

Aber, so dachten wir uns dann, man kann ja immer noch auswandern oder den Menschen in den armen Ländern helfen. Notfallsätze oder Entwicklungshilfe, mit einer Hilfsorganisation oder gleich privat organisiert. Hauptsache irgendwo hinfahren und helfen, dafür sind wir doch ausgebildet: Die beliebten Fotos »Ich im weißen Kittel und kleine Kinder« konnten wir nebenbei auch gleich sammeln.

Mit der Zeit wird auch das in Frage gestellt: Sinn und Unsinn der Entwicklungs- »Hilfe« haben wir nun schon oft diskutiert. Dass Auslandsaufenthalte vor allem unserer eigenen Entwicklung helfen, Selbsterfahrung – mit ein wenig schlechtem Gewissen dabei, das kann man

ruhig zugeben. Die so genannte Nothilfe ist entzaubert: Wir wissen jetzt, dass das nur mit guter Ausbildung und Organisation geht. Und vor allem, dass Nothilfeorganisationen wie die *Ärzte ohne Grenzen* selbst ihre Grenzen kennen – für nachhaltige Veränderungen können sie immer nur eine Grundvoraussetzung schaffen. Damit die Veränderungen wirklich stattfinden, müssen sich aber größere Dinge bewegen, in der Politik zum Beispiel: in der Friedenspolitik, im Welthandel, beim Ressourcenverbrauch, und so weiter.

Also in die Politik? Die Bedingungen ändern, die uns krank machen? Virchow zitiert (*»die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medizin im Grossen«*) und die eigene Ausbildung, das Ansehen des Berufsstandes sowie die uns möglichen Einblicke in die Gesellschaft dafür nutzen, soziale Bedingungen zu

ändern? Natürlich, das sollten wir. Und wenn wir der Meinung sind, dass etwas getan werden müsste, dann sollten wir auch selbst damit anfangen. Vor den wiederkehrenden Enttäuschungsphasen, die wohl alle Aktivisten gelegentlich treffen, sind wir damit aber natürlich auch nicht geschützt.

Doch jetzt, da wir schon so weit gekommen sind, ist die Verzweiflung auch keine Lösung. Dann doch lieber wie der Sisyphos in Albert Camus' Essay – den sollen wir uns schließlich »als glücklichen Menschen« vorstellen. Trotzdem das machen, was wir uns damals (damals ist ja auch erst sechs, sieben Jahre her ...) vorgenommen haben. Nur vielleicht etwas durchdachter, vor dem Hin-

tergrund all der Hintergrundinformationen, die wir inzwischen gewonnen haben.

Also: Allen Zwängen zum Trotz für die einzelnen PatientInnen da sein, egal wie man uns deswegen unter Druck setzt. Nicht als der große, allmächtige Helfer in Weiß – aber auf die Individualität der Probleme eingehen. Wenn zum Beispiel im ärmsten Stadtteil einer ostdeutschen Großstadt ältere Patienten abgemagert im Krankenhaus aufgenommen werden, weil das Sozialamt ihnen kein neues Gebiss zahlt, wenn das alte nicht mehr passt – dann liegen die »sozialen Determinanten von Gesundheit« offensichtlich vor uns.

Und so kommen wir nicht umhin, neben den individuellen auch die »großen« Zusammenhänge zu bearbeiten. Uns gegen Ausbeutung und Ausschluss zu engagieren, weil darin so häufig Ursachen liegen, die der Gesundheit schaden. Auch das Engagement bei

den Benachteiligten des globalen Südens vor Ort ist nicht grundsätzlich falsch – nur sollten wir uns unserer Rolle, unserer Möglichkeiten und der Konsequenzen bewusst sein. Im Zweifelsfall heißt das oft Abstandnehmen von der direkten medizinischen »Hilfe«, stattdessen den Schwerpunkt setzen auf die Weitergabe von Wissen zum Beispiel durch Ausbildung lokaler Gesundheitsarbeiter – und das auch nicht aus dem Bauch heraus, sondern fachlich kompetent und didaktisch ausgearbeitet.

