

**Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der  
Universität Tübingen**

**Das Bild des Arztes und sein Auftrag in der  
Gesellschaft von 1949 bis zur Gegenwart  
im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes**

**Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität  
zu Tübingen**

**vorgelegt von**

**Laib, Chandra Maria Sobeide**

**2017**

Dekan: Professor Dr. I. Authenrieth  
1. Berichterstatter: Professor Dr. med. Dr. phil. U. Wiesing  
2. Berichterstatter: Professor Dr. C. Baethge  
Tag der Disputation: 31. Mai 2017

*Meinem Großpapa*

*„Der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur,  
und immer wieder haben geistvolle Köpfe darüber nachgedacht,  
was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft,  
Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft das Wesentliche ist.“*

*Herrmann Kerschensteiner*

---

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>9</b>
1.1	Hinführung zum Thema .....	9
1.2	Definitionen.....	16
1.3	Stand der Forschung .....	21
1.4	Inhalt.....	26
<b>2</b>	<b>Thesenfindung und quantitativer Verlauf.....</b>	<b>29</b>
2.1	Artikelverteilung von 1949 bis 1969 .....	29
2.2	Artikelverteilung von 1970 bis 1989 .....	30
2.3	Artikelverteilung von 1990 bis 2014 .....	32
<b>3</b>	<b>Material und Methoden .....</b>	<b>34</b>
3.1	Material.....	34
3.2	Methodik.....	37
<b>4</b>	<b>Historischer Hintergrund – Arztbilder von der Antike bis zum „Dritten Reich“ .....</b>	<b>47</b>
4.1	Die Antike – Geburt des abendländischen Arztes .....	47
4.2	Der Arzt im Mittelalter – Feindbild und Randerscheinung .....	51
4.3	Die Renaissance – Wiedergeburt des wissenschaftlichen Arztes .....	54
4.4	Die Zeit der Aufklärung – Höhepunkt des ärztlichen Ansehens .....	58
4.5	Die Etablierung des Ärztstandes während der Industrialisierung.....	60
4.6	Der Beginn des 20. Jahrhunderts – Zerreißprobe für die Ärzteschaft ....	65
4.7	Der Aufstieg des Ärztstandes während des Nationalsozialismus .....	69
<b>5</b>	<b>Auf der Suche nach einer neuen Identität (1949-1957).....</b>	<b>72</b>
5.1	Aller Anfang ist schwer oder wohnt doch jedem Anfang ein Zauber inne .....	72
5.2	Die Neudefinition des ärztlichen Ethos – eine besondere Aufgabe der Ärzeschaft in der Nachkriegszeit.....	75
5.3	Diskussion über das Wunschbild des Arztes innerhalb der Ärzteschaft..	80
5.4	Die Stellung des Arztes – ein Spiegel des Wunschbildes? .....	91
5.5	Zusammenfassung und Bewertung.....	96

---

<b>6</b>	<b>Das Idealbild des Arztes – Spiegel des inneren Gleichgewichts in der Gesellschaft (1958-1967) .....</b>	<b>99</b>
6.1	Das Arztbild innerhalb der Ärzteschaft .....	100
6.2	Der Einfluss der Medien auf das Arztbild der frühen 1960er Jahre.....	108
6.3	Zusammenfassung und Bewertung.....	110
<b>7</b>	<b>Der Arztberuf in Zeiten des gesellschaftlichen Umbruchs (1968-1979) ....</b>	<b>113</b>
7.1	Die Einflüsse der Studentenbewegung auf das Arztbild .....	115
7.2	Das Arztbild einer zunehmend politisierten Gesellschaft.....	117
7.3	„Halbgott in Weiß“ – der Arzt im Kreuzfeuer der Medien.....	136
7.4	Zusammenfassung und Bewertung.....	145
<b>8</b>	<b>Das Bild des Arztes – hält es in Krisenzeiten stand? (1980-1989).....</b>	<b>147</b>
8.1	Erwartungen an den Arzt – Fortschrittsideologie vs. Vorwürfe der Dehumanisierung in der Medizin.....	149
8.2	Das Paradoxon setzt sich fort – das Arztbild der 1980er Jahre in Politik, Medien und Literatur.....	156
8.3	Reaktion auf die mediale Kritik – die Ärzteschaft auf der ständigen Suche nach einem Leitbild.....	163
8.4	Qualitätssicherung als neue Aufgabe des Arztes .....	167
8.5	Zusammenfassung und Bewertung.....	169
<b>9</b>	<b>Im Zeichen der Wiedervereinigung – gelingt diese auch hinsichtlich des ärztlichen Selbst- und Fremdbildes? (1990-1999).....</b>	<b>171</b>
9.1	Das Berufsbild des Arztes – Unzufriedenheit vor allem unter Ärzten .	174
9.2	Die Ärzteschaft und die Medien – das Spannungsverhältnis hält an...	179
9.3	Der Wunsch nach Wahrhaftigkeit und holistischer Medizin .....	181
9.4	Weiterentwicklung der Qualitätssicherung als ärztliche Aufgabe.....	184
9.5	Zusammenfassung und Bewertung.....	185

---

<b>10 Der ärztliche Beruf in Zeiten der Unsicherheit und Unzufriedenheit (2000-2014) .....</b>	<b>189</b>
10.1 Ein neues Jahrtausend – ein neues Arztbild?.....	194
10.2 „Frust statt Lust auf den Arztberuf“ – gefährden schlechte Arbeitsbedingungen das Arztbild?.....	203
10.3 „Geld regiert die Welt – auch die Medizin“ – Ökonomisierung des Arztberufes als Bedrohung des Arztbildes?.....	222
10.4 „Ärztbashing“ – der Arztberuf aus der Sicht der Medien .....	234
10.5 Die neue Aufgabe des Arztes: Hin zur ganzheitlichen Medizin – Soma und Psyche vereinen .....	243
10.6 Zusammenfassung und Bewertung.....	246
<b>11 Feminisierung des Arztberufes – verändern Frauen das Arztbild?.....</b>	<b>250</b>
11.1 Historische Entwicklung .....	250
11.2 Die heutige Situation.....	252
11.3 Zusammenfassung und Bewertung.....	258
<b>12 Die Arztzahlentwicklung und ihre Auswirkungen auf das Arztbild.....</b>	<b>259</b>
12.1 „Die Überfüllung des Arztberufes“ (1949-1956).....	259
12.2 Drohte nach der Nachkriegsärzteschwemme nun ein Ärztemangel? (1961-1969) .....	263
12.3 Die Ärzteschwemme der 1980er Jahre als Einschränkung der Berufsfreiheit?.....	264
12.4 Der zunehmende Ärztemangel als Konsequenz unzufriedener Ärzte (2000-2014) .....	266
12.5 Zusammenfassung und Bewertung.....	274
<b>13 Diskussion und Zusammenfassung .....</b>	<b>281</b>

---

<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>298</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>350</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>350</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>351</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>356</b>
I.    Der Hippokratische Eid .....	356
II.   Das Genfer Ärztegelöbnis.....	357
III.  Auszüge aus der Berufsordnung für Ärzte in Deutschland.....	358
IV.  Erklärungen zum Eigenanteil.....	369
V.    Danksagung .....	370

# 1 Einleitung

## 1.1 Heranführung an die Thematik

„Es war ‚große Visite‘. Zu diesem Zweck bilden alle Weißkittel eine hierarchische Formation von oben vom Oberarzt hinunter zum Arzt im Praktischen Jahr, der die Akten tragen darf. Die ‚große Tour‘, wie das so heißt, findet einmal im Monat statt. Anlässlich solcher Expeditionen erstürmt der Ärztetrupp ohne anzuklopfen das Zimmer des völlig arg- und ahnungslosen Patienten. Man bezieht um sein Bett herum Stellung, wobei peinlichst auf die Wahrung der eigenen Anonymität geachtet wird. Nun erfolgt eine Erörterung des Falles in der dritten Person, als wäre der Patient gar nicht anwesend, anschließend Abzug des grotesken Trosses ins nächste Zimmer. Invasion der Weißkittel. Manchmal ist die Prozession so lang, dass der Oberarzt den Raum schon wieder verlassen hat, ehe der dienstjüngste Arzt überhaupt eine Chance bekommt hineinzukommen. [...].

Wir – die große Visite – traten eines Mittwochmorgens in ihr Zimmer. Und blieben wie angewurzelt stehen: Sie war nicht da. Die Krankenschwester überschlug sich fast vor Entschuldigungen. Vermutlich war die Patientin einen Kaffee trinken gegangen. Dabei hatte man ihr doch gesagt, ‚dass es am Mittwoch wäre‘. Dann rannte sie los, um ihre Patientin zu suchen. Der große Chef, der auf die Patientin wartet. Die Welt steht Kopf!

Diese kleine Verspätung sorgte immerhin dafür, dass wir alle genügend Zeit hatten, das Zimmer zu betreten und ordentlich Aufstellung zu nehmen. Da aber das Zimmer klein war und wir sehr zahlreich, standen wir Ellbogen an Ellbogen wie die Zinnsoldaten. Längsseite, Stirnseite, wieder Längsseite – alles vollgestellt mit Ärzten. Die schmale Seite der Tür blieb frei. Schließlich kam die Patientin herein, gefolgt von der Krankenschwester. Eine Sekunde lang blieb sie auf der Schwelle wie angewurzelt stehen und betrachtete perplex das große weiße U in ihrem Zimmer, das da in nahezu sakralem Schweigen auf sie wartete. Dann überflog uns ihr Blick. Ein Lächeln, und sie setzte sich in Bewegung. Sie trat auf den Mann zu, der offensichtlich am Anfangspunkt des U war, streckte ihm die Hand entgegen und sagte: ‚Guten Tag, ich bin Madame Rendu.‘

Es blieb ihm gar nichts anderes übrig, er musste ihre Hand ergreifen. Und ein flüchtiges ‚Guten Tag‘ zwischen den Zähnen hervorquetschen. (Er hat sich nicht vorgestellt, alles hat schließlich seine Grenzen.) Dann klapperte sie das ganze U ab. Und ließ sich Zeit. Im Gegenuhrzeigersinn. Guten Tag, Händedruck. Guten Tag, Händedruck. Guten Tag, Händedruck. Sie sind gekommen, um mich zu sehen? Wie schön! Dann sehen wir mal.

Wir waren etwa zwanzig, daher nahm das Händeschütteln einige Zeit in Anspruch. Wir waren verduzt, alle miteinander. Verduzt und schweigend, immer peinlicher berührt von diesem Grußritual. Fünf lange, ungeplante, genussreiche Minuten der Rache. Man konnte sie ja nicht ermahnen und ihr sagen, wir hätten keine Zeit für lange Begrüßungen. So etwas sagt man nicht. Und doch stand auf allen Gesichtern zu lesen: ‚Man sagt doch nicht guten Tag zu allen Leuten! Sie sind ja verrückt!‘ Und so senkten die Ärzte das Haupt und sahen zu Boden. Gesenkten Hauptes ergriffen sie ihre Hand. Alle. Und murmelten guten Tag. Auch der große Chef. Angesichts des real praktizierten Irrsinns war diese Lektion in Normalität von einer Schizophrenen durch nichts zu überbieten. Glückliche, wer einen Sprung in der Schüssel hat, denn der lässt wenigstens etwas Licht herein.“<sup>1</sup>

Eine französische Assistenzärztin schrieb diese Geschichte zunächst in einem Blog und später in ihrem Buch *Blutige Anfänger – Eine junge Ärztin packt aus* nieder, wobei sie wahre Geschichten aus dem ärztlichen Alltag präsentierte. Dabei ging es ihr nicht darum, besonders überspitzte Situationen nachzuerzählen, sondern vielmehr als Ärztin die Welt der Medizin kritisch zu beleuchten und zwar von Seiten aller Beteiligten: Patient, Arzt<sup>2</sup> und Gesellschaft. Nichts Geringeres als unser Gesundheitssystem und dessen Hauptakteure – Ärzte und Patienten – standen im Mittelpunkt, ist für die meisten Menschen Gesundheit doch eines der höchsten Güter. Zweifellos kann man also feststellen, dass es kaum einen anderen Beruf gibt, der so viel öffentliche und kollektive Aufmerksamkeit erfährt wie der ärztliche. Man könnte deshalb annehmen, dass der Arzt als Wiederhersteller und Bewahrer der Gesundheit dabei großes Ansehen in der Öffentlichkeit genießt. Dies bestätigt nach wie vor jede Berufsprestigeuntersuchung, aber dennoch ist stets Kritik an Ärzten von Seiten der Medien und der Politik zu hören. Der Arztberuf unterliegt wie die gesamte Gesellschaft einem Wandel, der insbesondere in den letzten Jahren evident wurde. Unterschiedliche Interessen aller Beteiligten bedingen dabei eine uneinheitliche Bewertung des Wandels.

---

<sup>1</sup> Jaddo (2012). S. 159 -162

<sup>2</sup> Der besseren Lesbarkeit wegen, erfolgt im Text in der Regel die Verwendung der männlichen Schreibweise. Wird von Ärzten gesprochen, so sind damit auch immer Ärztinnen gemeint, es sei denn dies wird explizit erwähnt. Dasselbe gilt für Mediziner und Studenten.

Die vorliegende Arbeit möchte diesen Wandel genauer beleuchten und aufspüren, was das Bild des Arztes heute ausmacht und was es in der Vergangenheit ausgemacht hat. Wenn man annimmt, dass die einleitende Schilderung das Arztbild des 21. Jahrhunderts repräsentiert, stellt sich die Frage, wie es sich dorthin entwickelt hat. Ohne den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit vorzugreifen, kann festgestellt werden, dass sich das Bild des Arztes in der Gesellschaft stets verändert hat, ja verändern musste, abhängig vom Wandel der wirtschaftlichen, sozialen und technischen Verhältnisse und den Wertvorstellungen der jeweiligen Zeit, wobei es bedeutend vom Selbstverständnis der Ärzteschaft beeinflusst wurde. Allerdings sagte schon Christoph Wieland Hufeland: „Wir haben andere Namen, selbst andere Formen der Krankheiten, andere Mittel der Heilung, andere Begriffe und Erklärungsarten als das Altertum, aber die Heilkunst ist immer noch dieselbe, die Natur dieselbe, und es bedarf noch immer derselben Eigenschaften, um ein großer Arzt zu sein“<sup>3</sup>. Es gilt also herauszuarbeiten, wie viel Veränderung der Arztberuf zugelassen hat und was über die Jahre konstant geblieben ist. Die sogenannten Halbgötter in Weiß finden sich schon in Berichten aus den 1950er Jahren, die meist von Ärzten selbst stammten. Wie aber sah die damalige Gesellschaft den Ärztestand und was erwartete sie von den Ärzten, was war somit ihr Auftrag in der Öffentlichkeit? Welche Tendenzen können wir in der Entwicklung bis heute eruieren? Dabei stellt sich die übergeordnete Frage, ob sich eine Metamorphose vom Halbgott in Weiß zum Dienstleister bestätigen lässt, wie man von älteren Kollegen immer wieder hört.<sup>4</sup> Diese Fragestellungen sind Kern der vorliegenden Arbeit. Sie möchte aber nicht nur untersuchen, wie sich das Bild des Arztes in den Jahren der Bundesrepublik Deutschland verändert hat, sondern auch, wie dies mit den gesellschaftlichen Veränderungen zusammenhängt. Die Arbeit will dem Leser also ermöglichen, sich ein Bild von der Ärzteschaft zu machen. Dabei soll das Bild im Sinne der äußerlichen Erscheinung des Arztes nur am Rande erwähnt werden. Vielmehr

---

<sup>3</sup> Zeller (1937). S. 21

<sup>4</sup> BR2. (2010). <http://www.ardmediathek.de/tv/radioWissen-Bayern-2/Der-Arztberuf-im-Wandel-vom-Dienstleis/Bayern-2/Audio-Podcast?documentId=20337204&bcastId=5945518&mpage=page.moreclips> (18.12.2014).

sollen die ärztliche Person, ihre Rolle und die gesellschaftlichen Erwartungen an diese herausgearbeitet werden, die unweigerlich auch mit dem sogenannten ärztlichen Ethos zusammenhängen.

Dabei ist klar, dass der Arzt selbst seinen Beruf ganz anders sieht, ja sehen muss, als derjenige, der mittelbar oder unmittelbar von der ärztlichen Tätigkeit betroffen ist oder der, der sich als unbeteiligter Betrachter seine Meinung bildet.<sup>5</sup> Es kann also davon ausgegangen werden, dass Selbst- und Fremdbild nicht deckungsgleich sind. Das Leitbild des „guten Arztes“ lässt sich laut dem Medizinsoziologen Jürgen von Troschke<sup>6</sup> anhand von verschiedenen Aspekten strukturieren: Erstens der Wunsch des einzelnen Menschen in Krankheit einen Arzt aufsuchen zu können, der ihn bei der Krankheitsbewältigung unterstützt. Gerade der Patient hat berechtigterweise die höchsten Erwartungen an den ‚idealen‘ Arzt, basiert schließlich das unabdingbar notwendige Vertrauen darauf. Zweitens nennt er das Interesse der gesamten Gesellschaft an einer möglichst effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung und drittens den Anspruch des Arztes selbst auf eine erfüllende Ausübung seines Berufes.<sup>7</sup> Es komme also immer auf die Perspektive an, wann ein Arzt gut oder schlecht sei. So beurteilten Patienten, gesunde Menschen, ärztliche Kollegen, Krankenversicherungen, die Pharmaindustrie und Universitätsprofessoren diese Frage äußerst unterschiedlich. Dabei spielten immer die eigenen Interessen, Bedürfnisse und Lebenserfahrungen eine bedeutende Rolle.<sup>8</sup> Um das Arztbild also in allen seinen Facetten verstehen und differenziert bewerten zu können, bieten sich verschiedene Zugänge und Untersuchungsebenen an: Zuallererst die Perspektive der Ärzte selbst. Wie diese heute aussehen kann, zeigt die einleitende Geschichte. Zweitens soll die gesamtgesellschaftliche Sicht, insbesondere die der Patienten, ausgewertet werden. Stellvertretend dafür sind die Ergebnisse diverser Studien zum Arztbild, aber auch einzelne Stimmen aus unterschiedlichen Berufsgruppen. Schließlich

---

<sup>5</sup> Wannagat. In: DÄ. (1977). Heft 28. S. 1813

<sup>6</sup> In der gesamten Arbeit wurde auf die Nennung von akademischen Titeln verzichtet. Dies soll nicht despektierlich klingen, sondern ist der besseren Lesbarkeit geschuldet.

<sup>7</sup> von Troschke (2001). S. 10f.

<sup>8</sup> Ibid. S. 17

soll ergänzend der Standpunkt der Medien beleuchtet werden, wobei zwischen Fachpublizistik und allgemeiner Publizistik deutlich unterschieden werden muss. Hierzu werden vorwiegend kommentierte Zusammenfassungen von Artikeln der Druckpresse, aber auch von Fernseh- und Radiosendungen herangezogen. Gerade die Medien, besser gesagt die unzähligen Krankenhausserien, sind es nämlich, die ein eher einseitiges, teils überhöhtes Arztbild liefern. Der Arzt dieser TV-Serien kann und weiß alles, in jedem Fachgebiet. Er kann jeden noch so schwierigen Patienten behandeln, notfalls mit einer experimentellen Therapie. Außerdem scheint dieser Arzt immer Zeit für seine Patienten zu haben. Gerade noch im OP das Blut aus dem Gesicht gewischt, steht er ein paar Minuten später schon am Krankenbett und erkundigt sich nach dem postoperativen Ergehen und hilft ferner bei allen, auch nicht medizinischen Problemen und gibt stets weise Ratschläge. Schließlich stellen diese Serien Ärzte als selbstlos, an irdischem Reichtum völlig desinteressiert und schlichtweg als ewige Helden dar und unterstützen damit umso mehr das Bild vom Halbgott in Weiß.<sup>9</sup> Es gilt also in der vorliegenden Arbeit nicht nur das Medienbild des Arztes herauszuarbeiten, sondern auch, welchen Einfluss es auf das Arztbild der allgemeinen Bevölkerung hat.

Im Mittelpunkt der Betrachtung steht also das Arztbild, während die Gesellschaft, die Medien und auch der Arzt selbst Vertreter verschiedener Perspektiven darstellen. Die soziale ‚Wertigkeit‘ des Arztbildes ist dabei immer relativ zu anderen Berufen zu sehen. Gerade die Selbsteinschätzung ist insofern problembehaftet, als Sozialprestige stets von anderen verliehen wird. So muss hinzugefügt werden, dass das Selbstbild des Arztes gleichzeitig auch eine Vorstellung davon gibt, wie der Arzt sein Bild innerhalb der Gesellschaft einschätzt. Während die Fremdbewertung von Seiten der Gesellschaft und der Medien also mit einer einzigen Frage zu klären ist, muss bei der Selbsteinschätzung der Ärzte darauf geachtet werden, dass sich das Selbst- und das Vorstellungsbild nicht vermischen. Somit lässt sich zeigen, ob nicht „der Arzt ein ebenso ‚falsches Bild‘ von den gesellschaftlichen Vorstellungen

---

<sup>9</sup> Süddeutsche Zeitung. (2012). <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/krankenhausserien-zehn-mythen-ueber-aerzte-1.408007-10> (12.12.2014)

über den Arzt hat wie seiner Meinung nach die Gesellschaft von ihm“.<sup>10</sup> Weiterhin gilt es zu analysieren, welche Maßstäbe das Bild des Arztes formen, welche Normen, welches Verhalten, welche Erwartungen also dieses Bild ausmachen.

Insbesondere bezüglich des Selbstbildes der Ärzteschaft sei noch erwähnt, dass dieses Bild nie einheitlich sein kann. Bei mehr als 485 000 Ärzten<sup>11</sup> im Jahr 2015, einem geradezu sprichwörtlichen Individualismus dieses Berufsstandes und den verschiedensten Rollen und Positionen, die die Ärzte innerhalb ihres Standes und in der Gesellschaft einnehmen, muss mit einer gewissen Diversität und Uneinigkeit gerechnet werden. Ein Landarzt verkörpert nun mal ein anderes Arztbild als ein Facharzt in der Stadt und ein niedergelassener Arzt sieht sich mit anderen Erwartungen konfrontiert als ein Krankenhausarzt. Dennoch soll versucht werden, den kleinsten gemeinsamen Nenner zu finden, was auch möglich erscheint, denn so sehr sich Ärzte vielleicht voneinander unterscheiden mögen, so ähnlich sind sie doch für Außenstehende. Viel uneinheitlicher ist aber die Gesellschaft. Dass ein Industriearbeiter den Arzt anders sieht als Angehörige eines freien Berufs oder jüngere und ältere Menschen, ist zwingend. Zudem sind Prestigeuntersuchungen immer subjektiv gefärbt.

Die erwähnten Perspektiven werden jeweils in einer bestimmten Zeitspanne betrachtet, in der vorliegenden Arbeit insgesamt von 1949 bis 2014. Startpunkt ist das Jahr 1949, da die *Ärztlichen Mitteilungen* (später *Deutsches Ärzteblatt* = *DÄ*) hier zum ersten Mal nach dem Krieg wieder herausgegeben wurden und diese sich als Hauptquellenkorpus für die umfangreiche Bewertung des Arztbildes angeboten haben. Da das Arztbild im Nationalsozialismus in anderen Arbeiten<sup>12</sup> schon vielseitig beleuchtet wurde und auch einer eigenen Untersuchung würdig ist, soll es in der vorliegenden Arbeit um die Zeit in der Bundesrepublik gehen. Der Neuanfang der deutschen Ärzteschaft trifft sich zudem gut mit der Gründung der Bundesrepublik. Endpunkt der Arbeit ist die

---

<sup>10</sup> Rohde et al. (1969). S. 15

<sup>11</sup> Gerst. In: *DÄ*. (2016). Heft 15. S. 704-A

<sup>12</sup> z.B. Schulze (2012).

---

letzte Ausgabe des Jahres 2014. Seither gibt es zwar weiterhin Artikel zum Arztbild in der Gesellschaft. Die Anzahl dieser nimmt jedoch drastisch ab und auch die Themen wiederholen sich stets, sodass nach dem Jahr 2014 ein Schlussstrich gezogen werden musste. Da eine Dekade meist erst rückblickend historisch eingeordnet und betrachtet werden kann, werden die Jahre 2000 - 2014 in einem gemeinsamen Kapitel diskutiert.

Das Verhalten des Arztes werde von verschiedenen Rollenverständnissen bestimmt, vom eigenen sowie von dem der Gesellschaft, so Hannes Sauter-Servaes, Allgemeinmediziner in Singen.<sup>13</sup> In erster Linie ist dies die Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit innerhalb einer Gesellschaft. Jedoch passen die Rollen nicht immer in dasselbe Bild, manche Partialrollen widersprechen sich gar. Es ist also eingrenzend zu bemerken, dass die oben genannten Themenbereiche Ärzte, Gesellschaft und Medien nicht immer klar voneinander zu trennen sind, gehört ein Arzt gleichzeitig ebenso der Gesellschaft an oder arbeitet vielleicht außerdem als Medizinjournalist. Auch der Einfluss der Medien auf die Gesellschaft ist hier nicht herauszuidividieren. Somit sind die Grenzen fließend. Deshalb erscheint es unsinnig, die Kapitel nach den einzelnen Fragestellungspunkten zu unterteilen. Jede Zeit hat andere Themen und andere Protagonisten. Während in den 1950er Jahren vor allem die Ärzte selbst an ihrem Bild arbeiteten, kam die Kritik dazu in den 1970er Jahren hauptsächlich aus der Gesellschaft. Im neuen Jahrtausend scheint das Arztbild wiederum von allen Seiten angegriffen zu werden.

Im Wesentlichen sind zwei Begriffe zu unterscheiden: Das Bild des Arztes in der jeweiligen Zeit – also der Istzustand – und das Idealbild des Arztes, wie es von verschiedenen Seiten gewünscht wird. Dies zeigt, was eine Gesellschaft anstrebt und wofür sie lebt. Die Medizin hat sich zu allen Zeiten mit großen Namen gerühmt. Kommen diese in unserer modernen Zeit aber noch als Vorbild in Frage? Eine Antwort darauf gibt der Schweizer Medizinhistoriker Henry Ernest Sigerist: „Liegt nicht eine Welt zwischen uns und den großen Männern, die der Medizin einst die Wege gewiesen? Nein. Was uns mit ihnen

---

<sup>13</sup> Sauter-Servaes. In: DÄ. (1977). Heft 36. S. 2186

verbindet, durch alle Jahrhunderte hindurch, ist das Arztsein.“<sup>14</sup> Man dürfe sich von großen Namen nicht entmutigen lassen. Ganz im Gegenteil. „Bach und Mozart wären tot ohne den Künstler, der ihre Melodien wieder zum Erklingen bringt. Pasteur und Koch hätten umsonst gelebt, ohne den praktischen Arzt, der ihre Lehren befolgt und sie erst wirksam macht.“<sup>15</sup> So schrieb auch schon Goethe im ersten Teil seiner Tragödie *Faust*: „Was du ererbt von Deinen Vätern hast, erwirb es um es zu besitzen.“<sup>16</sup> Jede Zeit hat ihre Vorbilder, die so wichtig sind für die Motivation der ‚Kleinen‘. Die Medizin sei nämlich ein kulturelles Produkt, so der Medizinhistoriker und Sinologe Paul Unschuld. „Sie wurde der Menschheit nicht per Evolution irgendwann gegeben. Medizin war in ihren Anfängen die Reaktion der Menschheit auf die existenzielle Bedrohung durch Kranksein“.<sup>17</sup>

## 1.2 Definitionen

Bevor der Inhalt der vorliegenden Arbeit näher skizziert wird, sollen die Begriffe definiert werden, um die Fragestellung umfassend erkennen zu können. Als erstes stellt sich die Frage, was man unter einem ‚Bild‘ versteht. Synonyme bzw. Bedeutungsnuancen dafür sind zunächst Termini aus der Kunst wie Portrait, Darstellung und Gestalt. Ferner prägt die Literaturwissenschaft Worte wie Symbol, Emblem und Metapher und schließlich liefern die Sozialwissenschaft und Gesellschaftswissenschaft Begriffe wie Image, Spiegelbild, Wertebild, Erscheinungsbild, Vorstellung aber auch Wunschbild und Vorbild sowie die Rolle.<sup>18</sup> Das sind alles Aspekte, die dazu gehören und ein Fragment des großen Ganzen darstellen. Ein für diese Untersuchung besonders hervorstechender Begriff ist das ‚Image‘. Laut dem Soziologen Gerhard Kleining versteht man unter Image „im allgemeinen die Gesamtheit aller Wahrnehmungen, Vorstellungen, Ideen und Bewertungen, die ein Subjekt von

---

<sup>14</sup> Sigerist (1963). S. 657

<sup>15</sup> Fromm. In: *ÄM/DÄ*. (1962). Heft 14. S. 765

<sup>16</sup> Goethe (1808). S. 21

<sup>17</sup> Unschuld. In: *DÄ*. (2006). Heft 17. S. 1136-A

<sup>18</sup> Duden (2006). S. 95; Duden (2010). S. 220; Brockhaus (1997). S. 129

einem Objekt besitzt, was dieses ‚Objekt‘ auch sein möge, ein Gegenstand, eine Person, eine Verhaltensweise, eine Situation, kurz alles, was in irgendeiner Form real ist. ‚Bild‘ ist ein Image entsprechender Ausdruck, wenn man unter Bild nicht nur die wahrgenommenen, sondern auch die vorgestellten, ausgedachten, vermuteten Eigenschaften und Eigenarten einer Gegebenheit versteht und die Bewertung und Deutung des Erlebten mit einbezieht.<sup>19</sup> Es geht also nicht allein um die Bedeutung des Wortes ‚Bild‘, sondern auch um dessen Funktion. „Das Bild ist Spiegel des Objekts im Subjekt.“<sup>20</sup> Es ist also die erste Möglichkeit für das Gegenüber, die Wirklichkeit in Bewusstseinsinhalte zu verwandeln. Dementsprechend ist es jedoch immer auf eine gewisse Art verfälscht, also ein Abbild der Wirklichkeit. Der Intellekt bewertet und verarbeitet die Nachricht und liefert dem Beobachter Emotionen und Erwartungen.<sup>21</sup>

Um zur Ausgangsfrage qualifiziert Stellung nehmen zu können, muss weiterhin der Begriff des Arztes geklärt sein. Das Deutsche bietet nicht viele Synonyme für den Arztbegriff: Da gibt es den unpräzisen Terminus des Heilkundigen, den neutralen des Mediziners und den umgangssprachlichen des Doktors. Möchte man sich spöttisch über den Arzt und seinen Beruf äußern, spricht man vom Weißkittel oder vom Halbgott in Weiß. Die Etymologie hat für den Arztbegriff jedoch viel mehr zu bieten: Sie liefert nämlich auch die Erwartungen an den Ärztestand. So bedeutet das germanische Wort „lekja“ nichts anderes als „einer der bespricht“. Der lateinische „medicus“ entstammt dem Verb „mederi“, was „pflegen“ heißt. In den indogermanischen Sprachen drückt der Wortstamm „med“ eine Art Urteilen und Abwägen aus. Unser deutsches Wort „Arzt“ stammt auf Umwegen vom griechischen „iatros“ ab. Daraus wurde „archiater“, wörtlich ein Hofarzt, wie sich auch die Leibärzte der Frankenkönige nannten. Davon abgeleitet wurde zunächst „arzât“, dann das mittelhochdeutsche „arzet“ und schließlich unser neuhochdeutscher Begriff „Arzt“. Welche Kultur auch immer dahintersteckte, stets war der Mediziner ein besonderer Mensch, der großes Wissen besaß und den man verehrte, aber

---

<sup>19</sup> Kleining et al. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Soziopsychologie. 1974. Sonderheft 5. S. 146

<sup>20</sup> Deneke. In: Monatskurse für die Ärztliche Fortbildung. (1977). Heft 10. S. 462

<sup>21</sup> Ibid. S. 461 - 463

nicht unbedingt ein studierter, streng ausgebildeter Arzt, wie wir ihn heute kennen.<sup>22</sup>

Formaljuristisch ist ein Arzt ein Mensch, der das Medizinstudium mit einer Hochschulprüfung abgeschlossen und anschließend eine staatliche Approbation erhalten hat, welche ihm die Berechtigung gibt, diese Bezeichnung zu führen und den Heilberuf auszuüben.<sup>23</sup> Diese Definition beinhaltet jedoch bereits eine Anspruchshaltung auf eine erfolgreiche Behandlung, im Prinzip eine hohe Erfolgswartung, die letztlich nicht erfüllt werden kann und somit eine Überforderung des Arztes darstellt.<sup>24</sup> Arzt zu werden, ist also mehr als nur eine abgeschlossene akademische Ausbildung, es ist ein Prozess, der spätestens mit dem ersten Semester des Medizinstudiums beginnt und ein Leben lang andauert. Die Soziologie nennt dies tertiäre Sozialisation. Es seien dafür nicht nur Kenntnisse und Fähigkeiten von Nöten, sondern auch Werte, Normen und die Identifikation mit der Profession. Letztere würden nicht im medizinischen Ausbildungscurriculum vermittelt, sondern die jungen Mediziner erlernten sie durch Identifikation mit Vorbildern wie Professoren, Ärzten und Kollegen nebenbei. So erzählt Freiherr von Troschke in seinem Buch *Die Kunst, ein guter Arzt zu werden* das „Märchen von einem, der auszog Arzt zu werden“: Es beginnt mit dem Schüler, der alles dafür gibt ein gutes Abitur zu erreichen, um einen Studienplatz in der Medizin zu bekommen, denn sein Ziel ist es, als Arzt den Menschen das Leiden zu nehmen. Zusätzlich attraktiv machen den Arztberuf für ihn auch die gesellschaftliche Stellung, das Einkommen und die gesicherte berufliche Existenz. Dementsprechend motiviert beginnt er sein Studium und meistert alle Hürden, die es mit sich bringt: Prüfungen, Präparationskurs, Physikum, noch mehr Prüfungen und schließlich das Staatsexamen. Auch das Leid, das er täglich sieht, wird zur Herausforderung, bis er sich daran gewöhnt. Im Arztberuf angekommen, sieht er sich mit anderen Aufgaben konfrontiert: die Fragen der Krankenschwestern und der Angehörigen beantworten sowie mit emotional aufgewühlten Patienten umgehen und dabei

---

<sup>22</sup> Fromm. In: *ÄM/DÄ*. (1962). Heft 14. S. 755 - 765; Wegner et al. (2007). S. 105

<sup>23</sup> Deneke. In: *DÄ*. (1979). Heft 36. S. 2247; von Troschke (2001). S. 21

<sup>24</sup> Deneke. In: *Monatskurse für die Ärztliche Fortbildung*. (1977). Heft 10. S. 484

für alles keine Zeit zu haben. Alles, was er im Studium gelernt hat, scheint ihm nun nicht helfen zu können. Er muss sich zunächst im Arztberuf zurechtfinden und seine Persönlichkeit entwickeln.<sup>25</sup> Es scheint also, als ob es nicht allein auf das Wissen ankommt. „Wissen kann Gewissen nicht ersetzen“<sup>26</sup>, so der Medizinhistoriker Richard Toellner, denn wie nutzlos allein das Wissen sein kann, hat uns schon Goethes Faust gelehrt.<sup>27</sup> Der Arzt könne niemals nur Experte sein, denn dieser handle allein nach wissenschaftlichen Sachkriterien, der Arzt aber müsse zusätzlich ethische Prinzipien seiner Kunst beachten.

Wichtig ist es demnach auch die „ärztliche Kunst“ zu definieren. Es sei dabei nicht das Kunsthandwerk, also das Ergebnis einer Arbeit, zu verstehen, sondern das spezielle Können des Arztes, so von Troschke.<sup>28</sup> Das Griechische hat einen präzisen Ausdruck für das ärztliche Können: die *Téchne* (τέχνη). Es ist eine Kombination aus Fertigkeit, Kunst und Intuition, die wir im Deutschen so nicht beschreiben können. Was gibt der Begriff der Kunst im Deutschen her? Der Brockhaus schreibt: Kunst entstammt dem Althochdeutschen und ist

„im weitesten Sinn jede auf Wissen und Übung gegründete Tätigkeit [und] im engeren Sinn die Gesamtheit des vom Menschen Hervorgebrachten (im Gegensatz zur Natur), das nicht durch eine Funktion eindeutig festgelegt und darin erschöpft ist (im Gegensatz zur Technik), zu dessen Voraussetzungen die Verbindung von hervorragendem und spezifischem Können und großem geistigen Vermögen gehört, das sich durch eine hohe gesellschaftliche und individuelle Geltung auszeichnet, ohne dadurch vorangegangene Werke außer Kraft zu setzen oder den Beweis für die Richtigkeit einer Aussage antreten zu müssen. Der Gegensatz der Kunst zum Handwerk und zur Wissenschaft bildete sich erst im Übergang vom 18. ins 19. Jh. aus.“<sup>29</sup>

Der Begriff der „ärztlichen Kunst“ leitet sich am ehesten von dem lateinischen Begriff der „ars medicina“ ab, welche als Wissenschaft an Universitäten gelehrt wurde, im Gegensatz zur Chirurgie, die lange Zeit ausschließlich ein Handwerksberuf und kein akademisches Studium war.<sup>30</sup> Der Medizinethiker

---

<sup>25</sup> von Troschke (2001). S. 39ff.

<sup>26</sup> Toellner. In: Berliner Ärzte. (1997). 5. S. 14

<sup>27</sup> vgl. hierzu: Goethe (1808). S. 13

<sup>28</sup> von Troschke (2001). S. 11

<sup>29</sup> Brockhaus (1997). S. 134

<sup>30</sup> von Troschke (2001). S. 138

Urban Wiesing stellt in seiner Habilitationsschrift die Frage, ob die Medizin nun Kunst oder Wissenschaft ist und damit natürlich auch, ob der Arzt nun Künstler oder Wissenschaftler sein soll. Dies sei nicht generell zu beantworten. Jede Epoche habe unterschiedliche Schwerpunkte gehabt, die Tendenz seit Mitte des 19. Jahrhunderts scheine aber doch in Richtung Wissenschaft zu gehen, obwohl man sich damit heute nicht ausschließlich zufrieden geben könne.<sup>31</sup> Allerdings sei das andere Extrem, nämlich die Vorstellung eines angeborenen ärztlichen Genies, gegenwärtig nicht mehr zeitgemäß. Der Arztberuf sei lehr- und lernbar und könne nicht allein auf eine Arztpersönlichkeit zurückgehen. Dennoch könne man von einer „ärztlichen Kunst“ sprechen, die im Gegensatz zum Handwerk eher mit dem Kunstwerk zu vergleichen sei. Aber auch von letzterem unterscheide sie sich insofern, als die bildende Kunst Selbstzweck sei, die Medizin aber einem Zweck verpflichtet werde. Zudem sei die „ärztliche Kunst“ an Regeln gebunden, wohingegen die bildende Kunst sich gerade damit rühme, gegen diese zu verstoßen, von der Verantwortung ganz zu schweigen.<sup>32</sup>

Das Bild des Arztes könne man aus vielen Quellen herauslesen, so Ernst Fromm, Präsident der Bundesärztekammer von 1959 bis 1973. Dichter, Politiker und Maler, alle würden ihr Urteil über den Arzt abgeben, aber auch die Rechtsprechung lasse Schlüsse auf das Bild des Arztes zu, denn sie erlaube zu erkennen, welche Privilegien die Ärzteschaft hat bzw. hatte und was unter Strafe gestellt wurde.<sup>33</sup> Zudem werden die Erwartungen an den Arzt und folglich sein Auftrag in der Rechtsprechung klar formuliert. Zunächst aber erscheint der Begriff des Auftrags erklärungsbedürftig. Im bürgerlichen Recht versteht man unter einem Auftrag einen Vertrag, durch den sich der Beauftragte verpflichtet, ein ihm vom Auftraggeber übertragenes Geschäft unentgeltlich zu besorgen, wobei dem Beauftragten die Aufwendungen zu ersetzen sind.<sup>34</sup> Der Auftrag des Arztes ist die generelle Hilfe in der Not, was wiederum bedeutet, dass der Auftraggeber - entweder ein einzelner Patient oder die Gesellschaft als Ganzes - ein Recht auf Hilfe hat. Hier geht es zunächst um den Behandlungsvertrag, den

---

<sup>31</sup> Wiesing (1995). S. 15

<sup>32</sup> Ibid. S. 312ff.

<sup>33</sup> Fromm. In: *ÄM/DÄ*. (1962). Heft 14. S. 755 - 765

<sup>34</sup> vgl. Bürgerliches Gesetzbuch

ein Arzt mit einem Patienten schließt. Der in dieser Arbeit verstandene Auftrag bezieht sich aber weniger auf die direkte Behandlungssituation als vielmehr auf die Haltung des Arztes und seine allgemeinen Aufgaben. Hier hilft § 1 der Bundesärzteordnung weiter: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des ganzen Volkes.“<sup>35</sup> Eine der Hauptaufgaben des Arztes ist also das Heilen, das Eingreifen in den natürlichen Verlauf einer Krankheit.

### 1.3 Stand der Forschung

Nachdem nun die wichtigsten Termini für die vorliegende Arbeit definiert sind, gilt es, die oben genannten Fragestellungen vom bisherigen Stand der Forschung abzugrenzen. Dieser ist insofern schwer darzustellen, als es nur wenige dekadenübergreifende Werke gibt. Die meisten Monographien oder Artikel zum Thema „Bild des Arztes“ sind auf eine bestimmte Zeitspanne beschränkt und geben meist nur den Standpunkt eines einzelnen Autors wider. Es existiert bis dato keine Darstellung, die das Bild des Arztes umfassend über einen größeren Zeitraum untersucht hat. Im Rahmen einer Längsschnittstudie analysiert diese Arbeit also erstmals in monographischer Form das Bild des Arztes und seinen Auftrag in der Gesellschaft über einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahrhundert.

Erste differenzierte Sozialprestigeuntersuchungen enthielt die 1956 publizierte Studie der amerikanischen Soziologen Alex Inkeles und Peter Henry Rossi. Dabei rangierte der Arzt in den USA, in Großbritannien und in der UdSSR auf Platz eins, in Deutschland auf Platz zwei nach dem Universitätsprofessor, in Japan steht nur der Priester höher.<sup>36</sup> Es herrscht also eine beträchtliche internationale Übereinstimmung bezüglich des Arztbildes, auch wenn die einzelnen Staaten politisch und kulturell stark differieren. Auch eine Untersuchung aus dem Jahr 1963 des deutschen Soziologen Karl Martin Bolte bestätigt den hohen Rang des Arztes. Allerdings wurden hierfür die zu bewertenden Berufe in unterschiedlichen Berufsgruppen abgefragt. So erhält

---

<sup>35</sup> vgl. Bundesärzteordnung im Anhang

<sup>36</sup> Inkeles et al. In: *The American Journal of Sociology*. (1956). LXI S. 336f.

der Arzt unter Industriearbeitern den ersten Platz, während er bei Grundschullehrern ‚nur‘ den fünften Platz belegt.<sup>37</sup> Eine 1962 vom deutschen Soziologen Johann Jürgen Rohde durchgeführte Studie legt ihr Hauptaugenmerk auf das Selbstbild des Arztes. Dabei wurde beispielsweise die Einkommenszufriedenheit der Ärzte untersucht. Es zeigte sich, dass nur 20% mit ihrem Einkommen zufrieden waren, während 76,6% es gemessen an ihrem Arbeitseinsatz für (viel) zu wenig hielten.<sup>38</sup> Man kann davon ausgehen, dass Lohn- und Gehaltsforderungen ein Zeichen einer allgemeinen Unzufriedenheit darstellen und sich in diesem Fall besonders auf das Gefühl einer nichtangemessenen gesellschaftlichen Anerkennung ihrer Höchstleistung projizieren. Trotzdem wurde der Arztberuf von den Ärzten zur gleichen Zeit als hochbefriedigend eingeschätzt, was eine Studie der Medizinsoziologin Heidrun Kaupen-Haas aus dem Jahre 1967 zeigte.<sup>39</sup> 90% würden wieder diesen Beruf aufnehmen und immerhin 75% der niedergelassenen Ärzte würden sich wieder für eine freie ärztliche Praxis entscheiden. Im Vergleich: Weniger als 50% der Arbeiter und Angestellten würde nochmals denselben Beruf wählen, so fand das Institut für Demoskopie Allensbach heraus.<sup>40</sup> Rohde stellte in seiner Untersuchung weiter fest, dass der Arzt nach wie vor das Monopol für die Auseinandersetzung mit Krankheit in unserer Gesellschaft hat. Dies spiegle sich auch in der ärztlichen Autorität wider, die vom Arzt in hohem Maße beansprucht werde. Generell stellt Rohde aber ein ambivalentes Selbstbild des Arztes fest, so wolle die Ärzteschaft „Kulturträger“ sein, sei aber zum Zwecke der Integration in die Gesamtgesellschaft auf „kulturelle Neutralität“ verpflichtet. Diese Ambivalenz zeige sich auch im Fremdbild, das den Arzt einerseits als sachkundigen Helfer, andererseits als unbequemen Ratgeber darstelle. Darüber hinaus sei der Arzt aber für viele auch ein Lebensberater in moralischer Hinsicht, der priesterliches Charisma habe, denn der Patient müsse schließlich der Heilfähigkeit des Arztes Glauben schenken.<sup>41</sup>

---

<sup>37</sup> Ortlieb et al. (1963). S. 32

<sup>38</sup> Rohde. In: Materialien aus der empirischen Sozialforschung. (1967). Heft 7. S. 73f.

<sup>39</sup> Rohde et al. (1968). S. 42

<sup>40</sup> Noelle et al. (1956). S. 43

<sup>41</sup> Rohde et al. (1968). S. 44ff.

