Aufruf von Seiten der Ärzte öffentlich kritisiert und das Kernziel dieses Systems, nämlich Gesundheit zu sichern, wieder klargestellt werden [1]. Die genannten Prinzipien müssen relativiert und aufeinander bezogen werden. Nur so kann eine nachhaltige humane Medizin gesichert werden, die auch die Gesundheitsbedürfnisse der folgenden Generationen befriedigen kann. Dieser Aufruf beansprucht auch Geltung für andere Gesundheitsberufe.



### Es geht um folgende integrierte Agenda

#### 1. Der Mensch ist Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung.

Diese zentrale Aussage der Medizin wird zu häufig als Marketing-Parole missbraucht. Das dahinter stehende Menschenbild muss transparent gemacht und erklärt werden. So ist der Mensch ein „verkörpertes Subjekt“, eingebettet und eingebunden in seine Umwelt [2]. Er ist also eine individuelle bio-psycho-soziale Person [3]. Im Falle einer Krankheit ist er ein leidender Mensch (Homo patiens) mit Gefühlen und Bedürfnissen und keinesfalls ein nutzenmaximierender Kunde (Homo oeconomicus) [4].

#### 2. Krankheit ist eine Störung im bio-psycho-sozialen Kontext.

Krankheit beruht auf Störungen dieser drei Dimensionen mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Sie wirkt auf diese drei Existenzbereiche des Menschen zurück [5]. Krankheit ist auch stark lebensstilbedingt und beeinträchtigt darüber hinaus die Lebensführung [6]. Dies ist in Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen und auch angemessen zu finanzieren. Nicht zu-

letzt: Gesundheit ist das höchste Gut, das sich nicht nach Marktpreisen bewerten lässt.

#### 3. Die Arzt-Patient-Beziehung ist Basis des Gesundheitswesens.

Kompetenz und Empathie sind tragende Elemente einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient [7]. Sie fördern wesentlich Vertrauen und wirksame Mitwirkung des Patienten am Heilungsprozess (Adhärenz). Deshalb muss das qualifizierte ärztliche Gespräch als Kernprozess unangetastet bleiben und es bedarf der ausdrücklichen Würdigung in Vergütungskatalogen [8].

#### 4. Medizinrecht ist eine Sache, Ethik eine andere.

Ethik als Handeln nach bestem Wissen und Gewissen gehört zum ärztlichen Alltag. Die zunehmende Verrechtlichung ärztlichen Handelns gefährdet die Qualität der Patientenbeziehung, statt sie zu schützen und zu stützen.

Die Ärzteschaft muss deshalb den Rechtsrahmen selbstständig durch transparente Leitlinien, Empfehlungen und selbstentwickelte Regulierungen mit Leben füllen, wobei auf die Individualsituation ausdrücklich Rücksicht genommen werden muss [9]. Regulierungen, beispielsweise in Bezug auf die Haftung, dürfen aber nicht zur Defensiv-Medizin mit exzessiver Ausschluss-diagnostik führen.

#### 5. Der Einsatz von Technologie muss von ärztlicher Qualifikation geleitet sein.

Medizinische Technologien wie Bildgebung in der Diagnostik und Medikamente in der Therapie sind wichtige Komponenten medizinischen Fortschritts. Sie ersetzen jedoch nicht ärztliches Handeln, sondern ergänzen und verstärken es. Die kompetent persönlich erhobene aktuelle Krankengeschichte und klinische Untersuchung verhindern oft sinnlosen und kostspieligen Technologieeinsatz zur Ausschlussdiagnostik. Die zunehmend propagierte

Entwicklung ethisch korrekter und empathischer Medizinroboter in der Klinik und Drohnen im ambulanten Bereich sind allerdings der Endpunkt humaner Medizin (Posthumanismus).

Auch Wissenstechnologien wie die Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT) sind wichtig. Die technikförmige Umgestaltung der medizinischen Arbeitswelt durch unangepasste ICT stört allerdings die Arzt-Patient-Beziehung in erheblichem Maße. Auch der exzessive ICT-Einsatz im Gesundheitswesen durch Systeme, die nicht von Ärzten evaluiert sind, birgt die vielgestaltige Gefahr einer enthumanisierten medizinischen Praxis [10].