Denn die Jahre des Studiums waren nun mal nicht nur Schikane. Wir haben einen riesigen Informationsschatz erworben, mit etwas Glück das Selektieren wichtiger Informationen gelernt und mit etwas mehr Glück eben doch auch über den Tellerrand geblickt, oft durch Engagement außerhalb der Universität.

Jetzt, beim Eintritt in die Berufswelt, tragen wir eine große geistige Werkzeugkiste mit uns. Die wird uns wahrscheinlich nicht reich machen, wie sich das vielleicht auch ein Teil der zukünftigen Mediziner erhofft. Stattdessen könnten wir diese Werkzeuge aber dazu einsetzen, jeden Tag ein Stückchen triste Realität in ihr positives Gegenteil zu verkehren. Und so den Stein auf den Berg hinauf zu befördern. Denn: »Darin besteht die verborgene Freude des Sisyphos. [...] Der Kampf gegen Gipfel vermag ein Menschenherz auszufüllen.«

Jonas Özbay

zur Zeit im PJ in Leipzig, engagiert sich in verschiedenen lokalen Zusammenschlüssen von linken Aktivisten und arbeitet bei Globalisation and Health Initiative (GandHI) mit; Email: jo.public@gmx.de

Annäherungen an gute Medizin

Aus der Sicht des Patientenvertreters Peter Friemelt

Es ist irgendwie komisch, wenn ich als Nicht-Mediziner zum Thema »Was ist gute Medizin?« etwas schreiben soll, und das in einer Mediziner-Zeitschrift. Und dann auch noch 8 000 Zeichen! Ich gehe in mich und überlege mir, was mich an diesem Thema interessiert und wie ich es ausfüllen könnte. Ich nähere mich also langsam an.

Annäherung 1 Der/die arrogante MedizinerIn

In meiner Arbeit komme ich ab und zu in die Situation, für Patienten reden zu sollen. Bei

einer dieser Gelegenheiten musste ich mit einer Amtsärztin über den Mehrbedarf eines Patienten für Ernährung sprechen. Der Patient ist Sozialhilfeempfänger, hat eine komplizierte Geschichte und will nun durchsetzen, für seine krankheitsbedingte Empfindlichkeit für viele Lebensmittel, die relativ günstig zu kaufen sind, etwas mehr Sozialhilfe zu bekommen, so dass er sich gesund ernähren kann. Die Amtsärztin sieht hierfür allerdings keinen Bedarf. Zuerst werde ich von ihr aufgeklärt, dass der Patient bei ihr gar kein Patient ist, sondern ein **Proband**. Kann sein, aber die Art und Weise, wie mir das mitgeteilt wird, war nicht gerade partnerschaftlich. Außerdem, so die Amtsärztin weiter, sei ich ja kein Arzt und würde deshalb ihre me-

dizinische Argumentation nicht nachvollziehen können. Der psychische/psychiatrische Anteil bei derartigen Erkrankungen sei erheblich. Gerade dass der Patient/Proband/Klient der Umgangston der Ärztin beklagt habe, sei wohl auf diesen Teil der Erkrankung zurückzuführen. Deshalb sei kein Mehrbedarf zu genehmigen.

Ich war erst mal baff. Natürlich gibt es schwierige Patienten, das ist unsere Erfahrung in allen Beratungsstellen. Letztendlich hat das Gespräch bei mir dazu geführt, dass ich den Patienten danach noch besser verstanden habe. Ich habe mit mehreren anderen Ärzten über die Situation gesprochen, um mich wieder zu orientieren. Die Ärzte bestärkten mich in meiner Meinung, dass sich Pa-



**Christus heilt einen Aussätzigen,
Echternacher Evangeliar, 11. Jahrhundert**

tienten solche Behandlung nicht gefallen lassen sollten.

Ergebnis: Die Amtsärztin steht nicht für gute Medizin.