Weitere bedeutende Ergebnisse liefert eine Untersuchung über das Bild des Arztes bei politischen Entscheidungsträgern und in der Presse, die 1978 an der Universität Erlangen-Nürnberg publiziert wurde. Dafür wurden 109 Personen aus unterschiedlichsten politischen Funktionsbereichen, beispielsweise Abgeordnete aus dem Bundestag, aus Landtagen oder Ministerien nach ihrer Meinung zum Arzt befragt. 56% verbanden mit dem Arzt positive Erlebnisse, aber nur 13% würden dem Arzt das höchste soziale Ansehen zuschreiben. Vor dem Arzt rangierten der Universitätsprofessor, der Richter und der Abgeordnete. Immerhin 65% attestierten dem niedergelassenen Arzt ein zu hohes Einkommen, dementsprechend vermutete die Mehrheit einkommensrelevante Aspekte bei der Berufswahl. Eigenschaften eines idealen Arztes waren für die Politiker beispielsweise Geduld, Gewissenhaftigkeit, Rücksicht, Verständnis und Warmherzigkeit. Grundsätzlich tendieren die Beurteilungen dahin, dass dem realen Arzt eben diese Eigenschaften zugeschrieben wurden, meist nur nicht in der gewünschten Intensität. In einem zweiten Untersuchungsschritt wurde dann mit Hilfe eines inhaltsanalytischen Verfahrens das Arztbild von insgesamt 35 Presseorganen (darunter überregionale Tageszeitungen wie die *FAZ*, überregionale Wochenzeitungen wie die *Zeit*, große regionale Tageszeitungen wie das *Hamburger Abendblatt*, kleinere regionale Tageszeitungen wie die *Kölner Rundschau* und Magazine wie *Der Spiegel* und der *Stern*) erfasst. Dabei wurde festgestellt, dass 61% der Artikel ein negatives Bild des Arztes zeigen und nur 28% ein positives, wobei die negativen Berichte zu 54% nicht Pauschalurteile sind, sondern meist einem einzigen Arzt gelten. Es ist aber nicht auszuschließen, dass diese Kritik mindestens von einem Teil der Leserschaft unreflektiert generalisiert wird, während positive Meldungen selten pauschalisiert würden. Vor allem die *BILD*, die *Berliner Morgenpost*, die *Ulm Südwest Presse* und die *Deutsche Zeitung Christ und Welt* geben aber überdurchschnittlich viele negative Aussagen wieder, ebenso wie der *Spiegel* und der *Stern*. Umgekehrt präsentieren aber beispielsweise die *Welt*, der *Bayernkurier*, die *Saarbrücker Zeitung* und das *Handelsblatt* ein überwiegend positives Arztbild.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Keil (1980). S. 11-16, S. 34-47, S. 85-111

Aus den 1980er Jahren ist eine 1983 veröffentlichte Dissertation von Alfred Tendik zum Thema *Das Arztbild in ausgewählten Massenpublikationen - Untersuchungen unter gesellschaftspolitischem Aspekt* zu nennen. Die Masse an Publikationen zum Thema Arztbild zwingt den Autor sich auf einige wenige Quellen zu beschränken. Dies waren Tageszeitungen wie der *Duisburger Generalanzeiger* (DGA) und die *Westdeutsche Allgemeine Zeitung* (WAZ), Groschenromane, Arztromane und Schulbücher. Dadurch kann natürlich kein globales Bild des Arztes aufgezeigt werden, sondern lediglich ein Fragment eines Mosaiks. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen ein überraschend einheitliches, unkritisches und auch wenig differenziertes Bild, wobei geschichtliche und gesellschaftspolitische Entwicklungen scheinbar kaum Auswirkungen auf das Arztbild hatten:

„Hiernach ist der Arzt attraktiv und im Besitz exklusiver Statussymbole. Er ist emotional-warmherzig und nimmt persönlich Anteil an den Schicksalen seiner Patienten. Sein wirtschaftlicher Status ist gesichert, und er schirmt seine Kollegen gegen öffentliche Kritik ab. In Notsituationen ist er als Helfer für jeden zu jeder Zeit präsent. Aufgrund ethischer Verpflichtung gilt er als kompetent zur Lösung sozialer Konflikte; er leistet staatlichen Institutionen Hilfe und ist besonders auch Forscher.“<sup>43</sup>

Nur im Ausnahmefall sei der Arzt ruhm-, geld- und karriereorientiert.<sup>44</sup>

Es gab in den 1980er Jahren des Weiteren eine Reihe wissenschaftlicher Symposien, die sich mit dem Wandel des ärztlichen Berufes befassten. So publizierte das Symposium zur 600-jährigen Feier der Universität Köln im Jahre 1988 eine Festschrift mit dem Thema „Der Arztberuf im Wandel der Zeit“.<sup>45</sup> Man könnte hierbei eine Diskussion über das Arztbild erwarten, stattdessen wurden aber nur die Entwicklungen der einzelnen Fachgebiete beleuchtet. Bei einer Klausurtagung der württembergischen Bezirksärztekammern war man sich einig, dass die Ärzteschaft oft empfindlich, ja gar rechthaberisch auf öffentliche Kritik reagiere. Johannes Schlemmer präsentiert in seinem Vortrag über den Arzt im Spiegel der Öffentlichkeit die Idee, dass nicht nur Eigentum verpflichte,

---

<sup>43</sup>Tendick (1983). S. 156

<sup>44</sup>Ibid. S. 60-168

<sup>45</sup>Hilger (1990). S. 79

sondern auch Ansehen. So müsse ein Berufsstand, der auf der Sozialprestige-skala stets den ersten Rang belegt, sich der besonderen Pflicht bewusst sein, die man gegenüber denen habe, die „dieses Vertrauenskapital als Guthaben der Gemeinsamkeit einbringen“.<sup>46</sup>

Eine der aktuellsten Untersuchungen zum Thema Arztbild wurde 2008 an der Psychosomatischen Klinik der Universität Tübingen publiziert. Es ging darum, das Selbstbild eines Medizinstudenten mit seinem Idealbild und Realbild von Ausbildern und Kollegen zu vergleichen. Dies wurde anhand eines Fragebogens mit 18 adjektivischen Gegensatzpaaren und sieben Antwortstufen an 696 Studierenden realisiert. Dabei zeigte sich, dass das Arztideal bei Studenten der Medizin überraschend konstant ist und höchste Erwartungen an Kompetenz, Vertrauenswürdigkeit, Zuverlässigkeit, Freundlichkeit, Gründlichkeit und Sympathie beinhaltet. Die von den Studenten real erlebten Ärzte wichen teils drastisch von ihrem Ideal ab, wobei die Selbsteinschätzung zwischen den beiden Polen lag. Das Selbstbild der Studierenden sei aber maßgeblich von Machtlosigkeit und Unsicherheit geprägt und es bestehe die Gefahr, dass sich das Selbstbild im Laufe der ärztlichen Sozialisation eher dem realen Arztbild annähere als dem Idealbild.<sup>47</sup>

Auch der Psychiater Klaus Dörner beschäftigt sich mit seinem Buch *Der gute Arzt* ebenso mit dem Idealbild des Arztes und gibt seinen Kollegen eine Gebrauchsanweisung an die Hand, insbesondere auch für den Umgang mit chronisch Kranken und sterbenden Patienten.<sup>48</sup> Auch der Oldenburger Palliativmediziner Steffen Simon gab ein Buch mit dem Titel *Der gute Arzt im Alltag* heraus, in dem er Ärzte verschiedener Fachrichtungen zu Wort kommen ließ, die alle ihre Sicht eines guten Arztes präsentierten.<sup>49</sup> Von Troschke hat bisher am treffendsten das Bild und die Aufgaben eines guten Arztes in seinem schon oben erwähnten Buch *Die Kunst, ein guter Arzt zu werden*<sup>50</sup> dargestellt. Auch greift er auf einige historische Texte zurück und versucht eine Entwicklung

---

<sup>46</sup> Schlemmer (1989). S. 59

<sup>47</sup> Schrauth et al. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. (2009). Heft 59

<sup>48</sup> Dörner (2001).

<sup>49</sup> Simon (2005).

<sup>50</sup> von Troschke (2001).

---

aufzuzeigen. Dennoch werden nur einzelne Aspekte beleuchtet und es findet keine umfassende Untersuchung der Veränderung statt. Eben dies soll mit dieser Arbeit versucht werden. Trotzdem sei noch angemerkt, dass an die vorliegende Arbeit kein Anspruch auf Vollständigkeit gestellt werden kann. Das Bild des Arztes ist ein weites Feld, das von vielen Einzelmeinungen beherrscht wird, die nicht alle Erwähnung finden können. Dennoch wird bestrebt, alle wesentlichen Strömungen darzustellen, sofern sie im DÄ genannt werden.

#### 1.4 Inhalt

Zunächst werden im Kapitel *Thesenfindung und quantitativer Verlauf* anhand der Artikelverteilung zum Thema Arztbild in der Gesellschaft im DÄ die Fragestellungen für die einzelnen Kapitel entwickelt, die es im Hauptteil zu bestätigen gilt. Das Kapitel *Material und Methoden* geht dann näher auf das *Deutsche Ärzteblatt* ein, das sich als Primärquellenkorpus geeignet erwiesen hat, denn hier kommen nicht nur Ärzte und ihre Standesvertreter zu Wort, sondern es werden auch die wichtigsten Beiträge aus anderen Medien zusammengefasst, die sich mit der Ärzteschaft beschäftigen. Dabei soll anhand von Daten und Fakten über das DÄ dargestellt werden, warum gerade dieses für diese Untersuchung zweckdienlich war. Zudem wird die Methode der historischen Diskursanalyse erläutert, die für die Auswertung der Artikel angewandt wurde. Ferner wurden grundlegende Gedanken zur Quellenkritik wiedergegeben, um das Verständnis für die angewandte Methodik zu verbessern. Es erscheint im Zusammenhang dieser Arbeit darüber hinaus unabdingbar, die Geschichte des Kulturguts „Arzt“ zu beleuchten, um das heutige Bild besser zu verstehen. So wird es die Aufgabe des Kapitels *Historischer Hintergrund* sein, eine Zusammenfassung der medizinhistorischen Ereignisse zu geben und insbesondere das Arztbild der jeweiligen Epoche herauszuarbeiten. Dabei soll auch die Auffassung vom Wesen der Krankheit beleuchtet werden, die maßgeblich für die Aufgaben des Arztes in der jeweiligen Gesellschaft ist. Angefangen von ärztlichen Handlungen in der Steinzeit, über den ersten Höhepunkt der Medizin in der Antike, weiter die

Stagnation im christlichen Mittelalter, bis zur Renaissance und Neuzeit, die laufend medizinische Entdeckungen hervorbrachte. Man kann davon ausgehen, dass die Entwicklung nicht kontinuierlich verlaufen ist, sondern mit großer Dynamik in einigen Epochen, in anderen Zeiten eher stagnierte oder gar zurückfiel, wobei dies für die langfristige Weiterentwicklung wichtig war.

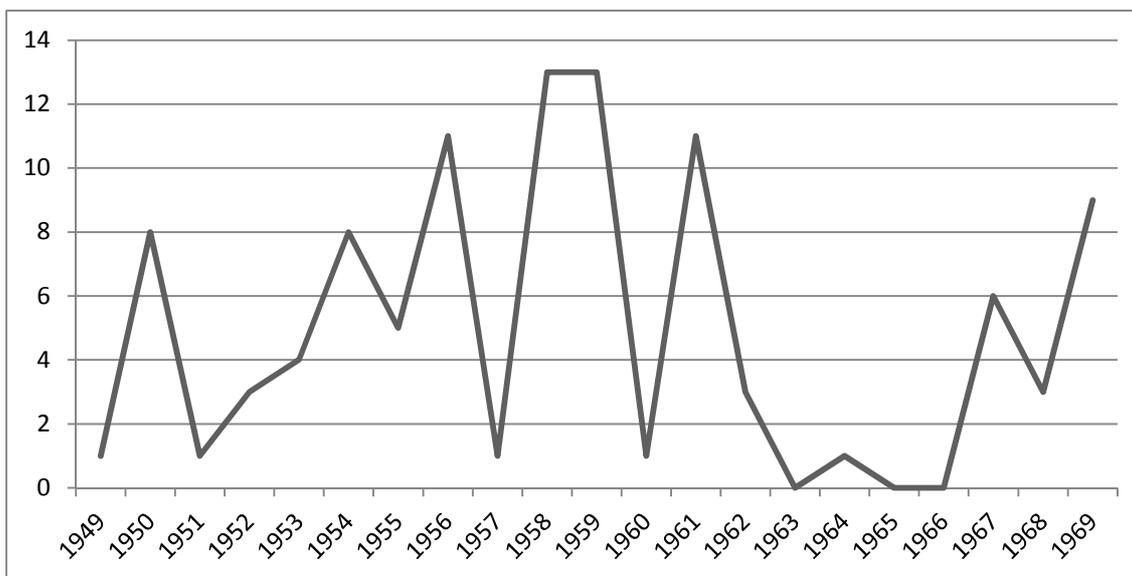
Der inhaltliche Aufbau des *Hauptteils* gestaltet sich folgendermaßen: Um die der Arbeit zugrunde liegende Thesen gruppieren sich sowohl zeitlich als auch inhaltlich verschiedene Themen, die dann in einem Kapitel zusammengefasst werden. So steht in der Zeit von 1949 bis 1957 insbesondere der Wiederaufbau nach dem Krieg und die Suche nach einer neuen Identität der Ärzteschaft im Vordergrund. Ende der 1950er und Anfang der 1960er Jahre geht es hauptsächlich um das Vorbild und Idealbild eines guten Arztes. Mit dem Jahr 1968 beginnt auch in der Ärzteschaft eine Zeit des Umbruchs, sodass die Zeit danach bis Ende der 1970er Jahre größtenteils von den Studentenbewegungen und der weitverbreiteten Kritik an der Medizin dominiert wird. Ab den 1980er verdienen vornehmlich Themen wie die Beeinträchtigung des Arztbildes durch das generelle Gefühl der Dehumanisierung, Anonymisierung und Materialisierung sowie auch die Bedrohung durch den wieder aufflammenden Kalten Krieg Aufmerksamkeit. Neue Themen wie die Qualitätssicherung sollen nur kurz angerissen werden. Im Mittelpunkt des Interesses im neuen Jahrtausend steht die Unzufriedenheit der Ärzte mit ihrer Stellung in der Gesellschaft und ihren Arbeitsbedingungen sowie der dadurch entstandene Ärztemangel. Der Feminisierung der Medizin wurde ein separates Kapitel gewidmet. In den einzelnen Dekaden wurden dazu oft zahlenmäßig wenig Artikel verfasst, sodass die Thematik untergehen würde. In der retrospektiven Betrachtung erscheint diese für das heutige Arztbild jedoch durchaus wichtig und verdient deshalb eine gesonderte Abhandlung. Auch die Arztzahlentwicklung wird in einem eigenen Kapitel dargestellt, findet sich hier eine in sich abgeschlossene Entwicklung. Hierbei wird versucht, anhand der Arztzahlen Schlüsse auf die Attraktivität des Arztberufes der jeweiligen Zeit zu ziehen. Die letzten beiden Kapitel wurden also aus ihrem chronologischen Kontext herausgelöst, da sie einer eigenen Dynamik folgen und somit in einer

Einheit besser zu verdeutlichen sind. Im Ergebnisteil wird eine weitgehend deskriptive Vorgehensweise verfolgt, auch wenn am Ende eines jeden Kapitels eine zusammenfassende Einordnung des Arztbild in die jeweilige Epoche erfolgt, wobei versucht wird, Ereignisse aus so unterschiedlichen Lebensbereichen wie Gesellschaft, Kultur, Ökonomie, Politik, aber auch der Medizin zu einem Bild der Gesellschaft der jeweiligen Zeit zu vereinen. Im *Diskussionsteil* werden die Ergebnisse nochmals zusammengefasst und mit der bereits vorhandenen Literatur verglichen. In diesem Rahmen soll zudem versucht werden, die übergeordnete Frage zu beantworten, ob tatsächlich eine Entwicklung vom Halbgott in Weiß zum Dienstleister zu belegen ist.

## 2 Thesenfindung und quantitativer Verlauf

Bei der Durchsicht der Artikel zum Thema Arztbild in der Gesellschaft, die im Deutschen Ärzteblatt zu finden sind, hat sich herausgestellt, dass die Anzahl der Artikel von Jahr zu Jahr extrem variiert. Dadurch erscheint es sinnvoll, dies als Impuls für eine Thesenfindung aufzugreifen. Deshalb wird zunächst die Verteilung der Artikel über die Jahre grafisch dargestellt und anschließend versucht, aus der Artikelhäufung Thesen abzuleiten, die für eine bestimmte Zeit führend sind.

### 2.1 Artikelverteilung von 1949 bis 1969



**Abb. 1:** Artikelanzahl zum Arztbild 1949-1969

Wie aus der Abbildung 1 ersichtlich, finden sich bezüglich der Artikelanzahl in den Jahren 1949-1969 diverse Höhepunkte. Es stellt sich nun die Frage, ob diese Häufung eher zufällig entstanden oder auf bestimmte Themen zurückzuführen sind, die die Jahre prägen. Gerade in den ersten Jahren nach dem Wiederscheinen der ÄM erwartet man einen ersten Höhepunkt, der sich 1950 auch zeigt. Zwar werden hier aus heutiger Sicht *lediglich* 8 Artikel veröffentlicht, jedoch erscheinen die ÄM zu dieser Zeit nur ein Mal im Monat bei

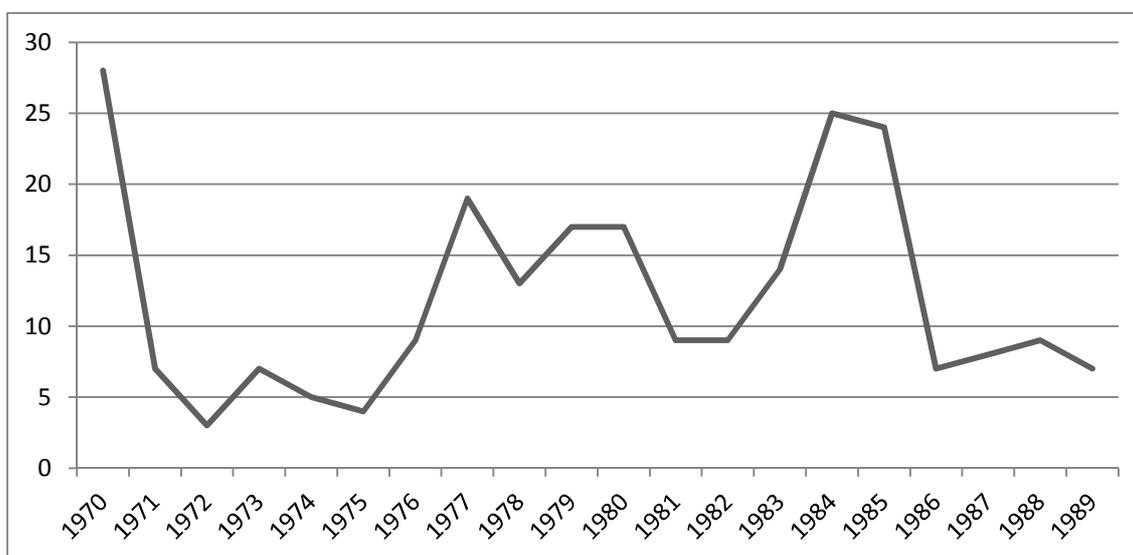
---

einer durchschnittlichen Seitenzahl von 314 über ein ganzes Jahr. Themen wie ein Neuanfang oder die Aufarbeitung der Vergangenheit, also eine Art Entnazifizierung könnten dabei führend sein. Ein zweiter Höhepunkt zeigt sich um das Jahr 1955. Betrachtet man die bundesrepublikanische Gesundheitspolitik der 1950er Jahre, findet sich das 1955 verabschiedete Kassenarztgesetz, das bedeutsame Auswirkungen für die niedergelassenen Ärzte hat. Denkbar wäre in diesem Zeitraum auch eine Reaktion auf die zunehmende Souveränität der Bundesrepublik Deutschland. Ein letzter Peak der 1950er Jahre zeigt sich in den Jahren 1958 und 1959. Gesundheitspolitisch geschieht wenig in dieser Zeit, allerdings ist das sogenannte Wirtschaftswunder in Deutschland nun auch in großen Teilen der Bevölkerung angekommen, sodass dies auch Konsequenzen in der Ärzteschaft haben könnte. Der erste Höhepunkt der 1960er Jahre findet sich im Jahr 1961. Die Auswertung der Artikel wird zeigen, was dies bedeutet, denn Ereignisse wie der Bau der Mauer oder der erste Mensch im All werden, zumindest direkt, kaum Einfluss auf das Arztbild haben. Leichter fällt es dagegen eine Vermutung zur Artikelhäufung zum Thema Arztbild in den Jahren 1967 bis 1969 zu stellen. Es ist die Zeit der Studentenrevolten, die sich die Eliten des Landes und das Establishment kritisieren, was höchstwahrscheinlich zu mehr oder weniger heftigen Reaktionen von ärztlicher Seite führt.

## **2.2 Artikelverteilung von 1970 bis 1989**

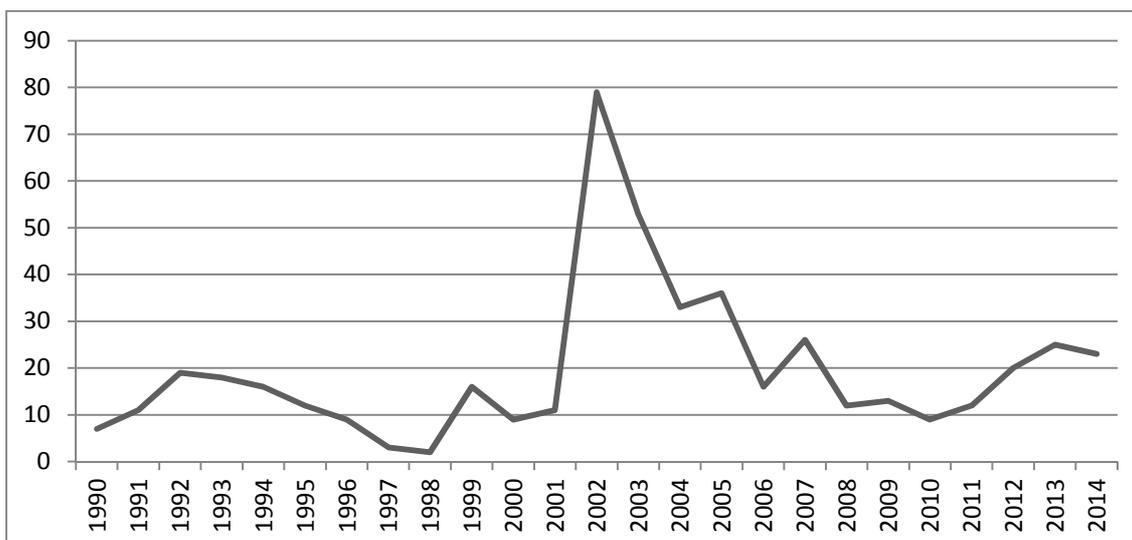
Auch im Zeitraum von 1970 bis 1989 gibt es einige Höhepunkte bezüglich der Artikelanzahl zum Thema Arztbild in der Gesellschaft. Als erstes fällt das Jahr 1970 auf. Es ist wahrscheinlich, dass dieser Peak auch der allgemeinen Gesellschaftskritik dem Nachklang der Studentenbewegung zuzuordnen ist. Während es Mitte der 1970er Jahre eher ruhig zum Thema Arztbild bleibt, steigt die Zahl der Artikel im Jahr 1977 und bleibt bis 1979 hoch. Wahrscheinlich, hat die Ärzteschaft nach wie vor mit der Gesellschaftskritik zu kämpfen, was standespolitisch weiter diskutiert wird. Auch die Ängste um die Folgen des 1977 verabschiedeten Kostendämpfungsgesetzes, das erste wirkliche Reformgesetz

der deutschen Gesundheitspolitik seit Ende des Krieges, könnten sich in dieser Form zahlenmäßig auswirken. In den folgenden paar Jahren finden sich zwar nicht ganz so viele Artikel zum Arztbild, allerdings scheint die Ärzteschaft dennoch nicht zur Ruhe zu kommen. Vor allem 1984 und 1985 steigt die Artikelzahl wieder stark an. Es lassen sich zwar keine innen- oder außenpolitischen Ereignisse finden, die eine direkte Auswirkung auf das Arztbild haben könnten, die Geschehnisse in der Welt nehmen allerdings in dieser Zeit an Bedrohung zu, sodass sich diese Ängste auch in der Ärzteschaft widerspiegeln könnten. Führend sind dabei eventuell die Hysterie um die AIDS-Erkrankung, die allgemeine Wirtschaftskrise und die Angst vor einem Atomkrieg nach Zuspitzung des Kalten Krieges. 1988 wird das neue Gesundheitsreformgesetz unter Norbert Blüm vorbereitet, wobei das Wort „Gesundheitsreform“ zum Wort des Jahres gewählt wird. Die Diskussionen darüber könnten unter anderem für das Zwischenhoch in diesem Jahr verantwortlich sein.



**Abb. 2:** Artikelanzahl zum Arztbild 1970-1989

### 2.3 Artikelverteilung von 1990 bis 2014



**Abb. 3:** Artikelanzahl zum Arztbild 1990-2014

Bei der Betrachtung der in Abbildung 3 dargestellten Artikelanzahl von 1990 bis 2014 fällt zunächst ein steiler Anstieg im Jahr 2002 auf. Dadurch erscheinen die anderen Höhepunkte in diesem Zeitraum kaum relevant. Diese müssen jedoch relativ zu den restlichen Jahren dieser Zeitspanne gewertet werden und nicht in Relation zum Jahr 2002. Der erste Gipfel der 1990er Jahre stellt das Jahr 1992 dar. Dies könnte einerseits durch die Folgen der Wiedervereinigung, also auch der Zusammenführung zweier sehr unterschiedlicher Gesundheitssysteme, entstanden sein, andererseits könnte es um die Befürchtungen des neu verabschiedeten Gesundheitsstrukturgesetzes gehen, das unter anderem eine Budgetierung der ärztlichen Leistungen vorsieht. Ein weiteres kleines Hoch findet sich im Jahr 1999. Man kann vermuten, dass sich die generelle Hysterie um den Millenniumswechsel auch auf die Ärzteschaft ausgewirkt und diese sich selbst neue Ziele für ein neues Jahrtausend steckt. Wie bereits erwähnt, hebt sich das Jahr 2002 stark von den anderen Jahren ab und auch in den folgenden Jahren bleibt die Artikelzahl auffallend hoch. Höchstwahrscheinlich besteht ein Zusammenhang zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz, das 2003 von der rot-grünen-Bundesregierung beschlossen wird und worüber heftig diskutiert wird, bringt es doch einige tiefgreifende Veränderungen wie die Einführung der Praxisgebühr und der Fallpauschalen (DRGs) für die stationäre Behandlung mit

sich. In den nachfolgenden Jahren beruhigt sich die Lage ein wenig, aber allgemein bleibt die Artikelzahl im Vergleich zu den Jahrzehnten davor hoch, was wohl auf die allgemeine Unzufriedenheit unter Ärzten und auf den sich weiter manifestierenden Ärztemangel zurückzuführen ist. Denkbar wäre auch, dass die zunehmende Einschränkung des Arztberufes durch Richtlinien, Leitlinien und ökonomische Vorgaben zu einer vermehrten Diskussion über das Arztbild führen.

### 3 Material und Methoden

#### 3.1 Material

Für die vorliegende Arbeit diente das *Deutsche Ärzteblatt* (nachstehend als DÄ abgekürzt) als Primärquellenkorpus. Dieses erscheint wöchentlich (Doppelausgaben Anfang Januar, im Juni, Juli, August und September, sowie Ende Dezember) und wird jedem Mitglied der Ärztekammer kostenlos per Post zugesandt. Es hat zur Zeit (Stand: 10/2015) eine Auflagenstärke von 301 910 Exemplaren, wobei die Zahl seit 2010 rückläufig ist (damals 408 000 Exemplare), da das DÄ zunehmend auch in der Onlineversion gelesen wird. Bereits 2006 verzeichnete das Internetportal des DÄ 3,5 Millionen Zugriffe pro Monat bei durchschnittlich ca. 600 000 Besuchern.<sup>1</sup> Es gibt verschiedene Ausgaben: Die Ausgabe A ist für niedergelassene Ärzte bestimmt, die Ausgabe B für Klinikärzte und die Ausgabe C für alle anderen Ärzte. Die Onlineversion entspricht den Artikeln der Ausgabe A. Seit 2008 erscheint das DÄ auch auf Englisch als *Deutsches Ärzteblatt International*.<sup>2</sup> In der vorliegenden Arbeit wurde auf die gedruckten Ausgaben der Jahre 1949 bis 1995 zurückgegriffen, seit der Einführung der verschiedenen Ausgaben im Jahre 1982 auf die Ausgabe B, da diese als gedruckte Form im Zeitschriftenarchiv der Universitätsbibliothek Tübingen zugänglich war. Ab dem Jahr 1996 wurden die Artikel dem Onlinearchiv entnommen und entstammen somit der Ausgabe A.

Das DÄ erschien erstmals am 9. September 1872, damals noch unter dem Namen *Ärztevereinsblatt*, wobei es als Mitteilungsblatt des Ärztevereinsbundes fungierte. 1930 wurde es dann in *Deutsches Ärzteblatt* umbenannt. Parallel existierten die *Ärztlichen Mitteilungen* des Leipziger Verbandes, später Hartmannbund. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde am 1. März 1949 der Deutsche Ärzteverlag gegründet, sodass am 15. Mai 1949 zum ersten Mal wieder die *Ärztlichen Mitteilungen* (nachstehend als ÄM abgekürzt)

---

<sup>1</sup> Schmedt. In: DÄ. (2006). Heft 49. S. 3318-A;  
Deutsches Ärzteblatt. (2016). [http://www.aerzteverlag-media.de/fileadmin/media/mediadaten/medizin/Verkaufsunterlagen/Media-Informationen\\_DAE\\_deutsch\\_2016.pdf](http://www.aerzteverlag-media.de/fileadmin/media/mediadaten/medizin/Verkaufsunterlagen/Media-Informationen_DAE_deutsch_2016.pdf) (25.07.2016).

<sup>2</sup> Deutsche Ärzteblatt. (2014). <http://www.aerzteblatt.de/service/mediadaten> (20.07.2014). S. 5ff.

mit einer Auflage von 50 000 Exemplaren erschienen. Im Titel der Landeszeitschrift wurde zunächst auf das Wort „deutsch“ verzichtet, da man sich klar von seiner Verwendung in der NS-Zeit distanzieren wollte. Auch im Hinblick auf die noch ungeklärte Frage der nationalen Einheit erschien es zunächst noch schwierig den Begriff „deutsch“ für sich zu verbuchen. Am 11. Oktober 1955 erhielten die *ÄM* jedoch den Untertitel *Deutsches Ärzteblatt*. Erst 1964 wurden die *ÄM* dann endgültig in *Deutsches Ärzteblatt* umbenannt.<sup>3</sup>

Das DÄ wurde als Primärquellenkorpus gewählt, da es als Sprachrohr der deutschen Ärzteschaft gilt und diese sich dadurch zum überwiegenden Teil vertreten fühlt. Im Jahre 1999 führte das DÄ eine eigene Studie zur Leserakzeptanz durch. Dabei zeigte sich, dass 89% der Leser die Landeszeitschrift als „kompetent“ und 88% als „informativ“ bezeichneten, wobei 78% die publizierten Artikel „interessant“ fanden.<sup>4</sup> Das DÄ ist der meistgelesene Titel der gesamten deutschen Ärzteschaft. Die Bedeutsamkeit des Blattes zeigt sich am Journal Impact Factor, der angibt, wie oft eine Zeitschrift im Laufe eines Jahres in wissenschaftlichen Artikeln zitiert wird. So zeigt er den Einfluss, den eine Zeitschrift in der Wissenschaftswelt hat und dient dabei dem bibliometrischen Vergleich verschiedener Zeitschriften. Von 2011 bis 2013 zeigt sich dabei für das DÄ ein besonders steiler Anstieg von 2,1 auf 3,6.<sup>5</sup>

Der Leser des DÄ wird über die neuesten gesundheits-, sozial- und bildungspolitischen Ereignisse informiert, insbesondere aktuelle standespolitische Themen werden ausführlich diskutiert. Weiterhin enthält das DÄ wissenschaftliche Originalarbeiten und fachliche Übersichtsartikel. Ziel dabei ist eine stete Fortbildung der ärztlichen Leserschaft, denn es wird zunehmend schwierig, alle international publizierten Artikel zum jeweiligen Fachgebiet zu recherchieren. Das DÄ liefert zudem Informationen zu Rechts- und Finanzfragen, die für die Leserschaft interessant sein könnten. Schließlich

<sup>3</sup> Deutscher Ärzte-Verlag. (2014). <http://www.aerzteverlag.de/default.asp?docid=19> (21.7.2014). ; Waigand (2001). S. 4f.;

Gerst. In: DÄ. (1999). Beilage zu Heft 21. S. 13

<sup>4</sup> Sprunkel. In: DÄ. (1999). Beilage zu Heft 21. S. 10

<sup>5</sup> Elsevier. (2014). <http://www.elsevier.com/editors/journal-and-article-metrics#impact-factor> (29.08.2014);

Baethge. In: DÄ. (2014). Heft 33-34. S. 1390-A

---

bringt jede Ausgabe auch Artikel zu Kunst, Musik, Literatur und Reisen mit sich. Selbstgestecktes Ziel der Redaktion ist es, alle Ärzte objektiv und kompetent zu informieren. Im DÄ kommt nicht nur die Führungsriege der ärztlichen Standespolitik zu Wort, sondern auch der ‚durchschnittliche‘, niedergelassene Arzt in freier Praxis, ebenso wie fachfremde Autoren aus Philosophie, Politik, Wirtschaft und Journalismus. Dadurch soll der Leser ein Bild von den Themen der Zeit bekommen, wie sie von der breiten ärztlichen Basis, aber auch von höchster standespolitischer Seite vertreten werden. 50 Jahre nach dem Erscheinen der ersten Nachkriegsausgabe sieht Norbert Jachertz, Chefredakteur des DÄ von 1991 bis 2004, nach wie vor den politischen Auftrag des Blattes. Dabei sei insbesondere auch die Meinungsvielfalt und -freiheit der Autoren von großer Bedeutung.<sup>6</sup>

Das DÄ hat neben dem informativen Auftrag durchaus auch eine meinungsbildende Funktion. Der Einfluss des DÄ auf die Haltung der Ärzte dürfte aber in den letzten Jahren abgenommen haben, da nun durch die digitalen Medien ganz andere Wege und Möglichkeiten der Informationsbeschaffung und Meinungsbildung bestehen. Die Betrachtungsweise des Arztbildes im DÄ dürfte hauptsächlich die der Vorstandsriege der deutschen Ärzteschaft entsprechen, da vorwiegend diese zu Wort kommt. Trotzdem kann das DÄ auch als Spiegelbild der Gesellschaft und Medien verstanden werden, obwohl natürlich auf die selektive Objektivität hinzuweisen ist und kein Anspruch auf Vollständigkeit gegeben sein kann. Dennoch ergibt sich dadurch ein guter Überblick über das Bild des Arztes, wie es von der Gesellschaft, den Ärzten selbst und von den Medien präsentiert wird. Insbesondere die große Anzahl an Artikeln sorgt für eine verlässliche Übersicht über die Themen. Dadurch erschien das DÄ für die vorliegende Untersuchung als geeignet.

---

<sup>6</sup> Jachertz. In: DÄ. (1999). Beilage zu Heft 21. S. 16f.

### 3.2 Methodik

Um die Bedeutung der Historik des Arztbildes hervorzuheben, soll zunächst das Geschichtsverständnis und dessen Funktion genauer erläutert werden: Geschichte kann zum einen vergangenes Geschehen selbst sein, zum anderen das Wissen über vergangenes Geschehen oder gar die Präsentationsform dessen. Nietzsche nennt in seiner Schrift *Vom Nutzen und Nachtheil der Historie für das Leben* drei Funktionen der Geschichte: Erstens sei dies die Vorbildfunktion, zweitens die Traditionsstiftung und schließlich die Kritik am Vergangenen, aus der man für Gegenwart und Zukunft lernen könne.<sup>7</sup> Geschichte ist dabei nicht gleich Vergangenheit, denn jede historische Aussage ist selektiert, uns interessiert nur das Besondere, das Bedeutsame, nicht das Allgemeine. Geschichte ist also immer nur vermittelt zugänglich, also „re“-präsentierte Realität.<sup>8</sup> Schon Karl Marx schrieb 1852: „Die Menschen machen ihre eigene Geschichte, aber sie machen sie nicht aus freien Stücken unter selbstgewählten, sondern unter unmittelbar vorhandenen, gegebenen und überlieferten Umständen.“<sup>9</sup> Somit ist Geschichte immer subjektiv und hängt bedeutend von Standort und Perspektive ab. Das unbezweifelbare Wissen von der objektiven Wirklichkeit kann es nicht geben. Die Objektivität der Geschichtswissenschaft kann also nicht allein aus den Ergebnissen eines einzelnen Forschers entstehen, sondern ist ein kollektiver Konstruktionsprozess. Der Sinn der Geschichtswissenschaft liegt demnach nicht in dem reinen Erwerb von Tatsachenwissen um seiner selbst willen, sondern darin, sich Tatsachenwissen auf eine Art und Weise anzueignen, dass gleichzeitig deren Bedeutung reflektiert wird.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Artikel des DÄ in ihrer Gesamtheit angelehnt an die Methode der historischen Diskursanalyse ausgewertet. Dazu wurden sowohl Leitartikel, Kommentare, Sitzungsprotokolle von Ärztetagen und Ausschüssen sowie Leserbriefe für die Analyse herangezogen. Buchtipps und Literaturvorschläge wurden u.a. für den Diskussionsteil verwendet. Einzig

---

<sup>7</sup> Nietzsche (1874). S. 209-287

<sup>8</sup> Kirn (1968). S. 29

<sup>9</sup> Marx (1972). S. 115

Werbeanzeigen wurden nicht berücksichtigt. Die Selektion geschah anhand der Titel im jeweiligen Inhaltsverzeichnis. Dabei waren Stich- und Schlagwörter zum Thema Arzt führend.<sup>10</sup>

Um die Methode der historischen Diskursanalyse besser zu verstehen, gilt es zuerst, den Begriff des Diskurses mit Inhalt zu füllen. Es wird kritisiert, dass es sich heutzutage um ein „Allerwelts- und Modewort“ handle, dass es aber im Gegensatz zum Englischen oder Französischen kein Alltagswort sei, sondern eher als „akademische Profilneurose“ erscheine.<sup>11</sup> Generell handelt es sich zunächst um ein Gespräch, eine Diskussion. Der *Brockhaus* bezeichnet einen Diskurs allgemein als Abhandlung oder Erörterung, wobei der deutsche Philosoph und Soziologe Jürgen Habermas erwähnt wird, der den Diskurs als „Verfahren der argumentativ-dialogischen Prüfung von Behauptungen oder Aufforderungen mit dem Ziel, einen universalen, d.h. für alle vernünftig Argumentierenden gültigen Konsens zu erreichen“<sup>12</sup> darstellt. Der Diskurs soll zudem die Wahrheitsfähigkeit praktischer Fragen klären, so der Historiker Achim Landwehr.<sup>13</sup> Diskurse sind somit kein Abbild der Wirklichkeit, sondern entwickeln sie erst mitsamt dem dazu gehörigen Wissen.<sup>14</sup> Laut dem französischen Philosophen und Historiker Michel Foucault, der die Idee der Diskursanalyse bedeutend geprägt hat, sind Diskurse „Systeme von Aussagen, deren Sinn sich aus den synchronen und diachronen Oppositionsbezeichnungen“<sup>15</sup> ergibt, die sie voneinander unterscheiden.

---

<sup>10</sup>Für die vorliegende Arbeit herangezogene Stichwörter: Arztberuf, Arzttum, Arztideal, Bild des Arztes, Arztbild, Ärzterolle, Rollenbild, ärztliches Selbstverständnis, Image, Prestige, Ansehen, Arzt in unserer Zeit, Halbgott, Berufswürde, Auftrag, Aufgabe, Verantwortung, ärztliches Wirken, Hippokrates, Ethos, guter Arzt, ärztliche Werte, Ärzteschaft, Standespolitik, Standeskampf, Ärztestand, Stellung in der Gesellschaft, Arzt in der öffentlichen Meinung, ärztliche Profession, ärztliche Kunst, ärztliches Handeln, Zufriedenheit, Krise, Zeitenwende, Nachwuchs, Arzt-Patienten-Beziehung/Verhältnis, Medizin und Gesellschaft, Erwartung, Generation Y, Ärztemangel, Ärzteschwemme, Feminisierung, Ärzttestatistik, Ärztezahl, Arztserien, Arzt und Medien, Arztbewertungsportal.

<sup>11</sup> Landwehr (2008). S. 15

<sup>12</sup> Brockhaus (1997). S. 325

<sup>13</sup> Landwehr. (2010). [http://docupedia.de/docupedia/images/5/52/Diskurs\\_und\\_Diskursgeschichte.pdf](http://docupedia.de/docupedia/images/5/52/Diskurs_und_Diskursgeschichte.pdf) (21.07.2014). S. 2

<sup>14</sup> Landwehr (2008). S. 21

<sup>15</sup> Bogdal et al. (1990). S. 32

In der historischen Diskursanalyse wird von einer doppelten Vermittlung der Geschichte ausgegangen. Einerseits durch die Quellen selbst, andererseits durch ihre Darstellung. Dabei werden Äußerungen erst zu Aussagen, wenn sie in ähnlicher Weise wiederholt werden, denn dadurch wird ein miteinander verbundenes Ordnungsschema generiert. „Denn es ist dieser Charakter diachroner Reihung und synchroner Häufigkeit von miteinander verbundenen Aussagen, der die Diskursanalyse empirisch begründet.“<sup>16</sup> Das entstandene Ordnungsschema muss sodann in die jeweilige Kultur und Zeit eingeordnet werden, wo es eine wohldefinierte Regelmäßigkeit besitzt, denn Wissen und Wirklichkeit sind soziokulturelle Prozesse. So sind die Aussagen zu einem bestimmten Thema in einer festgelegten Epoche immer begrenzt, denn gesellschaftliche Regeln sorgen dafür, „dass nur bestimmte Dinge ‚wahr‘ sind, dass die Grenze zwischen Vernunft und Wahnsinn exakt fixiert ist“<sup>17</sup>. Die historische Diskursanalyse basiert auf dem Konstruktionscharakter soziokultureller Wirklichkeiten und fragt nach der Art und Weise wie historisches Wissen, Wahrheit und Wirklichkeit entwickelt werden.<sup>18</sup> „Indem sich in Diskursen Regeln verfestigen, die das Sagbare, Denkbare und Machbare betreffen, organisieren sie Wirklichkeit.“<sup>19</sup> „Diskurse wirken dabei sowohl produktiv als auch restriktiv, sie sind strukturiert und bringen ihrerseits Strukturen hervor. Da solchen Diskursen Regelmäßigkeiten unterliegen, können sie zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung gemacht werden.“<sup>20</sup>

Es sollen nun die Untersuchungsschritte der historischen Diskursanalyse allgemein sowie die Umsetzung in dieser Arbeit beschrieben werden. Zum besseren Verständnis ist die Vorgehensweise zusätzlich in der untenstehenden Abbildung (Abb.4) zusammengefasst.

---

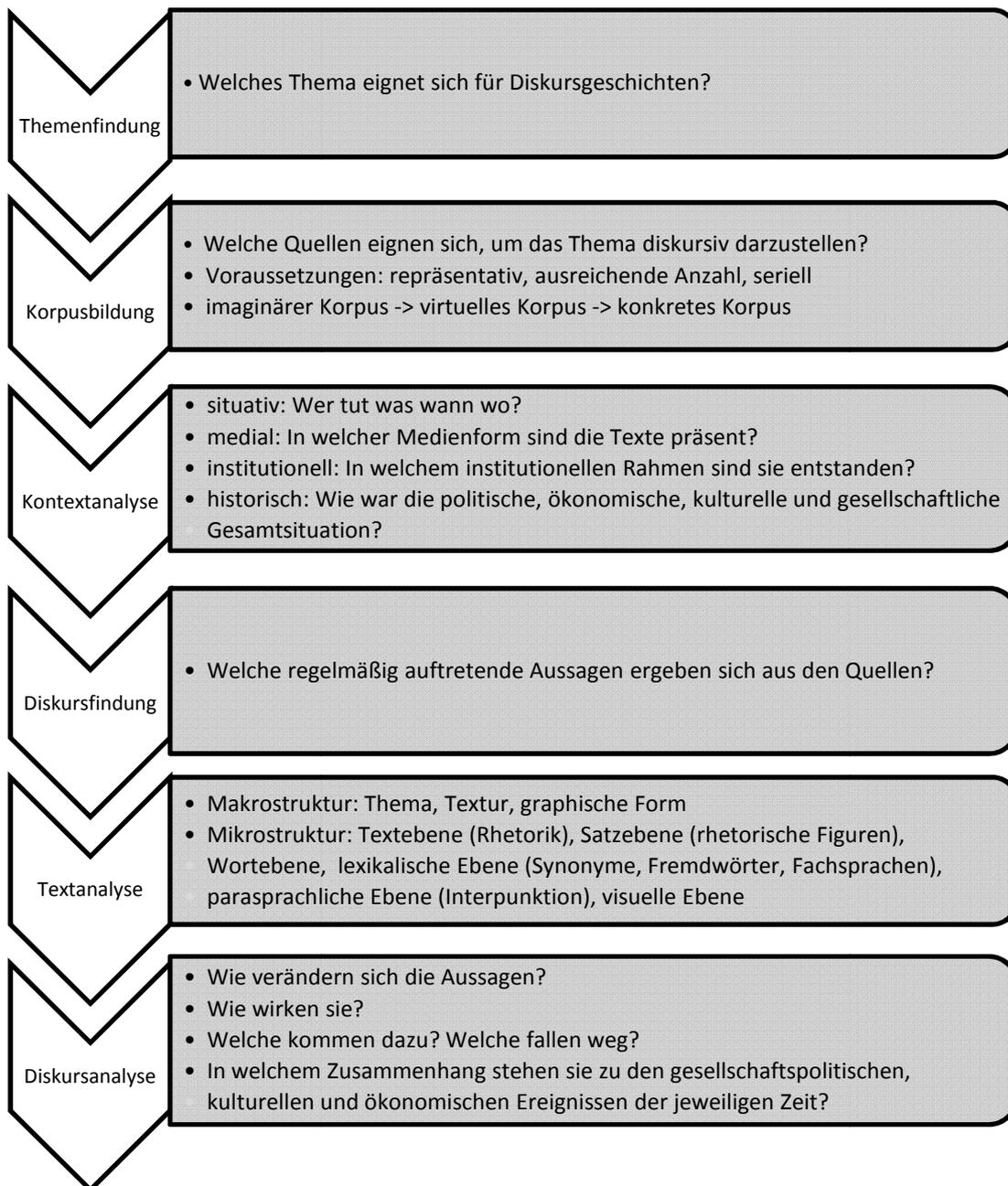
<sup>16</sup> Landwehr (2008). S. 102

<sup>17</sup> Rein. <https://www.uni-due.de/einladung/Vorlesungen/methoden/histdiskurs.htm> (08.09.2014).

<sup>18</sup> Landwehr (2008). S. 98

<sup>19</sup> Landwehr. (2010). [http://docupedia.de/docupedia/images/5/52/Diskurs\\_und\\_Diskursgeschichte.pdf](http://docupedia.de/docupedia/images/5/52/Diskurs_und_Diskursgeschichte.pdf) (21.07.2014). S. 3f.

<sup>20</sup> Landwehr (2008). S. 98f.



**Abb. 4:** Vorgehensweise der historischen Diskursanalyse

Am Anfang steht die Themenfindung. Die Diskursanalyse nach Landwehr verlangt dazu die Bestimmung herausragender Merkmale, die dann im Verlauf beurteilt werden. Es gilt am Ende festzustellen, wie sich diese verändern und wie sie wirken. Aus dem umfangreichen Thema *Der Arzt in der Gesellschaft* wurden zwei Teilaspekte ausgewählt, deren Qualität sich im Zeitverlauf zu verändern vermochte. Dies ist einerseits das Bild des Arztes in der

Gesellschaft, andererseits sein gesellschaftlicher Auftrag. Mit den genannten Merkmalen sollte schließlich versucht werden, die übergeordnete Frage, ob der Arzt sich vom Halbgott in Weiß zum Dienstleister entwickelt hat, zu beantworten.

Anschließend erfolgte die Korpusbildung. Als Primärquellenkorpus hat sich dabei das DÄ als geeignet erwiesen. Interessant wäre sicher auch der Vergleich zu nichtärztlichen Magazinen wie dem *Focus* oder dem *Spiegel* gewesen, dies erschien aber für die vorliegende Arbeit zu umfangreich. Voraussetzungen für eine wissenschaftlich wertvolle Korpusbildung sind im Wesentlichen folgende drei Kriterien: Zum Ersten müssen die ausgewählten Texte repräsentativ für den Diskurs sein. Das DÄ scheint diesen Forderungen gerecht zu werden, denn es fasst sowohl Artikel von Ärzten selbst, aber auch aus der Presse, wissenschaftlichen Studien und Leserbriefen zusammen. Zudem ist das DÄ einer großen Leserschaft zugänglich. Zweitens müssen genügend Quellen vorhanden sein. Dies sollte bei 1424 Artikeln, die in der Arbeit ausgewertet wurden, gegeben sein. Schließlich sollte sich die Auswahl der Texte seriell über einen größeren Zeitraum erstrecken. Auch dies ist gewährleistet, insbesondere durch das regelmäßige Erscheinen des Blattes. Eine Zeitspanne von mehr als 60 Jahren dürfte die Möglichkeit eines Diskurses bieten.<sup>21</sup>

Nachdem das Korpus für die Arbeit festgelegt ist, erfolgt nun die Kontextanalyse. Dabei sind vier Ebenen zu berücksichtigen: Zuerst gilt es den *situativen* Kontext zu analysieren, in dem Person, Ort und Zeit geklärt werden, ebenso wie der gesellschaftliche Hintergrund. Dies wurde innerhalb eines jeweiligen Kapitels nicht im Einzelnen durchgeführt, da es sich stets um die gleiche Zeit und einen ähnlichen kulturellen und sozialen Hintergrund handelte. Dadurch erschien es sinnvoll, die Analyse allein personenbezogen durchzuführen und die einzelnen Quellen dann in ihrer Gesamtheit innerhalb eines Kapitels einzuordnen. Die Bewertung des *medialen* Kontextes wurde

---

<sup>21</sup> Lehner. (2004). [www.univie.ac.at](http://www.univie.ac.at) (21.07.2014). S. 2;  
Landwehr (2008). S. 100ff.

bereits im Rahmen der Korpusbildung durchgeführt. Da es sich stets um dasselbe Publikationsmedium handelte, musste kein weiterführender Vergleich der Medien stattfinden. Auch der *institutionelle Kontext*, also die Bedingungen, unter denen der Text entstanden ist, konnte im selben Schritt geklärt werden. Die Betrachtung des *historischen Kontextes* wurde im Rahmen der Bewertung und Einordnung der Texte am Ende eines jeden Kapitels realisiert, wobei versucht wurde, die politische, gesellschaftliche, ökonomische und kulturelle Gesamtsituation widerzugeben.<sup>22</sup>

Der nächste Schritt stellt die Diskursfindung dar. Es geht nun darum, aufzuzeigen, welche Aussagen sich in ihrer Thematik wiederholen und sich somit als Diskurs eignen. Anschließend hat die Analyse der Aussagen zu erfolgen. Aussagen sind nach Foucault „regelmäßig auftauchende und funktionstragende Bestandteile“<sup>23</sup>, die einen Diskurs bilden. Die Aussagen, die in dieser Arbeit ausgewertet wurden, waren stets in Form von einzelnen Artikeln im DÄ vorhanden. Hier gilt es zuerst die Makrostruktur eines Textes herauszuarbeiten. Dazu gehören das Thema, die Textur (also die graphische und gestalterische Form), die Gliederung in Abschnitte und auch die Erzählform (1. Person oder 3. Person). Dies alles ist elementar, um die Eignung und Bedeutung der Texte für die Fragestellung zu eruieren. Gibt der Text dies her, so erfolgt eine Mikroanalyse. Dazu gehören die Argumentation, Stilistik und Rhetorik. Es geht dabei weniger um die sprachliche Form, als um die Funktion der genannten Punkte. Damit können das Ziel des Verfassers und die Wirkung des Textes bestimmt werden. Gerade für die historische Diskursanalyse ist dies relevant, da sich hieraus Diskurse schließen und Wirklichkeiten herstellen lassen.<sup>24</sup> Es wurde darauf verzichtet, die Mikroanalyse auf Satz- und Wortebene sowie auf lexikalischer und parasprachlicher Ebene durchzuführen, da dies für die Diskursfindung in der vorliegenden Arbeit zu weit gegangen und nicht wesentlich zielführend gewesen wäre.