**6. Gesundheits-Administration muss reduziert werden.**

Überbordende, nicht finanzierte Dokumentation behindert die Patientenversorgung. Sie ist Ausdruck eines systemischen Misstrauens gegenüber den Gesundheitsberufen, die als individuelle Nutzenmaximierer gesehen werden (Homo oeconomicus). Systemisch eingesetzte IT birgt erhebliche Risiken für Patienten bezüglich der Datensicherheit [11]. Es besteht die Gefahr, dass der Patient auf seinen medizinischen Datenschatten reduziert wird (siehe Punkte 1, 3 und 5) [12].

**7. Betriebe des Gesundheitswesens erfordern für Patienten und Mitarbeiter eine menschengerechte Organisation.**

Das Maschinenmodell der Betriebswirtschaftslehre ist für Gesundheitsbetriebe ungeeignet, da diese für Menschen geschaffen sind, die für leidende Menschen sorgen (Organismusmodell) [13]. Organisationsqualität wird nicht durch

Algorithmen, sondern durch lebende Prozesse realisiert. Auch müssen Top-Managementpositionen (zum Beispiel Klinikleitungen) von doppelt qualifizierten – auch organisationskompetenten – Ärzten eingenommen werden und nicht von Betriebs- oder Volkswirten oder gar von Kaufleuten [14, 15]. Darüber hinaus bedarf die qualifizierte Analyse, Planung und Gestaltung von Versorgungsstrukturen der Expertise von Versorgungsforschern [16]. Neueste Ergebnisse der Versorgungsforschung müssen generell Berücksichtigung finden.

**8. Gesundheitsökonomie ist nur ein nachrangiges Mittel der Medizin.**

Das Weltbild der Ökonomik, ihr Marktmodell, passt nicht zu Krankheit. Daher ist Medizinökonomie statt Gesundheitsökonomie nötig [17]. Wirtschaftliches Denken und Handeln wird fälschlicherweise als durchgängig rationales Projekt gesehen [18]. Auch die wissenschaftliche Basis der Ökonomik ist schwächer als Zahlen und Formeln vermuten lassen [19]. Die Grundaufgabe der Monetarisierung von Gesundheit ist schon deswegen mangelhaft, weil es bereits für die Gesundheitswissenschaften schwierig ist, Gesundheit und Krankheit zu quantifizieren. Folglich ist ein Kosten-Effektivitäts-Kalkül oder gar ein Kosten-Nutzen-Kalkül kaum zu begründen. Mit der Behandlung von Krankheit Gewinne zu machen ist ganz und gar inhuman. Nicht zuletzt soll auch die Sprache der Ökonomik nicht jene der Medizin ersetzen – der Arzt ist nicht Produzent oder Händler von Gesundheit und der Patient ist kein Kunde [20], sondern eben ein hilfesuchender kranker Mensch.

**9. Qualifizierte Medizin handelt durch integrierte Beachtung der Rangreihe dieser Punkte.**

Gesundheitspolitik sollte sich ebenfalls an diesen als Netzwerk zu sehenden, aber priorisierten Kriterien ausrichten. Es gibt die Vieldimensionalität der Grundstruktur des Gesundheitswesens wieder, setzt aber die Prioritäten anders als der gängige gesundheitspolitische Diskurs.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter [www.bayerisches-aerzteblatt.de](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de) (Aktuelles Heft) abgerufen werden.



**Autoren**

Professor Dr. med. Dr. rer. nat. Dr. h. c. mult. Dieter Adam, Kinderarzt, Apotheker, E-Mail: [dieter.adam@med.uni-muenchen.de](mailto:dieter.adam@med.uni-muenchen.de)

Professor Dr. med. Dr. phil. Dr. rer. pol. Felix Tretter, Nervenarzt, Psychotherapie, E-Mail: [felix.tretter@yahoo.com](mailto:felix.tretter@yahoo.com)

Lieber Blutdruck,  
So geht es nicht weiter, Du musst Dich endlich mal fallen lassen! Ich mach mir Sorgen um Gefäße und Nieren. Auch das Hirn ist in Gefahr. Wir halten den hohen Druck nicht mehr länger aus. Glaub mir, es ist sehr wichtig für eine gesunde Zukunft, dass Du runter kommst.  
Lass Dich drücken! Herzlein  
unter 140/90 mm Hg

PS: Wenn Du noch mal reden willst, ruf mich an: 06221 588555

DEUTSCHE HOCHDRUCKLIGA  
®  
www.hochdruckliga.de