Annäherung 2 Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Der MDK ist neben vielen Themen auch für die Begutachtung der Pflegestufen zuständig. Hier hören wir immer wieder von der für Patienten unangenehmen Prozedur der Befragung. »Können Sie sich noch selber waschen?« Wer will dies schon gerne zugeben? Es gibt da noch mehr Beispiele, wo wir den Verdacht nicht loswerden, dass der MDK zu nahe an den Spar-Interessen der Krankenkassen dran ist. Doch finanzielle Erwägungen dürfen nicht Grundlage für finanzielle Entscheidungen sein. Dabei kann keine gute Medizin rauskommen.

Deshalb: Wir brauchen einen wirklich unabhängigen Medizinischen Dienst der Öffentlichkeit, der ausschließlich nach medizinischen und nicht auch nach finanziellen Kriterien entscheidet. Er muss deshalb unabhängig von den Kassen sein.

Annäherung 3 Unsere VertrauensärztInnen

Als Nicht-Mediziner stehen wir immer wieder vor der Situation, uns mit VertrauensärztInnen über medizinische Sachverhalte austauschen zu müssen. Zum Glück haben wir im und um den Gesundheitsladen herum einige MedizinerInnen, die sich dafür ehrenamtlich zur Verfügung stellen. Auch die PatientensprecherInnen in der Stadtklinik München haben Vertrauenspersonen, die sie bei medizinischen Fragen beraten.

In der letzten Zeit hatte ich eine komplizierte Patientin, die nach einer OP nicht mehr gescheit reden kann. Sie hat das Gefühl, dass etwas schief gelaufen ist. Bei mehreren Ärzten, die sie aufsuchte, hat sie sich nicht gut aufgehoben gefühlt. Ein Gutachten bestätigt ihren Verdacht auf Behandlungsfehler nicht. Allerdings wird ihr von anderen Ärzten immer wieder empfohlen, eine noch genauere Diagnose erstellen zu lassen, da die normalen Röntgenaufnahmen nicht so gut seien. In

der Klinik X gäbe es aber jetzt ein neues Gerät, das mit Mehrschichtaufnahmen genauere Ergebnisse bringen würde. Für die Patientin war das natürlich ein Hoffnungsschimmer, vielleicht doch noch was zu finden, das entweder ihren Zustand erklärt oder einen Behandlungsfehler bestätigt bzw. endgültig ausschließt.

Ich bespreche die Geschichte mit einem Arzt. Dieser nimmt Kontakt zur Klinik auf, spricht mit dem dortigen Oberarzt über das Verfahren und das Anliegen der Patientin. Bei dem Gespräch stellt sich heraus, dass das neue Gerät wohl eher nicht geeignet ist, eine bessere und sicherere Diagnose zu erstellen. Aber die Patientin könne in die Sprechstunde kommen mit allen Unterlagen, dann würde eine Behandlungsempfehlung ausgesprochen.

Mein Vertrauensarzt teilt mir das Ergebnis mit und rät mir, der Patientin mitzuteilen, dass die Behandlung nicht die erhofften Möglichkeiten eröffne. Mehr als ein Beratungsgespräch mit dem dortigen Oberarzt hält er nicht für sinnvoll. Mein Argument, dass es für die Patientin die vielleicht letzte Chance sei, der letzte Strohalm, an den sie sich klammert, lässt er nicht gelten. »Wenn etwas kei-

nen Sinn macht, dann soll man es auch nicht machen.«

Ich habe lange darüber nachgedacht, ob das nun wirklich gute, patientenorientierte Medizin ist, die mir mein Arzt empfahl. Mir ist es jedenfalls nicht leichtgefallen, der Patientin diese eher desillusionierende Information weiterzugeben. Die Möglichkeit, noch ein Beratungsgespräch in der Klinik zur Abklärung beanspruchen zu können, hat die Patientin doch zufrieden gestellt. Letztendlich bin ich der Meinung, dass gute Medizin und Gefälligkeitsmedizin nicht das gleiche sind.