---

<sup>22</sup> Landwehr (2008). S. 105-110

<sup>23</sup> Ibid. S. 110

<sup>24</sup> Ibid. S. 110-126

Bisher ging es allein um die Auswertung einzelner Aussagen. Nun muss ein Zusammenhang zwischen Aussagen und Diskursen hergestellt werden. Letzterer soll eine Menge von Aussagen abbilden, die einen bestimmten Aspekt der Wirklichkeit konstituieren. Dabei wird eine Linie durch das gesamte Korpus gezogen. Es geht nun um die Frage, wie sich die Merkmale verändern, ob neue hinzukommen oder alte wegfallen. Zudem gilt es Selbstverständlichkeiten der jeweiligen Zeit zu hinterfragen, die nicht mehr unmittelbar wahrgenommen wurden sowie das Nicht-Problematisierte zu problematisieren.<sup>25</sup> So schrieb Foucault:

„Die politischen und sozialen Entwicklungen, die den westlichen europäischen Gesellschaften ihr Gesicht gegeben haben, sind nicht sonderlich sichtbar, sie sind in Vergessenheit geraten oder zur Gewohnheit geworden. Sie sind Teil einer Landschaft, die uns sehr vertraut ist; wir nehmen sie nicht mehr wahr. Doch die meisten dieser Entwicklungen haben die Menschen einmal schockiert. Ich möchte zeigen, dass viele Dinge, die Teil unserer Landschaft sind - und für universell gehalten werden -, das Ergebnis ganz bestimmter geschichtlicher Veränderungen sind.“<sup>26</sup>

Die zentrale Aufgabe der historischen Diskursanalyse ist es, „die Wissens-, Wirklichkeits- und Rationalitätsstrukturen vergangener Gesellschaften aufzudecken“.<sup>27</sup> Es gilt wie für die Historie generell, „eine Wissenschaft zu sein, die mit dem Problembewusstsein der Gegenwart die Erforschung der Vergangenheit in Angriff nimmt“.<sup>28</sup> Es darf dabei aber nicht vergessen werden, dass man selbst immer Teil einer Analyse ist und somit zur Selbstreflexion verpflichtet ist sowie akzeptieren muss, dass Geschichtswissenschaft stets ein kulturelles Unterfangen ist. Es wäre also naiv von dieser Methode die Verkündung letztgültiger Wahrheiten erwarten, so Landwehr.<sup>29</sup> Auch kann die Diskursanalyse nur solche Diskurse erfassen, die in öffentlichen Auseinandersetzungen erscheinen oder explizit erwähnt werden. Zwischenmenschliche Kommunikationsprozesse im Alltag, Handlungsroutinen, Selbstverständlich-

---

<sup>25</sup> Ibid. S. 127;

Lehner. (2004). [www.univie.ac.at](http://www.univie.ac.at) (21.07.2014). S. 3

<sup>26</sup> Foucault et al. (2005). S. 960f.

<sup>27</sup> Landwehr (2008). S. 165

<sup>28</sup> Ibid. S. 165

<sup>29</sup> Ibid. S. 171

keiten sowie informelle Regeln und soziale Normen entgehen ihr dabei.<sup>30</sup> Zudem kann eine Diskursanalyse niemals vollständig sein, denn sie ist stets entwicklungs offen. Durch die Häufung von Argumenten können aber dennoch klare Diskurse herausgearbeitet werden.<sup>31</sup>

Die Methode der historischen Diskursanalyse ist nicht unumstritten. Bis Ende der 1960er Jahre baute die Geschichtswissenschaft hauptsächlich auf der klassischen Quellenkritik auf, die Johann Gustav Droysen 1868 in seinem Werk *Grundriss der Historik* vorstellte, sowie auf der Hermeneutik, also dem Verstehen von Sinnzusammenhängen aus sich selbst heraus. Das Gewicht lag auf dem berichtenden Subjekt. Zwischen 1966 und 1969 gab es auffallend viele Publikationen zum Thema Epistemologie (Erkenntnistheorie). So erschien 1966 Michel Foucaults *Les mots et les choses*, 1967 publizierte Jacques Derrida die Aufsatzsammlung *L'écriture et la différence* und schließlich kam Foucaults *Archéologie du savoir* 1969 heraus, um nur einige zu nennen.<sup>32</sup> Die poststrukturalistischen Autoren waren nun der Meinung, dass ein Sinnzusammenhang nicht durch ein einzelnes Subjekt verstanden werden kann, denn die eigenen Intentionen und Selbstdeutungen erschwerten die Interpretation.<sup>33</sup> Zudem seien moderne Texte meist nicht sinnorientiert, ein sinnsuchender Ansatz wie die Hermeneutik verfehle dadurch also das Ziel.<sup>34</sup> Vielmehr war es den Historikern wichtig, den kulturellen Hintergrund mit einzubeziehen. So etablierte sich der Begriff der „Mentalität“, den der tschechoslowakische Historiker František Graus wie folgt definierte: Mentalitäten sind „funktionierende, oft widersprüchliche, aber immer strukturierte (nie amorphe) Systeme [...], die das Handeln, Fühlen und die Meinungen von Menschen in Gemeinschaften mitbestimmen“.<sup>35</sup> Es wurde klar, dass eine historische Aussage nie ohne Sprache funktionierte, so zeigte der amerikanische Historiker und Literaturwissenschaftler Hayden White in seiner *Metahistory*, dass die Präsentation der Vergangenheit stets von der

---

<sup>30</sup> Schwab-Trapp et al. (2011). S. 38f.

<sup>31</sup> Jäger et al. (2006). S. 103

<sup>32</sup> Sarasin (2003). S. 12f.

<sup>33</sup> Ibid. S. 21

<sup>34</sup> Winko et al. (1997). S. 470f.

<sup>35</sup> Graus (1987). S. 48

(sprachlichen) Form abhängig ist.<sup>36</sup> Im Gegensatz zur Hermeneutik ist es nicht das Ziel der Diskursanalyse, eine Quelle in ihrer Ganzheit zu verstehen und zu interpretieren, sondern es geht vielmehr um eine Diskursformation, die sich durch mehrere Quellen hindurch zieht. Die Diskursanalyse möchte weg von der Subjektzentriertheit der Hermeneutik und sieht den Autor eines Textes innerhalb des größeren Rahmens eines Diskurses. Genau dies ist für viele Hermeneutiker schwer zu akzeptieren, ist es doch die Grundlage ihrer Methode.<sup>37</sup> Die immer noch währende Kritik an der Diskursanalyse kommt vor allem auch durch den fundamentalen Zweifel an allen als sicher geglaubten Institutionen zustande, die sich in der Aufklärung, Rationalität, Modernisierung und Demokratie etabliert haben. Die Diskursanalyse wird somit als Bedrohung für die Geschichtsschreibung an sich erlebt. So schreibt der deutsch-amerikanische Historiker Georg G. Iggers in seiner Monographie *Geschichtswissenschaft im 20. Jahrhundert*, „dass Geschichtsschreibung sich von Dichtung nicht unterscheide“.<sup>38</sup> Aber auch durch die Verwendung von teils nicht eindeutiger, literarischer Sprache und durch die immerwährende Verbindung mit Machtaspekten sei für ‚konventionelle‘ Historiker eine Herausforderung. Die Basis der Methode ist das radikale und grundlegende Hinterfragen des Selbstverständlichen. Dies führe natürlicherweise zu Verunsicherungen und Abwehrreaktionen, so Landwehr.<sup>39</sup> Generell schwierig für Historiker sei das Verhältnis von Geschichtswissenschaft und analytischen Methoden. Die Komplexität historischer Zusammenhänge verschwinde unter der rigorosen Herangehensweise der Strukturanalyse. Auch der sinnkritische Quellenzugriff, der ein Verstehen des einzelnen Textes überflüssig macht, sei in Zeiten einer immer vielfältiger werdenden Gesellschaft problematisch. Insbesondere die Hermeneutiker argumentieren, dass es stets wichtig ist, Zusammenhänge zu verstehen und sich „einen Reim aufs Ganze zu machen“.<sup>40</sup>

---

<sup>36</sup> Sarasin (2003). S. 23ff.

<sup>37</sup> Rein. <https://www.uni-due.de/einladung/Vorlesungen/methoden/histdiskurs.htm> (08.09.2014).

<sup>38</sup> Iggers (1993). S. 87

<sup>39</sup> Landwehr. (2010). [http://docupedia.de/docupedia/images/5/52/Diskurs\\_und\\_Diskursgeschichte.pdf](http://docupedia.de/docupedia/images/5/52/Diskurs_und_Diskursgeschichte.pdf) (21.07.2014). S. 6f.

<sup>40</sup> Sarasin et al. (2006). S. 59

Die historische Diskursanalyse stellt sich für die vorliegende Arbeit dennoch als besonders geeignet dar, da sie ihren Kern trifft, nämlich die Veränderung des Arztbildes in der Gesellschaft darzulegen. Für eine Einzeltextinterpretation wäre die genannte Methode ungeeignet. Da es sich bei dieser Arbeit aber um weit mehr als 1000 Quellen handelt, bietet die Diskursanalyse eine gute Herangehensweise an die Texte. Die Hermeneutik, die jeden einzelnen Text für sich interpretieren würde, wäre hier fehl am Platz, da es nicht um den Sinn jedes einzelnen Beitrages, also um die Meinung und die Emotion eines jeden Autors geht, sondern um den Verlauf der Thematik innerhalb eines übergeordneten Zeitraums. Für die vorliegende Arbeit wurde davon ausgegangen, dass das Gros der Autoren einem ähnlichen Kulturkreis entstammt, die Kritik der Hermeneutiker wird dadurch also etwas abgeschwächt. Die Diskurse der einzelnen Jahrzehnte müssen dennoch zeitlich, gesellschaftlich und sozialwissenschaftlich beurteilt werden. Letztendlich soll durch wiederkehrende Aussagen ein ganzheitliches Bild der Thematik geschaffen und dieses in seinen historischen Kontext eingeordnet werden.

## 4 Historischer Hintergrund – Arztbilder von der Antike bis zum „Dritten Reich“

### 4.1 Die Antike – Geburt des abendländischen Arztes

Die moderne wissenschaftliche Medizin und so auch zum großen Teil ihr Arztbild haben ihren Ursprung in der griechischen und römischen Antike. Dies beweist nicht nur unsere griechisch-lateinische Fachterminologie, sondern auch die immer noch währende Idee der ärztlichen Tätigkeit im Sinne von Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe (Nachsorge).<sup>1</sup> Zudem existieren noch heute zwei grundlegend verschiedene Krankheits- und Heilungskonzepte: Die gottgläubig geprägte Heilauffassung, die ihren Ursprung im Asklepioskult hat, und die rationale, wissenschaftlich orientierte Medizin unserer Zeit, deren Wurzeln in der hippokratischen Medizin zu finden sind.<sup>2</sup> Heilkunde und ärztliches Handeln sind allerdings so alt wie die Menschheit selbst. Zwar gab es in der Urzeit keinen Arzt per se, jedoch hatte schon damals der ‚Heiler‘ oder ‚Medizinmann‘ eine einflussreiche Stellung in der Stammesgesellschaft inne, war er oft sogar gleichzeitig der Häuptling oder König.<sup>3</sup>

Die griechische Antike aber war es, die den Arztberuf, wie wir ihn heute kennen, hervorbrachte und am deutlichsten prägte. Im 7. bis 5. vorchristlichen Jahrhundert hatte zunächst vor allem die theurgische Medizin bestand. Asklepios, Sohn des Apollon, galt als Patron der Heilkunst und wurde meist mit einem Wanderstab, um den sich eine kräftige Schlange ringelte, dargestellt,<sup>4</sup> was auch heute noch das Symbol der Ärzteschaft ist. Die Krankenbehandlung des Asklepioskultes wurde in Tempeln im so genannten heilenden Tempelschlaf (Inkubation) oder in Traumorakeln vollzogen.<sup>5</sup> Als Dank für die erfolgte Heilung wurden die Krankengeschichten auf Steintafeln verewigt und Asklepios geopfert.

---

<sup>1</sup> Schneck (1997). S. 40

<sup>2</sup> Eckart (2011). S. 3

<sup>3</sup> Schneck (1997). S. 10-16; Pollak (1963). S. 11

<sup>4</sup> Jetter (1992). S. 55

<sup>5</sup> Eckart (2009). S. 21f.

Neben der theurgischen Medizin entwickelte sich parallel die griechische Naturphilosophie, die ein schlüssiges rationales und somit wissenschaftliches Konzept hervorbrachte. Die antiken Griechen waren von verschiedensten kulturellen Einflüssen aus Ägypten, Mesopotamien und auch Kreta umgeben, deren Sicht der Dinge mit den dazugehörigen Widersprüchen zu einer neuen Anschauungsweise vereint werden konnte.<sup>6</sup>

Der heute bekannteste Arzt des Altertums ist zweifellos Hippokrates von Kos (460-375 v.Chr.), Sohn einer Ärztedynastie. Auch wenn mittlerweile geklärt ist, dass der Hippokratische Eid nicht aus seiner Feder stammt, sondern erst später verfasst wurde, gab Hippokrates auch in anderen Schriften die Regeln des ärztlichen Handelns vor.<sup>7</sup> Der Schweizer Medizinhistoriker Kurt Pollak schrieb über Hippokrates:

„Wir wissen von Hippokrates nichts, als daß er gelebt hat. Und dennoch hat kein Arzt je eine so tiefgreifende Wirkung ausgeübt wie er. Was er in Wirklichkeit war, ist ganz gleichgültig. Wesentlich ist, wozu er wurde. Und er wurde schon im Altertum der ideale Arzt, die vollendetste Verkörperung einer bestimmten ärztlichen Haltung [...]. Jede Epoche hat ein anderes Bild von Hippokrates gehabt. Jede hat ihre Sehnsucht in ihn hineinverlegt. Was sie an ihren Ärzten vermißte, das fand sie jeweils in Hippokrates, der dadurch immer wieder zum Mahner wurde, der die Gewissen aufrüttelte, zum Führer, der zum wahren Arzttum leitet. [...] Wie Caesar immer wieder Feldherren, Brutus Tyrannenmörder, so wird Hippokrates immer wieder gute Ärzte erzeugen.“<sup>8</sup>

Da in vielen Artikeln des DÄ auf den Hippokratischen Eid<sup>9</sup> hingewiesen wird, soll er hier nicht unerwähnt bleiben, bot dieser doch eine „normative, rationale und pragmatische Leitlinie“<sup>10</sup> für die Ausbildung der Mediziner und das Arzt-Patienten-Verhältnis, worauf auch die heutige Medizinethik immer wieder zurückgreift. Es ist allerdings anzuzweifeln, dass dies der damaligen Moral der Griechen entsprach. Experten gehen davon aus, dass das hippokratische Gedankengut mehr der pythagoreischen Philosophie entstammt, denn diese

---

<sup>6</sup> Ackerknecht (1989). S.35

<sup>7</sup> Eckart (2009). S. 20-30

<sup>8</sup> Pollak (1963). S. 143

<sup>9</sup> Volltext im Anhang

<sup>10</sup> Pollak (1963). S. 12

hatte eine gewisse Affinität zur christlichen Lehre.<sup>11</sup> So galt zur Zeit des Hippokrates Suizid weder religiös noch moralisch als verwerflich und auch die Sterbehilfe wurde juristisch nicht verfolgt.<sup>12</sup> Die zentrale Aussage des Textes ist wohl: „Primum non nocere“ (vor allem nicht schaden). Dies erscheint banal, doch gerade in der Antike war es von großer Bedeutung, Chancen und Risiken der Therapie abzuwägen, da die spätere Honorierung des Arztes vom Erfolg der Behandlung abhing. Das Prinzip des Nichtschadens gilt seither als das Fundament des ärztlichen Ethos und als Maßstab der ärztlichen Pflichtenlehre.<sup>13</sup> Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Eides ist die Schweigepflicht. Sie ist bis heute die wichtigste Voraussetzung für eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung. Der letzte Passus des Hippokratischen Eides beschäftigt sich schließlich mit der Stellung des Arztes: „Wenn ich diesen meinen Eid erfülle und ihn nicht antaste, so möge ich mein Leben und meine Kunst genießen, gerühmt bei allen Menschen für alle Zeiten.“<sup>14</sup> Die Zusicherungen, materiell gut gestellt zu sein und der Nachruhm bei allen Menschen, was das höchste Lebensziel der antiken Griechen war, sollte dem Arzt eine Motivation sein, seine Kunst tugendhaft auszuüben. So scheint der 1. Aphorismus der Anthologie (Spruchsammlung) des *Corpus Hippocraticum* ein gutes Resümee der hippokratischen Medizin zu sein: „Das Leben ist kurz, die Kunst ist lang, der rechte Augenblick geht schnell vorüber, die Erfahrung ist trügerisch, die Entscheidung ist schwierig.“<sup>15</sup>

Im Buch I (Kapitel 11) der *Epidemien*, das zum *Corpus Hippocraticum* gehört, ging Hippokrates weiter auf die ärztliche Aufgabe ein. „Der Arzt soll sagen, was vorher war, erkennen, was gegenwärtig ist, voraussagen, was zukünftig sein wird.“<sup>16</sup> Der Arzt brauchte folglich eine enorme Beobachtungsgabe, schließlich dienten ihm zur Diagnosestellung allein die Anamnese, Inspektion, Palpation und eine vereinfachte Form der Auskultation. Trotzdem

---

<sup>11</sup> Eckart (2009). S. 34

<sup>12</sup> Golnik. (2001). <http://www.thomas-golnik.de/orbis/realien/arzt.html> (03.03.12).

<sup>13</sup> Jetter (1992). S. 68

<sup>14</sup> Bauer. (2008). [http://www.dr-ross.de/Hippokrates\\_Eid.html](http://www.dr-ross.de/Hippokrates_Eid.html) (03.03.12)

<sup>15</sup> Bauer. (2008). <http://www.awbauer.uni-hd.de> (30.10.08)

<sup>16</sup> Ibid.

waren Prognose und Therapie für den hippokratischen Arzt viel bedeutungsvoller als die Diagnose selbst, denn für erstere wurde er bezahlt. Der Patient entschied schließlich selbst anhand des Heilerfolgs über das Honorar des Arztes. So hatte der Arzt in dieser Zeit eine sonderbare, fast wehrlose Stellung inne. Als „Diener der Kunst“<sup>17</sup>, der sein Handwerk in höchstem Maße beherrschte, wurde er zwar hoch angesehen, aber er war als selbstständiger Wanderarzt immer wieder auf das Vertrauen der Patienten angewiesen und den marktwirtschaftlichen Prinzipien ausgesetzt.<sup>18</sup> Der klassische Halbgott in Weiß wollte der antike Arzt schon deswegen nicht sein, weil er dann für jeden Ausgang der Krankheit, inklusive aller Kunstfehler, haftbar gewesen wäre. Im Gegensatz dazu wurde in der pseudohippokratischen Schrift *Über das ehrbare ärztliche Verhalten*, die deutlich nach dem 5. Jahrhundert v. Chr. niedergeschrieben wurde, die philosophische Seite des Arztseins beleuchtet: „Ein Arzt, der nach Lebensweisheit strebt, kommt einem Gott gleich.“<sup>19</sup> So sei ein Arzt im Gegensatz zum Scharlatan, der betrügt und egoistisch handelt, an seinem Auftreten zu erkennen: schlicht bekleidet, um nicht „Aufsehen zu erregen, sondern Ansehen zu verleihen“.<sup>20</sup>

Während der Arzt bei Hippokrates stets als moralisch hoch angesehener Wissenschaftler erschien, betrachtete Platon (ca. 427 bis ca. 347 v. Chr.) diesen Beruf wesentlich nüchterner<sup>21</sup>, schon allein deshalb, weil er die Gesundheit (Υγεία) im Gegensatz zur Weisheit (σοφία) als menschliches statt göttliches Gut ansah. Gute Ärzte waren für Platon „jene, die möglichst viele Gesunde und Kranke unter ihren Händen gehabt haben, wie ja auch die besten Richter jene sind, die mit allen möglichen Menschen zu tun hatten“<sup>22</sup>, so schrieb er in *Der Staat*. Es ging also um Erfahrung. Für diese guten Ärzte wollte Platon eine gehobene Stellung im Staat sicherstellen und versprach ihnen Schuldfreiheit, wenn ein Patient verstarb, obwohl sie nach bestem Wissen und

---

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> Ackerknecht (1989). S. 37

<sup>19</sup> Kühn (1825).

<sup>20</sup> Bauer. (2008). <http://www.awbauer.uni-hd.de> (30.10.08). S. 1

<sup>21</sup> Schipperges. In: DÄ. (1973). Heft 24. S. 1622

<sup>22</sup> Platon. S. 192

Gewissen gehandelt hatten. Sollte ein Arzt aber wissentlich Schaden anrichten, so trafen ihn „härtere als die gewöhnlichen Strafen“, so zumindest formulierte er es in seinen *Gesetzen*.<sup>23</sup>

Dennoch sahen die großen Denker der Antike den Arzt hoch an. So meinte Seneca (2-65 n. Chr.): „Du seiest [...] dem Arzte wie dem Lehrer nichts schuldig als seinen Lohn: Bei uns hält man beide in hohem Grade lieb und wert. Es gibt Dinge, die mehr wert sind, als man dafür gibt. Du kaufst vom Arzte etwas Unschätzbares, Leben und Gesundheit.“<sup>24</sup> Auch Cäsar und Kaiser Augustus standen für ihre Ärzte ein. Ersterer verlieh ihnen das Bürgerrecht, während Kaiser Augustus seinem Arzt so dankbar war, dass er seinen ganzen Stand von allen Steuerlasten befreite. Der Arzt des Altertums hatte aber auch Kritiker. So soll Sokrates gesagt haben: „Die Ärzte haben das Glück, daß die Sonne ihren Erfolg bescheint und die Erde ihre Fehler bedeckt.“<sup>25</sup>

#### 4.2 Der Arzt im Mittelalter – Feindbild und Randerscheinung

Das frühe Mittelalter, geprägt vom sich immer weiter ausbreitenden Christentum, brachte ein eher arztfeindliches Bild zu Tage, denn man war von der „Nichtigkeit der irdischen Glückseligkeit und der ewigen Seligkeit im Jenseits“<sup>26</sup> überzeugt. Nur kirchliche Heilmittel wie Gebet, Beschwörung und Handauflegen waren gestattet. Gott allein ist der „Arzt der Seele und des Leibes“<sup>27</sup>, so steht es im Alten Testament geschrieben. Dies steht in deutlichem Kontrast zu den heutigen Vorstellungen von der abendländischen Religion, die wir hauptsächlich mit der Nächstenliebe verbinden.<sup>28</sup> Die Feindseligkeit des Christentums gegenüber der Medizin änderte sich vor allem nach Bekanntwerden des Matthäusevangeliums, das die Taten Jesu, des Kyrios Christos, als

---

<sup>23</sup> Deneke. In: DÄ. (1976). Heft 50. S. 3271ff.

<sup>24</sup> Fromm. In: DÄ. (1970). Heft 21. S. 1586f.

<sup>25</sup> Ibid.

<sup>26</sup> Pollak (1963). S. 178

<sup>27</sup> Ibid. S. 179

<sup>28</sup> Ibid.

Heilkunst interpretierte.<sup>29</sup> Auch die anderen drei Evangelien des neuen Testaments beschrieben Jesus von Nazareth als gütigen Heiler.<sup>30</sup> Hier entstand zum ersten Mal ein Bild eines Heilkünstlers, der aus reiner Nächstenliebe und Barmherzigkeit handelt. Dieses ethische Prinzip prägt bis heute unser ärztliches Handeln und wurde von Jesus aus Nazareth in der Bergpredigt verewigt: „Alles, was ihr also von anderen erwartet, das tut auch ihnen!“<sup>31</sup>

Das Mittelalter brachte in vielerlei Hinsicht eine Stagnation des medizinischen Wissens mit sich. Einer der Gründe dafür war, dass der Klerus zwar Latein- und schreibkundig war, meist aber die altgriechische Sprache und Schrift nicht beherrschte. So konnten sich die Mönche selbst Galens Schrift, die *Ars Medica*, die auf der Kunst und dem Handwerk der hippokratischen Medizin basierte und von ihm durch umfangreiche anatomische Sektionen und physiologische Experimente erweitert wurde, nicht lesen, da sie auf Griechisch verfasst worden war.<sup>32</sup> Auch die Krankheitstheorien des Mittelalters, die sehr vom Christentum geprägt waren, behinderten die Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft eher. So galt Krankheit entweder als Prüfung oder verdiente Strafe für begangene Sünden. Dementsprechend bestand die Therapie in Verordnung von Gebet und Buße. Hinzu kamen die Aussagen des Papstes Gregor (540-604) und des Bischofs und Geschichtsschreibers Gregor von Tours (538-594), die unterstrichen, dass die unsterbliche Seele viel bedeutender sei als ein unversehrter Körper. Im Gegensatz zur Weltordnung Platons sah man im Christentum Gesundheit sowie auch Schönheit, Kraft und Reichtum nicht als Güter an. Ganz im Gegenteil, Armut, Schwäche, Unscheinbarkeit und Leiden waren ehrenwert. Eine ärztliche Heilung pfusche Gott ins Handwerk.<sup>33</sup> Es wird stets gesagt, dass im Mittelalter keine Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft stattfand, dass diese Zeit dem Abendland gar

---

<sup>29</sup> Ibid. S. 184

<sup>30</sup> Bruchhausen et al. (2008). S. 23

<sup>31</sup> vgl. Matthäus 7,12

<sup>32</sup> Ackerknecht (1989). S. 51f. ;

Schneck (1997). S. 63-67;

Bruchhausen et al. (2008). S. 43

<sup>33</sup> Deneke. In: DÄ. (1976). Heft 50. S. 3272

den „Todesschlaf der ärztlichen Wissenschaft“<sup>34</sup> brachte. Historiker führen aber auch an, dass im Mittelalter die Grundlagen der heutigen Medizin geschaffen wurden. So sind dies das Krankenhaus, die Universität und die öffentliche Gesundheitspflege.<sup>35</sup>

Der Arzt im Mittelalter blieb zunächst eine Randerscheinung, dem meist großes Misstrauen entgegengebracht wurde.<sup>36</sup> Die Situation veränderte sich jedoch langsam in der Zeit der Karolinger (751- 987). Nach dem Niedergang der antiken Großstädte lag es nun an den vielen Klöstern und Kathedralschulen das medizinische Wissen weiterzugeben. Meist waren es Wandermönche, die ein eigenes Kloster gründeten, um dort die Krankenpflege zu fördern. Bekannte Klostergründungen sind beispielsweise St. Gallen (719) in der heutigen Ostschweiz und das Kloster Reichenau (724) auf der gleichnamigen Insel im Bodensee. Zur alltäglichen Tätigkeit der Klosterärzte gehörte vor allem auch das Abschreiben und Übersetzen altertümlicher Texte, sodass sich die Klosterbibliotheken zunehmend mit dem medizinischen Wissen der Antike füllten. Dazu trug auch die Benediktinerin Hildegard von Bingen (1098-1179), die wir heute hauptsächlich als Kräuterheilkundige kennen, bei, die ihre medizinischen Kenntnisse in den Schriften *Physica* und *Causae et Curae* niederschreiben ließ.<sup>37</sup>

Die Zeit der monastischen Medizin des Frühmittelalters endete abrupt mit dem Konzil von Clermont 1130, das Mönchen jegliche erwerbsmäßige ärztliche Tätigkeit untersagte, da sie den klösterlichen Ablauf störe.<sup>38</sup> So begann die Zeit der scholastischen Medizin. Denn nach Spaltung des römischen Reiches ( im Jahre 395 n. Chr.) hatte Griechisch im oströmischen Reich noch Bestand, sodass Gelehrte des späteren byzantinischen Reiches die antiken Werke der Medizin ins Lateinische übersetzen konnten.<sup>39</sup> Diese Werke brachten die arabischen Völker später wieder nach Europa, wo sie in den Universitäten

---

<sup>34</sup> Schretzenmayr. In: DÄ. (1969). Heft 6. S. 338

<sup>35</sup> Pollak (1963). S. 188

<sup>36</sup> Ibid. S. 190

<sup>37</sup> Ibid. S. 194f.

<sup>38</sup> Ackerknecht (1989). S. 56f.

<sup>39</sup> Ibid. S. 58

---

gelehrt wurden, die im 12. Jahrhundert vielerorts gegründet wurden. Darüber hinaus wurden medizinische Laienschulen eingerichtet, wie zum Beispiel das Kloster Monte Cassino. Daraus entwickelte sich die berühmte Ärzteschule von Salerno, deren Ärzte eine ärztliche Elite darstellten. So fand allmählich eine Säkularisierung des Arztberufes statt.<sup>40</sup> Allerdings wurden an den Universitäten vorwiegend die antiken Schriften kritiklos vorgelesen und übernommen, ohne sie fortzuentwickeln oder wenigstens am Krankenbett oder gar im Experiment zu überprüfen. Das Leitbild der Medizin war die Tradition, sodass eventuelle Kritik und neue Erkenntnisse nur schwer oder gar nicht akzeptiert wurden. Der Stauferkaiser Friedrich II. (1194-1250) versuchte aber durch Einführung einer Studienordnung die Qualität des Arztberufes zu sichern. So legte er fest, dass ein Medizinstudent zur Vorbereitung des Geistes zuerst ein dreijähriges Logikstudium zu absolvieren habe, vor er sein Studium der Medizin beginnen durfte. Abschließend habe dann ein Staatsexamen stattzufinden, das mit einem Eid verbunden war, nach dem der frisch gebackene Mediziner ein Jahr unter Aufsicht eines erfahrenen Arztes zu praktizieren habe. Außerdem sollten die Absolventen sich um einen Dokortitel bemühen. Zusätzlich verbot der Kaiser die gleichzeitige Führung einer Apotheke und des Ärztetitels, um einem Missbrauch vorzubeugen. Durch diese Maßnahmen gewann der Arztberuf an gesellschaftlichem Rang, sodass ein Arzt einem Adligen gleichgestellt wurde.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> Schneck (1997). S.86

<sup>41</sup> Ackerknecht (1989). S.60-64

### 4.3 Die Renaissance – Wiedergeburt des wissenschaftlichen Arztes

Das Arztbild der Renaissance ist schwer über einen Kamm zu scheren, denn verschiedene Persönlichkeiten prägten diese Zeit. Bis hierhin war die Medizin mehr eine Geisteswissenschaft, „die geradezu den Stein der Weisen suchte, der das Geheimnis der Gesundheit in sich barg.“<sup>42</sup> Das philosophische und traditionelle Konzept der Medizin wurde erst langsam von einem naturwissenschaftlichen Leitbild abgelöst. Auf jeden Fall war es die Ära neuen naturwissenschaftlichen Denkens und so galt Experimentierfreudigkeit als essentielles Fundament, um neue Erkenntnisse zu gewinnen.<sup>43</sup> Als Gründer der modernen Naturwissenschaft gilt Francis Bacon (1561-1626), der erstmals von falsifizierbaren Experimenten sprach und nicht durch Induktion erlangte Schlüsse zuließ.<sup>44</sup> Die Anatomie wurde im 16. und 17. Jahrhundert zur medizinischen Leitwissenschaft. Besonders Andreas Vesal (1514-1564) reformierte die Medizin durch seine systematischen Sektionen, wobei er mehr als 20 Fehler in den antiken Werken aufdeckte. Seine Forschungen fasste er schließlich in *De humani corporis fabrica* (1543) zusammen und hob stets die Bedeutung der Autopsie, also das „Selbstsehen“, hervor.<sup>45</sup> Aber auch Leonardo da Vinci (1452-1519) war begeistert von der neuen Wissenschaft und fertigte unzählige anatomische Zeichnungen an.<sup>46</sup> Wie wichtig die Anatomie dem Ärztestand war, lässt sich auch an der Art und Weise erkennen, wie sich Mediziner in der Kunst darstellen ließen. So findet man keinen von ihnen am Krankenbett, sondern stets inmitten einer Anatomievorlesung am „Muskelmann“ oder an der Leiche. Das bekannteste Beispiel dafür ist *Die Anatomie des Dr. Tulp* von Rembrandt (1632).<sup>47</sup>

Auch Paracelsus von Hohenheim (1493-1541) hatte eine hohe Meinung vom Arztberuf. Er verglich den Arzt mit einem „Schiffmann“, der den Patienten durch die tosenden Meere der Gesundheit und Krankheit führe „nicht nach dem

---

<sup>42</sup> Fromm. In: *ÄM/DÄ*. (1962). Heft 14. S.756

<sup>43</sup> Schneck (1997). S. 93

<sup>44</sup> Eckart (2009). S. 153

<sup>45</sup> Bruchhausen et al. (2008). S.62ff.

<sup>46</sup> Schneck (1997). S. 95

<sup>47</sup> Fromm. In: *ÄM/DÄ*. (1962). Heft 14. S. 759-761

gestrigen Wind, sondern nach dem heutigen“.<sup>48</sup> Auch Paracelsus versuchte sich von der antiken Medizin loszulösen und durch unvoreingenommene Forschung und Beobachtung neue Erkenntnisse zu schaffen. Manch einer nennt ihn den „Luther der Medizin“ und so sind sein Werk und Leben eine Brücke von Mittelalter in die Neuzeit, zumal er der erste Gelehrte war, der seine Vorlesung auf Deutsch hielt, sah er in der Fremdsprache nur einen Deckmantel für Unwissenheit.<sup>49</sup>

Aber nicht nur Ärzte prägten diese Epoche. Durch die Erfindung des Buchdrucks von Gutenberg um 1450 war es möglich, die wichtigsten Werke der Zeit mit Kommentaren zu verbreiten, sodass eine breitere Masse davon Gebrauch machen konnte.<sup>50</sup> Nicht nur dadurch wurde auch die medizinische Ausbildung verbessert. Gab es früher nur Vorlesungen, so erlebten die Studenten bei den Sektionen im Theatrum anatomicum die Anatomie nun selbst. Ferner wurden botanische Gärten angelegt, um den Studierenden die Arznei- und Kräuterheilkunde näher zu bringen. Aber auch die klinische Medizin erfuhr einen Aufschwung, sodass die jungen Mediziner auch am Krankenbett lernten und schon früh in der Praxis Erfahrung sammelten.<sup>51</sup> Ärzte waren aber nicht nur durch die bessere Ausbildung höher angesehen, es wurden nun sogenannte Medizinalordnungen erlassen, die sowohl das ärztliche Honorar reglementierten als auch bestimmten, wer ärztlich tätig sein durfte. Denn es hatten sich neben dem akademischen Arzt viele Berufe herausgebildet, die ebenso medizinisch tätig waren, unter ihnen Barbieri, Steinschneider, Hebammen und Apotheker. Diese erfuhren aber keine geregelte Ausbildung, sodass sie den ärztlichen Ruf gefährdeten. Die Medizinalordnungen dienten neben der Sicherung ärztlicher Standesprivilegien und der ärztlichen Selbstorganisation ebenfalls der Etablierung eines öffentlichen Gesundheitssystems, um die Versorgung in den Städten und auf dem Land zu sichern.<sup>52</sup>

---

<sup>48</sup> Schipperges. In: DÄ. (1973). Heft 24. S. 1623

<sup>49</sup> Pollak (1963). S. 230ff.

<sup>50</sup> Bruchhausen et al. (2008). S. 63

<sup>51</sup> Schneck (1997). S.117ff.

<sup>52</sup> Eckart (2009). S. 114, 150

Das hohe Ansehen des Arztes bestätigte sich auch in einem Vortrag des Erasmus von Rotterdam, den er mit dem Titel *Declamatio in laudem artis medicinae* 1510 hielt:

„Was aber die Heilkunde betrifft, so kam einstmals der Menschheit ihre Erfindung so wunderbar, ihre Bewährung so wohltätig vor, daß die Begründer entweder ganz für Götter gehalten wurden [...] oder wenigstens göttlicher Ehren gewürdigt wurden. [...] ihr Empfinden und ihr Urteil muß ich loben, weil sie richtig gefühlt und zum Ausdruck gebracht haben, daß einem kundigen und zuverlässigem Arzt keine völlig angemessene Belohnung gezahlt werden kann. [...] Schätzen wir sie nach dem Können, was ist dann machtvoller und wirksamer als einen schon dem sichtbaren Untergang geweihten Menschen wieder gesund machen zu können? [...] Und was ist ehrenhafter, als die Menschheit in ihrem Bestand zu erhalten?“<sup>53</sup>

Außerdem bezeichnete er den Arzt als „Allergebildetsten“, denn seine Kunst bestehe nicht nur aus einem Wissenschaftszweig, sondern sei eine umfassende Kenntnis aller Künste. Diese Bewertung mag dem heutigen Menschen ein wenig sonderbar erscheinen, wird den Ärzten heute vorgeworfen „Fachidioten“ zu sein. Dazu muss man aber die Ausbildung betrachten, die die damaligen Ärzte genossen. Es wurden von ihnen Kenntnisse in Philosophie, Mathematik und auch Astronomie verlangt, bevor sie überhaupt ein Medizinstudium beginnen durften. Die Medizin war „eben kein abgeschlossenes, isoliertes Gebiet, sondern sie war ein Teil des Weltbildes“.<sup>54</sup>

Der studierte Arzt war zwar hoch angesehen, hatte es aber schwer, seinen Lebensunterhalt zu verdienen. Durch das Werbeverbot hatte ein Arzt kaum Patienten und musste hauptsächlich von seinen Studenten bzw. von den Früchten seiner schriftstellerischen Tätigkeit leben, oder aber er bewarb sich als Feldarzt, was die Chance barg, einmal Leibarzt zu werden und ein hohes Gehalt, den Rang eines Staatsrates sowie zunehmend politische Macht versprach.<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Schadewaldt. In: DÄ. (1974). Heft 6. S. 396

<sup>54</sup> Fromm. In: ÄM/DÄ. (1962). Heft 14. S.756

<sup>55</sup> Fromm. In: DÄ. (1970). Heft 21. S. 1589f.

#### 4.4 Die Zeit der Aufklärung – Höhepunkt des ärztlichen Ansehens

Das 18. Jahrhundert als Epoche der Aufklärung und Vernunft beherbergte vor allem eine große Hygiene- und Gesundheitsförderungsbewegung. Wissen war nun in Enzyklopädien und Journals einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich<sup>56</sup>, sodass diese sich ganz nach Kant aus ihrer selbstverschuldeten Unmündigkeit befreien konnte. Durch Bildung und Erziehung der Menschen sollte „die Not als Mutter der Krankheiten“ bekämpft werden.<sup>57</sup> Das „System einer medizinischen Polizey“ sollte die allgemeine Gesundheit überwachen.<sup>58</sup> So war die „Medizin als Dienerin des Staates“ verantwortlich für die Mehrung des gemeinen Wohls, die Erziehung des Volkes und der Gesunderhaltung der Arbeitskräfte, was so gesehen der Anfang der heutigen Arbeitsmedizin war.<sup>59</sup> Auch die Sozialmedizin wurde gedanklich weiterentwickelt, denn man hatte erkannt, dass die Wohn- und Arbeitsumgebung Einfluss auf die Gesundheit hatte.<sup>60</sup> Es entstand dadurch aber auch ein neuer Typus Arzt, der sich nicht wie früher nur um den individuellen Menschen sorgte, sondern die Verantwortung für die Gesundheit der ganzen Population hatte.<sup>61</sup> Die gesamte Bevölkerung wurde somit zum potentiellen Patienten. Denn nun konnte die Ärzteschaft nicht nur denjenigen Kranken behandeln, der es sich leisten konnte, jeder sozialversicherte Bürger hatte das Recht, ärztlich versorgt zu werden. Gesundheit war nicht mehr nur Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck geworden. Für die Herrscher im Zeitalter des Absolutismus, aber auch der Revolution war es ein Zwiespalt. Einerseits brachte ein gutes „Gesundheitssystem“ gesunde und zufriedene Bürger hervor, was wichtig für den Machterhalt, die Stärke der Nationalheere und die wirtschaftliche Produktivität war. Andererseits aber erfuhr die Bevölkerung durch mehr Bildung und Gesundheit einen Machtzuwachs, der den Herrschern unangenehm wurde.<sup>62</sup>

---

<sup>56</sup> Riha (2008). S. 50

<sup>57</sup> Schneck (1997). S. 137; Jetter (1992). S.273

<sup>58</sup> Jetter (1992). S. 273

<sup>59</sup> Eckart (2009). S. 180

<sup>60</sup> Ackerknecht (1989). S. 97

<sup>61</sup> Ibid. S.156

<sup>62</sup> Unschuld. In: DÄ. (2006). Heft 17. S. 1137-A

Es war eine gute Zeit für Ärzte, denn durch die zunehmende Gesundheitsförderung, hatten sie eine hohe soziale Stellung inne, die auch dementsprechend honoriert wurde.<sup>63</sup> Bezieht man sowohl das Ansehen als auch die Vergütung mit ein, kann hier vom Höhepunkt des Arztbildes gesprochen werden. Nie wieder war die Wertschätzung gegenüber Ärzten so hoch, wobei diese von der „idealistischen Grundstimmung“<sup>64</sup> des Zeitalters getragen wurde. Außerdem hatte sich die Meinung geändert, dass ein Arzt nur für eine gelungene Behandlung bezahlt werden sollte.<sup>65</sup> Nun konnte er, je nach Vermögen des Patienten, pro Termin eine Rechnung ausstellen. Aber nicht nur materiell war der Ärztestand gut gestellt. Er genoss auch deshalb ein hohes Ansehen, weil seine Mitglieder hochgebildete Männer waren, die ein universelles Wissen an den Tag legten, das unnachahmlich schien.<sup>66</sup>

Maximilian Stoll, der Leiter der Wiener Universitätsklinik für Innere Medizin, machte sich im Jahr 1788 Gedanken zum Werdegang und Stand des Arztes. So schrieb er: „Der Stand des Arztes ist einer der wichtigsten im Staate, denn er beschäftigt sich mit der Erhaltung des Menschenlebens; aber eben darum auch der edelste, der sich mit der Mittelmäßigkeit nicht verträgt. Besser gar keine, als schlechte Ärzte.“<sup>67</sup>

---

<sup>63</sup> Ackerknecht (1989). S. 101;  
Vogl. In: DÄ. (1977). Heft 40. S. 2402

<sup>64</sup> Pollak (1963). S. 280

<sup>65</sup> Unschuld. In: DÄ. (2006). Heft 17. S. 1137-A

<sup>66</sup> Fromm. In: ÄM/DÄ. (1962). Heft 14. S. 763

<sup>67</sup> Neukirchen. In: DÄ. (1979). Heft 32. S. 2068

#### 4.5 Die Etablierung des Ärztestandes während der Industrialisierung

Das 19. Jahrhundert war bekanntlich das Zeitalter der Industrialisierung. Es entstanden große Städte bedingt durch die Arbeiterflut, die vom Land kam, um eine Beschäftigung zu suchen. Das folgende Bevölkerungswachstum, das Zusammenleben auf engstem Raum und die Fehl- und Mangelernährung waren die Ursache für Epidemien wie Cholera, Typhus und Diphtherie, welche überall grassierten. Auch die Kolonialisierung brachte neue Krankheiten nach Europa, sodass die Medizin vor einer großen Herausforderung stand.<sup>68</sup> Andererseits brachte das 19. Jahrhundert viele wissenschaftliche Neuerungen vor allem in der Bakteriologie hervor. Körperliche Untersuchungsmethoden wie Thermometrie, Auskultation und Perkussion wurden geschaffen und auch die Labordiagnostik entwickelte sich weiter. Dadurch konnten Krankheitssymptome nun chemisch und physikalisch beschrieben und erklärt werden. Der Körper wurde messbar und demzufolge objektivierbar.<sup>69</sup> Dies machte sich insbesondere die Pariser Schule zu Nutze, die durch sorgfältige Beobachtung, statistische Auswertung aller Befunde, die neuen Untersuchungsmöglichkeiten sowie die anatomische Sektion alle Krankheiten zu klassifizieren versuchte.<sup>70</sup> Zudem wurde der Ära der antiken Viersäftelehre endgültig ein Ende gesetzt. Der Italiener Giovanni Battista Morgagni zeigte bereits im Jahre 1761 mit seinem Buch *Über den Sitz und die Ursachen der Krankheiten*, dass bestimmte Krankheiten gewissen Organen zuzuordnen sind. Damit legte er den Grundstein für die moderne Pathologie. Rudolf Virchow (1821-1902) führte diesen Gedanken weiter und konnte beweisen, dass Krankheiten von der zellulären Ebene ausgehen, wobei er den Begriff „Cellularpathologie“ prägte.<sup>71</sup> Diese Entwicklung von der dogmatisch-scholastischen zur naturwissenschaftlichen Medizin ab den 1860er Jahren war der Beginn einer tiefgreifenden Veränderung im Arztbild. Durch die zunehmende fachliche Kompetenz ab der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde ärztliches Handeln im Gegensatz zur Zeit der Naturphilosophie während der Romantik wieder stärker akzeptiert und

<sup>68</sup> Bruchhausen et al. (2008). S. 97; Riha (2008). S. 60

<sup>69</sup> Eckart (2009). S. 190

<sup>70</sup> Hahn et al. (2011). S. 2569

<sup>71</sup> Pollak (1963). S. 329

honoriert.<sup>72</sup> War die Medizin bis ins 18. Jahrhundert rein spekulativ, im besten Fall erfahrungsbasiert, konnte der Arzt nun auf naturwissenschaftliche Studien zurückgreifen.<sup>73</sup> Während in der Renaissance die Bildende Kunst den Arzt ehrte, so tat dies im 19. Jahrhundert die Dichtkunst. Goethe schrieb im zweiten Teil des *Faust*:

„Den Arzt der jede Pflanze nennt,  
Die Wurzeln bis ins Tiefste kennt,  
Dem Kranken Heil, dem Wunden Linderung schafft,  
Umarm ich hier in Geist und Körperkraft!“<sup>74</sup>

Auch Friedrich Nietzsche schien sich schon ein sehr genaues Bild des damaligen Arztes gemacht zu haben. So schrieb er in *Menschliches, Allzumenschliches* im Fünften Hauptstück *Anzeichen höherer und niedriger Kultur* :

„*Die Zukunft des Arztes.* – Es gibt keinen Beruf, der eine so hohe Steigerung zuließe, wie der des Arztes; namentlich nachdem die geistlichen Ärzte, die sogenannten Seelsorger, ihre Beschwörungskünste nicht mehr unter öffentlichem Beifalle treiben dürfen und ein Gebildeter ihnen aus dem Wege geht. Die höchste geistige Ausbildung eines Arztes ist jetzt nicht erreicht, wenn er die besten neuesten Methoden kennt und auf sie eingeübt ist und jene fliegenden Schlüsse von Wirkungen auf Ursachen zu machen versteht, derentwegen die Diagnostiker berühmt sind: er muss außerdem eine Beredsamkeit haben, die sich jedem Individuum anpasst und ihm das Herz aus dem Leibe zieht, eine Männlichkeit, deren Anblick schon den Kleinmut (den Wurmfraß aller Kranken) verscheucht, eine Diplomaten-Geschmeidigkeit im Vermitteln zwischen solchen, welche Freude zu ihrer Genesung nötig haben, und solchen, die aus Gesundheitsgründen Freude machen müssen (und können), die Feinheit eines Polizeiaagenten und Advokaten, die Geheimnisse einer Seele zu verstehen, ohne sie zu verraten, - kurz, ein guter Arzt bedarf jetzt der Kunstgriffe und Kunstvorrechte aller anderen Berufsklassen: so ausgerüstet ist er dann imstande, der ganzen Gesellschaft ein Wohltäter zu werden, durch Vermehrung guter Werke, geistiger Freude und Fruchtbarkeit, durch Verhütung von bösen Gedanken, Vorsätzen, Schurkereien (deren ekler Quell so häufig der Unterleib ist), durch Herstellung einer geistig-leiblichen Aristokratie (als Ehestifter und Eheverhinderer), durch wohlwollende Abschneidung aller

---

<sup>72</sup> Eckart (2009). S.190

<sup>73</sup> Stockhausen. In: DÄ. (1968). Heft 52. S. 3001

<sup>74</sup> Goethe (1832). S.80

sogenannten Seelenqualen und Gewissensbisse: so erst wird aus einem »Medizinmann« ein Heiland und braucht doch keine Wunder zu tun, hat auch nicht nötig, sich kreuzigen zu lassen.“<sup>75</sup>

Die Beliebtheit des Arztes spiegelte sich auch in den extrem steigenden Medizinstudentenzahlen der 1830er Jahre wider, wodurch viele Ärzte eine Überfüllung des Arztberufes befürchteten. So klagte der Wiener Joseph Frank: „Bald wird man Legionen (von Ärzten) errichten können, wenn nicht der Staat dieser Iatromanie unserer Jugend einen Damm entgegenstellt.“<sup>76</sup> Die finanzielle Situation der Ärzte war ohnehin prekär geworden. So schrieb Rudolf Virchow: „An einer Eisenbahn verdienen junge Männer meines Alters in einem Tag soviel wie ich in einem Monat.“<sup>77</sup> Zwar verdienten die ärztlichen Koryphäen in der Stadt und am Hofe meist gut, aber der Praktiker vom Land litt unter den Auswirkungen der napoleonischen Kriegszüge, welche die Landbevölkerung verarmen ließen.<sup>78</sup> Auch die Qualität der Aus- und Weiterbildung schien dadurch gefährdet. Unter anderem deshalb wurde 1852 in Preußen ein ärztlicher Einheitsstand gebildet, der eine identische Ausbildung zum approbierten Arzt voraussetzte, dessen Verhalten nun durch die Berufsethik normiert war. Durch die Bildung von ärztlichen Berufsverbänden konnten das Ziel der Monopolstellung und die berufliche Autonomie leichter erreicht werden. Dies alles führte zu einer Professionalisierung des Arztberufes und zu einem erneuten sozialen Aufstieg, der dem Ärztstand mehr Selbstbewusstsein brachte.<sup>79</sup> Daraus resultierte allerdings ein weiterer Anstieg der Studentenzahlen, sodass sich die Anzahl von 1880 bis 1890 sogar verdoppelte,<sup>80</sup> wodurch schließlich auch die Zahl der Ärzte zunahm. Gab es im Jahr 1876 noch 13 728 Ärzte, so waren es 1898 schon 21 000, was die Konkurrenz untereinander noch weiter verschärfte.<sup>81</sup> Diese kam davor schon durch die Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes zustande, wodurch der ärztliche

---

<sup>75</sup> Nietzsche (1878).