Annäherung 4 Priorisierungsdebatte auf dem Mainzer Ärztetag Mai 2009

Ärzttekammerpräsident Hoppe hätte den obigen Fall vielleicht für seine Priorisierungsdebatte verwenden können. Bei dem diesjährigen Ärztetag wurde allerdings nicht ernsthaft über die Sinnhaftigkeit von medizinischen Behandlungen debattiert, sondern der unterstellte finanzielle Mangel zum Maßstab für ärztliches Handeln erhoben. Die schon lange bekannte Debatte über Unter-, Fehl- und Überversorgung wurde nicht ins Zentrum der Diskussion gebracht. Dabei ist die Realität sehr vielschichtig: Viele schwerkranke, insbesondere alte PatientInnen werden bis an ihr Lebensende therapiert, obwohl sogar eine Patientenverfügung oder glaubhafte Zeugen vorhanden sind, die das eigentlich ausschließen sollten. Es gibt vielerlei Mehrfachuntersuchungen, die nicht nur kostenintensiv sondern in manchen Fällen auch noch ungesund sind, vgl. die hohe Anzahl an Röntgenuntersuchungen in Deutschland.

Die immer stärkere Orientierung der Medizin an wirtschaftlichen Bedingungen, sei es zwangsweise oder weil man ein Anhänger des freien Marktes ist, ist keine gute Grundlage für gute Medizin. Medizin muss unabhängig von Wirtschaftsinteressen ausgeübt werden können.

Annäherung 5 Keine Vorkasse, keine IGeL- Leistungen, keine politische Agitation

In manchen Praxen hat sich Anfang 2009 die Stimmung gegen die Patienten gewendet. Die Honorarreform hat einige Ärzte letzte Hürden von anständigem Verhalten überspringen lassen. Patienten wurden aufgefordert, Vorkasse zu leisten, manche wurden weggeschickt, in vielen Fällen nicht (angemessen) behandelt. *Diese Art der ärztelöpolitischen Agitation kann unmöglich zu einer guten Medizin gehören.* Die IGeL-Leistungen sind schon einige Jahre Praxis in der Praxis. Die Patienten werden immer mehr verunsichert. Kassen klären unzurei-

chend auf. Der Ball des Schuldigen wird zwischen Mediziner und Versicherung hin- und hergeschoben. Dabei wäre es doch so einfach. Medizinisch notwendige Leistungen werden über die Kasse finanziert. Medizinisch nicht notwendige Leistungen sind nicht notwendig.

Deshalb: IGeL-Leistungen müssen abgeschafft werden und ein angemessenes Gehalt für Ärzte muss selbstverständlich sein. Dann wird gute Medizin leichter zu haben sein.

Annäherung 6

Gute ÄrztInnen verweisen an weitere kompetente Stellen

Gute Medizin zeichnet sich auch dadurch aus, dass Ärzte bei bestimmten Problemstellungen selbstverständlich an kompetentere KollegInnen überweisen. Auch das Wissen um Selbsthilfegruppen und deren Kompetenzen wird vom guten Arzt mit in die Behandlung einbezogen.

Annäherung 7

Alternativen werden vorgestellt, die Patientin/der Patient wird als ganze Person wahrgenommen

In der Patientenberatung ist ein Hartz-IV-Empfänger. Er hat einen Heil- und Kostenplan für eine Zahnersatzversorgung. Aufgrund seines Einkommens ist er ein Härtefall. Der Zahnarzt hat ihm eine teure Versorgung mit hohem Eigenanteil vorgeschlagen. Die Kassenversorgung wird ihm nicht empfohlen: »Des taugt nix!«

Gute Medizin stelle ich mir eher so vor: Der Arzt diagnostiziert und bespricht mit dem Patienten die notwendigen Behandlungsschritte. Alternativen (z.B. Naturheilverfahren, oder hier die reine Kassenbehandlung) zur vorgeschlagenen Behandlung werden diskutiert. Auf Wünsche des Patienten wird eingegangen. Der Umgang ist partnerschaftlich, der Arzt berücksichtigt die soziale Situation des Patienten.