<sup>76</sup> Pollak (1963). S. 307

<sup>77</sup> Jütte et al. (1997). S. 26

<sup>78</sup> Pollak (1963). S. 307

<sup>79</sup> Schneck (1997). S. 181; Eckart (2009). S. 192; Jütte et al. (1997). S. 17

<sup>80</sup> Eckart (2009). S. 240

<sup>81</sup> Ackerknecht (1989). S. 157

Beruf zum freien Gewerbe wurde. Damit waren zwar die ärztliche Freizügigkeit (im Jahr 1871 auch Niederlassungsfreiheit), die freie Honorarbestimmung und die Aufhebung des Behandlungszwanges garantiert, aber die ärztliche Tätigkeit war nun nicht mehr an ein Staatsexamen gebunden. Es herrschte also Kurierfreiheit, sodass approbierte Ärzte wieder mit sogenannten Kurpfuschern und Laienbehandlern konkurrieren mussten.<sup>82</sup> Umso mehr kämpften die Ärzteverbände für die Einführung einer ärztlichen Standesordnung, die das öffentliche Ansehen wieder steigern sollte, welche der Ärztetag 1889 mit großer Mehrheit verabschiedete. Allerdings hatte diese Ordnung keine Rechtsverbindlichkeit und wurde auch vom Reichstag und den Behörden nicht unterstützt.<sup>83</sup> Entscheidend für die Ärzteschaft war jedoch auch die Einführung der Sozialversicherungen durch Otto von Bismarck. So war dies 1883 die Krankenversicherung, 1884 die Unfallversicherung und 1889 kam schließlich die Invaliditäts- und Altersversicherung hinzu.<sup>84</sup> Was für die Arbeiterschaft ein Segen war, war den Ärzten ein Dorn im Auge, denn nun mussten sie um eine Kassenzulassung kämpfen. Nicht nur deswegen kam es zu einer vermehrten Selbstorganisation der Ärzte in Vereinen, um gemeinsam die Interessen dieser gesellschaftlich wichtigen Gruppe zu vertreten. Es waren aber nicht nur wirtschaftliche Interessen, auch die Fortbildung auf wissenschaftlichen Kongressen war den Vereinen wichtig, die sich später zu einem Dachverband, dem Deutschen Ärztevereinsbund, zusammenschlossen. Im Jahr 1900 wurde daraus, benannt nach dem Gründer, der Hartmannbund.<sup>85</sup> Auch wenn die Medizinstudentenzahl in den Jahren davor extrem gestiegen war, blieb die Ärztedichte immer noch gering, denn die meisten Menschen wollten nicht zu einem Arzt gehen und neigten eher zur Selbstbehandlung. Dennoch war die Vermögenslage der Ärzte vergleichsweise gut und so konnten sie sich im gehobenen Mittelstand bewegen. Besonders die vielen naturwissenschaftlichen Erfolge sorgten dafür, dass das Ansehen der Ärzteschaft wieder ansteigen

---

<sup>82</sup> Schneck (1997). S. 181

<sup>83</sup> Jütte et al. (1997). S. 59ff.

<sup>84</sup> Schneck (1997). S. 164

<sup>85</sup> Eckart (2009). S. 242

konnte.<sup>86</sup> Wie widersprüchlich diese Zeit allerdings war, beweist ein Zitat von Dr. F. Reiche aus dem Jahr 1848:

„Es wird in neuerer Zeit so viel über das Gesunkensein, ja, über die Entwürdigung unseres Standes gesagt und geschrieben, daß es mich oft anekelt, wenn selbst Standesgenossen darin einstimmen. Bedünken will es mich, als wäre zu keiner Zeit unser Stand höher gestellt gewesen als gerade jetzt“<sup>87</sup>,

denn die „Überwindung der Dummheit“ und des Aberglaubens habe große Fortschritte gebracht.<sup>88</sup> Trotzdem erkennt Christoph Wilhelm Hufeland – Begründer der Makrobiotik – 1836 die Notwendigkeit eine *Anleitung zur medizinischen Praxis* herauszugeben. Darin steht:

„Der Trieb, dem Leidenden zu helfen, war die erste Quelle der Heilkunst, und noch jetzt muß er es bleiben, wenn die Kunst rein und edel und für den Künstler sowie für die Menschheit wahrhaft beglückend sein soll. Leben für andere, nicht für sich, das ist das Wesen seines Berufes. Nicht allein Ruhe, Vorteile, Bequemlichkeiten und Annehmlichkeiten des Lebens, sondern Gesundheit und Leben selbst, ja was mehr als dies alles ist, Ehre und Ruhm, muß er dem höchsten Zwecke, Rettung des Lebens und der Gesundheit anderer, aufopfern.“<sup>89</sup>

Zunehmend rückten auch die Gesundheitsförderung und Prävention weiter in den Vordergrund. Der amerikanische Arzt Sir William Osler sprach von der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als Zeitalter der präventiven Medizin, dienten die meisten Entdeckungen und Entwicklungen doch mehr der Prävention von Krankheiten als der eigentlichen Heilkunst. So soll auch Oliver Wendell Holmes, amerikanischer Arzt und Schriftsteller, gesagt haben: „Die Mortalitätslisten werden mehr durch die Kanalisation beeinflusst als durch diese oder jene Methode der ärztlichen Praxis.“<sup>90</sup> Dies sollte sich bewahrheiten, denn unter anderem durch so einfach erscheinende Begebenheiten wie sauberes Trinkwasser, Milchpasteurisierung und die Organisation einer Kanalisation schnellten die Bevölkerungszahlen in die Höhe, das Durchschnittsalter stieg.

---

<sup>86</sup> Osterwald. In: DÄ. (1981). Heft 46. S. 2191ff.

<sup>87</sup> Fromm. In: ÄM/DÄ. (1962). Heft 14. S. 763

<sup>88</sup> Ibid.

<sup>89</sup> Pollak (1963). S. 304

<sup>90</sup> Ackerknecht (1989). S. 153

Schon damals machte sich der große Chirurg Theodor Billroth Gedanken zu den Folgen der wachsenden Bevölkerungszahlen und schrieb 1892 an seinen Freund Johannes Brahms:

„Ich habe übrigens schon seit vielen Jahren ein Paradoxon aufgestellt, dass die steigende Vervollkommnung der ärztlichen Kunst und die Verhütung von Epidemien durch die vervollkommneten sanitären Maßregeln wohl dem Individuum zugute kommt, die menschliche Gesellschaft aber ruinieren muß, weil die Vermehrung und Erhaltung der Menschen auf der Erde schließlich zu einem Grade von Überbevölkerung führen muß, welcher allen verderblich werden wird. Nun, wir werden das zum Glück für uns nicht mehr erleben.“<sup>91</sup>

#### 4.6 Der Beginn des 20. Jahrhunderts – Zerreißprobe für die Ärzteschaft

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts gab es zunehmend Kritik an der Medizin selbst und der Art, wie sie praktiziert wurde. Von Nepotismus war die Rede und von gefälschten Gutachten, die die Ärzteschaft belasten.<sup>92</sup> So schrieb der namhafte Internist Bernhard Naunyn 1905: „[...] aber unser Beruf ist es, der uns adelt, und als solchen sehe ich ihn nicht mehr anerkannt; des Respekts, den wir verlangen können, erfreuen wir uns kaum noch.“<sup>93</sup> Zwei Jahre später schrieb er dann: „Und nun muss ich so oft vom Rückgang des ärztlichen Standes hören und lesen, und es sind – außer der uns grundsätzlich schähenden ‚Naturheilkundigen‘ – fast immer Ärzte, die so sprechen!“<sup>94</sup> Besonders der Wiener Arzt und Ärztesohn Arthur Schnitzler, der später rein schriftstellerisch tätig war, kritisierte, dass die „Humanmedizin und die humane Medizin mitunter“<sup>95</sup> weit auseinander gegangen seien. Nicht nur Ärzte, sondern viele andere Gelehrte äußerten sich in dieser Zeit auffallend wissenschaftskritisch und so ist es kaum verwunderlich, dass die Anfänge der Psychiatrie und Psychosomatik in dieselbe Zeit fallen. Vor allem im Wien des beginnenden 20. Jahrhunderts entstand eine

<sup>91</sup> Vogl. In: DÄ. (1977). Heft 40. S. 2402

<sup>92</sup> Müller-Seidel. In: Bayrische Akademie der Wissenschaften - Philosophisch-historische Klasse: Sitzungsberichte (1997). Heft 6. S. 6

<sup>93</sup> Naunyn. In: Deutsche Revue. (1905). Heft 1. S. 185

<sup>94</sup> Ibid. S. 343

<sup>95</sup> Müller-Seidel. In: Bayrische Akademie der Wissenschaften - Philosophisch-historische Klasse: Sitzungsberichte (1997). Heft 6. S. 16

Gegenwelt zur naturwissenschaftlichen Hochburg der Wiener Schule.<sup>96</sup> Arthur Schnitzlers Kritik galt der „verwissenschaftlichten Medizin ohne Menschenfreundlichkeit ebenso wie der bloß menschenfreundlichen Medizin ohne Wissen.“<sup>97</sup> Diese Spaltung der Medizin zeigt sich auch in Thomas Manns *Zauberberg*, in dem Dr. Behrens als „glänzender Operateur“ die somatische Medizin vertritt, Dr. Krokowski als „Seelenzergliederer“ den psychoanalytischen Standpunkt.<sup>98</sup>

In den späten Kaiserjahren kurz vor Ausbruch des Ersten Weltkrieges war die Stimmung im Deutschen Reich besonders geladen. Es hatten sich höchst unterschiedliche Bevölkerungsschichten entwickelt. Die alten, adligen Eliten teilten weiterhin Politik, Militär und Verwaltung unter sich auf. Das industrielle Großbürgertum und Bildungsbürgertum, welchem auch die Ärzte angehörten, stellte den neuen Mittelstand dar. Die größte Bevölkerungsgruppe war aber die Industriearbeiterschaft, deren Lebens- und Arbeitsbedingungen prekär waren. Generell, aber insbesondere unter dem Ärztstand, herrschte ein aggressiver Nationalismus und man wünschte sich imperialistische Bestrebungen, um „Weltgeltung“ zu erreichen, was sich später an der hohen Zahl der Kriegsfreiwilligen und an der Begeisterung für den Krieg zeigte.<sup>99</sup> Selbst das Ärztliche Vereinsblatt schrieb:

„Kollegen in Stadt und Land! Krieg! Nach allen Seiten Krieg! Beneidenswert, wer von uns mit hinaus kann ins Feld, unseren Truppen zur Seite zu stehen und die Erste Hilfe leisten [...]. Laßt uns der Welt zeigen, was Deutschland an seinen Ärzten hat. Auf zur Tat, selbstlos und treu!“<sup>100</sup>

Die Folgen des Ersten Krieges für die Ärzteschaft waren evident, denn immerhin hatten 2 000 von ihnen an der Front ihr Leben gelassen und so war die Versorgung der Bevölkerung im Lande kaum zu gewährleisten. Der immense Bedarf an Ärzten hatte zur Folge, dass die Bedingungen für die Approbation heruntergesetzt wurden. Es gab ein „Notexamen“, die

---

<sup>96</sup> Ibid. S. 16 ff.

<sup>97</sup> Ibid. S. 82

<sup>98</sup> Mann (1924).

<sup>99</sup> Jütte et al. (1997). S. 43f.

<sup>100</sup> Ibid. S. 99

Studienplatzzahlen wurden erhöht, das Praktische Jahr wurde abgeschafft, sodass viel junge Mediziner nach nur wenigen klinischen Semestern als „Feldunterärzte“ eingezogen werden konnten. Allerdings schossen diese Maßnahmen über ihr Ziel hinaus, was zu einem enormen Ärztezuwachs führte, den auch die gefallenen Kollegen an der Front nicht „auszugleichen“ vermochten. Darum kam es zu einer Überfüllung des Arztberufes, ein Kampf vor allem um die Kassenzulassung brach aus. Waren es 1913 noch 34 136 Ärzte, so stieg die Zahl 1925 auf 47 904 und bis 1932 weiter auf 52 518. Einige Ärzte forderten schon damals eine Quotierung der jüdischen Studenten, denn diese machten, verglichen mit dem Anteil der Juden in der Bevölkerung, einen ungewöhnlich großen Anteil aus.<sup>101</sup>

Auch wenn die humanitären Leistungen der Ärzte während des Krieges nicht unerwähnt bleiben dürfen, so trugen Ärzte dadurch indirekt zur „Führbarkeit und Verlängerung des Krieges“<sup>102</sup> bei. Der Krieg hatte aber auch Erfolge in der ärztlichen Behandlung gebracht, vor allem in der Chirurgie, womit vielen Soldaten und Veteranen das Leben gerettet werden konnte. Die seelischen Wunden wusste man allerdings noch nicht zu heilen und so stand die Ärzteschaft erstmals dem großen Bereich der Psychosomatik gegenüber.<sup>103</sup>

In den 1920er Jahren befand sich die Medizin in einer Krise. Bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges hatten die deutschen Ärzte ihre eigenen Statusvorstellungen größtenteils erreicht und hart erarbeitet. Umso schwieriger war es für sie die finanziellen Einbußen im Krieg und durch die Inflation hinzunehmen. Aber nicht nur die wirtschaftliche Lage machte den Ärzten zu schaffen. Ein Problem war auch die große Kluft zwischen diagnostischen Möglichkeiten und zur Verfügung stehender Therapie. So konnte man zwar mit Röntgenstrahlen in das Innere des Körpers blicken, die diagnostizierten Krankheiten waren aber oft (noch) nicht heilbar oder die Prognose wurde durch ärztliche Eingriffe nicht wirklich verbessert. Dadurch bekamen sogenannte „Naturärzte“ viel Zulauf, denn diese versprachen das Gegenteil der übertechnisierten, rein

---

<sup>101</sup> Ibid. S. 106f. und 124f.; Kater (1986). S. 57

<sup>102</sup> Jütte et al. (1997). S. 98

<sup>103</sup> Osterwald. In: DÄ. (1981). Heft 47. S. 2243

naturwissenschaftlichen und seelenlosen Schulmedizin.<sup>104</sup> Passend dazu schrieb der deutsche Arzt und Publizist Erwin Liek 1926:

„Das Staatsexamen, darüber müssen wir uns einmal klar sein, macht wohl den Mediziner, niemals aber den Arzt. Zum Arzt wird man geboren oder man ist es nie. Gütige Götter legen ihm Gaben in die Wiege, die nur geschenkt, niemals aber erworben werden können. Was unser Glück trübt, nicht nur auf dem Gebiet der Heilkunde, ist die maßlose Überschätzung des formalen Wissens, die Nichtachtung oder gar Verachtung geistiger und seelischer Einflüsse seitens der exakten Forscher. Sehen wir uns doch einmal um in der Geschichte. Wir werden viele große Ärzte finden, die nicht ein Semester Medizin studiert haben. Man lese einmal [...] die Evangelien. War nicht Christus ein Arzt ganz hohen Grades, ein Psychotherapeut, neben dem unsere aufgeblühten Analytiker ganz, ganz winzig erscheinen? Und wodurch wirkte Christus? Genau noch wie heute jeder wahre Arzt, durch die bezwingende Menschlichkeit [...] steckt nicht in jedem von uns staatlich approbierten Ärzten ein gut Teil Kurfuscher?“<sup>105</sup>

Der Preußische Ehrengerichtshof führte 1922 bedeutende Wesenszüge des Arztes auf: Es handle sich um einen freien Beruf, welcher auf wissenschaftlicher Bildung basiere. Außerdem laste auf ihm eine große Verantwortung, denn er sei ein „Träger geistiger Kräfte im Dienst des Gemeinwohls“<sup>106</sup>. Der ärztliche Beruf dürfe aber kein Gewerbe sein, gehöre ja die Honorierung nicht zum „inneren Kern der Tätigkeit“.<sup>107</sup> Die Ärzteschaft musste das Zepter der Honorierung ohnehin zunehmend abgeben, denn durch die Versicherungspflicht ab dem Jahr 1918 hatten die Kassen nun die Macht, welche Behandlung sie bezahlen wollten und welche nicht. Dies sah die Ärzteschaft als Einschränkung ihrer Berufsfreiheit und befürchtete, dass die Linksparteien ihre Forderung nach einem staatlichen Gesundheitswesen wahr machen würden. Generell litt die Ärzteschaft unter dem Zusammenbruch der Monarchie, denn es brach für sie eine Welt mit all ihren Idealen zusammen.<sup>108</sup>

---

<sup>104</sup> Riha (2008). S. 83

<sup>105</sup> Liek (1926).

<sup>106</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18.

<sup>107</sup> Ibid.

<sup>108</sup> Jütte et al. (1997). S. 110

#### 4.7 Der Aufstieg des Ärztstandes während des Nationalsozialismus

Die Krise der Ärzteschaft war es auch, die den großen Zulauf zum Nationalsozialismus begünstigte, denn die Nationalsozialisten gaben dem Arzt die „zentrale Rolle des Gesundheitsführers“ zurück, wodurch er in seiner Funktion innerhalb der Gesellschaft aufgewertet wurde. Von nun an sollten die Ärzte gemäß der Rassenhygiene nicht mehr nur den individuellen Patienten heilen und dessen Schmerzen lindern, sondern menschliches Leben bewerten, um ein „gesundes, schönes und starkes Volk zu züchten“.<sup>109</sup> Eine unglaublich hohe Anzahl der Ärzte war in der NSDAP vertreten (durchschnittlich 45%, in manchen Regionen bis zu 70%) – vor allem im Vergleich zu anderen Berufsgruppen – und setzte wie „enthusiastische Sklaven“ ihre Forderungen schon fast übereifrig in vorauseilendem Gehorsam um, und dies meist rigider als die staatliche Instanz es forderte.<sup>110</sup> So schrieb der Hauptschriftleiter des Deutschen Ärzteblattes Karl Haedenkamp 1933:

„Das Deutsche Ärzteblatt und die Ärztlichen Mitteilungen bestehen in früherer Form nicht mehr, sie haben sich von ihren Lesern verabschiedet. Beide Blätter betrachten sich aber nicht als gestorben, sie setzen ihr Leben und ihre Arbeit fort in einer neuen Form, in einem neuen Staate und unter neuer Führung... Dem Willen des Führers der deutschen Ärzteschaft untersteht auch das neue Deutsche Ärzteblatt. Es fühlt sich als Werkzeug seiner Führung und damit auch der Führung des neuen Reiches... Den deutschen Arzt anzuspornen zum Einsatz aller seiner Kräfte wollen wir zur Aufgabe des neuen Deutschen Ärzteblattes machen.“<sup>111</sup>

Die hohe Affinität der Ärzte zum Nationalsozialismus hatte mehrere Gründe: Erstens erfuhr die Ärzteschaft einen enormen Prestigegewinn, da sie eine zentrale Rolle in der Umsetzung der Rassenhygiene spielte. Auch wurde ihre finanzielle Lage deutlich verbessert, was nicht nur auf den wirtschaftlichen Aufschwung nach der Weltwirtschaftskrise, sondern auch auf die Ausgrenzung jüdischer Kollegen (16% aller Ärzte, in Berlin sogar 43%, aber nur 0,8% der Gesamtbevölkerung waren Juden) zurückzuführen ist, denn es gebe keinen

<sup>109</sup> Bruchhausen et al. (2008). S.134; Jütte et al. (1997). S. 142

<sup>110</sup> Ibid.; Methfessel et al. In: DÄ. (2006). S. 1064-A

<sup>111</sup> Deneke et al. (1973). S. 82

Beruf, der so „verjudet“ sei wie der ärztliche, so der NS-Ärztebund 1933.<sup>112</sup> Die Ausschlussregelungen aus dem Jahr 1933 schienen eine perfekte Möglichkeit zu sein, um alte Rechnungen zu begleichen, also nicht nur, um die „Nichtarier“ loszuwerden, sondern auch, um es den ehemaligen Medizinkritikern, die vorwiegend der SPD oder den Kommunisten angehörten, heimzuzahlen. Außerdem setzte die NSDAP viele der Forderungen der Ärzte um. Dazu gehörten zum Beispiel die Gründung der Reichsärztekammer und auch die Einführung der Kassenärztlichen Vereinigungen 1933, sodass die Ärzteschaft nun nicht mehr direkt mit den Krankenkassen Verträge abschließen mussten. Zweitens wertete die Reichsärzteordnung von 1935 die ärztliche Tätigkeit zu einem freien Beruf auf, was einen enormen Einfluss auf die ärztliche Identität bis heute hat.<sup>113</sup> Zudem erledigte sich der Kassenarztstreit mit der Wiedereinführung des Berufsbeamtentums, wozu viele arischen Ärzte von nun an gehörten. Die Ärzteschaft war froh, ihre Forderungen endlich durchgesetzt zu haben, die NSDAP instrumentalisierte sie für ihre „biologische Aufrüstung“.<sup>114</sup> Wie beliebt das Medizinstudium und damit auch der Arztberuf durch die genannten Maßnahmen wurden, zeigte sich an den Zahlen der Studierenden. Zwar wurde der Anteil der jüdischen Studenten auf 1,5% und der Anteil der Studentinnen auf maximal 1500 begrenzt, die Gesamtzahl der Medizinstudenten stieg aber stets an. Machten die Mediziner 1932 nur 25,1% aller Studenten aus, so waren es 1939 schon 52,7% und 1943 gar 58,7%. In den Kriegsjahren war das Studium naturgemäß allein auf die Bedürfnisse der Wehrmacht zugeschnitten. Es wurde verkürzt, die Inhalte an den Krieg angepasst. Die Studenten wurden zu „Durchlauferhitzern“ für die Front, woran die Qualität der Ausbildung spürbar litt.<sup>115</sup> So sehr der Ärztestand von den Gesetzen des Nationalsozialismus profitierte, so schwierig war eine Reetablierung nach dessen Ende. Ärzte waren in allen Ebenen der Politik

---

<sup>112</sup> Noack et al. (2007). S.128f.;  
Jachertz. In: DÄ. (1996). Heft 25. S. 1674-A;  
von Troschke (2001). S. 125;  
Jütte et al. (1997). S. 152ff.

<sup>113</sup> Noack et al. (2007). S. 129f.; Osterwald. In: DÄ. (1981). Heft 46. S. 2194

<sup>114</sup> Jütte et al. (1997). S. 148f.

<sup>115</sup> Ibid. S.158ff.

vertreten gewesen und sind von deren Weltanschauung mit geprägt worden. Sie sind dabei allerdings nicht als passive Befehlsempfänger anzusehen, sondern bestimmten die NS-Ideologie als „Erbärzte“ und „Rassenhygieniker“ auch erheblich mit. Gerade der Ärztestand wird deshalb nach dem Zweiten Weltkrieg viele Schwierigkeiten mit der sogenannten Entnazifizierung haben.

## 5 Auf der Suche nach einer neuen Identität (1949-1957)

### 5.1 Aller Anfang ist schwer oder wohnt doch jedem Anfang ein Zauber inne?

„Als am 24. Juni 1933 nach über 30-jährigem Bestehen die ÄRZTLICHEN MITTEILUNGEN, das offizielle Organ des ‚Verbandes der Ärzte Deutschlands‘, ihr Erscheinen einstellten, um mit dem ‚DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT‘ vereinigt zu werden, glaubten mit größeren Teilen des deutschen Volkes auch viele Ärzte noch an die Zukunft des neuen deutschen Staates unter autoritärer Führung. Die Zeit hat sie bitter enttäuscht. Zwölf Jahre später standen sie vor den Trümmern ihres geliebten Vaterlandes in bitterster seelischer und körperlicher Not, einer der ‚geführten‘ Ärzte wenig später vor dem Nürnberger Gerichtshof [...]. Bei all diesem turbulenten Geschehen fehlte zunächst die Möglichkeit der Herausgabe der wichtigsten Mitteilungen der Organisationsstellen an die Kollegen. Langsam entstanden nach eifrigen Bemühungen - Papierbeschaffung, Finanzierung und Lizenzerteilung durch die Besatzungsmächte machten oft besondere Schwierigkeiten - die Mitteilungsblätter der einzelnen Kammern wieder. [...] Als Veröffentlichungsorgan für diese für alle deutschen Ärzte wichtigen Beratungen, Entschließungen und Verhandlungen sind nun die ÄRZTLICHEN MITTEILUNGEN wiedererstanden.“<sup>1</sup>

Der Hauptschriftleiter und Herausgeber der Wiederauflage der Ärztlichen Mitteilungen Carl Oelemann schloss das Geleitwort der ersten Auflage mit folgenden Worten:

„Deutsche Ärzte, schließt Eure Reihen, seid einig und stark im Kampf um Eure Rechte und die Rechte Eurer Kranken und damit für den Wiederaufbau Eures deutschen Vaterlandes. Denkt daran, dass Ihr diesen Kampf auch für die Ärzte und die Bevölkerung der Ostzone kämpft, die heute von Euch getrennt, unlösbar mit Euch verbunden sind.“<sup>2</sup>

Zwar gab es für die Ärzte in der Nachkriegszeit keine wirkliche „Stunde Null“, denn viele der ehemaligen Ärztefunktionäre aus dem „Dritten Reich“ waren nach wie vor in hohen Positionen tätig, dennoch brachte diese Zeit für die Ärzteschaft - wie für den Rest des Landes - einen Neuanfang mit sich, es war die Chance der Welt zu zeigen, dass man nach der Zerrüttung und Zerstörung

---

<sup>1</sup> Oelemann. In: ÄM. (1949). Heft 1. S. 1f.

<sup>2</sup> Ibid.

seit Ende des Krieges wieder aufstehen konnte. Die neue Verfassung – das Grundgesetz – wurde am 23. Mai 1949 verabschiedet und nur kurze Zeit vorher, am 15. Mai erschien die oben zitierte erste Ausgabe der Ärztezeitschrift *Ärztliche Mitteilungen*, wie das *Deutsche Ärzteblatt* bis 1963 hieß. Diese „Wiedergeburt“ unterstrich der Psychiater und Politiker Willy Hellpach in derselben Ausgabe mit seinem Artikel über den Standeskampf der Ärzte, den er folgendermaßen beendete:

„Unter solcher Perspektive [...] darf ich den neuen „Ä r z t l i c h e n M i t t e i l u n g e n“ als eine nicht bloß wohlgemeinte, sondern auch wohlerrungene Losung auf den Weg geben - hier gilt, in der Wiederaufnahme eines goldenen Fadens der durch äußere Gewalt lange Zeit abgerissenen Tradition, wieder einmal im besten Sinne der Wendung, mit welcher der große Jubilar dieses Jahres, G o e t h e, so gern seine Briefe schloss: ‚U n d s o f o r t a n !‘“<sup>3</sup>

Nur ein halbes Jahr später, in der ersten Ausgabe des Jahres 1950, zeigte sich jedoch die weit weniger optimistische Realität: So stellte Oelemann darin die Aufgaben der Ärzte für das kommende Jahr dar, wobei er ein „armes, zerrissenes, friedloses Vaterland“<sup>4</sup>, das wirtschaftlich am Boden sei, als Ausgangspunkt markierte. Der schriftstellende Gynäkologe Bodo Manstein, der 1952 den damals berühmten Ratgeber *Tagebuch der Frau* veröffentlichte, pflichtete ihm bei, denn jeder, der mit offenen Augen und wachen Sinnen durch die Welt gehe, wisse, dass man noch inmitten von Ruinen lebe. Wo man sich auch immer umsehe, herrschten Verwirrung, Durcheinander, Hass und Konkurrenzkampf, sodass jegliche Ansätze der Gesundung sofort wieder im Keim erstickt würden.<sup>5</sup> Ähnlich düster sah Oelemann die Honorarlage der Ärzte Anfang der 1950er Jahre. So seien viele Ärzte nicht ausreichend in der Lage, ihre Familie zu versorgen, ganz zu schweigen davon, sich die Ausstattung ihrer Praxis zu leisten oder gar für Alter und Tod vorzusorgen. Ebenso bleibe die Erholung auf der Strecke. Dies führe zwangsläufig zu einer Verschlechterung der ärztlichen Leistung und stelle somit eine ernste Gefährdung auch für die Gesundheit der Patienten dar. Besonders die geringe finanzielle Honorierung

<sup>3</sup> Hellpach. In: *ÄM.* (1949). Heft 1. S. 4

<sup>4</sup> Oelemann. In: *ÄM.* (1950). Heft 1. S. 2

<sup>5</sup> Manstein. In: *ÄM.* (1950). Heft 22. S. 471

bzw. gar „Nichtbezahlung“ der Assistenzärzte sei alarmierend. Um diesem Zustand zu entfliehen, müsse sich der Ärztestand wesentlich besser organisieren, denn er sei „am Volksganzen gemessen ein kleines Häufchen ohne politische Macht“.<sup>6</sup> Oelemann forderte die Ärzteschaft deshalb auf, in Einigkeit und Geschlossenheit zu kämpfen, um einen „gesunden, freudig mitarbeitenden, lebens- und leistungsfähigen Ärztestand“<sup>7</sup> zu schaffen, der für ein ebenso leistungsfähiges Volk sorgen könne. Der Arzt dürfe die anstrengende Arbeit in den Parlamenten nicht scheuen, obwohl die meisten nicht für die Politik gemacht seien, arbeiteten sie doch lieber in Ruhe mit ihren Patienten als im öffentlichen Scheinwerferlicht zu stehen.<sup>8</sup>

Es stellte sich also heraus, dass die initial gestellte Frage nicht eindeutig zu beantworten ist, war die Stimmung doch zu gespalten. Einerseits herrschte Euphorie über den möglichen Neuanfang, andererseits bereitete genau dieser der Ärzteschaft viele Sorgen. Standespolitisch schien sich nicht viel für den Ärztestand geändert zu haben. Die im „Dritten Reich“ eingeführten Ärztekammern und somit die Selbstverwaltung blieben erhalten, ebenso wie die meisten führenden Persönlichkeiten. Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vermittler von niedergelassenen Ärzten blieben bestehen, ebenso wie die Tatsache, dass der Arztberuf zu den freien Berufen gehörte. All dies hatte in Zeiten der NS-Regierung für eine gute wirtschaftliche Lage und eine Aufwertung des ärztlichen Ansehens gesorgt. Trotzdem klagte die Ärzteschaft über die finanziellen Schwierigkeiten, die in den Nachkriegsjahren bestanden. Dies ist nur in Relation zum „Wohlstand“ des Ärztestandes während des Nationalsozialismus zu verstehen, denn auch wenn sich das Leben Anfang der 1950er Jahre zunehmend normalisierte und ein wirtschaftlicher Aufschwung aufgrund des Schumanplans und der verstärkten Westintegration zu verzeichnen war, belasteten Wohnungsnot - durch den Flüchtlingsstrom der Heimatvertriebenen aus den ehemaligen deutschen Gebieten im Osten noch

---

<sup>6</sup> Oelemann. In: *ÄM.* (1950). Heft 1. S. 2

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> Neuffer. In: *ÄM.* (1958). Heft 15. S. 382

verschärft - und Arbeitslosigkeit die Bevölkerung.<sup>9</sup> Dem Ärztestand schien es vergleichsweise also nicht schlechter zu gehen als anderen Berufsgruppen.

## 5.2 Die Neudefinition des ärztlichen Ethos – eine besondere Aufgabe der Ärzteschaft in der Nachkriegszeit

Die Nachkriegszeit stand überall unter dem Zeichen des Neuanfangs und forderte so auch eine Neudefinition der ärztlichen Aufgaben, also des ärztlichen Ethos. Bis zum Jahre 1949 hatte sich der deutsche Ärztestand mit den Folgen des Nürnberger Ärzteprozesses im Jahre 1946/47 auseinandersetzen müssen, von dem er befürchtet hatte, dass er eine kollektive Schuldzuweisung an alle Ärzte mit sich brächte. Da die deutsche Ärzteschaft aber um eine Wiederaufnahme in die internationale Ärztegemeinschaft bestrebt war, legte sie *Das Diktat der Menschenverachtung* – eine Schrift Alexander Mitscherlichs und Fred Mielkes – vor, um damit zu beweisen, dass sie bereit war, ihre Vergangenheit aufzuarbeiten.<sup>10</sup> Gerade für die älteren Mediziner, die in kürzester Zeit vier Regierungssysteme und zwei verlorene Kriege erlebt hatten, war es jedoch schwer, sich immer neu anzupassen und der schwankenden Mentalität der Kranken Herr zu werden,<sup>11</sup> denn wie kaum eine andere Berufsgruppe sei die Ärzteschaft in besonderem Maße den Umbrüchen ihrer Zeit unterworfen gewesen, so der Kölner Arzt Paul Sperling.<sup>12</sup> Und obwohl sich nicht nur die Mentalität, sondern auch die vorherrschenden Erkrankungen stets änderten,<sup>13</sup> sei die Heilkunst die einzige menschliche Disziplin, die bei jedem Volke und in allen Hochkulturen dasselbe Ziel habe, so der österreichische Professor der

<sup>9</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/895/60-x-deutschland-das-jahr-1949> (03.01.2015)

Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/928/60-x-deutschland-das-jahr-1950> (03.01.2015)

Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/874/60-x-deutschland-das-jahr-1951> (03.01.2015);

Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/875/60-x-deutschland-das-jahr-1952> (03.01.2015).

<sup>10</sup> Jütte et al. (1997). S.206ff.

<sup>11</sup> Sperling. In: *ÄM.* (1955). Heft 15. S. 444-446

<sup>12</sup> *Ibid.*

<sup>13</sup> Coerper. In: *ÄM.* (1951). Heft 9. S. 131

Chirurgie Burghard Breitner.<sup>14</sup> Nach den Grausamkeiten, die die Ärzteschaft in der NS-Zeit hervorgebracht hatte, kann man diese Aussage mehr als anzweifeln, „aber am Granit des ärztlichen Ethos zerspellt auch der Hammer in prometheischer Faust“, so Breitner.<sup>15</sup>

Es stellte sich für die Ärzteschaft der 1950er Jahre also die Frage, was das Ethos für sie überhaupt bedeutet? Ärztliches Ethos sei eine „individuelle Veranlagung, bei der aus Güte Hilfsbereitschaft“<sup>16</sup> fließe, meinte der Arzt und Medizinethiker Eduard Brüel, die ärztliche Ethik sei damit die „Summe der ethischen Postulate“<sup>17</sup>, welche dem Arztberuf innewohnen und zeitlos gültig sind. Auch der deutsche Arzt und Publizist Erwin Liek hatte schon Anfang des 20. Jahrhunderts in Anlehnung an den kategorischen Imperativ Kants geschrieben: „Die ganze ärztliche Ethik lässt sich in einem Satz zusammenfassen: Handle so, als wärest du selber oder einer deiner nächsten Angehörigen der Patient!“<sup>18</sup> Dabei bezog sich die Ärzteschaft immer auf die antiken griechischen Philosophen und so standen die sogenannten asklepischen Pflichten im Vordergrund jeder Diskussion über ärztliche Ethik. An erster Stelle wurde stets die Pflicht zur Hilfe in der Not genannt, welche der Arzt niemals verweigern dürfe.<sup>19</sup> Es sei seine Aufgabe, menschenfreundlich zu handeln und selbst dem hoffnungslos Kranken beizustehen, ihn noch als einen Menschen ehren, sein Schicksalsgefährte sein.<sup>20</sup> Ein guter Patient verlange deshalb nicht unbedingt von seinem Arzt, dass er alles wisse, aber er erwarte, dass er zuverlässig ist, seine Grenzen kennt und alles ihm Mögliche tut, um ihm zu helfen.<sup>21</sup> Der Kranke habe jederzeit, auch unter Einsatz der Gesundheit oder gar des Lebens, das Recht auf eine „sachgemäße, wohlüberlegte und wohl-durchdachte, zielstrebige Behandlung“<sup>22</sup>.

---

<sup>14</sup> Breitner. In: ÄM. (1956). Heft 16. S. 441-444

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Brüel. In: ÄM. (1952). Heft 3. S. 45

<sup>17</sup> Ibid. S. 45

<sup>18</sup> Demant. In: ÄM. (1956). Heft 1. S. 2

<sup>19</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 482

<sup>20</sup> Jaspers. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 479

<sup>21</sup> Gerson. In: ÄM. (1954). Heft 1. S. 4

<sup>22</sup> Müller. In: ÄM. (1956). Heft 4. S. 88

Allerdings müsse der Gesellschaft klar sein, dass sie damit nicht das Recht habe, den Arzt zu einer Hilfeleistung zu befehlen ohne jegliche Rücksicht auf seine sonstige Beschäftigung, so Hans Neuffer, Präsident der Bundesärztekammer von 1949-1959. Als zweites asklepisches Gebot gelte die Sorgfaltspflicht. Das oberste Gesetz sei hier also nicht zu schaden. So dürfe der Arzt weder eine notwendige Maßnahme unterlassen, noch dürfe er seine Kompetenzen überschreiten. Die dritte Mission des Arztes sei die Erhaltung des Lebens, welche besonders hervorzuheben sei, nachdem sich die vergangene politische Führung gewissenlos in dieser Sache höchst verschuldet habe. Selbst unter Bedrohung seines Lebens habe der Arzt nicht gegen sein Gewissen und die ethischen Gesetze zu handeln, meinte Neuffer.<sup>23</sup> Ein Arzt dürfe sich deshalb nie voreilig den Ideen der Zeit anschließen. Jede neue Theorie sei nur eine vorläufige Lösung, eine Modeerscheinung und fordere eine genaue Betrachtung. Besonders verheerend seien diese Ansichten, wenn sie sozialer oder gar politischer Natur seien. Das dürfte eine der vielen Lehren der deutschen Vergangenheit sein. Brüel meinte auch, dass es Aufgabe der Ärzte sei, gegen die Ausschreitungen einer Staatsmacht vorzugehen. Man könne nun in Russland beobachten, wohin Sozialismus und Kommunismus in der Medizin führten. Warum solle ein Kranker, dessen einziger Wunsch es ist behandelt zu werden, unter dem herrschenden Regime leiden?<sup>24</sup>

Als *Grundpfeiler* der ärztlichen Tätigkeit wurde die Schweigepflicht angesehen. Das müsse so sein, „weil damit das ärztliche Sprechzimmer zu einem Asyl [...] wird, wohin [...] sich (der Patient) in seiner Not flüchten und ihm niemand folgen kann,“<sup>25</sup> so Neuffer. Zu den Pflichten des Arztes gehöre weiterhin die ständige Fortbildung. Er dürfe nicht „auf dem Gelernten und Hergebrachten einschlafen“<sup>26</sup>, denn die medizinische Forschung gewinne jeden Tag neue Erkenntnisse. Es zwingt den Arzt also dazu „sein Leben lang ein Lernender zu sein“, so Brüel. Somit habe kein anderer Beruf ein so hohes Gebot wie der ärztliche, so Breitner:

---

<sup>23</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 482

<sup>24</sup> Brüel. In: ÄM. (1952). Heft 3. S. 45

<sup>25</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 482

<sup>26</sup> Ibid.

„Das Wirkfeld des Arztes ist das Leben selbst. Die Frage, ob es der Güter höchstes sei, tritt nicht über seine Schwelle. Sein Werk ist dem Dasein verhaftet. Seiner Not, seinen Qualen, seiner dunklen Angst, seinen Beschwernissen, seiner Verzagttheit. Und sein Werk dient dem Ringen mit Verfall und Versagen, mit Wunde und Gift, Überspannung und mit Verbrauchsein. Und es dient der Bejahung des Lebens und seinen unendlichen Hoffnungen.“<sup>27</sup>

Die Ärzteschaft wiederholte hier also die Werte und Aufgaben, die schon vor 2500 Jahren im Hippokratischen Eid niedergeschrieben worden waren und betonte die Bedeutung anhand des Geschehenen im „Dritten Reich“. Umso widersprüchlicher war die Diskussion in einigen Artikeln des DÄ, für wen der Arzt nun Verantwortung übernehmen soll, nur für den individuellen Patienten oder auch für die Bevölkerung als Ganzes. Dabei fielen auch Begriffe aus der NS-Zeit wie die „Volks Gesundheit“<sup>28</sup>. Während es den Krankenkassen am liebsten gewesen wäre, wenn Ärzte die Rolle des Aufpassers und der Polizei für die Sozialversicherung übernähmen, war der Hartmannbund immer noch der Meinung, dass der Arzt der Anwalt des individuellen Kranken sein sollte.<sup>29</sup> Der Arzt dürfe sich nämlich nicht dazu erniedrigen lassen, Handlanger welcher Interessengruppe auch immer zu werden, denn schließlich widerspreche dies seinem ärztlichen Gewissen, so Manstein.<sup>30</sup> Wie gefährlich dies werde könne, hätten die Entartungen während der NS-Zeit schon zu genüge gezeigt, wie der Medizinhistoriker Henry Sigerist meinte.

Eine weitere Thematik der ärztlichen Ethik, die in die 1950er Jahren immer wieder auftrat, war die Frage nach der Wahrheit. Sollte der Patient stets die Wahrheit erfahren? Der Philosoph und Psychiater Karl Jaspers war eher nicht dieser Meinung, denn vor allem wenn es ernst um ihn stehe und das Leben bedroht sei, wolle er lieber gar nichts wissen und nur Worte der Beruhigung hören.<sup>31</sup> Auch Hermann Hartmann, Gründer des Leipziger

---

<sup>27</sup> Breitner. In: ÄM. (1956). Heft 16. S. 441

<sup>28</sup> Die Volksgesundheit galt im „Dritten Reich“ als Ziel eines biopolitischen Programms. Dabei stand nicht die Gesundheit eines einzelnen Individuums im Vordergrund, sondern die Wahrung eines erblich einwandfreien Volkes, nämlich den Ariern. Es ging also nicht um Fürsorge, sondern um Vorsorge. (vgl. Kater et al. (2004). S. 101f.)

<sup>29</sup> Hartmannbund. In: ÄM. (1950). Heft 1. S. 35f.

<sup>30</sup> Manstein. In: ÄM. (1950). Heft 22. S. 472

<sup>31</sup> Jaspers. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 477

Verbandes, der nach seinem Ableben fortan Hartmannbund benannt wurde, hatte dazu gesagt: „Der Arzt, der dem hochgefährdeten Patienten die Wahrheit über seine Lage sagt, versündigt sich gegen seine Berufspflicht“.<sup>32</sup> Der Arzt sei in dieser Situation mit einer Mutter vergleichbar, die ihrem Kind auch nicht alles sage.<sup>33</sup> Man könne nur *dem* Kranken die Wahrheit sagen, der fähig sei, diese zu ertragen und vernünftig damit umzugehen. Da sich der gemeine Kranke aber in einer getrübten, widervernünftigen Seelenlage befinde, könne der Arzt die Wirkung auf den Patienten nur schlecht einschätzen.<sup>34</sup> Wie sonst auch gelte jedoch, dass der Arzt individuell für jeden Patienten entscheiden müsse, wie viel Wahrheit er ertragen könne, ohne ihm den Lebensmut zu nehmen, so der Schriftsteller Walter Gerson.<sup>35</sup> Lügen dürfe man dagegen niemals, erst recht nicht bei Kindern. Gaukle man einem Kind zum Beispiel vor, dass die bevorstehende Untersuchung nicht weh tue und füge ihm dann trotzdem einen Schmerz zu, hätte dies fatale Auswirkungen auf die späteren Beziehungen zu Ärzten.<sup>36</sup> In den Jahren nach dem Krieg mehrten sich also die Stimmen gegen die barmherzige Lüge, sei diese Notlüge doch eine sittliche Verfehlung, so der Arzt und Autor Arthur Lukowsky. Der Patient solle die Möglichkeit bekommen, seine Krankheit zu verstehen und ihren Sinn zu sehen. Außerdem könne er nur so selbstverantwortlich entscheiden. Allerdings sei es ebenso unmenschlich, die Wahrheit in ihrer vollen Härte zu präsentieren, der schmale Grat des Mittelwegs müsse angestrebt werden.<sup>37</sup> Der Göttinger Arzt und Medizinjournalist W. Gent ergänzte, dass man besser von einer „Pflicht zur Wahrhaftigkeit“ sprechen solle, statt nur zur Wahrheit. Schließlich möchte der Patient nicht, dass der Arzt ihm seine Schuld präsentiere, sondern er solle „lediglich“ sein Leiden heilen.<sup>38</sup> Auch wenn sich die Autoren (noch) nicht einig waren, was für den Patienten diesbezüglich am besten ist, diese Diskussion zeigte doch den Anfang einer Veränderung im Arzt-Patienten-Verhältnis. War

---

<sup>32</sup> Gent. In: ÄM. (1956). Heft 7. S. 185

<sup>33</sup> Gerson. In: ÄM. (1954). Heft 1. S. 4

<sup>34</sup> Jaspers. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 477

<sup>35</sup> Gerson. In: ÄM. (1954). Heft 1. S. 2

<sup>36</sup> Ibid. S. 2

<sup>37</sup> Lukowsky. In: ÄM. (1956). Heft 3. S. 62f.;

Müller. In: ÄM. (1956). Heft 4. S. 89

<sup>38</sup> Gent. In: ÄM. (1956). Heft 7. S. 185

---

der Arzt zuvor der Herrscher über das Patientenwohl, an dessen Urteil niemand vorbeikam, so begann dieser Thron nun zu wackeln. Von einem patientenzentrierten Arzt-Patienten-Verhältnis war die Medizin der 1950er Jahre noch weit entfernt, aber der aufkommende Gedanke, den Patienten in die Behandlung zu involvieren, indem man ihm aufrichtig seine Lage erklärte, war für die Zeit neu und wird sich weiter entwickeln.