Annäherung 8

Gute Medizin ist immer auch soziale Medizin und für alle gleich

Gute Medizin kann sich nicht dadurch auszeichnen, dass den Privatpatienten eine andere Versorgung angeboten wird als den gesetzlich Versicherten. Den Privatpatienten wird u.a. mehr angeboten, weil bei ihnen mehr abrechenbar ist (siehe SZ vom 27. Juni 2009: »Hoffentlich nicht privatversichert. Unnötige Operationen, unnütze Röntgenbilder – die vermeintlich privilegierten Patienten leiden unter einer Überdosis Medizin.«)

Gute Medizin sollte genau das behandeln, was notwendig ist, was der Patient

braucht. Und da ist der Versichertenstatus unerheblich.

Annäherung 9

ÄrztInnen können mit den PatientInnen kommunizieren

Die Aufwertung der Gesprächsziffern allein macht noch keine gute Kommunikation. Aber sie ist eine Grundlage dafür, dass sich Ärzte für ihre Patienten mehr Zeit nehmen. Natürlich müssen sich Ärzte mit Gesprächsführung und Patientenkommunikation bereits im Studium auseinandersetzen.

Annäherung 10

Qualitätssicherung und Fortbildung in der Medizin

sind selbstverständlich und eine Grundlage für gute Medizin. Und das ganze muss ohne Sponsoring von Pharma- und Geräteindustrie erfolgen.

Annäherung 11

Wenn etwas schief läuft

Dann wird darüber geredet und notfalls reguliert. Die Zahlen der Behandlungsfehler sind erschreckend hoch. Ärzte haben zum Glück angefangen, darüber zu reden. Manche trauen sich mittlerweile auch, Fehler zuzugeben. Die Ärztekammern machen Fortbildungen zu Risikomanagement, in denen den Ärzten beigebracht wird, wie sie mit Fehlern umgehen können. Fehlerkultur wird ernst genommen. Und die Fortbildungen werden unter Beteiligung von PatientenvertreterInnen durchgeführt.

Auch das Patientenrechte-Gesetz wäre ein Schritt in diese richtige Richtung, aber die Bundesärztekammer ist da noch defensiv. Sie spricht davon, dass die Patientenrechte auch jetzt schon ausreichend seien.

Operationen sind oft riskant und Arzt und Patient müssen das Risiko abwägen. Oft genug passiert etwas. Das hat schreckliche Auswirkungen für die Patienten. Und wenn kein Behandlungsfehler vorliegt, was oft der Fall ist, werden sie nicht entschädigt. Auch diese Fälle will das Patienten-Rechte-Gesetz aufgreifen. Ein Fondsmodell für Geschädigte ohne Schädiger wird integraler Bestandteil.

Gute Medizin schweigt Probleme nicht tot.

Annäherung 12

Profitorientierung und UnternehmensberaterInnen in Klinik und Praxis

Die letzten Gesundheitsreformen haben die Konkurrenz innerhalb der Kliniken und der

Praxen und zwischen den Sektoren erheblich verschärft. Der Leistungsdruck für die Beschäftigten in den Kliniken ist teilweise unzumutbar. Bestimmte Abteilungen werden out-sourced. Damit einher geht fast immer eine Schlechterbezahlung des Personals. Die Kliniken versuchen durch arabische, russische, etc. Patienten das Einkommensniveau zu erhöhen. Damit wird die Klassenmedizin zementiert. Ein anderes beliebtes Werkzeug zur Einkommenserhöhung ist das Produzieren von Fällen durch immer mehr und immer teurere Untersuchungen.

Gute Medizin ist unter diesen Bedingungen nicht möglich. Wir müssen zu grundlegend anderen Vergütungsformen finden, die an der Notwendigkeit der Behandlung ansetzen und die die Gesundheit der Mitarbeiter fördern.

Fazit: Gute Medizin ist ein vielschichtiges Thema. Sicherlich habe ich viele Punkte vergessen. Ich freue mich auf die Beiträge der anderen AutorInnen in diesem Heft.

Peter Friemelt,

Patientenberater im Gesundheitsladen München

Streckapparat für den gebrochenen Arm, von Johannes Wechtlin, aus dem Feldebuch der Wundtartzney, 1540