Wenn man also vom ärztlichen Ethos spricht, erwartet man meist eine hohe Ethik, die nur diesem Beruf innewohnt. Für die sich neuordnende Ärzteschaft ging es aber auch um banale Aufgabenverteilungen und um die Diskussion, wie und ob sie diese in den kommenden Jahren verwirklichen mochten. Es wird sich also zeigen, wozu sich der Ärztestand in den folgenden Jahrzehnten entschied.

### **5.3 Diskussion über das Wunschbild des Arztes innerhalb der Ärzteschaft**

Neben dem bereits erwähnten Ethos und dem Bewusstsein über den zwingenden Neuanfang der Ärzteschaft, fanden insbesondere die Wunscheigenschaften und -handlungsweisen eines Arztes in den Artikeln der 1950er Jahre große Beachtung. Dabei war stets das Wunschbild vom Realbild zu trennen. Das Wunschbild zeigte also, was sich die Ärzteschaft selbst unter einem gelungenen Arztbild vorstellte. In nahezu jedem Artikel dieser Zeit wurden Eigenschaften aufgezählt, die ein Arzt innehaben sollte, um seinem Beruf und damit seinen Patienten gerecht zu werden. Es stellt sich somit also die Frage, warum Ärzte Anfang der 1950er Jahre immer wieder die Notwendigkeit sahen, ihren Beruf und die dazu angeblich wichtigen Charakterzüge zu definieren. Ein naheliegender Grund war sicherlich der Wunsch, ihre Arbeit von der während des Nationalsozialismus abzugrenzen. Man sah hier die Chance, den Beruf nicht nur berufspolitisch, sondern auch gegenüber der Gesellschaft zu erneuern. Generell waren dies jedoch keine Eigenschaften, die lediglich den Vorstellungen der Nachkriegszeit entstammten.

Es waren sogar größtenteils dieselben, die zu Zeiten des Hippokrates bereits gepredigt worden waren und so lag es nahe, dass sich die Ärzteschaft eine Art Renaissance des Arztbildes wünschte. Besonders Brüel verlangte, dass der Kandidat eben gewisse Charakterzüge schon mitbringe, um sich zum vollwertigen Arzt zu entwickeln. Denn der verantwortungsvolle Arzt brauche neben dem medizinischen Fachwissen auch eine innere Haltung, zu der man als Patient aufschauen könne, meinte auch Neuffer.<sup>39</sup> „Die Medizin ist Naturwissenschaft oder sie ist nicht!“<sup>40</sup> Diese Worte seien gänzlich falsch, denn wer Menschen behandle, müsse auch etwas von deren Geiste verstehen, meinte Neuffer weiter. Ein Arzt müsse sich in der Philosophie, Psychologie und Geschichte auskennen, vielleicht sogar in der Musik und Theologie, um jeden seiner Patienten hinreichend verstehen zu können.<sup>41</sup> Auch für den Autor und Internisten Hans Schulten war zusätzlich zur fachlichen Kenntnis auch ein hoher Grad an Allgemeinbildung notwendig, sowie eine gewisse Weisheit<sup>42</sup>. Diese Grundvoraussetzungen beeinflussten oft die Berufswahl und könnten sich durch Ausbildung und die entsprechende Umwelt zu „bewusster, weltanschaulicher Reife entwickeln.“<sup>43</sup> Jaspers meinte hingegen, dass die ärztliche Persönlichkeit nie zu fordern und auch nicht zu planen sei.<sup>44</sup> Er fragte zudem, ob die ärztliche Persönlichkeit nicht schon von sich aus heilende Kräfte habe, denn es sei für den Kranken äußerst wohltuend, die Hilfe des Arztes einen Augenblick ganz für sich zu haben, seine Vernunft, sein kräftiger Geist und seine überzeugende Wirkung. Dies könne im Patienten eine unberechenbare Kraft „des Vertrauens, des Lebenwollens“<sup>45</sup> auslösen. Gerade dieses Vertrauen in Kombination mit der Hoffnung sei das stärkste Mittel zur Genesung, so der Berliner Arzt Demant.<sup>46</sup>

---

<sup>39</sup> Neuffer. In: ÄM. (1952). Heft 12. S. 233f.

<sup>40</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 481

<sup>41</sup> Ibid.

<sup>42</sup> Schulten. In: ÄM. (1956). Heft 30. S. 853-857

<sup>43</sup> Brüel. In: ÄM. (1952). Heft 3. S. 45

<sup>44</sup> Jaspers. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 476-479

<sup>45</sup> Ibid. S. 479

<sup>46</sup> Demant. In: ÄM. (1956). Heft 1. S. 1-5

Auch die sogenannte Humanität solle Teil der ärztlichen Persönlichkeit sein, die durch das Handeln des Arztes, ja sogar durch seine bloße Präsenz zum Ausdruck komme. Der berühmte britische Arzt Thomas Sydenham soll einmal gesagt haben: „Niemand ist anders von mir behandelt worden, als ich behandelt sein möchte, wenn ich dieselbe Krankheit bekäme.“<sup>47</sup> Leider komme die Ausbildung der Humanität im Studium aber viel zu kurz. Ohnehin sei sie nur schwer planbar. Sie wachse vielmehr in jedem angehenden Arzt heran und basiere auf der Erziehung und Bildung, die der Student in seinem kurzen Leben bisher genossen habe.<sup>48</sup> Der endlos scheinende Lehrplan beanspruche das Gedächtnis so sehr, dass es jede Art von weiteren geistigen Impulsen lähme. Man bilde so auf der ganzen Welt junge Menschen aus, die unglaublich viel wüssten und besondere Handfertigkeiten gewonnen hätten, aber deren Urteilskraft gering sei. Durch die „Verapparatisierung“<sup>49</sup> werde der kranke Mensch zum Teil der Maschinerie, sodass der ärztliche Blick und das ärztliche Urteil untergingen, so Jaspers. Die Humanität bestehe aber nicht von alleine. Sie müsse immer wieder erneuert werden und ihre neue Gestalt im neuen „technischen Massendasein“<sup>50</sup> finden. Manstein mahnte vor der Hast, Härte und Unduldsamkeit der Zeit, die es den hilfetrohen Menschen schwer mache, ihrer schönen Heilungspflicht nachzugehen. Gerade weil in vergangener Zeit manche Auflockerungen, ja gar Umkehrungen vieler Moralbegriffe zustande gekommen seien, sei es nun umso wichtiger stattdessen mit Nachsicht, Güte und Verstehen zu handeln und somit das hippokratische Ethos des menschlichen Beraters und Helfers aufrechtzuerhalten.<sup>51</sup> So sei es allein die Menschenliebe, die die Heldengeschichte des Arztes ausmache<sup>52</sup>, welche ein „Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft“<sup>53</sup> sei, wie der deutsche Pathologe Herbert Siegmund sich ausgedrückte.

---

<sup>47</sup> Jaspers. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 476

<sup>48</sup> Hinrichs. In: ÄM. (1954). Heft 13. S. 451-456

<sup>49</sup> Jaspers. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 476

<sup>50</sup> Ibid.

<sup>51</sup> Manstein. In: ÄM. (1950). Heft 22. S. 471

<sup>52</sup> Demant. In: ÄM. (1956). Heft 1. S. 4

<sup>53</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 480

Der Arzt sei immer ein Wissender. Er sehe den Menschen, wenn er am Boden sei, seine Ohnmacht, sein Leiden, seinen Tod. Und trotzdem erwarte man von ihm das Äußerste zu leisten und noch mehr. Der Arzt müsse unbetroffen, aber dennoch ergriffen sein. So sei es wichtig eine gewisse Kühle zu entwickeln, um nicht „durch Tränen die Klarheit des Blickes zu verlieren“<sup>54</sup>, doch es sei die höchste Kunst dabei ein waches Herz zu behalten. So dürfe der Arzt trotz der ständigen „Enthüllungen“ nicht von „pessimistischen Weltfluchtideen“ und vom Schicksalsglauben geleitet sein, sondern nur von „einer lebensbejahenden Weltanschauung“.<sup>55</sup> Er müsse mehr sein, als der Mensch es sonst sei. So bezog sich Jaspers erneut auf Hippokrates, der einst gesagt hatte: „Der Arzt, der Philosoph wird, wird einem Gotte gleich.“<sup>56</sup>

Was der Arzt ferner brauche, seien ein innerer Kern und starke seelische Kräfte, um den Kranken zur Gesundung und zu innerem Gleichgewicht zu führen.<sup>57</sup> Es sei die Pflicht eines jeden Arztes die wenigen freien Stunden zu nutzen, um seinen Geist zu klären und zu kräftigen und sich innerlich zu sammeln, damit er die ganze körperliche Not und seelische Verzweiflung, die hundert- und tausendfach an ihn herangetragen werde, ertragen könne und trotzdem dem Hilfesuchenden mit Ruhe, Trost und Geduld zur Seite stehen sowie Mut und Zuversicht ausstrahlen könne. So soll einmal ein chinesischer einem deutschen Arzt zum Abschied gesagt haben: „Der rechte Arzt trägt die Krankheiten seiner Kranken wie auf seinem eigenen Herzen!“<sup>58</sup> Passend dazu hatte der deutsche Arzt und Sozialhygieniker Christoph Wilhelm Hufeland gesagt, dass das „Wesen des Arztberufes ein Leben für andere sei“.<sup>59</sup> Der Arzt möge also sich selbst und alle Annehmlichkeiten vergessen und schlicht sein ganzes Leben dem Kranken opfern. Es sei also besonders der für den Arztberuf geeignet, der mehr zu geben als zu nehmen wisse.<sup>60</sup>

---

<sup>54</sup> Jaspers. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 479

<sup>55</sup> Brüel. In: ÄM. (1952). Heft 3. S. 45

<sup>56</sup> Jaspers. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 479

<sup>57</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 480

<sup>58</sup> Manstein. In: ÄM. (1950). Heft 22. S. 472

<sup>59</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 480

<sup>60</sup> Breitner. In: ÄM. (1956). Heft 16. S. 441f.

Der Arzt dürfe den Kranken zudem nie entwürdigen. Gerade in einer Situation von Schwachheit und Hilflosigkeit des Patienten solle der Arzt nie vergessen, dass der Stolz des Menschen verletzt werde, wenn man ihn bitte sich zu entkleiden.<sup>61</sup> Jeder Mensch sei ein „Selbstbesitz“, der bestimmen könne, wer in seine Privatsphäre eindringen dürfe, darauf basiere das „Recht [...] auf Wahrung seines Schamgefühls“<sup>62</sup>. Gewalt, Neugier und Ekel seien Gift für den Stolz des Menschen, ebenso wie das „Herumbohren“ im seelischen Unterbewusstsein.<sup>63</sup> Deshalb sei einer der essenziellen Eigenschaften eines guten Arztes die Beobachtungsgabe, um für jeden Patienten eine individuelle Behandlung zu entwickeln und so die Besonderheit jedes einzelnen Kranken anzuerkennen. Auch wenn die Beobachtungsgabe nun immer mehr durch moderne Diagnostikmethoden abgelöst werde, sei es wichtig, sich vor allem den kranken Menschen anzuschauen und nicht nur seine Krankheit. Den Patienten ihre Krankheit vom Gesicht abzulesen, das sei höchste ärztliche Kunst. Hierfür müsse der Arzt kontaktfähig sein, um die Situation des Kranken auch auf nonverbale Weise zu erfühlen, wobei er die richtige Mischung aus Einfühlungsvermögen und Diskretion herauszufinden habe.<sup>64</sup> Aber auch das Gespräch zwischen Arzt und Patient sei essentiell für die Diagnostik und Therapie. Demant unterstrich dies mit dem Prolog des Johannesevangeliums: „Im Anfang war das Wort“.<sup>65</sup> Das Wort habe eine schöpferische Macht und sei neben der Hand des Chirurgen eine der wirksamsten Waffen gegen Krankheit und Tod.<sup>66</sup> Laut Pius Müller habe der Patient schließlich das „Recht zu sprechen und angesprochen zu werden“.<sup>67</sup>

Ein weiteres Gebot des Arztes, das immer wieder erwähnt wurde, solle das Mitleid sein. „Er muss helfen, wo er nicht heilen kann und heilen, wo nicht mehr zu helfen ist.“<sup>68</sup> Durch das Mitleiden aber, verringere er das Leid. Es heiße

---

<sup>61</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 482

<sup>62</sup> Müller. In: ÄM. (1956). Heft 4. S. 89

<sup>63</sup> Ibid.

<sup>64</sup> Gerson. In: ÄM. (1954). Heft 1. S. 5

<sup>65</sup> vgl. Johannes 1,1

<sup>66</sup> Demant. In: ÄM. (1956). Heft 1. S. 3

<sup>67</sup> Müller. In: ÄM. (1956). Heft 4. S. 89

<sup>68</sup> Lukowsky. In: ÄM. (1956). Heft 3. S. 63

nicht umsonst: „Geteiltes Leid ist halbes Leid!“<sup>69</sup> Derjenige, der aber nur aus Mitleid und Nächstenliebe handle, so Lukowsky, müsse sich davor hüten in seiner Beurteilung parteiisch und ungerecht zu werden. Der Weise schaffe den schmalen Grat zwischen den Widersprüchen zu gehen.

Insbesondere Gerson erwähnte in seinem Artikel über das Verhältnis von Arzt und Patient eine Liste von weiteren Eigenschaften, die ein guter Arzt innehaben solle. Diese waren unter anderem die Gelassenheit, die Besonnenheit – eine der Kardinaltugenden Platons – die innere Ruhe, wie sie auch schon Pestalozzi gefordert hatte, Geduld, Beharrlichkeit, Freundlichkeit, Festigkeit und Selbstsicherheit.<sup>70</sup> „Die Selbstverantwortlichkeit und Furchtlosigkeit vor selbsteigener Entscheidung sind die Merkmale, die den Arzt, den größten Sozialisten der Tat, zum markantesten Vertreter des Individualismus und zum stärksten Gegner sowohl jedes Kollektivismus und Massenmenschentums wie auch des Machtmenschentums machen“<sup>71</sup>, so außerdem Demant. Das Arzttum sei aber erst vollkommen, wenn man „ein langes Leben voll Arbeit, Erfahrung und Selbstkritik“<sup>72</sup> vollbracht habe. Sobald „Kunst zur Natur, wenn Wissen zum Können“<sup>73</sup> avanciert sei, dann sei die höchste Stufe erreicht. Der Chirurg und Philosoph August Bier soll einmal gesagt haben: „Der wirklichen Kunst darf man es nicht anmerken, dass es Kunst ist; sonst wirkt sie künstlich“<sup>74</sup>.

Der Jugend- und Eheberater Joachim Fischer zitierte schließlich die Ansicht des Journalisten Hans Zehrer über die vier tragenden Säulen der Kultur. Diese seien Glaube, Recht, Gesundheit und Bildung, die jeweils vom Pfarrer, Richter, Arzt und Lehrer repräsentiert würden.<sup>75</sup> Laut Manstein seien aber vor allem die Theologie und Medizin sehr stark miteinander verbunden, denn Demut vor dem Höchsten und Ehrfurcht gehörten immer schon zu den Eigenschaften eines guten Arztes. Er zitierte dabei den deutschen Arzt und Naturphilosophen Carl Gustav Carus, der 1859 geschrieben hatte, dass der

<sup>69</sup> Ibid.

<sup>70</sup> Gerson. In: ÄM. (1954). Heft 1. S. 4

<sup>71</sup> Demant. In: ÄM. (1956). Heft 1. S. 5

<sup>72</sup> Ibid. S. 1

<sup>73</sup> Ibid.

<sup>74</sup> Ibid.

<sup>75</sup> Fischer. In: ÄM. (1950). Heft 12. S. 217f.

Arzt dreierlei Ehrfurchten besitzen sollte: gegen das über uns Liegende, gegen das neben uns Liegende und gegen das unter uns Liegende.<sup>76</sup> Auch der berühmte Arztphilosoph Viktor von Weizsäcker stellte fest: „Die metaphysische Ehrfurcht vor dem Kranken sei eine der ersten vornehmsten Qualitäten des Arztes.“<sup>77</sup> Außerdem helfe der Arzt dem Menschen „seine göttliche Bestimmung als Mensch zu erfüllen“.<sup>78</sup>

Dies alles sind große Worte und Ziele, die hier formuliert wurden. Die meisten Quellen zu diesem Thema entstammten einer Zeit in Deutschland, in der im generellen eine gewisse Zufriedenheit dominierte. Den Menschen in der Bundesrepublik Deutschland ging es gut. Nach dem Volksaufstand in der DDR im Jahre 1953 wurden Weihnachtspäckchen als Zeichen der Solidarisierung und des Nichtvergessens an DDR-Bürger geschickt. Man hatte zum ersten Mal die Fußball-WM gewonnen, die Pariser Verträge 1955 beendeten den Besatzungsstatus Deutschlands, zudem erfolgte der Beitritt zur NATO, die Bundeswehr durfte wieder gegründet werden und die letzten 10 000 Kriegsgefangenen kehrten heim. Auch das sogenannte Wirtschaftswunder schien Mitte der 1950er Jahre bei der Bevölkerung anzukommen zu sein, sodass der Leitspruch Erhards „Wohlstand für alle“ nicht nur ein leeres Versprechen blieb. Es gab mehr Arbeit, die dynamische Rente wurde eingeführt und gleichzeitig wurde die Wochenarbeitszeit gekürzt, wodurch das Thema Freizeit in aller Munde war. Die sogenannte „Freizeitwelle“ brach aus und Ziel vieler Bundesrepublikaner war es, mit dem eigenen *Käfer* über die Alpen nach Italien zu reisen.<sup>79</sup> In diese Zeit fielen also die vielen Äußerungen, die zum

---

<sup>76</sup> Manstein. In: ÄM. (1950). Heft 22. S. 471

<sup>77</sup> Gerson. In: ÄM. (1954). Heft 1. S. 2

<sup>78</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 480

<sup>79</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/872/60-x-deutschland-das-jahr-1953>. (14.09.2015)

Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/877/60-x-deutschland-das-jahr-1954>. (14.09.2015)

Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/73444/60-x-deutschland-das-jahr-1955>. (14.09.2015)

Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/878/60-x-deutschland-das-jahr-1956>. (14.09.2015)

Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/143282/60-x-deutschland-das-jahr-1957>. (14.09.2015)

Thema Wunschbild des Arztes im DÄ zu finden waren. Es stellt sich also die Frage, wie sehr dieses Wunschdenken der Ärzteschaft mit den Erwartungen der Gesellschaft und auch des Ärztstandes selbst vereinbar war. Laut Neuffer war es gerade das Arzt-Patientenverhältnis, das der Maßstab für eine gelungene Umsetzung dieses Wunschbildes sein kann. Dabei sei diese einmalige Verbindung „der Umgang zweier vernünftiger Menschen, in dem der wissenschaftliche Sachberater dem Kranken hilft.“<sup>80</sup> Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient sei von Anfang an eine besondere, wenn auch ungleiche Beziehung: Der Kranke komme in Not, der Arzt trete als Gebender auf. Glücklicherweise trete der Patient meist mit einem positiven Vorurteil in die Beziehung, denn er habe sich sagen lassen, dass dieser Arzt gut sei. Es sei für den Arzt also von großer Bedeutung, wie man von seinen Leistungen spreche, nicht unbedingt wie erfolgreich er wirklich ist. Dies schaffe eine Basis an Autorität, auf die das Vertrauen aufbaue. Dieses Vertrauen, eine zerbrechliche Brücke zwischen zwei Menschen, sei schwerer zu gewinnen als früher, schließlich wisse der Kranke um das Risiko dabei, könne sich ja auch ein Arzt irren. Es sei nun essenziell, von Anfang an eine „überlegene, mit starker Zuneigung verbundene, helfenwollende Haltung“<sup>81</sup> einzunehmen. Es gelte zu erfühlen, was der Patient erwarte und wozu er bereit sei, so Gerson. Denn wer den „Heilungswillen seines Patienten als Bundesgenossen gewonnen“<sup>82</sup> habe, habe schon viel erreicht, so der Journalist Wolfgang Peters.

Ein Arzt, der eine ganze Familie über Jahrzehnte, gar über Generationen, hinweg betreuen dürfe, sei der Idealzustand für die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Nun werde diese oft durch die kassenärztliche Tätigkeit sowohl zeitlich als auch inhaltlich eingeschränkt. Hinzu komme der Wandel in der Bevölkerungsstruktur, der dazu führe, dass Familien in verschiedensten Städten wohnten, und die Bodenständigkeit und der Wert der Treue verloren gingen. Der Kassenarzt habe vor allem deshalb Schwierigkeiten

---

Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014).

<http://www.bpb.de/mediathek/879/60-x-deutschland-das-jahr-1958>. (14.09.2015)

Schäfers (1995). S. 10f.

<sup>80</sup> Jaspers. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 477

<sup>81</sup> Gerson. In: ÄM. (1954). Heft 1. S. 1

<sup>82</sup> Peters. In: ÄM. (1956). Heft 12. S. 327

ein gutes Verhältnis mit seinen Patienten aufrecht zu erhalten, da er an die Weisungen der Krankenkasse gebunden sei und so weniger auf die Wünsche des Patienten eingehen könne. Somit gebe es immer mehr Patienten, die mit den Entscheidungen ihres Arztes nicht mehr zufrieden seien und einen anderen Arzt aufsuchten, von dem sie erwarteten, dass er ihren Wünschen „willfähiger“ sei. Ganz besonders sei dieses Phänomen bei Menschen auf geistig und wirtschaftlich hohem Niveau zu beobachten. Gleichermäßen, sei es in dieser Gesellschaftsschicht üblich nicht mehr den Hausarzt aufzusuchen, sondern gleich einen Facharzt zu konsultieren, der aber womöglich gar nicht für diese Art von Leiden zuständig sei. Viele Familien hätten somit gar keinen Hausarzt mehr, der die ganze Familie kenne.<sup>83</sup>

Auch Manstein glaubte, dass das persönliche Verhältnis zwischen Arzt und Patienten in der Nachkriegszeit teilweise nicht mehr vorhanden ist. So gebe es im Zeitalter der Vermassung und Technophilie auch medizinische Handwerker, die ohne jede Weisheit und Güte eines „wirklichen Menschenbehandlers“<sup>84</sup> versuchten, den Kranken zu reparieren, wie ein Techniker eine Maschine überhole. Aber auch der Kranke der 1950er Jahre habe sich verändert. Er sehe seine Krankheit nicht mehr als Schicksal, sondern als ärgerliches Übel, das es so schnell wie möglich zu beseitigen gelte. Aus dem hilfesuchenden, geduldigen Patienten - man beachte den Pleonasmus - sei nun ein ungeduldiger, fordernder Leidender geworden. Der Arzt als menschlicher Helfer werde also durch einen Gesundheitsingenieur abgelöst.<sup>85</sup> Deshalb sei es umso wichtiger das „Wunder Gottes“<sup>86</sup> wieder als Einheit und Ganzes anzusehen, denn wer im Menschen nur einen komplexen chemischen Mechanismus erkenne, der neige zu Entseelung und Einseitigkeit, so Manstein. Der Arzt und Forscherfreund Goethes Carl Gustav Carus brachte dies auf den Punkt: „Es ist absurd zu denken, dass ein Gefäßsystem, ein Nervensystem, ein Atmungs- und Verdauungssystem gesondert irgendwie Realität haben könnte. Nur in der Zusammenwirkung, in der Gesamtheit mit allen übrigen sind sie

<sup>83</sup> Steinebach. In: ÄM. (1956). Heft 12. S. 329-331

<sup>84</sup> Manstein. In: ÄM. (1950). Heft 22. S. 471f.

<sup>85</sup> Neuffer. In: ÄM. (1958). Heft 15. S. 379

<sup>86</sup> Manstein. In: ÄM. (1950). Heft 22. S. 472

wirklich.“<sup>87</sup> Es sei schließlich „eine Binsenwahrheit, dass das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile“<sup>88</sup>, so Schulten. Wirkliches Arztum bestehe nur in der Kombination aus Einfühlungsvermögen, Intuition und Wissen. Nur Systematik und Logik machen noch lange keine Heilkünstler aus.<sup>89</sup>

Problematisch für die Arzt-Patientenbeziehung sei allerdings auch die Tatsache, dass der Kassenarzt meist keine Zeit mehr habe, eine echte Beziehung zwischen ihm und seinem Patienten aufzubauen und so mit der nötigen Gewissenhaftigkeit seine Aufgabe zu erfüllen. Die geringe Bezahlung zwingt ihn dazu seine Patienten geradezu abzufertigen, so Peters.<sup>90</sup> Die fehlende Zeit bedinge außerdem eine innere Unsicherheit und stetes Zweifeln, sodass der ärztliche Rat wenig überzeugend sei und es an menschlicher Wärme mangle.<sup>91</sup> Man dürfe zudem nicht vergessen, dass alle Bemühungen ein Leitbild des Arztes zu schaffen daran scheiterten, dass ein Großteil der ärztlichen Handlungen nun „in der unpersönlichen Atmosphäre des Krankenhauses“ geschehe, wo es so keine „unmittelbare Ich-Du-Beziehung von Arzt zu Patient“ mehr gebe.<sup>92</sup>

Neuffer zitierte den Volkswirtschaftler Ernst Schrewe, der gesagt hatte, dass die Gesellschaft im Arzt eine Autoritätsperson suche, sicher keine vermessene, erst recht keine in Uniform oder Amt, sondern eine Autorität, „die aus sittlichen Werten erwächst“.<sup>93</sup> Bezüglich der Autorität gelte es abzuwägen zwischen der „Pflicht des Erfahrenen, des Wissenden, des Klarsehenden dem Irrrenden den Weg zu weisen“<sup>94</sup> aber trotzdem die Persönlichkeit des Kranken zu respektieren. Der Arzt dürfe sich aber von seinen Patienten nicht auf der Nase herumtanzen lassen,<sup>95</sup> denn die Presse erwecke bei vielen den Eindruck, dass Medizin für alle leicht zu erlernen und verständlich sei, wodurch es

---

<sup>87</sup> Hoff. In: ÄM. (1954). Heft 13. S. 447

<sup>88</sup> Schulten. In: ÄM. (1956). Heft 30. S. 853

<sup>89</sup> Manstein. In: ÄM. (1950). Heft 22. S.472f.

<sup>90</sup> Peters. In: ÄM. (1956). Heft 12. S. 328

<sup>91</sup> Manstein. In: ÄM. (1950). Heft 22. S. 472

<sup>92</sup> Stockhausen. In: ÄM. (1958). Heft 44. S. 1294

<sup>93</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 481

<sup>94</sup> Lukowsky. In: ÄM. (1956). Heft 3. S. 64

<sup>95</sup> Peters. In: ÄM. (1956). Heft 12. S. 328

---

mittlerweile viele medizinisch Halbgebildete gebe, die mit dem Arzt die Diagnose ausdiskutieren wollten und sich berechtigt fühlten „dem Arzt Anregungen und Vorschläge zu unterbreiten“<sup>96</sup>. Dies stelle die Geduld des Arztes auf eine harte Probe. Gerson zitierte diesbezüglich den britischen Satiriker George Bernard Shaw: „Ich verstehe nicht, dass die temperamentvollen Ärzte nicht wahnsinnig und die geduldigen nicht blödsinnig werden.“<sup>97</sup> Der Patient sei zwar in seinen Entscheidungen frei, das Recht auf Leben verpflichte ihn dennoch die Ratschläge seines Arztes zu befolgen. Dies gelte in besonderem Maße, wenn die Erkrankung auch die Gesundheit oder gar das Leben anderer Personen gefährde. Hier kollidierten das Recht auf Freiheit und das Recht auf Unversehrtheit des Körpers des anderen.<sup>98</sup>

Die schönste Bestätigung für eine gesunde Arzt-Patienten-Beziehung aber sei folgender Auszug aus einem Neujahrsschreiben an einen Arzt: „... Wir sind im vergangenen Jahr nicht krank gewesen, aber wir freuen uns immer, dass Sie für uns da sind.“<sup>99</sup>

Auch wenn, wie oben schon festgestellt, die Ärzteschaft der 1950er noch weit von einer patientenzentrierten Arzt-Patienten-Beziehung entfernt war, sie beschäftigte sich jedoch intensiv mit der Frage, welche Einflussfaktoren auf die wirkten und wie sie in Zukunft zu verbessern wären. Vom ihrem eigenen Wunschbild schien sie noch weit entfernt zu sein, wie die Gesellschaft der 1950er Jahre dies beurteilte, soll im folgenden Kapitel aufgezeigt werden.

---

<sup>96</sup> Gerson. In: ÄM. (1954). Heft 1. S. 1

<sup>97</sup> Ibid.

<sup>98</sup> Müller. In: ÄM. (1956). Heft 4. S. 87f.

<sup>99</sup> Gerson. In: ÄM. (1954). Heft 1. S. 7

#### 5.4 Die Stellung des Arztes – ein Spiegel des Wunschbildes?

Es stellt sich Anfang der 1950er Jahre die Frage, inwiefern die Stellung des Arztes und sein Bild in der Gesellschaft bereits ein Spiegel des Wunschbildes darstellen. Es sei allerdings schwierig, diese Stellung allgemein zu definieren, weil die vielen sozialen Aufgliederungsmöglichkeiten des Arztberufes es eigentlich unmöglich machten. Der Medizinalassistent werde nun mal anderes angesehen als ein Klinikleiter, so der Medizinthoretiker Gerhard Doerks.<sup>100</sup> Dennoch betrachteten die Autoren des DÄ die ärztliche Profession als einen einheitlichen Beruf, der dann als Ganzes im Zusammenhang der Gesellschaft bewertet werden kann.

Zu Zeiten von Kant und Goethe hatten die Theologie, die Juristerei und die Medizin zu den oberen Fakultäten gehört. Kant sei darüber hinaus der Meinung gewesen, dass der Arzt von Natur aus der wichtigste Mann sei, „weil dieser dem Menschen sein Leben friste“.<sup>101</sup> Auch für den norwegischen Schriftsteller Henrik Ibsen (1828-1906) sei „der Arzt noch der würdigste Vertreter der Form, in der sich modernes Menschsein“<sup>102</sup> ausdrücke. Inzwischen könne der Arzt aber selten Dank für seine Leistungen erwarten, sondern nur dann von sich selbst in der Zeitung lesen, wenn er angeblich in seinem Beruf irre.<sup>103</sup> Tragisch fand Sperling, dass der Arzt eigentlich immer nur dann beachtet und geschätzt werde, wenn man ihn akut brauche. Die Dankbarkeit halte dann auch nur so lange, bis der Patient merke, dass der Arzt ihn doch kürzer als erwünscht krankgeschrieben habe. Der Arzt aber resigniere und mache weiter. „So ist eben nur der Arzt!“, meinte Sperling sarkastisch.<sup>104</sup>

Nun stellte sich für Neuffer aber die Frage, wie dies so weit kommen konnte, hätte doch die Medizin seit jeher Unglaubliches geleistet. Eine Begründung dafür sei, dass durch die vielen Möglichkeiten der Diagnostik die

---

<sup>100</sup> Gerhard. In: ÄM. (1957). Heft 24. S. 710

<sup>101</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 480

<sup>102</sup> Ibid. S. 483

<sup>103</sup> Sperling. In: ÄM. (1954). Heft 19. S. 632f.

<sup>104</sup> Sperling. In: ÄM. (1955). Heft 15. S. 444

ärztliche Kunst ein wenig am „Zauber des Geheimnisvollen“<sup>105</sup> verloren habe. Der Arzt, der mit dem Tod per du war und von einem mystischen Nebel umgeben war, existiere nicht mehr.<sup>106</sup> Nun könne jeder das Handeln des Arztes überprüfen, sodass der ärztliche Beruf nichts Besonderes mehr sei. Ein zweiter Grund für die nachlassende Achtung des Arztes sei die Garantie der Krankenversicherung. Jeder habe eben das Recht auf sofortige ärztliche Hilfe und kein Kranker müsse seinen Heiler mehr direkt bezahlen. Der Arzt schein geradezu ein Angestellter der Krankenversicherung geworden zu sein, der jedem zu jeder Tageszeit kostenlos zur Verfügung stehe.<sup>107</sup> Es bestehe dadurch die Gefahr, dass manchem „primitiven Kranken“ der Gedanke komme, „was nichts kostet, ist doch nichts wert“<sup>108</sup>. Und dies gerade, wenn es um das kostbarste Gut, die Gesundheit, gehe. Außerdem kämen nun viele Patienten auf die Idee, Forderungen zu stellen, nach dem Motto „Jetzt habe ich schon ein Jahr lang Kassenbeiträge bezahlt, ohne etwas davon gehabt zu haben.“<sup>109</sup> Dies müsse natürlich Auswirkungen auf das „Achtungsverhältnis“ haben, meinte Neuffer. Die Überfüllung des Arztberufes erschien ihm als weitere Ursache für das sinkende Ansehen der Ärzteschaft, denn der Arzt habe so keinen Seltenheitswert mehr. Ferner sei in der Gesellschaft geistige Arbeit grundsätzlich abgewertet worden. Belegten früher die geistigen Berufe noch den ersten Platz der Berufsprestigeskala, so seien dies nun die Manager.<sup>110</sup> Am sogenannten Deutschen Wunder hätten also eigentlich nur die wirtschaftsendogenen Schichten teilgenommen.<sup>111</sup> Dies sei eine ernst zu nehmende Entwicklung, die sicher „kein Zeichen eines hohen Kulturstandes“<sup>112</sup> sei. Diese Bedenken waren in einer Zeit der Rationalisierung und Verwissenschaftlichung sowie Technophilie sicher nicht ganz unbegründet. So war der Bürger der Nachkriegszeit begeistert von allen technischen Innovationen, die die Wirtschaft zu bieten hatte und ihnen Wohlstand versprach. Ein Haushalt,

---

<sup>105</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 483

<sup>106</sup> Gerson. In: ÄM. (1954). Heft 1. S. 3

<sup>107</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 483

<sup>108</sup> Gerson. In: ÄM. (1954). Heft 1. S. 2

<sup>109</sup> Ibid.

<sup>110</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 483

<sup>111</sup> Stockhausen et al. In: ÄM (1955). Heft 1. S. 7

<sup>112</sup> Neuffer. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 483

der mit Elektrogeräten in Küche und Wohnzimmer geschmückt ist und ein eigenes Auto schienen die Bevölkerung weit mehr zu beglücken als die Ergebnisse geistiger Arbeit.<sup>113</sup>

Ein weiterer besorgniserregender Trend der Wirtschaftswunderzeit sei die sogenannte Laienpropaganda. Diese gefährde und untergrabe die Stellung des Arztes zunehmend, weil sie bewusst Misstrauen schaffe. Einen ganzen Artikel widmete J.F. Volrad Deneke, Fachpublizist und Redakteur der *ÄM*, diesem Thema und soll deshalb im Rahmen der Erörterung des Arztbildes der 1950er Jahre nicht unerwähnt bleiben. Aber was kann unter Laienpropaganda verstanden werden? Die Ärzteschaft meinte damit „die Propaganda unter Nichtmediziner[n] für die Anwendung diagnostischer und therapeutischer Mittel und Methoden“<sup>114</sup>, wobei das Hauptaugenmerk auf den Therapeutika liege, seien sie präventiver oder kurativer Art. Die größte Gruppe der propagierten Medikamente helfe angeblich gegen viele verbreitete oder chronische Erkrankungen wie Schmerzen, die Grippe oder Verdauungsstörungen. Besonders fatal sei die Art der Laienpropaganda, die eine ärztliche Meinung vorgaukle. Im redaktionellen Teil einer Zeitschrift seien unter dem Titel „Raten Sie mir, Herr Doktor“<sup>115</sup> Fallbeschreibungen eines Arztes zu lesen, die jeweils damit schlossen, dass das angepriesene Medikament gegen multiple Volkskrankheiten wirksam sei. Worauf basierte also die Laienpropaganda? Das Lebenselement der Laienpropaganda sei das magische Bedürfnis, die Wundergläubigkeit und Sehnsucht nach Jugend und „Körperschönheit“ des modernen Menschen, ebenso wie die menschliche Dummheit. Was auch immer das Problem sei, für alles müsse es ein Mittel geben. So entstünden Werbesätze wie „So wirst du 120 Jahre alt!“<sup>116</sup> Die Industrie verführe den modernen Menschen Tabletten so zu nehmen, wie er eine lockere Schraube nachziehe und schaffe es, irgendwie das gesunde, kritische Misstrauen zu überwinden und stattdessen Neugier zu erzeugen. Es stellt sich demnach die

---

<sup>113</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/878/60-x-deutschland-das-jahr-1956>. (15.09.2015)

<sup>114</sup> Deneke. In: *ÄM*. (1955). Heft 27. S. 808

<sup>115</sup> *Ibid.* S. 809

<sup>116</sup> *Ibid.* S. 808

Frage, welche Auswirkungen die Laienpropaganda auf die Gesellschaft und die Arzt-Patienten-Beziehung hatte? Es solle jedem Journalisten klar sein, dass dies den Leser dazu ermutige, sich selbst zu diagnostizieren und zu behandeln mit offensichtlich fatalen Folgen. Der medizinisch unkundige Laie könne aber, wenn überhaupt, nur Symptome erfassen, kenne die Ursache dieser aber nicht. Dies führe unweigerlich dazu, dass der Kranke zu spät zum Arzt komme. Darüber hinaus treibe die Laienpropaganda einen Keil zwischen Arzt und Patient, weil der Patient zwischen meist gegenteiligen Aussagen schwanke. Hier müsse der Arzt Stärke zeigen und seine Autorität erhalten, denn beide seien besonders relevant für den Heilerfolg. Deneke schloss seinen Artikel mit Vorschlägen, was man gegen diese Art von Propaganda tun könne: Als erstes solle die Heilmittelwerbung in der Öffentlichkeit gänzlich verboten werden. Man müsse an das Verantwortungsgefühl der Presse appellieren, sie möge sich doch wenigstens an gewisse Grenzen halten und „nicht aus der Angst der Menschen Kapital“<sup>117</sup> schlagen. Das Problem für die Presse sei, dass sie die ihnen zugeschickten Inserate unmöglich auf ihre Seriosität bewerten könne. Es müssten also die Hersteller in die Mangel genommen werden. Schlussendlich sei das aufklärende Gespräch zwischen Arzt und Patient am wichtigsten, um die Lügen aus dem Weg zu räumen, so Deneke.<sup>118</sup>

Oft bringe der Patient die Vernunft aber nicht mit, denn er stelle zu oft die Forderung behandelt zu werden und erwarte von seinem Arzt eine klare Haltung. Für den Kranken sei dies die bequemste Art und Weise, denn so müsse er weder nachdenken, noch wissen, noch Verantwortung tragen. Genau daraus schlage die Pharma-Industrie Profit: „Wir haben ein Dutzend wirksamer Heilmittel, das Übrige ist Produkt der Angst der Kranken und der Interessen der pharmazeutischen Industrie“<sup>119</sup> soll ein Heidelberger Pharmakologe einmal gesagt haben. „Unseriöse Waschküchenlaboratorien“<sup>120</sup> würden zudem die Autorität des Arztes untergraben, indem sie dem Patienten suggerierten, dass ihr Arzt ihnen beispielsweise ein gefährliches Mittel gegeben habe, so Sperling.

---

<sup>117</sup> Ibid. S. 812

<sup>118</sup> Ibid. S. 807 - 812

<sup>119</sup> Jaspers. In: ÄM. (1953). Heft 18. S. 477

<sup>120</sup> Sperling. In: ÄM. (1954). Heft 19. S. 633

Wenn der Kranke dann noch die Zustimmung eines Heilpraktikers habe, habe der Arzt verloren.

Trotz der abnehmenden Wertschätzung gegenüber dem Ärztestand sei ein enormes Interesse an Gesundheitsthemen in der Gesellschaft präsent, wenn man die Presse als Gradmesser dafür benutzen dürfe. Aber nicht nur die Tagesliteratur stelle die Medizin und den Arzt in den Mittelpunkt auch die sogenannte schöngeistige Literatur sowie Rundfunk und Film übernahmen das Arztbild für ihre Zwecke. Beachtenswerterweise sei diese Publizistik fast immer ärztfreundlich, denn es schwebte immer mit, dass jeder Mensch sich schnell in der Lage des Patienten befinden könne. Leider verließen diese Medien aber oft die sachliche Ebene und stellten den „Doktor als Angeber und Frauenjäger“<sup>121</sup> dar. Schließlich bringe nur die Sensation den Kassenerfolg. Die Ärzteschaft müsse nun das Zepter in die Hand nehmen und die Öffentlichkeit wieder in eine sachdienliche und zweckmäßige Richtung orientieren, zumindest um Schaden vom Patienten abzuwenden.<sup>122</sup> Es sei nämlich für den Laien unmöglich, über gute oder schlechte ärztliche Leistung zu urteilen, selbst für den Fachmann sei dies schwer.<sup>123</sup> Deshalb müsse die Ärzteschaft vermehrt darauf achten, dass der Wahrheitsgehalt in der Öffentlichkeit steige. Weder die seriöse Publizistik, noch die sensationshungrigen Massenblätter lehnten eine ärztliche Mitarbeit ab. Man müsse sie nur in der passenden Form darbieten. Selbst das Zepter in die Hand zu nehmen sei jedenfalls besser als nur Missgunst zu hegen.<sup>124</sup>

Repräsentativ für die Stellung des Arztes in der Gesellschaft sind wohl auch die Motive zur ärztlichen Berufswahl. Breitner erwähnte diesbezüglich drei große Beweggründe: Ist es Schopenhauers „Urphänomen des Mitleids“<sup>125</sup>, die Liebe des Paracelsus oder doch der Drang des Faust zum Allwissenden, der den jungen Menschen antreibt Arzt zu werden? Oft angeführt wurden traditionelle, gesellschaftliche und wirtschaftliche Gesichtspunkte. Der Begründer der psychosomatischen Medizin und der medizinischen

<sup>121</sup> Mayer. In: ÄM. (1953). Heft 25. S. 502

<sup>122</sup> Demant. In: ÄM. (1956). Heft 1. S. 4

<sup>123</sup> Schulten. In: ÄM. (1956). Heft 30. S. 855

<sup>124</sup> Dovifat. In: ÄM. (1958). Heft 28. S. 798

<sup>125</sup> Breitner. In: ÄM. (1956). Heft 16. S. 441f.

---

Anthropologie Viktor von Weizsäcker meinte, dass die Berufswahl des Arztes vorwiegend gar nicht so frei geschehe, wie man annehmen könnte, präge der väterliche Beruf des Arztes den Sohnmann doch von Kind auf. Zusätzlich brauche der Mediziner aber eine angeborenes Interesse an der Natur. Dies äußere sich „in frühem Eifer, Pflanzen oder Tiere zu sammeln, in einem sonderbaren Hang, Eingeweide und Skelette zu erkunden, anatomische Abbildungen zu betrachten.“<sup>126</sup> Frage man allerdings den Medizinstudenten nach seinem Motiv der Berufswahl, so höre man überwiegend: „Ich möchte Kranken helfen, oder ich will der leidenden Menschheit helfen.“<sup>127</sup> Das sei wohl die wichtigste Voraussetzung für das Ergreifen dieses Berufes.

Es gilt also festzustellen, dass das gemalte Wunschbild, das die Ärzteschaft der 1950er von ihrem Beruf hatte, von der Realität (noch) weit entfernt war. Sei es, dass die meisten Eigenschaften, die Ärzte dieser Zeit ihrem Beruf zuschrieben, eher den Geisteswissenschaften, als den Naturwissenschaften oder gar der Technik entstammten. Ein weiterer Grund für die große Differenz ist jedoch sicher auch, die nach wie vor große Distanz, die zwischen Arzt und Patient der Nachkriegszeit herrschte. So sah sich der Patient gezwungen sich ein eigenes Bild zu machen.

## 5.5 Zusammenfassung und Bewertung

Wie lässt sich ein so heterogenes Bild zusammenfassen? Der Arztberuf der Nachkriegsjahre war zunächst klar von den Entbehrungen dieser Zeit geprägt. Es mangelte aus Sicht der Ärzte an allem, im Gesundheitswesen besonders an Assistenzarztstellen und einem angemessenen Honorar. Gerade in der Zeit des Neuanfangs galt es für die deutsche Ärzteschaft sich neu zu definieren. Die Grausamkeiten des Zweiten Weltkrieges hatten der Welt offenbart, wozu deutsche Ärzte fähig gewesen waren. Nun musste man der Weltöffentlichkeit, insbesondere auch den eigenen Patienten im Lande zeigen, was Arztsein im Nachkriegsdeutschland bedeutete und bedeuten konnte. Wie intensiv sich vor

---

<sup>126</sup> von Weizäcker. In: ÄM. (1956). Heft 12. S. 338

<sup>127</sup> Ibid.

allem der Ärztestand selbst mit der Thematik des Arztbildes auseinandersetzte, lässt sich anhand der zahlreichen Artikel zu diesem Thema aufzeigen. Auch wenn die ÄM von 1949 bis 1951 nur einmal pro Monat erschienen, findet man im Jahre 1950 in acht von zwölf Ausgaben einen Artikel zur Standespolitik. Mancher Aufsatz mag über das Ziel hinausgeschossen und mehr ein Wunschdenken sein, aber es zeigt eben auch die Hoffnung, die der Ärztestand für sich und seine Patienten hatte. Schließlich war es eine einmalige Chance, nochmal von vorn anzufangen und ein neues Arztbild in der Gesellschaft zu schaffen. Das Interesse in den darauffolgenden Jahren ließ zwar ein wenig nach - wahrscheinlich auch, weil viele Forderungen der Ärzteschaft umgesetzt wurden - ab 1956 wurden jedoch die vermehrten positiven Reaktionen auf das Gesetz über das Kassenarztrecht von 1955 deutlich, das eine Monopolstellung der Kassenärzte in der ambulanten Versorgung garantierte und so zu einem überdurchschnittlichen Einkommenszuwachs für die niedergelassenen Ärzte führte.<sup>128</sup>

Beispielhaft für die stete Besserung der Lage innerhalb der Ärzteschaft ist auch der Erfolg des DÄ. Wurden bei der Erstausgabe im Jahr 1949 immerhin 50 000 Exemplare des DÄ herausgegeben, erreichte die Zahl im Jahr 1958 bereits 78 200. Dies ist auf den sprunghaften Anstieg der Ärztezahle zurückzuführen, ist sicher aber auch ein Beleg für die Signifikanz, die das DÄ in Ärztekreisen zu dieser Zeit hatte. Auch die Ausgabenhäufigkeit steigerte sich in den fünfziger Jahren, von anfangs monatlich, 1952 14-tägig, 1953 10-tägig und schließlich 1958 auf wöchentliche Ausgaben. Damit schnellte natürlich auch die Seitenzahl pro Jahr in die Höhe. Waren es im Jahr 1949 noch 314 Seiten, zählte man im Jahr 1960 schon 2500 Seiten. Allerdings wurde zwischenzeitlich ein ‚Werbungshoch‘ im Jahr 1952 (434 von 550 Seiten) erreicht, wobei v.a. pharmazeutische Inserate dominierten.

Der „Zusammenbruchsgesellschaft“<sup>129</sup> folgte also relativ schnell ein noch nie da gewesener Wohlstand, das Bruttosozialprodukt verdoppelte sich in nur

---

<sup>128</sup> Gerst. (2005). <http://www.aerzteblatt.de/archiv/47622/50-Jahre-Kassenarztrecht-dass-wir-alle-Grund-haben-uns-zu-freuen> (14.11.2014).

<sup>129</sup> Schildt (2002). S. 11

---

zehn Jahren, viele Menschen hatten plötzlich Geld für ein eigenes Auto und einen Urlaub. Gleichzeitig hatte die Gesellschaft aber mit einem Wertevakuum zu kämpfen, welches der Krieg hinterlassen hatte. Dieses wurde nun durch neue Lebensstile und eine beginnende Diversifikation ausgeglichen, die sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts weiter verstärken würde. Zentral dafür war die Bedeutung der Medien, die als Motor des gesellschaftlichen Wandels fungierten. Auch der Ärztestand suchte nach einer neuen Identität und neuen Werten. Das Idealbild der Ärzteschaft selbst war hauptsächlich von der Arztpersönlichkeit, der Ehrfurcht und Philanthropie geprägt, die als Voraussetzung für das Ergreifen des Berufes genannt wurden. Grundlage der ärztlichen Pflichten und Ethik blieb die hippokratische Idee des Nichtschadens, wobei sowohl die Sorgfaltspflicht als auch die Schweigepflicht schwerpunktmäßig erwähnt wurden. Das Arzt-Patienten-Verhältnis als Maßstab für das Realbild des Arztes war dem Wandel der Gesellschaft der 1950er Jahre ausgesetzt. Mobilität, mangelnde Zeit für den Einzelnen und Technophilie destabilisierten die Beziehung zum Patienten, Laienpropaganda und der utopische Wunsch nach steter Gesundheit zerstörten das Vertrauen zum Arzt. Auch einige andere gesellschaftliche Veränderungen, wie beispielsweise die Garantie einer kostenlosen Versicherungsleistung im Krankheitsfall und die Entmystifizierung ärztlichen Handelns wurden von diversen Autoren als Grund für die Prestigeminderung des Arztberufes angebracht. Auch wenn die Ärzteschaft sich geringer geschätzt fühlte, zeigten vor allem Medienberichte eine vorwiegend positive Einstellung zum Arzt. Auch die Tatsache, dass immer mehr junge Leute ein Medizinstudium begannen, indizierte die Attraktivität des ärztlichen Berufes. Zusammenfassend zeigte sich also, dass der Ärztestand selbst nach wie vor ein Wunschbild anstrebte, zu dem es noch ein weiter Weg war, die Gesellschaft schien – zumindest aus ärztlicher Wahrnehmung – trotz der zunehmenden Bedenken der Ärzteschaft, hingegen den Arzt nach wie vor mit hohem Prestige zu verbinden.

## 6 Das Idealbild des Arztes – Spiegel des inneren Gleichgewichts in der Gesellschaft (1958-1967)

Im Zeitraum von 1958 bis 1967 stand vor allem das Idealbild des Arztes im Mittelpunkt der Artikel des DÄ. Sowohl in der Gesellschaft, in den Medien als auch innerhalb der Ärzteschaft selbst wurde das Arztbild und sein Ideal rege diskutiert. Dabei wurde es von den Werten der Gesellschaft beeinflusst, die bis 1967 relativ einheitlich anmuteten. Diese Zeit erscheint oft als „bloße Vorgeschichte eines politischen und kulturellen Bruchs“<sup>1</sup> und wurde in der Sozialwissenschaft lange wenig beachtet. Blickt man auf die Ereignisse der späten 1950er und frühen -60er Jahre zurück, so wirkt diese Epoche als „Scharnierjahrzehnt“<sup>2</sup>, welches die Zeit des Wiederaufbaus mit einer zunehmenden kulturellen Modernisierung verband. Sie kann auch als „Phase der Gärung“<sup>3</sup> aufgefasst werden, die die Zeitenwende vorbereitete. Im Jahr 1963 ging die „Ära Adenauer“ zu Ende und damit die Zeit des Wiederaufbaus. Für den neuen Bundeskanzlers Ludwig Erhard endete mit seinem Amtsantritt die Nachkriegszeit.<sup>4</sup> Es begann eine Zeit, die von Wohlstand und Konsum geprägt war. Die Menschen konnten sich aufgrund der niedrigen Arbeitslosigkeit immer mehr leisten: einen Fernseher, ein eigenes Auto, Urlaubsreisen. Auch die Freizeit hatte einen zunehmend größeren Stellenwert.<sup>5</sup> Die Wochenarbeitszeit sank stetig und verteilte sich schließlich auf nur fünf Arbeitstage. Durch die immer bessere wirtschaftliche Lage setzte zudem der sogenannte Babyboom ein, der zu einer wesentlichen Verjüngung der Gesellschaft führte.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Schildt et al. (2000). S. 22

<sup>2</sup> Ibid. S. 11-13

<sup>3</sup> Schönhoven. In: Geschichte und Gesellschaft. (1999). Bd. 25. Heft 1. S. 127

<sup>4</sup> Schildt et al. (2000). S. 21

<sup>5</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/879/60-x-deutschland-das-jahr-1958>. (02.05.2016).

<sup>6</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/880/60-x-deutschland-das-jahr-1959>. (02.05.2016).

## 6.1 Das Idealbild des Arztes innerhalb der Ärzteschaft

Die Diskussion um das Idealbild des Arztes fiel somit in eine Zeit, in der die Gesellschaft zufrieden erschien. Die Ärzteschaft war also nicht mehr nur mit der Versorgungssicherung beschäftigt, sondern konnte sich ihren Zielen und Idealen widmen.

Zunächst stellte sich dabei für einige Autoren die Frage, was einen Arzt ausmacht. Für den Zeitgenossen der 1960er Jahre sei der Arzt ein studierter Mann, der fleißig sein Hochschulstudium beende, Examen mache, die Approbation erlange und sich in den meisten Fällen promoviere, so Ernst Fromm, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages von 1959 bis 1973.<sup>7</sup> Durch diesen gemeinsamen Bildungsweg entstehe eine einheitliche und geschlossene Berufsgruppe, welche so auch von der Gesamtgesellschaft anerkannt werde. Der Arztberuf gehöre zudem neben dem Priester und dem Richter zu den drei Urberufen. Der ärztliche Beruf sei vor allem aber insofern besonders, als er aus einem menschlichen Bedürfnis entstanden sei, denn kranke Menschen habe es schon immer gegeben. Am Anfang war also der Arzt, dann erst habe sich daraus die Heilkunde entwickelt.<sup>8</sup> Es sei allerdings schwierig, ein homogenes Bild des Arztes zu definieren, da es den einen Typus Arzt nun nicht mehr gebe, so Alexander Mitscherlich, Gründer und Direktor der Psychosomatischen Klinik in Heidelberg. Es seien mindestens drei Hauptgruppen entstanden, die jeweils verschiedene Aufgabenbereiche übernähmen: die Forscher und Lehrer, die Klinikärzte und die niedergelassenen Ärzte aller Fachrichtungen.<sup>9</sup> Das Arztbild über einen Kamm zu scheren, falle dadurch nicht leicht.

---

<sup>7</sup> Fromm. In: *ÄM/DÄ*. (1962). Heft 14. S. 755

<sup>8</sup> König. In: *DÄ*. (1964). Heft 18. S. 1041ff.

<sup>9</sup> Mitscherlich. In: *ÄM/DÄ*. (1962). Heft 35. S. 1750

Besonders intensiv beschäftigten sich die Autoren mit den Eigenschaften eines Arztes. So verlangte der Düsseldorfer Internist Macha, dass der Arzt zuallererst ein anständiger Mensch sein müsse.<sup>10</sup> Jedoch fordere sein Beruf noch mehr. Er müsse Ekel überwinden und vor dem toten menschlichen Körper nicht zurückschrecken, erst recht nicht vor dem lebendigen Kranken.<sup>11</sup> Der gute Arzt habe aber vor allem die Aufgabe, „den Patienten durch die Klippen und Schwierigkeiten des Lebens sicher hindurchzuführen“, so der sozial- und gesundheitspolitische Fachjournalist Ferdinand Oeter.<sup>12</sup> Er solle den Kranken dazu anleiten, sein inneres Glück wieder zu finden. Geduldig, wie man einem Kind das Laufen beibringe.<sup>13</sup> So sei es die Stärke des Arztes, „stillschweigend den Platz einzunehmen, auf dem er gebraucht wird.“<sup>14</sup> Nicht nur ein enormes Wissen sei dafür erforderlich, sondern auch ein warmes Herz und eine feste Hand. Die Methoden zur Genesung seien dabei variierbar, denn selbst operative Erfolge basierten auf der Magie des ärztlichen Charismas. Letzteres werde dadurch aufrecht erhalten, dass der Arzt in einer für den Patienten lebensbedrohlichen und ausweglosen Situation oftmals sichere und schnelle Hilfe leisten könne und somit für den Laien Wunder vollbringe. Das Wesentliche des Arztseins sei aber in der Persönlichkeit des Arztes verborgen, die man auch zukünftig vor „kollektiver Vergewaltigung“<sup>15</sup> bewahren müsse, so Oeter. Der Arzt stehe immer im Dienste des Lebens. „Es ist sein anspruchsvoller und launischer Herr“.<sup>16</sup> Ein Arzt sei zudem mehr als der reine Mediziner. Die Philanthropie und die Entscheidung für das Leben und gegen Krankheit und Tod zu kämpfen mache den Unterschied.<sup>17</sup>

Die Heilkunst gehöre damit zu den ehrwürdigsten und göttlichsten Tätigkeiten, da sie Bescheidenheit und Erhebung des Geistes über die alltäglichen Überlegungen des Lebens verlange, so Hans Neuffer, Präsident der

---

<sup>10</sup> Macha. In: ÄM. (1961). Heft 30. S. 1677f.

<sup>11</sup> König. In: DÄ. (1964). Heft 18. S. 1043

<sup>12</sup> Oeter. In: ÄM. (1960). Heft 48. S. 2469

<sup>13</sup> Cremer. In: ÄM. (1961). Heft 32. S. 1786f.

<sup>14</sup> Bölling. In: ÄM. (1958). Heft 39. S. 1129

<sup>15</sup> Oeter. In: ÄM. (1960). Heft 48. S. 2469

<sup>16</sup> Voncken. In: DÄ. (1967). Heft 48. S. 2618

<sup>17</sup> König. In: DÄ. (1964). Heft 18. S. 1041ff.

Bundesärztekammer von 1949 bis 1959. „Die [...] ‚natürliche Einheit‘ von Arzt und Priester und Künstler (also von Körper-, Geistes- und Seelenhelfern)“ sei zwar eine große Verantwortung für den Arzt, er könne aber gerade dadurch seinen Beruf mit höchstem Stolz ausüben.<sup>18</sup>

Hans-Werner Pia, Dekan der Medizinischen Fakultät Gießen, stellte zudem fest, dass der ärztliche Auftrag in der Gesellschaft unveränderlich sei, selbst die „Entartungen“ während des Zweiten Weltkrieges hätten die Uraufgabe des Arztes nicht gewandelt. Es sei der ärztliche kategorische Imperativ, der über die Zeiten hinweg herrsche. Dabei seien verschiedene Aufgabenbereiche des Arztes zu unterscheiden. Erstens – weil der junge Mediziner damit zuerst in Kontakt komme – nannte er die Wissenschaft. Sie sei Grundlage seines Handelns; sie anzuwenden, zu fördern und zu erweitern sei seine Aufgabe. Dabei müsse der Arzt lebenslang hinterfragen und zweifeln, denn wer nach seiner Ausbildung damit aufhöre, werde schnell zum Scharlatan. Deshalb sei gerade die Dissertation für den jungen Mediziner so wichtig, denn diese Erörterung – das ist schließlich die direkte Übersetzung aus dem Lateinischen – verlange mehr als die bisherige Ausbildung, in der das rezipierende Lernen im Vordergrund gestanden habe. Für eine Promotion müsse man sich darin üben, selbstständig zu denken und Sachverhalte wissenschaftlich auszuwerten. Was für den ärztlichen Beruf anschließend aber besonders förderlich sei, sei die Persönlichkeitsbildung und Reifung des Intellekts, die mit einer solchen Promotion einhergehe. Gerade eine gereifte Persönlichkeit sei essenziell für die zweite Aufgabe des Arztes, nämlich den hippokratischen Auftrag des Nichtschadens, wobei der Arzt dabei nur seinem Gewissen unterworfen sei. Diesbezüglich erwähnte Pia insbesondere die Passage des hippokratischen Eides, die aussagt, dass der Arzt nie ein Gift zu verabreichen und keiner Frau zur Abtreibung zu verhelfen habe. Einerseits habe der perfektionierte Mord an gesunden Menschen während des „Dritten Reiches“ die enorme Bedeutung dieses Abschnittes gezeigt, andererseits stellte Pia die Frage, ob der einzelne Mensch nicht doch das Recht habe, über seinen eigenen Tod zu bestimmen, gerade auch in Zeiten, in denen die

---

<sup>18</sup> Neuffer. In: ÄM. (1959). Heft 28. S. 988

Rechtmäßigkeit eines Schwangerschaftsabbruches diskutiert würde. Die Grenzen der eigenen Fähigkeiten zu kennen, sei ein weiterer wichtiger Punkt, der sich aus dem hippokratischen Eid ableiten lasse. Diese Grenzen müsse jeder Arzt erfassen und – sofern erreicht – die Behandlung nur im „Konsilium“ durchführen, vor allem weil die zunehmende Spezialisierung gar nichts Anderes mehr zulasse.<sup>19</sup> Darum sei auch die ständige Fortbildung essenziell. Jeder Arzt müsse seine Kenntnisse immer auf dem höchstmöglichen Stand halten. Nicht umsonst habe der II. Weltkongress für medizinische Erziehung in Chicago 1959 das Motto *Die Medizin – ein lebenslanges Studium!* für sich gewählt, so der praktische Arzt Robert Braun.<sup>20</sup> Bildung sei jedoch nicht die reine Häufung von Wissen, sondern mehr eine geistige Prägung. Ein gebildeter Mensch sei somit ein reifer Mensch. Um dem Ideal des allwissenden Gelehrten nacheifern zu können, müsse man weit über das ärztliche Fachwissen hinwegblicken sowie geistig, kulturell, sozial und politisch im Bilde sein. Nicht ohne Grund habe Friedrich II. aus Sizilien vor ca. 700 Jahren veranlasst, dass ein dreijähriges Logikstudium zu absolvieren war, vor ein Student zur Medizin zugelassen wurde. Gerade die Logik schule die kritische Bewertung von Diagnostik- oder Behandlungsmethoden, was im Zeitalter der geschickten Werbung umso wichtiger geworden sei. Der Zeitgeist nivelliere außerdem das selbstständige Denken und Handeln. Alles habe seine Mode – Unabhängigkeit, Rebellion und Aufsässigkeit gingen unter. Umso elementarer sei es, sich als Student auch mal in fachfremden Fakultäten umzuhören, fand der Autor Arthur Lukowsky. Zur allgemeinen Bildung gehöre jedoch auch die Formung des Herzens. Nur ohne Herz hätten Ärzte in der Lage sein können, barbarische Menschenversuche durchzuführen und weitere zutiefst beschämende Gräueltaten zu begehen. Dabei seien die Hochschulen nicht ganz ohne Schuld, da sie offensichtlich verpasst hatten, was die ärztliche Ethik gebiete.<sup>21</sup> Für Susanne Bölling ist zudem die körperliche Bildung wichtig. Diese sei notwendig, um trotz der anstrengenden Arbeit ausgeglichen zu sein.<sup>22</sup> Lukowsky stellte im Schlusswort

---

<sup>19</sup> Pia. In: DÄ. (1968). Heft 5. S. 272ff.

<sup>20</sup> Braun. In: ÄM. (1961). Heft 45. S. 2582

<sup>21</sup> Lukowsky. In: ÄM. (1958). Heft 25. S. 705-707

<sup>22</sup> Bölling. In: ÄM. (1958). Heft 33. S. 951

zu seinem Artikel *Bildungsideal des Arztes* einwendend fest, dass der Bildungswert des Sportes nicht zu bezweifeln sei, man aber in einer Zeit, in der das Körperliche so sehr betrachtet werde, den Wert des Geistigen nochmals hervorheben müsse.<sup>23</sup> Auch der erste deutsche Bundespräsident Theodor Heuss betonte den Geist im ärztlichen Beruf, indem er auf dem 53. Deutschen Ärztetag in Bonn sagte: „Die Medizin gehört zur Naturwissenschaft, denn der Mensch ist ein Stück Natur. Das Arzttum gehört zur Geisteswissenschaft, denn der Mensch ist eben nicht bloß Natur. Es gibt große wissenschaftliche Mediziner; etwas anderes [sic] ist das Arzttum der unmittelbaren Kraft und Leistung. Dann, wenn beides sich begegnet, ist es Gnade.“<sup>24</sup> Ärztliches Handeln basiere deshalb auf zwei Säulen: Auf der einen Seite seien es die medizinische Fachkenntnis und das Handwerk, welche den Arztberuf ausmachen, auf der anderen Seite sei es die Humanität, so Lukowsky.<sup>25</sup> Neuffer meinte ferner, dass gerade letztere in der technisierten und seelenlosen Gesellschaft untergehe. Habe man in der Encyclopädia Britannica im Jahre 1768 noch fünf Seiten zum Stichwort *Liebe* gefunden, während das *Atom* nur vier Zeilen verdiente, so seien in der neuen Ausgabe mehr als fünf Seiten über das *Atom* vorhanden, wohingegen die *Liebe* unerwähnt bliebe. Man habe die Leitsätze des Paracelsus vergessen, der die Liebe als „die innerste Triebfeder des Arztes“<sup>26</sup> bezeichnet hatte. Die Grundidee des Arzttums sei nämlich die Idee der barmherzigen Selbstlosigkeit. Der Medizinhistoriker Joseph Schumacher zitierte dazu den Nobelpreisträger für Physiologie Archibald V. Hill, der gesagt hatte:

„Alle Impulse der Menschlichkeit, alle religiösen Gebote und alle menschlichen Überlieferungen beruhen auf der Überzeugung, dass menschliches Leiden gelindert, heilbare Krankheiten geheilt und verhütbare verhütet werden sollten. Das ist eine bedingungslose Verpflichtung; niemand darf sagen, das Leiden sei auf Torheit

---

<sup>23</sup> Lukowsky. In: *ÄM.* (1958). Heft 33. S. 951

<sup>24</sup> Stockhausen. In: *ÄM.* (1958). Heft 44. S. 1293

<sup>25</sup> Lukowsky. In: *ÄM.* (1958). Heft 20. S. 538

<sup>26</sup> Neuffer. In: *ÄM.* (1959). Heft 28. S. 988

zurückzuführen, ein Kind sei unerwünscht, oder die Familie des Patienten wäre glücklicher, wenn er das Zeitliche segnete.“<sup>27</sup>

Schumacher kam also zu dem Schluss, dass der Arzt im Grunde nur dem Einzelmenschen dienen dürfe und nicht einer naturwissenschaftlichen oder gar bevölkerungspolitischen Idee. Es sei auch der große Unterschied zwischen dem Politiker, der *den* Menschen diene, der Arzt habe es allerdings mit *dem* Menschen zu tun, so Neuffer.<sup>28</sup> Der jüdische Psychiater Erich Stern meinte jedoch, dass gerade der Arzt sich mit den Problemen eines Weltbilds auseinanderzusetzen habe. Leid und Tod seien immer wieder ein Antrieb, um über den Sinn des Lebens nachzudenken. Der Arzt dürfe aber kein Sittenrichter sein, der dem Kranken seine Weltanschauung und -haltung aufzwingen wolle, sodass eine Therapie niemals religiös gefärbt sein dürfe,<sup>29</sup> er sei schließlich kein Missionar, meinte auch Lukowsky.<sup>30</sup>

Ein weiterer wichtiger Grundsatz des ärztlichen Berufs sei die Tatsache, dass der ärztliche Beruf kein Gewerbe sein dürfe, wie es auch die Berufsordnung vorschreibt. „Niemals. Unter keinen Umständen. Und auch nicht ‚unter anderem‘. Das Geschäft ist nicht ‚auch‘ ein Wesensbestandteil des Arztiums. Das Geschäft hat mit dem Arztseins überhaupt nichts zu tun“<sup>31</sup>, meinte Lukowsky. Die ärztliche Kunst sei schließlich kein Produkt, für das man bezahlen könne. Auch könne ein Arzt ja nicht wie ein Kaufmann handeln, indem er dem Patienten eine Krankheit einredet, um diese dann zu ‚heilen‘. Ferner dürfe ein ärztlicher Kollege nie zum Konkurrenten werden, sondern zum Mitspieler im Kampf gegen die Krankheit,<sup>32</sup> denn nur so komme es „zu einer wünschenswerten wissenschaftlichen und moralischen Hebung unseres Standes“<sup>33</sup>, die schließlich auch dem Kranken zugutekomme. Zudem bestehe die Gefahr einer zunehmenden Materialisierung, vor allem was die frei praktizierenden Ärzte betreffe. Dies dränge das idealistische Soll des Arztethos

<sup>27</sup> Schumacher. In: ÄM. (1959). Heft 1. S. 9f.

<sup>28</sup> Neuffer. In: ÄM. (1959). Heft 28. S. 981

<sup>29</sup> Stern. In: ÄM. (1959). Heft 39. S. 1393-1396

<sup>30</sup> Lukowsky. In: ÄM. (1958). Heft 25. S. 706

<sup>31</sup> Lukowsky. In: ÄM. (1958). Heft 20. S. 537

<sup>32</sup> Lukowsky. In: ÄM. (1958). Heft 20. S. 537f.

<sup>33</sup> Wattenberg. In: ÄM. (1961). Heft 27. S. 1551

immer weiter zurück.<sup>34</sup> Auch der Professor für Gynäkologie August Mayer, der selbst im Rahmen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ an zahlreichen Zwangssterilisierungen an Frauen beteiligt gewesen war, kritisierte die verfallende Moral des Ärztestandes.<sup>35</sup> Der Arzt, vor allem der junge, strebe an, immer weniger zu arbeiten, dabei aber immer mehr zu verdienen. Dies widerspreche dem „Wesen des Arzttums und dem Dienst am Kranken im höchsten Maße“.<sup>36</sup> Es führe zu einer „Aushöhlung des Arzttums“, zum „Verlust seiner Sonderprägung“<sup>37</sup>, was den Arztthron gefährlich zum Wanken bringe. Wer das Wesen des Arzttums leugne, sehe den ärztlichen Beruf als reine „Beschäftigungsart zum Broterwerb“<sup>38</sup> und nicht mehr als Berufung, die durch den Dienst am Kranken eine Selbstverwirklichung ermögliche. Mayer sah sich in seiner Meinung dadurch bestätigt, dass der irisch-britische Satiriker Bernard Shaw den Ärztestand „eine Verschwörung zur Ausnutzung der menschlichen Leiden“<sup>39</sup> genannt haben soll. Ein Arzt, der sich mit einem Handwerker vergleiche, der seine Überstunden teuer bezahlt bekomme, verkenne das Arzttum und füge ihm Schaden zu. Die jungen Ärzte der 1960er Jahre hätten wohl vergessen, dass der Arzt zuvor im Dauerdienst gelebt habe, zumindest aber in einer Dauerdienstbereitschaft, dass es kein Recht auf Urlaub gegeben habe. Das Wort Freizeit habe man nicht in den Mund genommen. Ein Achtstundentag, eine gesonderte Bezahlung der Überstunden oder gar dienstfreie Tage seien mit einem echten Arzttum nicht vereinbar. Man müsse das hohe ethische Gut pflegen und bewahren und sich nicht an die Strömungen der Zeit zur Vermassung mitreißen lassen. Es sei nun die Aufgabe der Hochschullehrer dieses Ethos vorzuleben, es reiche nämlich nicht, es nur vorzulesen.<sup>40</sup>

---

<sup>34</sup> Warkentin. In: ÄM. (1961). Heft 27. S. 1550f.

<sup>35</sup> Mayer. In: ÄM. (1961). Heft 10. S. 549

<sup>36</sup> Mayer. In: ÄM. (1961). Heft 30. S. 1679

<sup>37</sup> Ibid.

<sup>38</sup> Ibid.

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> Ibid. S. 1679f.

Die oben aufgezeigte Arbeitsmoral erschien also stets als Orientierung für die Bewertung des ärztlichen Ethos und Auftrags in der Gesellschaft. Die überhöhten Vorstellungen eines idealen Arztes entstammten weiterhin der antiken Denkweise, die Kritik am Arztum geschah immer noch über die Gräueltaten des nationalsozialistischen Regimes. So zitierte Oeter den bekannten Soziologen Helmut Schelsky: „Der Versuch, ‚die personenbetonten und verinnerlichten Grundzüge‘ des Arztes in einem Leitbild festzuhalten“ sei „nur rückwärtsgewandte ‚Romantik und Unrealistik, mit der sie (die Medizin) Leitbilder aus der Vergangenheit beschwört, die so nie bestanden hat, und sich damit ihren modernen Wirkungszusammenhängen ideologisch noch mehr entfremdet, als es an sich die Umstände der modernen Berufstätigkeit aufnötigen.“<sup>41</sup> Fromm meinte jedoch, dass das Arztbild täglich neu geformt und immer aufs Neue erarbeitet werden müsse. Dabei solle man sich eben schon an der Geschichte orientieren, denn diese sei die beste Warnung für Fehlinterpretationen des ärztlichen Auftrags, bringe aber auch nachahmenswerte Persönlichkeiten mit sich.<sup>42</sup> Es werde für die Ärzteschaft stets Aufgabe bleiben, ein zeitgemäßes und korrektes Arztbild zu erhalten. Dabei beinhalte dieses immer weniger den Priesterarzt, der mit einem Orakelspruch über seine Patienten urteile. Vielmehr sei an seine Stelle der wissenschaftliche Arzt getreten, der sich selbst gegenüber kritisch ist und den Patienten in seiner Not berät und mit diesem ein Suchender ist, so der Physiologe W. Josenhans.<sup>43</sup>

Deutliche Worte fand Neuffer schließlich zum Thema ärztliche Ethik und Aufgaben: „Wie ein Fels im brausenden Geschehen der Zeit müssen die sittlichen Pflichten echten Arztums über allen Wandel der Zeiten hinausragen“<sup>44</sup> oder wie es der österreichische Professor der Chirurgie Burghard Breitner formulierte: „Wir sollen entweder beste Ärzte sein oder wir sollen umsatteln auf Schildkrötenzüchtung“.<sup>45</sup>

---

<sup>41</sup> Oeter. In: ÄM. (1960). Heft 48. S. 2466

<sup>42</sup> Fromm. In: ÄM/DÄ. (1962). Heft 14. S. 765

<sup>43</sup> Josenhans. In: ÄM. (1961). Heft 30. S. 1678

<sup>44</sup> Neuffer. In: ÄM. (1958). Heft 15. S. 382

<sup>45</sup> Breitner. In: ÄM. (1956). Heft 16. S. 443

## 6.2 Der Einfluss der Medien auf das Arztbild der frühen 1960er Jahre

Nachdem in der Nachkriegszeit immer mehr Verlage gegründet und von den Besatzungsmächten lizenziert worden waren, kam es Ende der 1950er Jahre zu einem regelrechten Zeitungsboom.<sup>46</sup> Auch das Fernsehen war als Medium immer wichtiger geworden, da hiermit bis 1968 bereits 80 % der Haushalte erreicht werden konnten.<sup>47</sup> Dies unterstrich die potentielle Auswirkung, die die mediale Berichterstattung auf die Meinung der Gesellschaft haben konnte. So verwundert es nicht, dass Schlagzeilen der *NEUEN WELT am Sonnabend* wie „Heilung für Millionen“ oder „Die großen Ärzte der Hoffnung“ und „Krankes Herz kann ersetzt werden“<sup>48</sup> die Gemüter erregten. Auf diese Art und Weise werde versucht, medizinische Themen einer großen Leserschaft zugänglich zu machen. Allerdings gehe es hier nicht um medizinische Aufklärung, sondern vorwiegend darum, „sensationslukrative“ Publizistik zu betreiben. Auch wenn die „Kleine Sprechstunde“ und die „Große Sprechstunde“, in der ein gewisser Dr. med. Schaumann Gesundheitsfragen der Leser beantwortet, eine seriöse Abhandlung suggerierten.<sup>49</sup> Gleich daneben finde man jedoch eine Reportage über eine „Herzoperation außerhalb des Körpers“, das „bekannte Bild weißvermummter Chirurgen zwischen surrealistischem Apparatewirrwarr“<sup>50</sup> fehle hier auch nicht. Besonders die Serie „Die großen Ärzte der Hoffnung“ geschehe angeblich „nicht, um der Auflagenhöhe willen, sondern in bester Absicht“.<sup>51</sup> Dies solle dem Fortschritt dienen, „zu unser aller Nutzen“, schrieb der Chefredakteur der *NEUEN WELT* Jürgen Köpcke.<sup>52</sup> Die gute Absicht sei aber fraglich, wenn solche Artikel zwischen Schlagzeilen wie „Älterer Herr liebt 17-jährige“ oder „Seine Frau ritt ihm davon“ auftauchten, meinte ein Kommentator im DÄ.<sup>53</sup> Außerdem führten solche, angeblich der Aufklärung dienenden Artikel nur dazu, dass Patienten durch Selbstdiagnose und

---

<sup>46</sup> Wilke et al. (2003). S. 217

<sup>47</sup> Faulstich et al. (2003). S. 235

<sup>48</sup> Deutsches Ärzteblatt. In: *ÄM/DÄ*. (1962). Heft 42. S. 2131

<sup>49</sup> *Ibid.*

<sup>50</sup> *Ibid.*

<sup>51</sup> *Ibid.* S. 2132

<sup>52</sup> *Ibid.*

<sup>53</sup> *Ibid.*

-behandlung allerlei Krankheiten verschleppten und dadurch verschlimmerten. Der Patient stehe dadurch mittlerweile zu sehr „unter dem Trommelfeuer von Werbung und Sensation“,<sup>54</sup> wodurch er nicht mehr wisse, wem oder was er vertrauen könne. Oft käme auch ein Patient mit einem ausgeschnittenen Inserat aus einem Magazin in die Sprechstunde und wolle dann dieses Präparat verschrieben bekommen.<sup>55</sup> Es sei dann unglaublich schwierig, dem Patienten das angepriesene und hoch gelobte Medikament wieder auszureden. Das beeinträchtige das Vertrauen gegenüber dem Arzt, denn die Ärzteschaft komme so schnell in den Ruf „unmodern“ zu sein.<sup>56</sup> So sah ein Großteil der Ärzte die regelrechte Verherrlichung der Medizin durchaus kritisch und wünschte weniger die Propagierung einer perfekten Medizin, als vielmehr eine sachgerechte Berichterstattung sowie Information der Gesellschaft. Allerdings begrüße die Ärzteschaft auch das öffentliche Interesse, denn jede Therapie oder prophylaktische Maßnahme gelinge eher, wenn die Allgemeinheit sie unterstütze.<sup>57</sup> Dies fordere jedoch auch eine vermehrte Kommunikation mit dem Patienten, denn wenn medizinische Information für die Bevölkerung zunehmend zugänglich werde, sei es im Fernsehen, in Zeitschriften und Zeitungen oder gar im Lexikon, dann könne man dem Patienten nichts mehr verheimlichen und sei die Diagnose noch so grausam.<sup>58</sup>

Zunehmend kamen jedoch auch jene zu Wort, die sich eher kritisch gegenüber der ärztlichen Standespolitik äußerten. Geschehen in einem Radiobeitrag des NDR mit dem Titel *Im Namen des Hippokrates*. Hier wurde von „Ärzte monopol“, vom „Materialismus“ der Ärzte und von neuen Gebührenordnungen gesprochen und den Beitrag mit dem Fazit „Verrat an Hippokrates“ geschlossen.<sup>59</sup> Es stelle sich schon die Frage, was Standespolitik mit Verrat zu tun habe, so Gerhard König, der erste Vorsitzende der KV Westfalen-Lippe. Man dürfe jegliche Art der Abwertung des deutschen Ärztstandes nicht tolerieren, denn es untergrabe das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und

<sup>54</sup> König. In: DÄ. (1964). Heft 18. S. 1043

<sup>55</sup> Ibid. S. 1044

<sup>56</sup> Bundesärztekammer. In: DÄ. (1967). Heft 20. S. 1087

<sup>57</sup> Ibid. S. 1086

<sup>58</sup> Jores. In: DÄ. (1967). Heft 41. S. 2150

<sup>59</sup> Pia. In: DÄ. (1968). Heft 5. S. 905

Patient. Meist werde in den Medien aber das Bild eines Arztes vermittelt, der täglich mehrere Lebensrettungen vollbringe.<sup>60</sup> Ein ‚guter‘ Arzt sei somit stets unfehlbar, er wisse alles, selbst die noch so seltene Wechselwirkung zwischen Arzneimitteln kenne er. Dieses Bild sei für die Ärzteschaft gefährlich, denn es erlaube kein Irren. Es wäre also viel besser, wenn man nicht die Perfektion anstrebe, sondern „die Kunst des Menschenmöglichen“.<sup>61</sup>

### 6.3 Zusammenfassung und Bewertung

Die Ärzteschaft scheint in den 1960er Jahren ihr inneres Gleichgewicht gefunden zu haben. Die miserablen Honorar- und Zulassungsbedingungen der Nachkriegszeit waren überwunden, die Beschäftigungsverhältnisse hatten sich stabilisiert. Auch wenn von vielen Seiten noch geklagt wurde, brachte die boomende Wirtschaft doch für alle Beteiligten eine gewisse, vor allem finanzielle Sicherheit. Der Ärztestand hatte somit die Möglichkeit, in seiner gewünschten Identität anzukommen, in einem angesehenen Beruf, der eine der Grundbedürfnisse des Menschen, den Wunsch nach körperlicher und seelischer Unversehrtheit, befriedigt.

Bezüglich der Eigenschaften eines guten Arztes waren sich die Autoren im DÄ meist einig. Besonders das ärztliche Charisma mache die Arztpersönlichkeit aus, die dazu befähige, den Patienten durch ein gesundes Leben zu führen. Auch der ärztliche Auftrag war für die Autoren der 1960er Jahre klar definiert. Er leitete sich vom Hippokratischen Eid und dem späteren Genfer Gelöbnis ab. Einerseits verwundert es, dass die Ärzteschaft sich bezüglich ihrer Aufgabenstellungen weiter am antiken Arztbild festhielt. Andererseits waren die 1960er Jahre auch eine Zeit der intensiveren Aufarbeitung des Nationalsozialismus. So trafen sich 1960 Adenauer und Ben Gurion in New York, um 15 Jahre nach der Schoah ein erstes Zeichen der Aussöhnung zu setzen, 1961 fand der Eichmann-Prozess und 1965 der Auschwitz-Prozess statt, deren Ergebnisse es Deutschland ermöglichten,

<sup>60</sup> König. In: DÄ. (1964). Heft 18. S. 1044

<sup>61</sup> Wolff. In: DÄ. (1967). Heft 7. S. 1287

erneut diplomatische Beziehungen mit Israel aufzunehmen. Auch das Adenauer-de Gaulle-Abkommen aus dem Jahre 1963 sorgte für eine weitere Aussöhnung und somit für eine gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Folgen des Zweiten Weltkrieges.<sup>62</sup> Um sich also von den ärztlichen Verfehlungen während des Nationalsozialismus abzugrenzen, brauchte die Ärzteschaft ein Bild, an dem sie sich orientieren konnte und deren Ethik und Moral mit den Gesetzen der Zeit übereinstimmte. So erschien ihr erneut das Arztbild der griechischen Antike angemessen, um die wünschenswerten moralischen und ethischen Richtlinien aufzuzeigen.

Insbesondere die Medien zeichneten eher ein ambivalentes Bild. Einerseits wurde die ärztliche Standespolitik zunehmend kritisiert, andererseits hatten sie das Potenzial der Medizin zu Zeiten des Wirtschaftswunders erkannt und versprachen Großes für Gegenwart und Zukunft. Dieses Bild kann für die Ärzteschaft insofern problematisch werden, als sie diese Wunschvorstellungen nicht in die Realität umsetzen kann und somit die Hoffnungen der Öffentlichkeit enttäuschen muss, was sich negativ auf das Arztbild auswirken würde.

Betrachtet man das Arztbild in den demoskopischen Studien der 1960er Jahre, nahm der Arzt jedoch immer noch einen Spitzenplatz ein. Der Internist Hans Schulten schrieb in seinem 1960 erschienenem Buch *Der Arzt*, wie die Ärzteschaft zwar noch hoch angesehen sei, aber zunehmend an Prestige verliere. Dennoch sei der Arzt für die Öffentlichkeit noch immer ein „Zauberer, der scheinbar die Schlüssel mancher Geheimnisse besitzt“.<sup>63</sup>

Wenn man die Ergebnisse der Texte aus diesem Jahrzehnt mit der einschlägigen Literatur zur Kultur der 1960er Jahre vergleicht, fällt auf, dass die Ärzteschaft den Strömungen der Zeit hinterherhinkte. Überall ist von Aufbruch,

---

<sup>62</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/893/60-x-deutschland-das-jahr-1960> (02.05.2016)  
Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/140325/60-x-deutschland-das-jahr-1961> (02.05.2016).  
Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/886/60-x-deutschland-das-jahr-1963> (02.05.2016).  
Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/888/60-x-deutschland-das-jahr-1965> (02.05.2016).

<sup>63</sup> Schulten (1966). S. 45

Aufschwung und Protest die Rede:<sup>64</sup> Aufbruch der Gesellschaft, Ausbruch ins All, Aufschwung der Wirtschaft und Protest gegen die elterliche Generation und ihre Eliten<sup>65</sup>. Diese Themen spiegelten sich aber kaum im DÄ wider. Auch die Teilung Deutschlands durch die Mauer und somit auch die Teilung der deutschen Ärzteschaft fand keine Erwähnung.<sup>66</sup> Erst in den darauffolgenden Jahren wurden die Proteste der Studenten und jungen Ärzte in einigen Artikeln erwähnt. Es mag unter anderem an der relativ geringen Artikelanzahl zum Ärztebild (im Durchschnitt nur 3,4 Artikel/Jahr) der 1960er Jahre liegen, dass diese Themen wenig Beachtung fanden. Denn obwohl das DÄ nun wöchentlich erschien und die Seitenzahl auf über 3000 angewachsen war, fanden sich weniger Artikel zum Arztbild als in den 1950er Jahren (6,1 Artikel/Jahr). Einzig im Jahr 1961 schien ein größeres Interesse an der Standespolitik vorhanden zu sein. Die Häufung der Artikel in diesem Jahr kam vor allem durch eine vermehrte Diskussion eines Artikels von August Mayer zustande.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sich die Ärzteschaft in den frühen 1960er Jahren in ihrer eigenen Thematik wohlfühlte, diese aber die gesellschaftspolitischen Themen der Zeit nur peripher streifte, sodass abzuwarten gilt, ob sich diesbezüglich in den kommenden Jahren ein größerer Schnittpunkt fand.

---

<sup>64</sup> Faulstich (2003). S. 7-30

<sup>65</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/889/60-x-deutschland-das-jahr-1966> (02.05.2016).

<sup>66</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/140325/60-x-deutschland-das-jahr-1961> (02.05.2016).

Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/885/60-x-deutschland-das-jahr-1962> (02.05.2016).

Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/887/60-x-deutschland-das-jahr-1962> (02.05.2016).

## 7 Der Arztberuf in Zeiten des gesellschaftlichen Umbruchs (1968-1979)

Der Tod des Studenten Benno Ohnesorg am 2. Juni 1967 bei einer der bis zu diesem Zeitpunkt friedlichen Studentenproteste gegen das Establishment brachte die sowieso schon angespannte Lage zum Eskalieren.<sup>1</sup> Die politische wie gesellschaftliche Aufbruchstimmung, von der diese Proteste profitierten, war bereits Mitte der 1960er Jahre zu spüren, ein „politischer Generationenwechsel“<sup>2</sup> kündigte sich an. Soziokulturell wurde dem Jahr 1968 jedoch eine besondere Bedeutung zugesprochen. Es war der Höhepunkt der Studentenproteste, in denen die Jugend unter anderem ein Ende des Vietnamkriegs verlangte und vor der Verdrängung der NS-Vergangenheit warnte. Retrospektiv sprach man kulturhistorisch von der „Umgründung der Republik“.<sup>3</sup> Allerdings war dies nicht ein rein deutsches Phänomen. Auch in Polen und in der Tschechoslowakei kam es zu Umbrüchen. Im sogenannten „Prager Frühling“ wollte der damalige Chef der Kommunistischen Partei Wirtschaftsreformen zur Liberalisierung einleiten. Diese wurden jedoch bald von der sowjetischen Armee niedergeschlagen. Es handelte sich also um eine transnationale Entwicklung, die vor allem aus den USA als sowohl kulturelle sowie politische Weltmacht, wichtige Impulse erhielt.<sup>4</sup>

Der Ost-West-Konflikt, der im Vietnamkrieg letztendlich ausgefochten wurde und mit der Teilung Deutschlands durchaus im täglichen Leben präsent war, entspannte sich erst ein wenig mit der Ostpolitik des vierten Bundeskanzlers Willy Brandt. Insbesondere der Kniefall von Warschau im Dezember 1970 sowie die Anerkennung der Oder-Neiße-Grenze im Moskauer Vertrag konnten eine diplomatische Annäherung erreichen,<sup>5</sup> sodass es im

---

<sup>1</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/890/60-x-deutschland-das-jahr-1967> (02.05.2016).

<sup>2</sup> Conze (2009). S. 332

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/891/60-x-deutschland-das-jahr-1968> (02.05.2016).; Conze (2009). S. 333f.

<sup>5</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/852/60-x-deutschland-das-jahr-1970> (02.05.2016).

Folgejahr zum Transitabkommen zwischen der Bundesrepublik und der DDR kommen konnte.<sup>6</sup> Die Guillaume-Affäre im Jahre 1974 belastete die Beziehung erneut, was zum Rücktritt Willy Brandts und somit dem Hoffnungsträger der Ostpolitik führte.<sup>7</sup> Nach Jahren der Entspannung kam es Ende der 1970er Jahre wiederholt zur Zuspitzung des Kalten Krieges und so begann ein neues Wettrüsten durch Mittelstreckenraketen in Mitteleuropa.<sup>8</sup>

Während der Kalte Krieg die Welt weiter zutiefst spaltete, dominierte in Deutschland eine andere Bedrohung die Schlagzeilen. Nicht nur bei den Olympischen Spielen 1972 kam es zu einem terroristischen Anschlag, auch die RAF zog immer weitere Kreise<sup>9</sup> und bis sich ihre Mitbegründerin Ulrike Meinhof 1976 das Leben nahm. Da jedoch nicht alle an einen Suizid glaubten, löste dies eine neue Skepsis gegenüber den Staatsorganen aus.<sup>10</sup> Wieder in die Schlagzeilen kam die RAF 1977 mit der Ermordung des Generalbundesanwalts Buback, auch der Chef der Dresdner Bank wurde Opfer der RAF, ebenso wie Arbeitsgeberpräsident Hanns-Martin-Schleyer.<sup>11</sup>

Nicht nur politisch, sondern auch gesellschaftlich waren die 1970er Jahre eine Zeit des Umbruchs. Bereits Ende der 1960er Jahre war die sogenannte Hippie-Bewegung und deren Lebensstil aus den USA nach Deutschland geschwappt, versprach „freie Liebe“ und stellte die Kommune als Alternative zur bürgerlichen Kleinfamilie. Es ging aber auch um eine neue Rolle der Frau. Die Antibabypille etablierte sich und der „Abtreibungsparagraph“ §218 StGB wurde zum Katalysator der Frauenbewegung.<sup>12</sup> Darüber hinaus fand insbesondere die

---

<sup>6</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/849/60-x-deutschland-das-jahr-1971> (02.05.2016).

<sup>7</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/858/60-x-deutschland-das-jahr-1974> (02.05.2016).

<sup>8</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/867/60-x-deutschland-das-jahr-1979> (02.05.2016).

<sup>9</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/856/60-x-deutschland-das-jahr-1972> (02.05.2016).

<sup>10</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/860/60-x-deutschland-das-jahr-1976> (02.05.2016).

<sup>11</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/861/60-x-deutschland-das-jahr-1977> (02.05.2016).

<sup>12</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/849/60-x-deutschland-das-jahr-1971> (02.05.2016).

Umweltbewegung ihren Ursprung in den 1970er Jahren. So gelang ihr beispielsweise der zwischenzeitliche Stopp des Baus eines Kernkraftwerks,<sup>13</sup> aber auch eine allmähliche Sensibilisierung der Bevölkerung für die Endlichkeit der irdischen Ressourcen. Während die Gesellschaft also aus ihren alten Gewohnheiten ausbrach, kam es gleichzeitig auch zu einem weiteren Ausbruch ins All, was seinen Höhepunkt in der Mondlandung am 21. Juli 1969 fand.<sup>14</sup>

Die 1970er Jahre bildeten somit den Rahmen für einen bedeutenden Umbruch in vielen Bereichen der Gesellschaft. Es gilt also herauszuarbeiten, inwiefern die Ärzteschaft davon betroffen war.

### 7.1 Die Einflüsse der Studentenbewegung auf das Arztbild

Das Jahr 1968 gilt als einer der wichtigsten Zäsuren in der Geschichte der „alten“ Bundesrepublik. Die einen sehen darin einen entscheidenden Demokratisierungsimpuls, die anderen finden dort die Ursachen der Orientierungslosigkeit der heutigen Jugend und den Beginn eines „geistig-moralischen Verfalls“<sup>15</sup> durch die zunehmende Liberalisierung. „Tatsächlich resultierte die Reibungshitze der 60er Jahre gerade daraus, dass der starke Modernisierungssog die teilweise noch kräftigen gesellschaftlichen Kontinuitätsstränge aus der Zwischenkriegszeit und beträchtlichen Residuen konservativer Mentalitäten tangierte und zunehmende Gegenwehr provozierte, was wiederum die Notwendigkeit einer tiefgreifenden Modernisierung zu belegen schien.“<sup>16</sup> Laut dem deutschen Historiker Axel Schildt bereiteten die 1960er Jahre also die kumulative Radikalisierung am Ende des Jahrzehnts vor. Schon in den frühen 1960er Jahren hatte eine „Intensivierung vergangenheitspolitischer Diskurse“<sup>17</sup> begonnen, die ab 1968 von der Studentenbewegung aufgenommen wurden. Es ging dabei weniger um die metaphysische Schuld einer ganzen Gesellschaft,

<sup>13</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/859/60-x-deutschland-das-jahr-1975> (02.05.2016).

<sup>14</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/892/60-x-deutschland-das-jahr-1969> (02.05.2016).

<sup>15</sup> Schildt et al. (2000). S. 11

<sup>16</sup> Ibid. S. 18

<sup>17</sup> Ibid. S. 36

sondern vielmehr darum einzelne Verbrechen aufzudecken und zu verfolgen. Obwohl sich die Studentenbewegung erst gegen Ende der 1960er Jahre formierte und dementsprechend im DÄ in dieser Zeit noch wenig präsent war, soll sie in einem eigenen Kapitel Erwähnung finden, denn sie wird insbesondere das Arztbild des folgenden Jahrzehntes mit prägen.

Josef Stockhausen, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer von 1955 bis 1974, sprach in seinem Artikel über den Arzt im Wandel der Zeit eine kleine Gruppe der „allerjüngsten“ Mediziner an, die eine Verstaatlichung der Medizin forderte. Vor allem die Freiburger Fakultät der Medizin bringe zunehmend Parolen „aus ganz bestimmten politischen Ideologien“<sup>18</sup> in Umlauf. Man könne nur hoffen, dass die Masse der Medizinstudierenden dieser Gruppe die Gefolgschaft versagen werde, obwohl diese sich anschiebe, „die Redaktionsstühle der studentischen Informationsblätter und andere Schlüsselpositionen für ihre politische Propaganda zu okkupieren.“<sup>19</sup> Dieser Wunsch wird nicht in Erfüllung gehen, denn schon im Jahre 1969 kam es zu Streiks und Massendemonstrationen vor medizinischen Fakultäten, sogar vor dem Bundesgesundheitsministerium. Sie kritisierten die Missstände an den Fakultäten sowie der Mentalität der alten Elite und wollten alles umkrempeln – das Studium, die Wissenschaft, die Rolle des Arztes in der Gesellschaft und sogar die Definition von Krankheit, welche zu sehr leistungsorientiert sei. Außerdem sei das Berufsethos ein nebulöser Überbau, der der Exklusivität des Arztes diene und von Standesorganisationen natürlich bewusst gefördert werde, so die propagierte Meinung der Studentenbewegung. Der Arzt sei zum Handwerker geworden, der die Gesellschaft gesundflicken solle, damit sie sich ökonomisch lohne. Auch der Zustand der Arzt-Patientenbeziehung wurde angeprangert, denn sie sei zu sehr Subjekt-Objekt-Beziehung und nicht wie Freud schon verlangt hatte, ein Verhältnis zweier Subjekte.<sup>20</sup> Der Freiburger Medizinstudent Hans Joachim Gramm beklagte ferner in der *Vorkliniker Info*, dass der Studierende nur als „Bildungsobjekt“ angesehen werde, das es zu füllen gelte,

---

<sup>18</sup> Stockhausen. In: DÄ. (1968). Heft 52. S. 3004

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Deutsches Ärzteblatt. In: DÄ (1969). Heft 34. S. 2354f.

wie ein leeres Gefäß. Man müsse vermeiden „zum willfährigen Herrschaftsinstrument in der Hand der politisch-ökonomischen Herrschaftselite“<sup>21</sup> zu mutieren. Die Abhängigkeit und die Hierarchie in der Gesellschaft müssten aufhören. Moralbegriffe wie „Sauberkeit, Sparsamkeit, Gehorsam, Pflichtbewusstsein und Unterdrückung der Sexualität“<sup>22</sup> dürften nicht oberstes Gebot sein, meinte zudem die Basisgruppe Medizin aus Heidelberg. Deshalb sei es vor allem für die junge Ärztegeneration wichtig, ihr Privat- und Berufsleben selbst in die Hand zu nehmen. Die Basisgruppe schloss ihre Forderungen mit folgendem Satz: „Jeder gibt zu, dass der Arzt eine soziale Tätigkeit ausübt; doch sozial tätig sein, heißt politisch tätig sein.“<sup>23</sup> Den Medizinstudenten der Protestgruppierungen ging es also um konkrete Veränderungen in der Hochschulstruktur, insbesondere in der Ausbildung zum Arzt. Dies unterschied sie von dem Gros der allgemeinen Studentenbewegung, die eine generelle Umstrukturierung der Gesellschaft und Politik wünschte und anstrebte. Das Thema fand im DÄ vergleichsweise wenig Erwähnung, das folgende Kapitel aber zeigt, wie tief die Thematik in der gesellschaftlichen und berufspolitischen Diskussion angekommen ist.

## 7.2 Das Arztbild einer zunehmend politisierten Gesellschaft

Die Definition des Arztes als vom Staat approbierten Akademiker sei seit Jahrzehnten dieselbe, die Gesellschaft als Kulturkreis, der sich aus einzelnen Individuen zusammensetze, erfahre in den 1970er Jahren dagegen eine bedeutsame Veränderung, so der medizinische Fachjournalist J. F. Volrad Deneke. Der Begriff der Gesellschaft stelle aber ein unstrukturiertes Gemenge dar und entspreche der zu dieser Zeit eher der „Libertinage pluralistischer Promiskuität“<sup>24</sup>. Zudem bedeute Gesellschaft vermehrt „chaotische Égalité“<sup>25</sup> und habe mit der Macht eines Staates nichts mehr zu tun. Der Arzt sei in

---

<sup>21</sup> Deutsches Ärzteblatt. In: DÄ. (1969). Heft 33. S. 2296

<sup>22</sup> Ibid. S. 2297

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Deneke. In: DÄ. (1979). Heft 36. S. 2248

<sup>25</sup> Ibid.

diesem Gemenge automatisch elitär, zum einen seiner akademischen Ausbildung wegen, zum anderen weil er staatlich privilegiert sei. Genau dieses passe nicht in die Gesellschaft der Libertinage, was Anreiz zu Missgunst, Neid und schließlich Misstrauen gebe. Der Arztberuf stehe somit in einer Antinomie zu dieser Gesellschaft. Der Neidkomplex, der daraus entstehe, sei „die lebhafteste Motivation der Rufe nach sozialer Gerechtigkeit und Gleichheit für alle Untüchtigen mit den Tüchtigen, alle Faulen mit den Fleißigen, alle Sparsamen mit den Verschwendern“<sup>26</sup>. Der Gesellschaftsbegriff der 1970er Jahre sei nach links gerückt, die historisch überkommenen Begriffe wie „Volk“, „Nation“ und „Staat“ gölten nun als verpönt.<sup>27</sup> Die Industriegesellschaft des 19. und teilweise auch 20. Jahrhunderts, in der mit Fleiß etwas geleistet wurde, habe sich in eine Konsumgesellschaft verwandelt, die weniger an der Herstellung und Gewinnung von Gütern interessiert sei, als mehr an deren Verbrauch und vor allem deren Inanspruchnahme. „Immer weniger Menschen müssen immer mehr arbeiten, während immer mehr Menschen immer weniger arbeiten.“<sup>28</sup> Zu viele Menschen beanspruchten den Konsum für sich, obwohl sie selbst nicht genügend dafür leisteten. So werde auch auf den Arzt ein Rechtsanspruch geltend gemacht, der nun zum Erfüllungsgehilfen der staatlichen Gesundheitswerkstätten werde. Dies verändere auch den Blick auf Krankheit und Gesundheit. Gesundheit werde als höchstes Gut betitelt, während die Krankheit nicht mehr als Schicksal hingenommen werden könne. Der Arzt müsse unter allen Umständen dafür sorgen, dass dieser Mangelzustand wieder behoben werde, sonst werde er als Versager betrachtet. Auch die WHO-Definition der Gesundheit, die diese als Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens deklariert habe, habe zu den übersteigerten Erwartungen geführt. Paradoxerweise könnten der Arzt, aber auch die Gesellschaft dann besonders große Erfolge erzielen, wenn die Gesundheit nicht allein das höchste Gut darstelle. Es müsse sich lohnen für ein höheres Gut leistungsfähig, belastbar und zu Opfern bereit zu sein. Gesundheit

---

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> Ibid.

müsse Mittel zum höheren Zweck werden.<sup>29</sup> Wenn aber nun vor allem die Gesundheit und nicht mehr die Krankheit im Mittelpunkt des ärztlichen Handelns stehen sollte, dann ist umso bedeutender, was Gesundheit denn nun wirklich ausmacht. Die Definition der WHO ist sicher etwas zu hoch gegriffen, kann man sie denn jemals erreichen? Krankheit sei viel klarer darzustellen. Es handle sich um einen Zustand, der unerwünscht sei und wie der Viktor von Weizäcker gesagt haben soll: „krank ist, was des Arztes bedarf“<sup>30</sup> oder wie sich Richard Siebeck ausgedrückt haben soll: Krankheit sei das, was „vom Menschen empfunden und vom Arzt erkannt wird“<sup>31</sup>. Es werde den Ärzten immer der Vorwurf gemacht, dass sie allein die Kranken behandeln wollten, ganz nach Lucas 5,31: „Die Gesunden bedürfen des Arztes nicht, sondern die Kranken.“<sup>32</sup> So sah auch die Jahrestagung der katholischen Ärztarbeit 1973 die ärztliche Arbeit durch den Wandel in der Gesellschaft bedroht: „In einer Generation der Konsumideologie, da den Fernseh-Philalphabeten sogar der Lebenssteil ins Haus geliefert wird, in einer Zeit des Verfalls der Familie, der drohenden Vater- und Mutterlosigkeit, in einer Zeit, da die Frau nur mehr auf dem Arbeits- und Libidomarkt als emanzipierter Wert notiert wird, steht die Medizin vor der immensen Aufgabe, Kontrollen des technischen und zivilisatorischen Fortschritts zu bieten“<sup>33</sup>. Man müsse sich wieder hin zu anthropologischen Zielen wenden, weg von einer rein naturwissenschaftlich objektiven Medizin.<sup>34</sup>

Der Arztberuf gerate ferner zunehmend zwischen die Fronten der Patientenwünsche, so der Arzt und Medizinhistoriker Hans Schadewaldt. Während die einen eine persönliche und engagierte Betreuung wünschten, pochten die anderen auf die neueste Medizintechnik und genormte Behandlungsmuster. Interessanterweise werde letzteres hauptsächlich von Gesunden erwartet, die den Arzt aus kühler Distanz beurteilten, während sich der Kranke eher eine persönliche psychosoziale wie somatische Betreuung

<sup>29</sup> Ibid. S. 2247ff.

<sup>30</sup> Jungmann. In: DÄ. (1976). Heft 46. S. 2953

<sup>31</sup> Ibid.

<sup>32</sup> Ibid. S. 2955

<sup>33</sup> Sauter-Servaes. In: DÄ. (1973). Heft 46. S. 3207

<sup>34</sup> Ibid. S. 3207f.

erhoffe. Der Arztberuf könne aber niemals aus sich selbst heraus erklärt werden, sondern nur in Beziehung zu seinen Patienten. Dies wusste auch schon Clemens von Alexandrien 215 n. Chr.: „Die Heilkunst ist an den kranken Menschen gebunden, wenn kein Kranker da ist, so hat auch die Kunst des Arztes kein Wirkungsfeld.“<sup>35</sup>

Beachtlich sei dabei auch, was man in der modernen Zeit alles als Medizin bezeichne. Hatte man in früheren Zeiten damit allein ärztliches Handeln gemeint, so seien nun die Medizintechnik, die medizinische Wissenschaft ja gar die gesetzliche Krankenversicherung ein Teil der Medizin. All dies habe dazu geführt, dass die Medizin sowohl den Maßstab für jeglichen Fortschritt verkörpere, als auch Inbegriff der Lebensqualität jedes einzelnen Bürgers geworden sei, so der Arzt und CDU-Politiker Gerhard Jungmann. Problematisch seien dabei die Ansprüche und Erwartungen an eine unbegrenzte Leistungsfähigkeit der Medizin, welche auch durch die Medien und selbst von der Politik hochgehalten würden. Diese könnten aber niemals und schon gar nicht für alle befriedigt werden. Man habe zudem den eigentlichen Auftrag der Medizin verfehlt, wenn man sich allein vom naturwissenschaftlich-technischem Fortschritt steuern lasse, so Jungmann. Während beispielsweise der Gründer der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, Hans Schäfer, 1963 in seinem Buch *Die Medizin heute* die ärztliche Aufgabe hauptsächlich über Heilung von Krankheiten, von kranken Menschen definierte,<sup>36</sup> werde in den 1970er Jahren zunehmend die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit in den Mittelpunkt gestellt. Somit habe sich ein tief greifender Bedeutungswandel vollzogen, weg vom reinen Heilen und den humanitären Verpflichtungen eines Arztes, hin zur angewandten Naturwissenschaft und Technik. Dabei werde der Arzt zunehmend zum Vermittler zwischen Wissenschaft und dem Individuum, während die persönliche Anteilnahme am Schicksal des kranken Menschen zur Privatsache degradiert werde, so Jungmann.<sup>37</sup> Es herrsche eine Technokratie, die die Medizin seelenlos und lieblos mache und Apparaturen, Laborwerte und

---

<sup>35</sup> Schadewaldt. In: DÄ. (1974). Heft 6. S. 393

<sup>36</sup> Jungmann. In: DÄ. (1976). Heft 19. S. 1317ff.

<sup>37</sup> Jungmann. In: DÄ. (1978). Heft 14. S. 830

Statistiken dominieren lasse, so Enno Freerksen, Leiter des Instituts für experimentelle Biologie und Medizin in Kiel.<sup>38</sup> Die Medizin sei entindividualisiert, der Patient zu einer Nummer, der Arzt zum Gesundheitsingenieur in seiner medizinische Reparaturwerkstätte degradiert worden,<sup>39</sup> das Krankenhaus zur „Servicestation“<sup>40</sup>. Dadurch sei der „Beichtvater“<sup>41</sup>, der Seelsorger sowie der Familienfreund im Arzt verschwunden. Es sei so zu einer Institutionalisierung des Arztes gekommen, die das persönliche Vertrauen des Patienten sowie die Verantwortung des Arztes auf eine professionelle Entscheidungsbefugnis degradiere, was zugleich das Ende der Arzt-Patientenbeziehung bedeute.<sup>42</sup> Die Ärzteschaft sei dringend aufgerufen, einer Entpersönlichung und totalen Bürokratisierung bestimmt entgegenzutreten, um die Individualbeziehung zwischen Arzt und Patient aufrecht zu erhalten, so Karsten Vilmar, damals Vizepräsident und später Präsident der Bundesärztekammer.<sup>43</sup> Man müsse sich auch endlich von der Aufteilung in rein körperliche und rein psychische Erkrankungen verabschieden und den Patienten nicht isoliert, sondern in seiner Vielschichtigkeit als soziales Wesen betrachten. Was alle Patienten eine, sei die benötigte Hilfe, und dennoch habe jeder einzelne von ihnen einen anderen Beruf, eine andere Familie, eine andere Umwelt und eine andere Bildung. „Der Patient ist genauso wenig nur Patient, wie der Arzt nur Arzt ist“<sup>44</sup>, meinte Hans Wolf Muschallik, damals erster Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Medizin dürfe zudem niemals zum Selbstzweck werden. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient müsse immer im Vordergrund stehen und könne nicht durch Technik ersetzt werden, meinte Hans Joachim Sewering, Präsident der Bundesärztekammer von 1973 bis 1978, in einem Festvortrag. Vor allem könne man ärztliche Leistung nicht in technischen Zentren erbringen, möglichst effizient in Beratung und Betreuung eingeteilt. Die freie ärztliche

---

<sup>38</sup> Freerksen. In: DÄ. (1976). Heft 25. S. 1683

<sup>39</sup> Ärztekammer Nordrhein. In: DÄ (1977). Heft 5. S. 277

<sup>40</sup> Böckle et al. In: DÄ. (1978). Heft 35 S. 1964

<sup>41</sup> Wannagat. In: DÄ. (1977). Heft 28. S. 1815

<sup>42</sup> Jungmann. In: DÄ. (1976). Heft 19. S. 1317ff.

<sup>43</sup> Vilmar. In: DÄ. (1977). Heft 18. S. 1223

<sup>44</sup> Muschallik. In: DÄ. (1979). Heft 23. S. 1570

Tätigkeit müsse dringend erhalten bleiben, denn nur so könne eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient gewährleistet werden.<sup>45</sup>

Es ist aber nicht nur die Technisierung und Enthumanisierung, welche den Autoren des DÄ Sorgen bereitete. Besonders die Politisierung der Gesellschaft und somit die Polarisierung müssten genau beobachtet werden. Die Politik habe sich weg von der Grundidee der dem Gemeinwesen verpflichteten Denk- und Handlungsweise über Macchiavellis Staatsraison hin zum „Freund-Feind-Verhältnis“ eines Max Weber entwickelt. Dabei wünsche sich die Ärzteschaft nichts sehnlicher als zu den alten Werten zurückzukehren, so Schadewaldt.<sup>46</sup> Auch Jungmann warnte vor einer Politisierung der Medizin. Man kenne und spüre immer noch die Folgen, welche die verhängnisvollste Zeit der deutschen Geschichte hinterlassen habe. Selbst die Fortschritte in der Medizin verstärkten die Gefahren eher als sie sie minderten.<sup>47</sup> Es sei auch nicht die berufliche Aufgabe eines Arztes sich politisch zu betätigen. Dies solle er höchstens als Staatsbürger in den jeweiligen Räten tun, nicht aber in seinem Beruf als Arzt, so der Sozialpsychologe Wilhelm Roeßler.<sup>48</sup> Wichtig sei es dennoch die Begegnung mit allen politischen Parteien zu suchen, hänge die Zukunft des ärztlichen Berufes doch entscheidend von den Bestimmungen der Politik ab. Während die SPD im Jahre 1976 am liebsten das gesamte Gesundheitssystem umkrempeln wolle und statt Einzelpraxen Medizinisch-Technische-Zentren errichten mochte, setze die CDU mehr auf die generelle Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens, wobei die Ärzteschaft die Verpflichtung habe, das medizinisch Mögliche aufzuzeigen, damit die Politik das volkswirtschaftlich Machbare feststellen könne. Auch die FDP habe sich mit der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens beschäftigt und fordere eine bessere Verknüpfung von ambulanter und stationärer Behandlung, stellte Sewering fest.<sup>49</sup> Als die Bundesregierung 1977 schließlich das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) verabschiedete, befürchtete die Ärzteschaft

---

<sup>45</sup> gr. In: DÄ. (1971). Heft 48. S. 3185

<sup>46</sup> Schadewaldt. In: DÄ. (1973). Heft 48. S. 3308

<sup>47</sup> Jungmann. In: DÄ. (1974). Heft 18. S. 1285

<sup>48</sup> Roeßler et al. In: DÄ. (1976). Heft 19. S. 1304

<sup>49</sup> Sewering. In: DÄ. (1976). Heft 22. S. 1490ff.

eine Einschränkung in ihrer Therapiefreiheit, besonders durch die hohen Arzneimittelzuzahlungen, die die Patienten nun zu leisten hätten und durch die geplante Budgetierung.<sup>50</sup> „Es wurde gesagt, Gesundheitspolitik sei viel zu ernst, um sie allein den Ärzten zu überlassen. Sie ist aber mit Sicherheit viel zu ernst, um sie ausschließlich in die Hände von Politikern zu legen“<sup>51</sup>, so Vilmar.

Während die praktizierte Medizin und das Gesundheitswesen auch im Mittelpunkt einer öffentlichen Debatte standen, erscheint das eigentliche Arztbild und die Eigenschaften, welche einen Arzt ausmachen, weiterhin eher ein Thema zu sein, das lediglich innerhalb der Ärzteschaft Interessenten fand. Es stellt sich außerdem die Frage, warum es dem Ärztstand so wichtig war, sich in regelmäßigen Abständen (neu) zu definieren. Im Rahmen der gesellschaftspolitischen Diskussion um den Arzt erscheint die stete Redefinition als Mittel der Verteidigung. Wenn also von der Qualifikation für den Arztberuf die Rede ist, stehe zuallererst eine fachlich hervorragende Therapie im Mittelpunkt. Dazu gehöre die Aufklärung über die Krankheit, wobei Sachlichkeit und Kompetenz sowie Gewissenhaftigkeit an erster Stelle stünden. Der Arzt müsse aber nicht nur die korrekte Diagnose stellen können, sondern sich auch in die Realität einfühlen, um den Kranken besser zu verstehen bzw. ihm die Prognose aufzuzeigen. Erst dies mache den Mediziner zum Arzt. Ein weiteres Merkmal eines guten Arztes sei seine Handfertigkeit, sei der Arzt hauptsächlich ein gebildeter Handwerker. Dies komme zum Beispiel in Begriffen wie „Behandlung“<sup>52</sup> zum Ausdruck. Zusätzlich müsse der Arzt uneingeschränkt hilfsbereit sein und generell uneigennützig handeln, nie aus finanziellem Interesse und nur im Interesse des Patienten. Dadurch sei auch die Wahrhaftigkeit begründet, zu der der Arzt gegenüber dem Patienten verpflichtet sei. Das höchste aber sei die Verschwiegenheit, denn sie sei die Vertrauensgrundlage der Arzt-Patientenbeziehung. Dies alles könne ein Arzt aber nur gewährleisten, sofern er in seinem Beruf frei handeln könne. Werde die ärztliche Freiheit eingeschränkt, so wie es die teils ideologisch gefärbten

---

<sup>50</sup> Burkart. In: DÄ. (1977). Heft 15. S. 989;  
Schmitz-Formes. In: DÄ. (1977). Heft 15. S. 1021ff.

<sup>51</sup> Vilmar. In: DÄ. (1977). Heft 18. S. 1223

<sup>52</sup> Freerksen. In: DÄ. (1976). Heft 26. S. 1762

Schriften der 1970er Jahre wünschten, so werde ebenso die persönliche Freiheit des Patienten beschränkt. Die Einschränkung der ärztlichen Berufsfreiheit solle lediglich aus ökonomischen Überlegungen geschehen. Selbst Marx habe aber erkannt, dass eine finanzielle Abhängigkeit niemals mit einer freien Entscheidungsmöglichkeit einhergehen könne.<sup>53</sup> Es stelle sich aber die Frage, ob wirklich alle Ärzte so altruistisch seien, wie sie vorgäben und ob nicht doch der ein oder andere dabei sei, der hauptsächlich Arzt geworden sei, um seine pekuniären Gelüste oder das Streben nach Macht über andere und die Bewunderung durch andere zu befriedigen. Die Basis allen ärztlichen Handelns müsse jedenfalls die Philanthropie bleiben und das Interesse am Wohlergehen jedes Individuums sowie der gesamten Gesellschaft.<sup>54</sup> Die Marktsituation der Ärzteschaft sei nämlich einmalig, denn nirgends sonst bestimme der Anbieter einer Leistung über Art und Maß der Nachfrage. Nur der Arzt habe das Wissen und die Erfahrung, um zu erkennen, was dem Patienten fromme. Diese Position stelle geradezu übermenschliche Ansprüche an den Altruismus und die moralische Widerstandskraft des einzelnen Arztes. Es sei schließlich problematisch von jemandem zu verlangen sein Einkommen so niedrig wie möglich zu halten und seinen „Erfolg“ möglichst zu schmälern, stellte der Jurist und Präsident des Bundessozialgerichts, Georg Wannagat fest.<sup>55</sup> Paradox sei dabei, dass der Bürger die teuerste, neueste und schnellste Therapie erwarte, sich aber gleichzeitig über die Kostenexplosion im Gesundheitswesen wundere, obwohl er diese ja selbst durch sein Verhalten provoziert habe. Ein weiterer Punkt, der die ärztliche Praxis beeinflusse, sei die Sozialversicherung. Habe der Patient früher den Arzt nur aufgesucht, als er Rat und Hilfe brauchte, so erscheine er heute in der Praxis, weil er einen Rechtsanspruch darauf habe. Aber nicht nur die äußeren Bedingungen hätten sich geändert, sondern vor allem auch die Patienten. Man stehe nun nicht mehr einem „Hinterwäldler“ gegenüber, der alles kritiklos annehme, was der Arzt ihm befehle, sondern man habe es mittlerweile mit gesundheitlich emanzipierten,

<sup>53</sup> Mertens. In: DÄ. (1974). Heft 2. S. 93f.;

Freeksen. In: DÄ. (1976). Heft 25. S. 1685;

Freeksen. In: DÄ. (1976). Heft 26. S. 1762

<sup>54</sup> World Medical Journal. In: DÄ. (1975). Heft 6. S. 384

<sup>55</sup> Wannagat. In: DÄ. (1977). Heft 28. S. 1815

mündigen Bürgern zu tun, die sich durch die Massenmedien informiert fühlten. Weniger Autorität, mehr Miteinander sei angesagt. Zudem wünsche der Patient nun über seine Krankheit aufgeklärt zu werden, um selbst ein Urteil fällen zu können.<sup>56</sup> Das paternalistische Arzt-Patientenverhältnis, in dem der Arzt als „Halbgott in Weiß“ noch im Mittelpunkt stand, werde zunehmend von einer pädagogischen Beziehung abgelöst, in der der Arzt zwar noch die Rolle eines kompetenten Lehrers einnehme, der Patient in seiner Entscheidungsbefugnis aber gleichgestellt sei. Ärzte müssten sich also daran gewöhnen, dass man zunehmend die Qualität ihrer Leistungen bewerte. Das sei aber auch die einzige Möglichkeit, Ansprüche auf eine angemessene Honorierung zu stellen.<sup>57</sup> Eine zunehmende Beteiligung des Patienten an der Behandlung könne jedoch nur geschehen, wenn derselbe durch Wissensvermittlung eine gewisse Selbstkompetenz und Eigenständigkeit entwickeln könne, sodass er zur Mitarbeit motiviert werde und für seine Lebensführung Verantwortung übernehme. Für diese Aufgabe müsse der Arzt sich stets fachlich wie pädagogisch fortbilden und sich in Selbstbeobachtung, -kritik und -erziehung üben. Zudem sei eine gewisse Kommunikationskompetenz und Empathie von Nöten, denn der Arzt solle zunächst die Lebenssituation, familiär, beruflich, wirtschaftlich wie intellektuell, des Patienten berücksichtigen, vor er seinen Diagnose- und Therapieplan präsentiere. Er müsse dazu die nötige Geduld und Liebe aufbringen, um immerzu zu helfen, zu führen, zu erklären und anzuleiten, so der Medizinal- und Studiendirektor Johannes Meinhardt.<sup>58</sup> Dies müsse allerdings vermehrt in der Ausbildung zum Arzt vermittelt werden, sodass diese Qualifikation auch besser honoriert werden könnte, meinte Jungmann.<sup>59</sup> Die Voraussetzungen dafür, wie das Interesse am Kranken selbst und nicht nur an der Krankheit, seien am Anfang des Medizinstudiums viel eher gegeben. Im Laufe des Studiums werde der Blick zunehmend auf das Theoretische und vor allem Somatische gelenkt, sodass die Freude an der Behandlung insbesondere von psychosomatisch Leidenden zurückgehe. Der Humanmediziner verlerne

---

<sup>56</sup> Ibid. S. 1815ff.

<sup>57</sup> Schmidt. In: DÄ. (1973). Heft 16. S. 1072

<sup>58</sup> Meinhardt. In: DÄ. (1977). Heft 36. S. 2178ff.

<sup>59</sup> Jungmann. In: DÄ. (1978). Heft 14. S. 835f.

das humane Zuhören und schreibe zu schnell ein Rezept aus, ohne wirklich auf die Probleme des Hilfesuchenden einzugehen, so der Schweizer Psychosomatiker Boris Luban-Plozza.<sup>60</sup>

Der Arzt solle dem Menschen dienen, wie es auch Gott tue. Der Diener im Arzt sei jedoch ausgestorben, wie der Journalist und Schriftsteller Manfred Hausmann feststellte. Noch im 19. Jahrhundert sei das Dienen sehr groß geschrieben worden, während nun das „VERdienen“ an erster Stelle stehe. Vor allem zur Zeit der Preußen seien Dienen und Dienendürfen eine Ehre gewesen und hätten die Menschen mit Stolz erfüllt. Nun aber müsse man sich dessen geradezu schämen, ja gedemütigt sein und sich minderwertig fühlen. Man spreche ja auch nicht mehr vom Dienen oder vom Dienst, sondern vom Service, ob es sich nun um ein Hotel, eine Tankstelle oder eine Schifffahrtsgesellschaft handle. Das klinge vornehm. Man sei nun auch so weit gekommen, dass „der Beruf nicht mehr nach dem Maß der Freude gewählt“ werde, die er gewähre, „sondern nach dem Maße des Geldes, das er“<sup>61</sup> einbringe. Wenn man nun überhaupt noch vom Dienen sprechen könne, dann sei es mittlerweile höchstens ein „BEDienen“. Letzteres könne man nämlich bezahlen und somit auch beanspruchen, das Dienen nicht, denn ein Dienst habe auch etwas mit Liebe zu tun, was ihn unbezahlbar und unbeanspruchbar mache.<sup>62</sup>

Ein gewisser Werteverlust entstehe wahrscheinlich auch durch die Auswahl der Abiturienten, die zum Medizinstudium zugelassen würden. So sei anhand einer sehr guten Abiturnote nicht eine Qualifizierung zum ärztlichen Beruf auszumachen. Eine Bevorzugung der rhetorisch-kognitiven Fächer in der gymnasialen Oberstufe führe zu einer rein theoretischen Begabung. Wissen anzuwenden, schnell Entscheidungen zu treffen, Empathie und Führungsqualitäten würden in der Schule nicht erlernt, so Günther Terbeck.<sup>63</sup> A. von Orelli hatte verschiedene Motivationen bei der Wahl des Arztberufes herausgearbeitet. Erstens sei es ein vermehrtes Interesse an naturwissenschaftlichen

---

<sup>60</sup> Luban-Plozza. In: DÄ. (1979). Heft 43. S. 2839

<sup>61</sup> Hausmann. In: DÄ. (1971). Heft 44. S. 2980

<sup>62</sup> Ibid. S. 2978ff.

<sup>63</sup> Terbeck. In: DÄ. (1978). Heft 39. S. 2221

Zusammenhängen, aber auch an der Erforschung seelischer Zusammenhänge. Weiterhin sei es aber auch die „Macht“ über andere, das Statussymbol Arzt und schließlich auch die finanzielle Lage, die die jungen Menschen anzögen.<sup>64</sup> Und so komme es, dass, obwohl die meisten Medizinstudenten das Helfen und Heilen als ihren Hauptbeweggrund angäben, warum sie Arzt werden wollen, doch eine Mehrzahl später nicht bereit sei, sich als Landarzt niederzulassen, weil dies zu beschwerlich, zu arbeitsintensiv, die Patienten zu zahlreich und die Urlaubsplanung zu kompliziert seien.<sup>65</sup> Allerdings müsse man vermehrt Abiturienten zum Medizinstudium ermutigen, denn es fehlten nicht nur Landärzte. Zwar sei die von der Bundesregierung für das Jahr 2000 angestrebte Arztdichte von 1:340 schon erreicht, die Verteilung ärztlicher Leistung auf Stadt und Land sei aber nach wie vor ungleich. Man müsse bis zum Ende des Jahrhunderts mit einer Nachfragezunahme nach ärztlichen Leistungen um 50-60% rechnen. Der Tiefpunkt des Interesses am Medizinstudium mit 1 200 Studienanfängern im Jahre 1952 sei zwar längst überwunden und habe im Jahre 1975 die Marke 7 500 erreicht, man müsse aber sicherstellen, dass wenigstens ein Großteil von ihnen später auch den ärztlichen Beruf ergreife. Zudem müsse man gewährleisten können, dass sich die jungen Ärzte nicht zunehmend in städtischen Ballungsgebieten niederließen, sondern auch auf dem Lande, wo sie am meisten gebraucht würden. Außerdem müsse man den Trend hin zum Facharzt stoppen. Seien Anfang der 1960er noch zwei Drittel in der Allgemeinmedizin tätig gewesen, gebe es nun mit 54% mehr Fachärzte. Ferner sei besorgniserregend, dass es sich bei den Neuzulassungen ebenso vermehrt um Fachärzte handle, sodass sich deren Anteil noch weiter erhöhen werde. Dennoch, man könne keinem jungem Arzt vorschreiben, welches Fachgebiet er zu ergreifen und wo er sich niederzulassen habe,<sup>66</sup> meinte Sewering. Gerade deshalb sei die besondere Rolle des Hausarztes im Gesundheitswesen noch einmal hervorzuheben. Er sei für den Patienten nicht nur die Eintrittskarte in die Welt der Medizin und übernehme die Rolle des medizinischen Sachverständigen, sondern müsse

---

<sup>64</sup> Luban-Plozza. In: DÄ. (1979). Heft 43. S. 2838

<sup>65</sup> Feder. In: DÄ. (1974). Heft 5. S. 274

<sup>66</sup> Sewering. In: DÄ. (1976). Heft 22. S. 1490f.

zugleich auch Seelsorger für seine Schafe sein. Weiterhin nehme er die Rolle des Anwalts für die gesundheitlichen Interessen seiner Patienten ein und sei zudem der Makler und Vermittler im Medizinbetrieb.<sup>67</sup> Generell habe aber nicht nur der Hausarzt viele Teilaufgaben, die Zahl der Tätigkeitsbereiche für Ärzte wachse stets, der ärztliche Beruf werde zudem immer weiter aufgefächert und differenziert. Dazu gehöre nicht nur die zunehmende Spezialisierung innerhalb der medizinischen Fächer, es kämen immer neue Disziplinen wie die Umweltmedizin oder Präventivmedizin hinzu. Der Mensch begegne dem Arzt nun nicht mehr nur in Krankheit, die ärztliche Betreuung verlagere sich zunehmend auch in Richtung Gesundheitsberatung. Zudem sei der riesige Bereich der Gutachtertätigkeit hinzugekommen, bei der der Patient dem Arzt nun nicht mehr als Leidender, sondern als Untersuchungsobjekt gegenüberstehe, so Wannagat.<sup>68</sup>

Dieser unklarer werdenden Definition des ärztlichen Berufes folge eine gewisse Unzufriedenheit unter Ärzten. Laut einer Studie von Elisabeth Noelle-Neumann, Gründerin des Instituts für Demoskopie in Allensbach, aus dem Jahre 1977, würden nur 24% der Befragten ihren Beruf gerne ausüben, auch bei Medizinstudenten hätten sich ähnliche Werte ergeben. Und das obwohl in der Nachkriegszeit der Ärzteberuf mit höchster Begeisterung aufgenommen worden war. Die Hauptprinzipien der Zeit hätten dies mit verschuldet. Erstens sei dies die Demokratie. Es sei erstrebenswert jedem die gleiche Chance im Leben zu geben. Wenn dies allerdings in Gleichmacherei und Nivellierung ausarte, habe man die Demokratie missverstanden. Dem deutschen Grundgesetz entsprechend, soll Gleiches gleich behandelt werden, dies bedeute aber nicht, dass es ohne Rücksicht auf Befähigung, Qualifikation oder persönlichen Einsatz geschehen solle.<sup>69</sup> So schreibe auch der englische Historiker Arnold Toynbee, dass eine Kultur nur bestehen bleiben könne, wenn sie täglich Herausforderungen annehme. „Leichte Lebensbedingungen sind einer Kultur

---

<sup>67</sup> Voigt, Ullrich. In: DÄ. (1977). Heft 26. S. 1740f.

<sup>68</sup> Wannagat. In: DÄ. (1977). Heft 28. S. 1813f.

<sup>69</sup> Ungeheuer. In: DÄ. (1979). Heft 21. S. 1468ff.

feindlich<sup>70</sup>, so Toynbee. Die Zeit der 1970er Jahre verbiete Wörter wie „Elite“, sie klängen undemokratisch. Ausdrücke wie „Leistungsdruck“ oder gar „Leistungsterror“ seien dagegen en vogue.<sup>71</sup> Man müsse sicher nicht die altpreußische Arbeitsethik wiederbeleben, aber eine Gesellschaft müsse sich weiterentwickeln, um nicht zu verkümmern, meint der Chirurg Edgar Ungeheuer. So sagt beispielsweise der polnische Philosoph Lezek Kolakowski, der 1977 den Friedenspreis des Deutschen Buchhandels erhält: „Eine Gesellschaft, in der der Kult der Tradition allmächtig wird, ist zu Stagnation verurteilt. Eine Gesellschaft, in der die Revolte gegen die Tradition übermächtig wird, ist zur Vernichtung verurteilt.“<sup>72</sup> Man dürfe somit nicht dem Wunsch aus den linken Reihen nachgeben, Gesundheit von Staats wegen zu verordnen. Der Arzt solle niemals zu einem „weisungsgebundenen, von staatlichen Instanzen ferngeleiteten, unter einem imperativen Mandat stehenden Funktionsträger“<sup>73</sup> in einer Planwirtschaft mutieren, denn dann sei die vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient verloren, so Muschallik.

Dabei könne man zwei verschiedene Arten des Vertrauens unterscheiden: So gebe es einerseits das blinde Vertrauen, bei dem der Arzt als „Zauberer“ idealisiert werde. Dabei habe der Arzt die ganze Macht, während der Patient als bloßes Objekt fungiere, das passiv und ohnmächtig dem Belieben des anderen ausgesetzt sei. Andererseits existiere ein Vertrauen in den Arzt, der mehr Wissen und Können habe als der Patient. Auch hier sei der Patient abhängig, erkenne aber in seinem Arzt auch einen Menschen, der Fehler mache und ebenso Schwächen habe. Erst das sei echtes Vertrauen. Eine gewisse Abhängigkeit des Patienten von seinem Arzt werde immer bestehen bleiben, denn selbst ein Arzt könne sich schlecht selbst operieren. Gefährlich seien dabei die idealistisch angehauchten Gedanken diese Abhängigkeit nivellieren zu wollen, denn es sei bald so, dass der Arzt vom Patienten, ja von der Rechtsprechung abhängig werde. Immer mehr Patienten drohten mit einem Prozess, sollten sie nicht richtig aufgeklärt werden. Ein guter Vergleich sei hier

---

<sup>70</sup> Ibid. S. 1469

<sup>71</sup> Ibid. S. 1469

<sup>72</sup> Ibid. S. 1470

<sup>73</sup> Muschallik. In: DÄ. (1979). Heft 23. S. 1572

die gegenseitige Abhängigkeit von Mutter und Kind: Während das Kind auf die Pflege durch seine Mutter angewiesen sei, sei das Leben der Mutter auch von der Entwicklung des Kindes abhängig. Abhängigkeit bedeute gleichzeitig Verzicht auf Selbstbestimmung. Dies müsse der Patient leisten, um eine partnerschaftliche Beziehung mit seinem Arzt zu gewährleisten. Durch die Aufklärung des Patienten könne der Arzt wiederum einen Teil seiner Verantwortung abgeben. Er verliere dadurch zwar an Zauber, habe aber so die Möglichkeit Fehlleistungen offen einzugestehen und zu akzeptieren.<sup>74</sup> Es werde nämlich mit gleicher Selbstverständlichkeit vom Architekten erwartet, dass ein Haus nicht einstürzt, wie vom Arzt erwartet werde, dass er Verantwortung für seine Leistungen übernehme. Dabei sei es wünschenswert, dass sich der Patient aus seiner Verantwortungslosigkeit emanzipiere, so Peter Möhring.<sup>75</sup>

Auch in Zeiten, in denen vor allem die Jugend alles hinterfragt und am System zweifelt, ändere sich die ärztliche Aufgabe des Helfens und Betreuens nicht. Dabei sei es aber nicht Aufgabe des Arztes, um jeden Preis das Leben zu verlängern, sondern das Wohl des Patienten zu erhalten. In einer Welt, die man immer weniger verstehen könne, weil man den technischen Fortschritten bildungsmäßig nicht mehr gewachsen sei, brauche der Patient umso mehr einen Dolmetscher, der ihn durch die verwirrende Welt der Medizin führe, meinte Ernst Fromm, Präsident der Bundesärztekammer von 1959 bis 1973.<sup>76</sup> Gerade die Technokratie sei es, die den Kritikern Sorgen bereite. Die Person werde der Herrschaft der Technik untergeordnet, die persönliche Verantwortung verschwinde.<sup>77</sup>

So sei es insbesondere das Arzt-Patienten-Verhältnis, welches unter dem Wandel der Zeit leide. Flugblätter und die sich ausweitenden Protestbewegungen junger Ärzte und Medizinstudenten hätten dazu geführt, dass der Patient sich zunehmend von seinem Arzt unterdrückt fühle. Interessant sei dabei aber, dass nun eine Staatsmedizin gefordert werde, bei

---

<sup>74</sup> Schors. In: DÄ. (1979). Heft 28. S. 1876f.

<sup>75</sup> Möhring. In: DÄ. (1979). Heft 50. S. 3312

<sup>76</sup> Fromm. In: DÄ. (1970). S. 1607ff.

<sup>77</sup> Jungmann. In: DÄ. (1972). Heft 39. S. 2475

der zwar der einzelne Arzt keine Macht mehr habe, der Staat aber die Medizin beherrsche. Es werde derweil verdrängt, dass solche ideologisch konstruierten Gesundheitswesen bisher keine besonders zufriedenen Patienten hervorgebracht hatten und wohl auch nicht den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprächen, wie die Beispiele Russland oder China und natürlich die DDR deutlich zeigten.<sup>78</sup> Die Kritik an der Medizin sei zuallererst von jungen Ärzten gekommen, die mit dem Status quo nicht zufrieden gewesen seien und sich von der modernen Medizin faszinieren ließen und vor allem die alteingesessenen Strukturen abgebaut wissen wollten. Zusätzlich gebe es nicht nur die Stimmen der studentischen Gruppen, die eine Entwicklung hin zum sozialistischen Gesundheitssystem forderten, sondern eine Reihe von Publikationen, die diese auch unterstützten. So zum Beispiel die „Studie“ des Wirtschaftswissenschaftlichen Instituts der Gewerkschaften (WWI), wobei diese nicht akademischen Standards genüge und nur „aus einer Unzahl verschiedenartigster Quellen zusammengestückelt“ sei, zu denen auch studentische Texte wie „Opas Medizin ist Scheiße“ gehörten.<sup>79</sup> Aber auch der *Spiegel* beschäftigte sich mit der Politisierung der Medizin beispielsweise im Artikel *Das Geschäft mit der Krankheit*, aber auch das Buch aus dem *Spiegel*-Verlag *Vorsicht Arzt! Krise der modernen Medizin* ging sehr kritisch mit der Leistung des deutschen Gesundheitswesens sowie dessen Akteure um. Gegen Ende der 1970er Jahre stellte der Herausgeber des Buchs und Medizinjournalist Hans Halter fest, dass die Euphorie, die noch zu Beginn der 1960er Jahre geherrscht hatte, verschwunden war. Zurück geblieben seien Ernüchterung, Konfusion, Ratlosigkeit und viele Fragen. In dieser Zeitspanne hatten sich die Ausgaben für das Gesundheitssystem mehr als versiebenfacht, die meisten Krankheiten mit Ausnahme der Infektionen seien aber nach wie vor unheilbar.<sup>80</sup>

---

<sup>78</sup> Fromm. In: DÄ. (1970). Heft 21. S. 1606;  
Deutsches Ärzteblatt. In: DÄ (1973). Heft 40. S. 2562

<sup>79</sup> bt. In: DÄ. (1972). Heft 19. S. 1210

<sup>80</sup> Halter (1981). S. 8, 14, 21

Nach langer Berufserfahrung und wohl auch -ernüchterung schrieb dazu der Leiter der Abteilung Psychosomatik in Ulm 1978:

„Sie nennt sich Humanmedizin, aber sie weiß vom Menschen nur das, was er mit den Tieren gemeinsam hat, und von diesem wiederum nur so viel, wie wir von Maschinen wissen. Von dem, was Tieren von Maschinen unterscheidet, und von den Unterschieden zwischen Menschen und Tieren weiß sie nichts, und die Studenten der Medizin erfahren während ihres Studiums nicht einmal, daß es solche Probleme gibt.“<sup>81</sup>

Besonders alarmierend fand Jungmann ein Buch von Joseph Scholmer mit dem Titel *Die Krankheit der Medizin*, von dem der *Spiegel* sowieso fast alles abgeschrieben habe. Zu Scholmer müsse man wissen, dass dieser als Altkommunist das Gesundheitssystem der Ostzone mitbegründet hatte, dann aber von den Sowjets verbannt und schließlich nach Westdeutschland entlassen wurde, wo er anschließend als freier Schriftsteller arbeitete. Dabei spiele er allen von den ultralinken Marxisten über DGB sowie SPD und eben auch dem *Spiegel* in die Karten, vor allem wenn er die freipraktizierenden Ärzte anprangere, die angeblich nach maximalem Gewinn strebten. Besonders kritisch sehe er die eigenständige Organisation der Ärzte in Berufsverbänden, die hauptsächlich eigene wirtschaftliche Interessen verfolgten. Der Anspruch der Sozialversicherten auf Gesundheitsleistungen sei damit unvereinbar. Während Ärzte ihre Leistungen möglichst teuer verkauften, sei die Sozialversicherung rechtlich gezwungen, sie möglichst billig zu erwerben. Dabei verbündeten sich die Ärzte vor allem mit den Apothekern und Pharmakonzernen, die als Gesamtgruppe den „Konservatismus in der Bundesrepublik“<sup>82</sup> bildeten und einen „Klassenkampf von oben“<sup>83</sup> gegen die Sozialversicherten führten, so Scholmer. Es sei zu einer „Deformation ärztlichen Handelns“ gekommen, da der Arzt nur noch als „Sozialagent der kapitalistischen Gesellschaft“ fungiere.<sup>84</sup> Die Kritik Scholmers wiege schwer und somit sei es ein großer Fehler, ihn als einen linksradikalen Außenseiter zu präsentieren, so Jungmann. Die Medizinjournalisten im Allgemeinen kritisierten

---

<sup>81</sup> Ibid. S. 159

<sup>82</sup> Jungmann. In: DÄ. (1972). Heft 39. S. 2480

<sup>83</sup> Ibid.

<sup>84</sup> Roeßler et al. In: DÄ. (1976). Heft 19. S. 1299

dagegen weniger die Strukturen innerhalb der Medizin als den Zugang zum „Medizinbetrieb“, wie Jungmann feststellte. Allerdings habe sich die eigentlich sachlich gemeinte Kritik nun verselbstständigt und sei durch eine politische Diskriminierung und ideologische behaftete Forderungen ersetzt worden. Die ersuchte Staatsmedizin heiße übersetzt: Einrichtung von medizinischen Versorgungszentren, die den niedergelassenen Arzt ablösen sollen, Einfrieren der Ärzteneinkommen und vor allem Beseitigung der sogenannten Chefarzt-hierarchie, Kooperation statt Subordination. Nebenbei bemerkte Jungmann, dass gerade die DDR den Chefarzt aber beibehalten habe, da dieser sich besser manipulieren lasse als die aufmüpfige Ärzteschaft. Die Kritik an der Medizin lasse sich somit auf drei Hauptkomplexe herunter brechen: Erstens die medizinische Versorgung – wohlgerne nicht die ärztliche – zweitens die Stellung des Arztes und schließlich sein Einkommen. Im Vordergrund stehe dabei aber vor allem das System der Zeit. Dieses erlaube seinen Ärzten nicht sich fortzubilden und ihre Kenntnisse und Fähigkeiten auf den neuesten Stand zu bringen. Dabei werde die ärztliche Leistung immer nur mit Apparaten und Laboratorien verglichen, wobei vergessen werde, dass vor allem auch Erfahrung zur Grundlage des ärztlichen Denkens und Handelns gehöre, so Jungmann.<sup>85</sup> Er rief die Ärzteschaft somit auf, sich intensiv mit der Kritik auseinander zu setzen, denn sie würde nicht „wie ein Gewitter vorübergehen“<sup>86</sup>. Man dürfe sich nicht in die Defensive drängen lassen und müsse sich sachlich sowie objektiv der Kritik stellen und wo berechtigt auch Verbesserungsvorschläge anbieten. Nur so könne man das Gesicht innerhalb der Gesellschaft bewahren und dabei das Wesen des ärztlichen Berufes nicht aus den Augen verlieren.<sup>87</sup>

Möhring stellte sich in diesem Rahmen die Frage, warum die Gesellschaft und damit der Patient so unzufrieden geworden seien. Es scheine, als ob der Arzt keine Antwort mehr darauf hätte, was man vom Leben zu

---

<sup>85</sup> Jungmann. In: DÄ. (1972). Heft 39. S. 2474ff.

<sup>86</sup> Ibid. S. 2481

<sup>87</sup> bt. In: DÄ. (1972). Heft 19. S. 1209f.;  
Ho. In: DÄ. (1972). Heft 47. S. 3097ff.

erwarte habe, was Krankheit bedeute.<sup>88</sup> Allerdings solle die Ärzteschaft „von den zeitbeherrschenden Idealen menschlicher Selbstmacht“<sup>89</sup> ein wenig Abstand halten. Zwar sei die Medizin nie „gesellschaftsfrei“ gewesen, sie dürfe in der Gesellschaft aber auch nicht aufgehen, so Horst Baier, Direktor des Soziologischen Instituts der Universität Frankfurt.<sup>90</sup> Zudem kritisierte Baier, dass Ärzte gegenüber gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen unempfindlich seien, was Jungmann in seiner Rede beim Internationalen Fortbildungskongress in Meran allerdings bestimmt abstritt. Man habe sich schon immer, sowohl der Einzelne, als auch die Berufsvertretungen, an die sich wandelnden Ansprüche der Gesellschaft angepasst. Dabei sei keinesfalls ein gemindert Ansehen zu befürchten, auch nicht in Zukunft. Man müsse nur am Ball bleiben und gute Arbeit leisten, schließlich seien es vor allem die Patienten von morgen, die den Arzt beurteilten.<sup>91</sup> Die jugendliche Neigung hin zur Ideologie sei durchaus verständlich, da sie eine kollektive Geborgenheit und das Gefühl einer Solidarität gebe, ohne dass man durch eigene Folgerfahrungen gebremst werde. Es sei auch nicht erstaunlich, dass der Weg nach links gehe, sei die Richtung nach rechts historisch blockiert. Gerade die Jugend könne jede Ideologie leicht überzeugen und begeistern, sei sie doch meist von einem logischen Konstrukt durchzogen.<sup>92</sup>

In die äußerst kritischen Stimmen reihte sich der österreichisch-mexikanische Theologe Ivan Illich ein. Er sprach von der Nemesis - der Rache der Götter als ausgleichende Gerechtigkeit - in der Medizin. Der Hauptpunkt seiner Kritik war die „Iatrogenese“<sup>93</sup>. Dabei lasse sich diese in drei wesentliche Gebiete einteilen. Zuerst die klinische Iatrogenese. Illich klagte an, dass ein Patient meist durch die Nebenwirkungen eines Medikaments kränker werde als er vorher gewesen sei. Die Medizin sei dadurch eine Epidemie geworden. Als zweiten Punkt nannte er die soziale Iatrogenese. Diese besagt, dass die Gesellschaft darunter leide, dass die Medizin zu einer Verstärkung

<sup>88</sup> Möhring. In: DÄ. (1979). Heft 50. S. 3312

<sup>89</sup> Deutsches Ärzteblatt. In: DÄ. (1973). Heft 22. S. 1448

<sup>90</sup> Ibid.

<sup>91</sup> Deutsches Ärzteblatt. In: DÄ (1973). Heft 40. S. 2561ff.

<sup>92</sup> Lösche. In: DÄ. (1975). Heft 35. S. 2413

<sup>93</sup> Schaefer. In: DÄ. (1975). Heft 25. S. 1890

unerwünschten sozialen Verhaltens beitrage. Und schließlich sprach er von der strukturellen Iatrogenesis. Illich fürchtete eine „omnipotente Medizinmaschine“, die ein „Gesundheitsmonopol“ darstelle und zu einer „expropriation of health“, also einer Enteignung der eigenen Gesundheit führe.<sup>94</sup> Diese Vorwürfe entstammten nicht etwa einem übermotivierten, radikalisierten Revolutionär, sondern seien von einem äußerst belesenen, intelligentem und rhetorisch befähigtem Mann vorgetragen worden, so Schäfer. Grundsätzlich kritisiere Illich vor allem die angeblich sinkende Effizienz und die Effektivität der modernen Medizin, die er am liebsten komplett abgeschafft wissen mochte. Man solle dem Arzt die Bibel entreißen und dem Patienten lehren sie selbst zu lesen.<sup>95</sup> Die angebliche Monopolstellung der Ärzte gehöre abgeschafft, wenn es nach Illich ginge, sollten sie möglichst ganz aus dem Gesundheitswesen verdrängt werden, eine „Entartzung“ sozusagen, anscheinend der Effektivität wegen. Alles andere sei fortschrittsfeindlich. So spreche man in den dazugehörigen Kreisen auch nicht mehr von ärztlicher, sondern nur noch von medizinischer Versorgung.<sup>96</sup> Generell gebe es viele kritische Stimmen, die nicht unbedingt die Abschaffung der modernen Medizin forderten, sondern verlangten, dass man sich auf den Kern ärztlichen Handelns besinne. In diesem Punkt könne man den meisten von ihnen zustimmen, so Jungmann.<sup>97</sup> Man müsse sich zudem bewusst sein, dass ärztliches Handeln immer ein Prozess sei, der sich den gesellschaftlichen Gegebenheiten anpassen und sich mit ihnen weiterentwickeln müsse, sonst drohe wirklich irgendwann die Nemesis, ergänzte Schäfer.<sup>98</sup>

---

<sup>94</sup> Ibid.

<sup>95</sup> Ibid.

<sup>96</sup> Lüth. In: DÄ. (1978). Heft 12. S. 706ff.

<sup>97</sup> Jungmann. In: DÄ. (1976). Heft 19. S. 1319

<sup>98</sup> Schaefer. In: DÄ. (1975). Heft 25. S. 1892

### 7.3 „Halbgott in Weiß“ - der Arzt im Kreuzfeuer der Medien

Die ambivalente Beziehung zwischen Journalisten und Ärzten lässt sich vor allem durch ihre berufs eigenen Aufgaben erklären. Während der Arzt zum Schweigen verpflichtet ist, ist die Essenz des Journalistenberufs die Veröffentlichung von Neuigkeiten und die Informationsweitergabe. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Medizin eine Erfahrungswissenschaft ist, die täglich neu dazu lernt. Sie kann also erst retrospektiv bewertet werden. Die Publizistik hingegen lebt von Geschichten, die morgen passieren, aber heute schon erzählt werden können. Zudem unterscheiden sich beiden Bereiche deutlich in ihrer Sprache. Während guter Journalismus für jeden verständlich und zugänglich ist, definiert sich die medizinische Sprache über ihre Elitisierung, wodurch sie gleichzeitig ihre wissenschaftliche Präzision erhält. Es sind also gewaltige Hürden zu überwinden, um auf den gleichen Nenner zu kommen. Dennoch ist für die Medizin eine Medienpräsenz enorm wichtig. Gerade in einer Zeit, in der das Medium Fernsehen stetig wuchs und Mitte der 1970er Jahre ca. 70% der Haushalte erreichte, konnte auf diese Form der Meinungsbildung kaum verzichtet werden.

Bisher hatten die Publikationen über das Arztbild rein auf Mutmaßungen basiert, sodass sich das Frankfurter Institut für angewandte Psychologie und Soziologie *Contest* im Jahr 1969 zur Aufgabe machte, eine repräsentative Erhebung mit über 1000 Personen im Alter zwischen 14 und 70 Jahren durchzuführen. Dabei zeigte sich, dass das Gros der Befragten mit dem eigenen Arzt zufrieden war. 84,3% hatten den Eindruck, dass der Arzt sich wirklich mit ihnen und ihrer Krankheit befasse, 81,7% glaubten, dass man ihnen genug Zeit schenke. Interessanterweise bevorzugten nur 9,7% eine Ärztin, den meisten sei das Geschlecht egal. Aufschlussreich war auch, dass immerhin noch 52,8% eine Diagnose mit Hilfe eines ‚Computers‘ als unangenehm empfanden, einerseits sei dies unpersönlich, andererseits befürchteten die Patienten technische Fehler. Überraschenderweise kam der Krankenhausarzt am schlechtesten weg, er habe nicht genug Zeit für seine Patienten, außerdem bestehe keine freie Arztwahl. Generell störten sich viele Patienten aber an den

langen Wartezeiten, durchschnittlich seien es 72 Minuten, bei 20% sogar über zwei Stunden, was einige schon dazu bewegt habe, den Termin trotz Dringlichkeit zu verschieben. Weiterhin interessant war, dass zwar 88,0% glaubten, der Arzt sei stets ehrlich zu ihnen, wohingegen immerhin 54,2% der Meinung waren, dass Ärzte niemals einen Fehler zugäben und dann auch von ihren Kollegen gedeckt würden. Zudem vermuteten 41,8%, dass kein Arzt für seine Fehler wirklich zur Rechenschaft gezogen würde. Dennoch 93,3% fanden ihren Arzt sympathisch, wobei zusätzlich folgende Eigenschaften genannt worden wären: hilfsbereit, gütig, feinfühlig, verantwortungsbewusst, mächtig und trotzdem bescheiden.<sup>99</sup>

Es blieb also ein Paradoxon: Während Meinungsumfragen wie die obige in den 1970er Jahren zeigten, dass der Arzt nach wie vor hoch angesehen war und mit dem Hochschulprofessor die Spitze der Prestigeskala anführte sowie von 94% der Bevölkerung positiv bewertet wurde, präsentiere die veröffentlichte Meinung ein eher verzerrtes Bild. Auch wenn im Jahr 1970 die Berichterstattung positiv wie negativ ausgewogen sei, der Trend zum Negativen sei nicht mehr wegzudiskutieren.<sup>100</sup> Zuerst seien es die „weißen Millionäre“ gewesen, dann die „Halbgötter in Weiß“ und schließlich die „Weißkittel“<sup>101</sup>. Es habe in immer größeren Maße eine gezielte sowie gesteuerte Gesellschaftskritik an einem jahrtausendealten Stand stattgefunden, stellte der Urologe Carl Erich Alken fest.<sup>102</sup>

Das Institut für Freie Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg untersuchte im Zeitraum von 1975 bis 1977, welche Presseorgane sich wie häufig zum Arztberuf äußerten und wie positiv oder negativ dies jeweils geschah. So seien die *Deutsche Zeitung Christ und Welt*, der *Vorwärts*, der *Kölner Express*, der *Spiegel* und der *Stern* der Ärzteschaft gegenüber besonders kritisch eingestellt gewesen, während der *Bayernkurier*, der *Rheinische Merkur* und die *Frankfurter Allgemeine Zeitung* eher freundlich

<sup>99</sup> Mohl. In: DÄ. (1969). Heft 25. S. 1867ff.

<sup>100</sup> Deutsches Ärzteblatt. In: DÄ (1971). Heft 1. S. 1f.

<sup>101</sup> Alken. In: DÄ. (1977). Heft 52. S. 3031

<sup>102</sup> Ibid.

gestimmt gewesen seien. Untersucht wurde auch, wie unterschiedliche Themen beurteilt wurden. Berichte über ärztliches Wissen seien beispielsweise überwiegend positiv, Artikel zum Thema Versorgungsstruktur und Zugang zum Arztberuf würden durchschnittlich neutral gewertet, während aber der überwiegende Teil (55%) ein eher negatives Bild des Arztes zeichne. Dabei sei festzustellen, dass immerhin 19% davon reine Pauschalurteile gegen die Ärzteschaft darstellten. Man könne dies aber nicht als gezielte Hetzkampagne bezeichnen, sondern eher als voneinander unabhängige Vermittlung von Unzulänglichkeiten. Problematisch sei aber, dass, selbst wenn die Kritik gegen eine bestimmte Person aus der Ärzteschaft gerichtet sei, die fachfremde Leserschaft dies generalisiere und somit die Wertschätzung des Arztberufes nachhaltig beeinträchtigt werde. Die Autoren der Studie appellierten deshalb, darauf zu achten, dass stets sachlich aufgeklärt werde, auf wen die Kritik bezogen sei, um die Ausbildung negativer Stereotypen des Arztes zu vermeiden, da dies zunehmend vorkomme. Rhetorisch und schriftstellerisch äußerst versiert, betrieben Journalisten geradezu Verbalakrobatik, um die Ärzteschaft zu verunglimpfen. Dies sei leider wenig konstruktiv.<sup>103</sup>

Während die beschriebene Studie zum Schluss kam, dass die Kritik in der Druckpresse eher sachlich geäußert wurde, nahm die ‚Hetze‘ gegen die deutsche Ärzteschaft indes ihren Höhenpunkt in der Sendung *Halbgott in Weiß*, die im Sender Bremen in der ARD am 20.09.1970 zu sehen war.<sup>104</sup> Besonders Chefärzte standen unter Beschuss. Sie führten angeblich Menschenversuche durch und unternahmen Operationen ohne medizinische Indikation, nur, um materielle Vorteile zu erzielen. Dies löste eine Welle der Empörung unter Ärzten aus. So sagte Fromm beispielsweise, er könne kaum der Versuchung widerstehen einen „Schuh in die Röhre zu werfen“<sup>105</sup>. Allein die Tatsache, dass er damit das Programm nicht ändern könne und dies auch mit gesundheitlichen Gefahren verbunden sei, hindere ihn daran. Die Sendung sei so eindeutig linksradikal gewesen und nur dazu ausgelegt, um Misstrauen zu säen und

---

<sup>103</sup> Wasilewski et al. In: DÄ. (1978). Heft 42. S. 2443ff.

<sup>104</sup> Fromm. In: DÄ. (1970). Heft 41. S. 2989

<sup>105</sup> Ibid.

Ärztediffamierung zu betreiben. Außerdem basiere sie auf Neid und Missgunst, die so sehr ideologisch gefärbt seien, dass sie nur der „Nomenklatur des Klassenkampfes“<sup>106</sup> entstammen könnten. Dies sei zudem eine eindeutige Meinungsmanipulation, so Fromm.<sup>107</sup> Man könne nicht mehr widerstandslos zusehen, wie die Medien Rufmord am Ärztstand betrieben. Die Grenzen der Pressefreiheit seien erreicht, wenn sich nun gar alle von Fernsehen über Rundfunk bis hin zu Tageszeitungen und Illustrierten an der Treibjagd auf das Ansehen der Ärzte beteiligten.<sup>108</sup> Hier gehe es nicht mehr um sachliche Aufklärung, sondern rein um Manipulation, meinte auch Hans Hoffmann, 2. Vorsitzender des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands. Es handle sich hierbei um „unausgegorene sozialutopische Faselei“<sup>109</sup>, so Hoffmann wörtlich. Die Medizin sei aber zu ernst, als dass man sie der Ideologie überlassen dürfe. Die Ärzteschaft müsse endlich aus der Defensive herauskommen und der „antiärztlichen Propagandahetze der Linken begegnen“<sup>110</sup>. Verbesserungen im Gesundheitssystem seien dringend nötig, jedoch ohne die Mitwirkung der linken Propagandisten.

Nicht nur die Sendung *Halbgott in Weiß* zeige die negative Stimmungsmache gegen die Ärzteschaft, auch Artikel über Chefärzte wie „Weiße Millionäre“ oder Schlagzeilen wie „Ärzte verjubeln das Geld ihrer armen Patienten an der Riviera“<sup>111</sup> wiesen darauf hin. Die volkssozialistische Tendenz und linksradikale Absicht sei klar: Das anachronistische, „überhöhte Sozialprestige“<sup>112</sup> sowie halbgottähnliche Allüren sollten abgebaut werden. Was noch Ende der 1960er Jahre als sinnvolle Abstufung der Verantwortung anerkannt worden war, würde nun als Hierarchie beschimpft und gehöre nivelliert, wenn es nach der sogenannten *Basisgruppe Medizin*, einer linksgerichteten Nachfolgeorganisation des *Sozialistischen Deutschen Studentenbundes*, ginge. Außerdem wünsche sie die Einführung eines

---

<sup>106</sup> Ibid. S. 2990

<sup>107</sup> Ibid. S. 2989f.

<sup>108</sup> Deutsches Ärzteblatt. In: DÄ. (1970). Heft 43. S. 3165ff.

<sup>109</sup> Hoffmann. In: DÄ. (1970). Heft 43. S. 3185ff.

<sup>110</sup> Olivet. In: DÄ. (1973). Heft 12. S. 788

<sup>111</sup> gr. In: DÄ. (1971). Heft 48. S. 3185

<sup>112</sup> Ibid.

„klassenlosen Krankenhauses“<sup>113</sup>. Solche Forderungen zerstörten allerdings das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient langfristig und fügten dem notleidenden Kranken weiteren Schaden zu. Diese Meinung herrschte auch auf dem Hessischen Ärztetag, der am 23. Oktober 1971 in Wiesbaden tagte, vor. Man müsse „gewissen ideologischen und gesellschaftspolitischen Bestrebungen“<sup>114</sup> bestimmt entgegenreten und die massive und ungerechtfertigte Kritik an der Ärzteschaft von sich weisen.<sup>115</sup> Schließlich habe jede Gesellschaft die Ärzte, die sie auch verdiene, so Joachim Mertens.<sup>116</sup>

Die „Götter in Schwarz-Weiß“<sup>117</sup> – gemeint waren Journalisten – müssten endlich lernen, ihrerseits Verantwortung zu übernehmen, denn eine solche sachfremde und unrecherchierte Berichterstattung sei schlicht unprofessionell.<sup>118</sup> Die Medien seien zu einer vierten Gewalt im Staate geworden, die allerdings nicht mehr kontrollierbar sei. Während man eine Zeitung dadurch boykottieren könne, indem man sie nicht erwerbe, dürfe der deutsche Bürger monatlich eine Rundfunkgebühr errichten, ohne überhaupt einen Einfluss auf das Programm zu haben, das ihm vorgesetzt werde.<sup>119</sup> Die „Fernsehgötter“ dominierten längst die medizinische Berichterstattung und lenkten die öffentliche Meinung, wobei sie „den Gedankenterror nicht scheuen“ würden, so Hartmut Schulze-Nassau.<sup>120</sup> Der Fernsehredakteur der ARD, Dieter Gütt, soll sich am 15. April 1971 über die Ärzteschaft ausgelassen haben, wobei er meinte, dass Ärzte „über die Routine des Selbstlobes hinaus“<sup>121</sup> verleugneten, dass sie nun keine Halbgötter in Weiß mehr seien, sondern Funktionäre in einem System der sozialen Sicherheit. Und so soll er seine Rede

---

<sup>113</sup> Ibid.

<sup>114</sup> Ibid.

<sup>115</sup> Deutsches Ärzteblatt. In: DÄ. (1970). Heft 43. S. 3165ff.;  
Hoffmann. In: DÄ. (1970). Heft 43. S. 3185;  
Steinbach. In: DÄ. (1970). Heft 45. S. 3332

<sup>116</sup> Mertens. In: DÄ. (1974). Heft 2. S. 91f.

<sup>117</sup> Hoffmann. In: DÄ. (1970). Heft 43. S. 3185

<sup>118</sup> Ihlau. In: DÄ. (1970). Jg 67. Heft 45. S. 3333;  
Wagner. In: DÄ. (1970). Heft 48. S. 3608;  
Hopf. In: DÄ. (1970). Heft 48. S. 3608

<sup>119</sup> Selter. In: DÄ. (1970). Heft 48. S. 3606

<sup>120</sup> Schulze-Nassau. In: DÄ. (1971). Heft 20. S. 1463

<sup>121</sup> Ibid.

geschlossen haben mit: „Nichts ist unserer Wirklichkeit ferner als die fortbestehende Selbstüberhöhung einer Kaste, die ein ethisches Alibi bemüht, um sich als etwas Besonderes betrachten zu können.“<sup>122</sup>

Interessanterweise hätten die Hetzkampagnen meist genau das Gegenteil von dem bewirkt, was beabsichtigt gewesen sei. Dadurch sei die Ärzteschaft noch mehr zusammengedrückt, hätte sich untereinander solidarisiert und selbst Kollegen, die bisher von Standespolitik nichts wissen wollten, habe dies aufhorchen lassen. Die Medien hätten sich nun einen neuen Buhmann suchen müssen und seien bei den Standesvertretern fündig geworden. Besonders Fromm habe einige sehr persönliche Affronts über sich ergehen lassen müssen. Ziel der Medien sei es, die Ärzteschaft wieder zu entzweien, um Verunsicherung zu kreieren und um die Systemveränderung im Gesundheitswesen weiter voran zu treiben, was mit einer geschlossen auftretenden Ärzteschaft nahezu unmöglich gewesen wäre. Außerdem hätten sie ihre Methoden verändert. Eine „Meinungsstudie“ sollte nun beweisen, wie schlecht es um das deutsche Gesundheitssystem stehe. „Man nehme also Meinungen, woher man sie nur bekommt, mische sie mit der eigenen Meinung und verkaufe das Ganze als Studie an das Bundesgesundheitsministerium - so einfach scheint Wissenschaft heute zu sein“<sup>123</sup>, stellte Wolfgang Schmidt, Präsident der Ärztekammer Berlin, 1973 fest. Die „Studie“ sei schlichtweg eine Manipulation des Meinungsbildes, vor allem, wenn der Standpunkt so prominenter Ärztevertreter wie der von Stockhausen, einfach unterschlagen würde, mit dem Argument, es habe niemand seine Ansicht geteilt. Ferner stelle man die Ärztekammern als „die Inkarnation des konservativen Rückständigen“ dar, die man schnellstmöglich von ihren „Zwangsmitgliedern“ befreien müsse.<sup>124</sup>

Mehrere Autoren des DÄ bemerkten eine weitere Methode zur systematischen Diffamierung der Ärzteschaft. Zeitungen und Zeitschriften lobten einfach gegenseitig Artikel mit äußerst kritischem Inhalt bezüglich der Ärzteschaft. Dies habe beispielsweise die FAZ bei einem Vortrag getan, den

---

<sup>122</sup> Ibid. S. 1463

<sup>123</sup> Schmidt. In: DÄ. (1973). Heft 16. S. 1069

<sup>124</sup> Ibid. S. 1068ff.

Baier hielt und dessen Inhalt aus ärztlicher Sicht größtenteils schlichtweg unwahr gewesen sei. Die FAZ aber betitelte die Rede als „Philippika an die Ärzteschaft“.<sup>125</sup> Und so wurde auch die durchaus unwissenschaftliche „Studie“ des WWI immer wieder als Beweis für die Notwendigkeit einer Systemänderung herangezogen und damit die „böswillige Polemik gegen die Ärzteschaft“ begründet.<sup>126</sup>

Mit ein Grund für diese negative Bewertung sei, dass der Arzt durch die Priorität der Arzt-Patientenbeziehung seine Beziehung zur Gesellschaft vernachlässige. Es müsse deshalb zu einem veränderten Rollenverständnis des Arztes innerhalb der Gesellschaft kommen, denn selbst die größten Kritiker der Ärzte wendeten sich im Moment der Bedrohung ebenso an ihren Arzt des Vertrauens, so Vilmar.<sup>127</sup>

Wie wichtig die Medien jedoch für das Gesundheitswesen sind, zeigte sich besonders auch an der Bezeichnung „Morbus Mohl“ – umgangssprachlich für Hypochondrie – die auf den Fernsehmoderator Hans Mohl zurückgeht, der ab 1964 das ZDF-Gesundheitsmagazin leitete. Am Tag nach der Ausstrahlung strömten vermehrt Patienten in die Praxen, die glaubten an derselben Erkrankung zu leiden, die in der Sendung behandelt wurde.<sup>128</sup> Auch bezüglich der Behandlung hätten die Medien einen großen Einfluss. Noch in den 1960er Jahren waren die Menschen hauptsächlich in die Praxis gekommen mit dem Wunsch, dies und jenes Medikament aufgeschrieben zu bekommen, welches sie in der Werbung gesehen hätten. Mit ein paar freundlichen Worten sei es meist schon erledigt gewesen. Nun seien die Ansprüche an das Gesundheitswesen aber derartig gestiegen, dass Patienten nun nicht mehr mit Medikamenten zufrieden seien, die „nur“ 2,30 DM kosteten. „Wie soll denn so billiges Zeug helfen“<sup>129</sup> fragten sich so manche. Manche kämen auch mit einer Wunschliste in die Praxis, für sich selbst und natürlich auch für die Ehefrau. Herr Dr. XY habe ihnen das auch schon verschrieben. Am besten noch die

<sup>125</sup> Deutsches Ärzteblatt. In: DÄ. (1973). Heft 22. S. 1449

<sup>126</sup> Deutsches Ärzteblatt. In: DÄ. (1970). Heft 40. S. 2561

<sup>127</sup> Vilmar. In: DÄ. (1977). Heft 18. S. 1223

<sup>128</sup> DocCheck Flexicon. (2014). [http://flexikon.doccheck.com/de/Morbus\\_Mohl](http://flexikon.doccheck.com/de/Morbus_Mohl) (03.06.2014).

<sup>129</sup> Luft. In: DÄ. (1976). Heft 35. S. 2220

große Packung, nicht dass der Patient schon nach drei Monaten wieder kommen müsse. Was gegen die Schmerzen, was zum Schlafen, was für den Stuhlgang usw. Am besten genau das, was die Nachbarin auch bekomme. Der Kampf gegen die „Pillomanie“ werde immer schwerer.<sup>130</sup> Man könne teilweise nur noch entsetzt sein, mit welcher Selbstverständlichkeit und Unverblümtheit die meisten Patienten glaubten, das Gut der Gesundheit konsumieren zu müssen.<sup>131</sup> Doch wie kam es soweit? Dieses Phänomen sei ein Spiegel der Gesellschaft generell. „Überall und zu jeder Zeit wollen wir alles, und von dem das Beste.“<sup>132</sup> „Eine potentielle Angst, das Leben wegen mangelnder technischer oder medikamentöser ärztlicher Intervention einzubüßen oder reduziert zu wissen, beherrschte die Denkvorgänge überall in der Bevölkerung von Nationen hochentwickelten zivilisatorischen Niveaus.“<sup>133</sup> Die einen nannten es „wachsendes Gesundheitsbewusstsein“<sup>134</sup>, die anderen aber erkannten darin den Einfluss der Wirtschaft auf die Medizin und wieder andere schoben die Schuld der Politik und den Gewerkschaften in die Schuhe, hätten diese doch erst ein solches Anspruchsdenken durch immer ausgeweitete Leistungen der Sozialversicherungen erst gezüchtet. Jeder einzelne Arzt müsse sich jedenfalls stets fragen, ob das teure Medikament nun wirklich notwendig sei oder ob er dies nur verschreibe, um die Gunst des Patienten zu erlangen. Dies sei essenziell, um sowohl das Patientenwohl als auch das Gemeinwohl zu erhalten und ganz nebenbei auch noch das Ansehen der Ärzteschaft.<sup>135</sup>

Immerhin eine Annäherung von Journalismus und Ärzteschaft sei die Vergabe des Publizistik-Preises *Medizin im Wort* im Jahre 1978. Dies sei Anfang der 1970er Jahre noch undenkbar gewesen. „Damals galt das Wort eines Tagesjournalisten nicht viel in den Ohren jener Entrückten, die auf dem Thron medizinischer Majestät diese Wissenschaft zu repräsentieren hatten. Von ihrer Bastion aus gesehen, trollten wir Journalisten uns im vulgären, unteren Niveau, irgendwo angesiedelt zwischen Naserümpfer und Naseweis, zwischen

---

<sup>130</sup> Ibid. S. 2220

<sup>131</sup> Lützner. In: DÄ. (1977). Heft 6. S. 384

<sup>132</sup> Starke. In: DÄ. (1977). Heft 6. S. 383

<sup>133</sup> Ibid. S. 383

<sup>134</sup> Luft. In: DÄ. (1976). Heft 35. S. 2220

<sup>135</sup> Ibid. S. 2220ff.; Nickel. In: DÄ. (1977). Heft 6. S. 384

Spitzweg und Spitzbube“<sup>136</sup>, so der Medizinjournalist Georg Schreiber. Eigentlich hätten die Medizin und der Journalismus einiges gemeinsam. Beide seien dem Menschen verpflichtet, ihm zu dienen und ihm helfend zur Seite zu stehen, einerseits beratend, andererseits klärend. Allerdings gebe es auch krasse Gegensätze, so lebe der Journalist vom Reden, der Arzt aber vom Schweigen. Immerhin hätte sich sowohl bei der Ärzteschaft, als auch innerhalb der Gesellschaft so viel geändert, dass man nun über Medizin reden könne, denn dies sei bislang nur im ärztlichen Sprechzimmer oder im Hinterstübchen der Wissenschaft möglich gewesen. So sei endlich eine gewisse Wahrhaftigkeit gegenüber der Gesellschaft möglich. Allerdings sei es gerade die Aufgabe eines Medizinjournalisten zu wissen, wann die Grenzen erreicht seien. Dann müsse er sich genauso wie der Arzt im Schweigen üben. „So besehen ist der medizinische Fachjournalist eine Art Facharzt zum Schutz der Öffentlichkeit.“<sup>137</sup> Denn es gelte die Gesellschaft vor Angstmacherei zu schützen. Unterhaltung, medizinische Sensationen und Geschichten hätten im Medizinjournalismus keinen Platz.<sup>138</sup> Stockhausen mochte deshalb die hohe Verantwortung und meinungsbildende Funktion in der Gesellschaft der Presse betont wissen.<sup>139</sup> Gerade darum sehe das DÄ die Aufgabe, alle Tendenzen zu entlarven, die eine Verzerrung des Arztbildes in der Öffentlichkeit zum Ziel hätten.<sup>140</sup>

---

<sup>136</sup> Schreiber. In: DÄ. (1978). Heft 37. S. 2034

<sup>137</sup> Ibid. S. 2035

<sup>138</sup> Ibid. S. 2034ff.

<sup>139</sup> Stockhausen. In: DÄ. (1970). Heft 14. S. 1056

<sup>140</sup> DeutschesÄrzteblatt. In: DÄ. (1971). Heft 1. S. 2

#### 7.4 Zusammenfassung und Bewertung

Während die aktuelle Politik der 1950er und -60er Jahre in den Artikeln der jeweiligen Zeit kaum Erwähnung fand, dominierte die politische Meinung die Texte der 1970er Jahre geradezu. Es blieb wenig Platz für das eigentliche Bild des Arztes, das in den Jahrzehnten zuvor stets ein Idealbild gewesen war. Einige ärztliche Autoren fanden zwar noch die Muße das (Selbst-) Bild eines guten Arztes zu formulieren, die Ärzteschaft war aber vermehrt in die Defensive geraten. Sie musste sich verteidigen gegen die Angriffe der Medien, gegen die zunehmend selbstbestimmte und politisierte Gesellschaft und gegen die jungen Ärzte, die – gerade von der Universität kommend – die Ideen der Studentenbewegungen mit in einen traditionsreichen Berufsstand brachten. Die Gesellschaft der deutschen Sprache kürte nicht grundlos „aufmüpfig“<sup>141</sup> zum Wort des Jahres 1971. Insbesondere die Nachwehen der 68er-Revolution machten der Ärzteschaft zu schaffen. So kam es vor allem im Jahr 1970 zu einer intensiven Diskussion über die mediale Berichterstattung bezüglich des Ärztstandes. Deneke stellte in seinem Aufsatz zum Thema Bild des Arztes in der Öffentlichkeit fest, dass der Arzt immer schon im Kreuzfeuer der öffentlichen Kritik gestanden hatte. Jedoch sei diese in der Vergangenheit fast ausschließlich gegen sogenannte Kurpfuscher und Scharlatane gerichtet gewesen. Die vehemente Systemkritik, die seit 1971 in der BRD stattfindet, sei primär sozialkritisches und klassenkämpferisches Rasonnement über ärztliches Einkommen. Der Kassenarzt werde somit zum kapitalistischen Ausbeuter stilisiert.<sup>142</sup> Die heftige Diskussion um den Ärztstand spiegelte sich auch in der Anzahl der Artikel wider, die in diesem Jahr im DÄ veröffentlicht wurden. Waren es 1970 insgesamt 28 Artikel, die das Arztbild beschrieben, so zählte man in den darauffolgenden Jahren nur ca. 6 Artikel pro Jahr. Erst im Deutschen Herbst ab dem Jahre 1977 stieg die Zahl wieder an. Dabei ist zu bemerken, dass es sich hierbei in erster Linie um Grundsatzreferate handelte, das Bild des Arztes in der Gesellschaft schien die Ärzteschaft also intensiv zu beschäftigen.

<sup>141</sup> Gesellschaft für deutsche Sprache. <http://gfds.de/aktionen/wort-des-jahres/> (06.08.2016).

<sup>142</sup> Deneke. In: Monatskurse für die ärztliche Fortbildung. (1977). Heft 11. S. 538

Es lässt sich nicht leugnen, dass Teile der Gesellschaft der 1970er Jahre nach links rückten, angefangen von der Bundesregierung, die von der SPD und später gemeinsam mit der FDP gestellt wurde, über die Studentenbewegungen bis hin zu den Linksextremen der RAF. Hauptakteur dieses Phänomens war die nach 1945 geborene Jugend, die das bürgerliche Leben ihrer Eltern zunehmend in Frage stellte. Verstärkt wurden diese Ideen durch die amerikanische Bürgerrechtsbewegung und der immer lauter werdenden Kritik am Vietnamkrieg sowie am System des Kapitalismus. Die Ärzte hingegen gehörten vorwiegend der alten Elite an. So waren viele von ihnen, u.a. Hans Schäfer, Enno Freerksen und Gerhard Jungmann – um nur wenige zu nennen – schon in der NSDAP tätig gewesen und verkörperten nun eher konservative Werte, die vor allem durch den Wandel hin zu einer pluralistischen, liberalen und mobilen Freizeit- und Konsumgesellschaft in Frage gestellt wurden. Es trafen also – wie in der restlichen Gesellschaft auch – zwei verschiedene Welten aufeinander. Der Linksterrorismus der RAF gab den konservativen Eliten Recht, die ökonomischen und sozialen Krisen der Welt bestätigten die Ansichten der jungen Generation.<sup>143</sup>

Während die Politisierung der Gesellschaft die Ärzteschaft intensiv beschäftigte und somit auch das Arztbild beeinflusste, traten weitere wichtige Punkte wie die Ostpolitik und die Umweltbewegung in den Hintergrund. Generell kann man aber feststellen, dass sich das Arztbild in der Gesellschaft der 1970er Jahre ambivalent darstellte. Während die ältere Generation an ihrer Technophilie und ihrem Fortschrittsglauben sowie den dementsprechenden Erwartungen an den Arzt festhielt, kritisierten die Jungen die Fixierung auf die Naturwissenschaft und den Begriff der Krankheit. Letztere wünschten die Abschaffung des Halbgottes in Weiß und seiner Macht, die er auf den Patienten ausübte. Stattdessen forderten sie – ganz im Geiste der Basisdemokratie – mehr Mitbestimmungs- und ein Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Über all dem schwebten aber die Ergebnisse der Meinungsumfragen, die durchweg ein sehr positives Licht auf das Arztbild warfen, sodass generell zwischen der öffentlichen Meinung der veröffentlichten Meinung unterschieden werden muss.

---

<sup>143</sup> Faulstich (2004). S. 7-18

## 8 Das Bild des Arztes – hält es in Krisenzeiten stand? (1980- 1989)

Die 1980er Jahre waren eine Zeit der Krisen und Bedrohlichkeit. So kam die Gesellschaft nicht zur Ruhe, die junge Generation blieb gegenüber der etablierten Politik skeptisch. Die Folge waren weitere Demonstrationen, auch die Zeit der Bürgerinitiativen war gekommen: Gegen Wohnungsnot, gegen Atomstrom und -waffen, für Frieden. Auch auf der anderen Seite der Oder und Neiße gab es weitere Protestwellen und so gründete Lech Wałęsa in diesem Rahmen die *Solidarność*, die erste freie Gewerkschaftsbewegung Polens.<sup>1</sup> Der Wunsch nach Frieden wurde schließlich auch im Grand Prix d'Eurovision verewigt und so traf *Nicole* mit „Ein bisschen Frieden“ den Nerv der Zeit.<sup>2</sup> Für eine bessere Welt kämpfte ebenfalls die Umweltbewegung, die vor allem vor neuen Kernkraftwerken und deren unberechenbaren Folgen warnte. Mit der Gründung der „Grünen“ 1980 erhielten sie dafür eine eigene politische Plattform.<sup>3</sup> 1986 bestätigten sich dann alle Befürchtungen: In Tschernobyl kam es zum Super-GAU.<sup>4</sup> Diese Zeit der Unsicherheit wurde durch die schwelende Wirtschaftskrise weiter verstärkt, die 1982 durch Massenentlassungen im Rahmen verschiedener Firmeninsolvenzen ausgelöst wurde, was schließlich auch die sozialliberale Koalition in die Knie zwang.<sup>5</sup> Mitte der 1980er Jahre machte sich ferner die Angst vor AIDS breit. Als Wort des Jahres 1987<sup>6</sup> verwies die Erkrankung „andere mediale Großereignisse und ihre entsprechenden Konkurrenzbegriffe wie ‚Perestroika/Glasnost‘, das ‚Ozonloch‘ und den

---

<sup>1</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/902/60-x-deutschland-das-jahr-1981> (06.06.2016).

<sup>2</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/901/60-x-deutschland-das-jahr-1982> (06.06.2016).

<sup>3</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/898/60-x-deutschland-das-jahr-1980> (06.06.2016).

<sup>4</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/900/60-x-deutschland-das-jahr-1985> (06.06.2016).; Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/907/60-x-deutschland-das-jahr-1986> (06.06.2016).

<sup>5</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/901/60-x-deutschland-das-jahr-1982> (06.06.2016).

<sup>6</sup> Gesellschaft für deutsche Sprache. <http://gfds.de/aktionen/wort-des-jahres/> (06.08.2016).

„Kremlflieger“ Mathias Rust auf die unteren Stufen des Siegertreppchens.“<sup>7</sup> Was folgte war eine zunehmende Stigmatisierung von Homosexuellen und Suchtkranken, die ihresgleichen am ehesten noch im „Dritten Reich“ suchte.<sup>8</sup>

Die kommunistischen Regime der DDR und Sowjetunion erschienen zwar in den 1980er Jahren nach innen noch immer stabil, so ahnte auch selbst zu Beginn des Jahres 1989 niemand, welche mächtige gesellschaftliche und politische Dynamik dieses Jahr mit sich bringen würde. Bereits Mitte der 1980er Jahre hatten sich jedoch viele ökonomische Probleme und die immer lauter werdende Kritik am Einparteiensystem aufgestaut.<sup>9</sup> Gorbatschow versuchte sein Land jedoch mit „Glasnost“ und „Perestroika“ zu modernisieren und erreichte so zumindest eine internationale Annäherung, insbesondere auch zu den USA. Auch der Berlin-Besuch des US-amerikanischen Präsidenten Reagan, dessen legendärer Satz „Tear down this wall!“ den Menschen aus den Herzen sprach, sorgte für eine weitere Entspannung. So kam es Ende 1987 bereits zu ersten Abrüstungsmaßnahmen auf beiden Seiten. Durch den eher liberalen Kurs Gorbatschows gelang zudem eine allmähliche Akklimatisierung der beiden deutschen Staaten, die sich beispielsweise im Besuch Honeckers im Saarland zeigte.<sup>10</sup> Dies war der erste Schritt der Überwindung des schwelenden Ost-West-Konflikts, welcher nicht nur Deutschland, sondern die ganze Welt teilte.<sup>11</sup> Jedoch hatte die SED-Führung Angst vor einer zu großen Annäherung, denn Regimegegner witterten bereits ihre Chance. Es kam seitens der Stasi zu massenhaften Inhaftierungen sowie Abschiebungen in den Westen.<sup>12</sup> Noch zu Beginn des Jahres 1989 ahnte keiner, welche historische Ereignisse bevorstanden. So verkündete Honecker: „Die Mauer steht noch 100 Jahre“. Insbesondere die gefälschten Kommunalwahlen führten jedoch zu zunehmenden Protesten in der DDR, die die Macht des SED-Führers immer

---

<sup>7</sup> Tümmers (2014). S. 157

<sup>8</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/899/60-x-deutschland-das-jahr-1984> (06.06.2016).

<sup>9</sup> Conze (2009). S. 689

<sup>10</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/840/60-x-deutschland-das-jahr-1987> (06.06.2016).

<sup>11</sup> Conze (2009). S. 744

<sup>12</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/904/60-x-deutschland-das-jahr-1988> (06.06.2016).

weiter erodierten. Zusätzlich wurde die DDR durch den Exodus der Flüchtlinge über die Oststaaten weiter geschwächt. Die Proteste wurden lauter und gingen als „Montagsdemonstrationen“ in die Geschichte ein. Ihr Leitspruch: „Wir sind das Volk“. Auch wenn dies in der Retrospektive so erscheint, wünschten die Demonstranten nicht unbedingt das Ende der DDR, sondern vielmehr eine andere, bessere DDR. Der Sozialismus sollte nicht abgeschafft werden, er sollte nur „seine eigentliche, demokratische Gestalt“<sup>13</sup> zurück erhalten.<sup>14</sup> Und dennoch kam es für alle überraschend schnell zur bisher unvorstellbaren Wendung: Am 9. November 1989 fiel schließlich die Berliner Mauer und beendete eine 28-jährige Gefangenschaft und 40-jährige SED-Herrschaft.<sup>15</sup> Und so bekam ein Satz, welchen Gorbatschow bei der Feier des 40. Jahrestags der DDR in seiner Kritik über die SED-Führung äußerte – „Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben“<sup>16</sup> – eine ganz andere Bedeutung.

Trotz des für viele erfreulichen Endes, waren die 1980er Jahre eher eine Zeit der Bedrohlichkeit und Unsicherheit, sowohl wirtschaftlich als auch politisch. Es stellt sich also im Rahmen dieser Arbeit die Frage, ob und wie die gesellschaftspolitischen Ereignisse auf die Ärzteschaft und das Arztbild auswirkten.

## **8.1 Erwartungen an den Arzt – Fortschrittsideologie vs. Vorwürfe der Dehumanisierung der Medizin**

Auf verschiedenen Fronten schien die Welt bedroht zu sein. So war die Energieverknappung eine der größten Herausforderungen der 1980er Jahre. Auch die kriegerischen Auseinandersetzungen im Nahen Osten, in Afrika und Asien, ganz zu schweigen vom wieder aufflammenden Kalten Krieg mit der UdSSR bedrohten zunehmend auch den Frieden, die Freiheit und die

---

<sup>13</sup> Aufruf zur Einmischung in eigener Sache vom 12.09.1989. Vgl. MfS ZAIG, Nr. 416/89, Anlage 4 vom 19.09.1989. In: Mitter/Wolle, Ich liebe, S. 165-169

<sup>14</sup> Conze (2009). S. 695ff.

<sup>15</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/905/60-x-deutschland-das-jahr-1989> (06.06.2016).

<sup>16</sup> Conze (2009). S. 697

Sicherheit in Europa.<sup>17</sup> Es sei mitunter die Aufgabe der Ärzte den Menschen verständlich zu machen, was die Folgen eines Atomkrieges wären, so Leonid Iljin auf dem Tübinger Kongress zur Verhütung eines Atomkrieges.<sup>18</sup> Es scheine offensichtlich, dass Angst, Resignation und Depression in der Gesellschaft zugenommen hätten. Angst verzerre aber die Wahrnehmung und Erkenntnisfähigkeit und führe zu einem *circulus vitiosus* von Verunsicherung, so der Psychotherapeut Herwig Poettgen.<sup>19</sup> Ärzte könnten laut dem Psychosomatiker und Sozialphilosophen Horst-Eberhard Richter und anderen Reformern also nicht mehr politische Abstinenz betreiben und somit eine gefährliche Tradition fortsetzen. Der Arzt solle sich nicht nur für das Individuum engagieren, sondern für die Gesundheit seiner Gesellschaft kämpfen, ja gar zum Vorkämpfer für ‚seiner‘ Gesellschaft werden.<sup>20</sup>

In einer Zeit, in der es zu einem allmählichen Untergang von gesellschaftlichen Werten komme, sei dies besonders wichtig, so der Hamburger Politiker Herbert Weichmann. Er kritisierte in der *Welt*, dass Religion, Autorität, Respekt vor dem Alter, Familienbindung und nationalstaatliches Bewusstsein tabu geworden seien, „Anspruchsinflation“<sup>21</sup> und Egoismus seien hingegen in. Zudem sei der Mensch mit der Komplexität und Widersprüchlichkeit der Dinge in dieser Welt überfordert. Statt biblischen Werten wie „Liebe deine Nächsten wie dich selbst“ sei nun das Motto „Verlange rechtzeitig, was dir zusteht!“, und ein „Bittet, so wird euch gegeben“ sei nun zum „Da liege ich seit zehn Minuten mit offenem Mund! Warum sind die gebratenen Tauben noch nicht drin?“ geworden, so der Psychiater und Neurologe Udo Derbolowsky.<sup>22</sup> Auch der Arzt bleibe von solchen Ansprüchen nicht verschont. So beschrieb der Autor Werner Schell in seinem 1981 erschienenen Buch die Pflichten eines Arztes und die Rechte eines Patienten.

---

<sup>17</sup> Weichmann. In: DÄ. (1980). Heft 11. S. 675;

Strauß. In: DÄ. (1980). Heft 22. S. 1454

<sup>18</sup> Kater. In: DÄ. (1984). Heft 17. S. 1337-B;

Praetorius. In: DÄ. (1984). Heft 35. S. 2478-B

<sup>19</sup> Poettgen. In: DÄ. (1987). Heft 41. S. 1867-B

<sup>20</sup> Federlin et al. (1987). Heft 41. S. 82-B

<sup>21</sup> Weichmann. In: DÄ. (1980). Heft 11. S. 676

<sup>22</sup> Derbolowsky. In: DÄ. (1981). Heft 8. S. 349

Ein mündiger Patient wisse nun, wie man mit Ärzten umzugehen habe und „wenn sie nicht spüren, dann werde ich sie verklagen, dann müssen sie blechen!“<sup>23</sup> Zeit müsse der Arzt sich lassen, man habe ja schließlich die teuren Krankenkassenbeiträge bezahlt. Für den Arzt in der Praxis sei dies zu einer großen Herausforderung geworden, wenn er in der Sprechstunde erleben müsse, dass Patienten „eine Fülle halbverstandener, oft sogar halbrichtiger Informationen über Krankheiten, Behandlungsmethoden und Arzneimittel“<sup>24</sup> mitbrächten, so der Straubinger Psychiater Günther Last. Die Debatten darüber raubten die eh schon knappe Zeit, wobei viele Patienten unbelehrbar seien. Gerade dieses Halbwissen führe auch dazu, dass der Patient immer seltener erst mal seine Beschwerden beschreibe, sondern meist gleich seine Diagnose nenne, meinte Last.<sup>25</sup>

Die Anspruchshaltung der Gesellschaft gegenüber dem Arzt werde aber insofern gebremst, als nicht alles, was möglich wäre, ethisch wie moralisch angebracht sei und es sei auch nicht mehr alles finanziell machbar, was auf Grund der wissenschaftlichen Entwicklungen in die Tat umgesetzt werden könnte.<sup>26</sup> Die Gesellschaft halte aber an der Utopie fest, dass alles doch irgendwie heilbar werde, wenn man es nur entsprechend organisiere und auch finanziere, so der Präsident der Bundesärztekammer (1978-1999) Karsten Vilmar.<sup>27</sup> So komme es auch, dass die heutige Schulmedizin „Krankheit als eine relative, an statistischen Normen gemessene Regelwidrigkeit morphologischer, physiologischer oder funktioneller Art und im weiteren Sinn auch als Störung psychischer, sozialer und geistiger Funktionen“<sup>28</sup> sehe. Gesundheit hingegen sei eine „Fähigkeit, mit den altersspezifischen individuellen und sozialen Aufgaben und Belastungen des Lebens zurechtzukommen und sich seines Daseins freuen zu können.“<sup>29</sup> Zudem habe sich die WHO das Motto

---

<sup>23</sup> Katholische Glaubensinformation. In: DÄ. (1981). Heft 43. S. 2048

<sup>24</sup> Last. In: DÄ. (1983). Heft 40. S. 55f.-B

<sup>25</sup> Ibid.

<sup>26</sup> Jachertz. In: DÄ. (1980). Heft 12. S. 728

<sup>27</sup> Nachrichten, Kieler. In: DÄ. (1982). Heft 8. S. 24-A/B

<sup>28</sup> Maurer. In: DÄ. (1987). Heft 15. S. 705-B

<sup>29</sup> Ibid. S. 705f.-B

„Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000“<sup>30</sup> zum Ziel gemacht und habe eine ebenso unrealistische wie irreführende Krankheitsdefinition veröffentlicht, die dem „hedonistischen Lebensideal“ der modernen Industriegesellschaft entspreche, welche „die Gesundheit als an der Kraft der Jugend gemessene Leistungsfähigkeit versteht, aber auch als Fähigkeit, den durch eigene Schaffenskraft erworbenen materiellen Wohlstand voll zu genießen. Krankheit ist eine ärgerliche Störung im Rhythmus von Produktion und Konsum.“<sup>31</sup> Man könne also von einer Hybris, einer übermütigen Selbstüberschätzung, der Medizin sprechen. Seit Beginn des „goldenen Zeitalters der Medizin“<sup>32</sup> Mitte des 19. Jahrhundert habe man zu viel versprochen und Hoffnungen geweckt, denen man nun nicht gerecht werden könne. So habe man „Pseudobedürfnisse“<sup>33</sup> kreiert, die nicht zu befriedigen seien. Die „Fortschrittsideologie“<sup>34</sup> habe dazu geführt, dass stets eine Perfektionierung medizinischer Technologien und Therapien erwartet werde und schließlich die Utopie bestehe, dass die Medizin irgendwann das Altern und Sterben ganz abschaffen könne. Auch wenn der Arzt dadurch eine einzigartige Idealisierung erfahre, habe man ihm eine unlösbare Daueraufgabe mit auf den Weg gegeben. Die Gesellschaft weigere sich aber noch die Grenzen der Medizin zu akzeptieren und suche lieber einen Schuldigen für den ‚Nichtfortschritt‘ der Medizin. Wurde früher ein ungünstiger Krankheitsverlauf noch als Schicksal hingenommen, werde nun zunehmend der Arzt dafür verantwortlich gemacht. Schließlich würden Krankheit und Tod als unerwünschte und gleichzeitig vermeidbare Zustände angesehen. Krankheit, Gebrechlichkeit und Sterblichkeit gehörten aber nun einmal zum Leben dazu, so Autor und Arzt Werner Freytag.<sup>35</sup> Aus theologischer Sicht könne Krankheit aber auch als „Herausforderung zum Umdenken, zur Änderung des Verhaltens und zur Neuorientierung der Lebenseinstellung“<sup>36</sup> dienen. Dies könne man im täglichen Umgang mit schwerkranken Menschen erfahren. Sie seien sich ihres

---

<sup>30</sup> Jachertz. In: DÄ. (1983). Heft 21. S. 41-B

<sup>31</sup> Maurer. In: DÄ. (1987). Heft 15. S. 705-B

<sup>32</sup> Garcia. In: DÄ. (1980). Heft 28. S. 1772

<sup>33</sup> Ibid.

<sup>34</sup> Freytag. In: DÄ. (1981). Heft 35. S. 1643

<sup>35</sup> Ibid.

<sup>36</sup> Maurer. In: DÄ. (1987). Heft 15. S. 706-B

Lebens jetzt erst richtig bewusst und könnten es nun aktiver gestalten, so Gabriele Speckin.<sup>37</sup>

Im Rahmen der Fortschrittideologie genössen Medikamente ebenso einen viel zu hohen Stellenwert in der Medizin. Es müsse deutlich werden, dass ein Medikament, wenn überhaupt, ein Hilfsmittel für den Arzt sei, Heilmittel seien allein der Arzt und der Patient selbst.<sup>38</sup> Es sei zudem ethisch nicht vertretbar, Kranke dem ganzen diagnostischen Spektrum technischer Möglichkeiten auszusetzen,<sup>39</sup> vor allem, wenn der „polypragmatische Eifer“<sup>40</sup> nur der Beruhigung des Arztes diene. Manch ein Patient fühle sich ohnmächtig gegenüber all der Technik und zum „Messdatenpatienten“<sup>41</sup> degradiert. Nicht die Apparatedizin stehe im Mittelpunkt einer Erkrankung, sondern der Patient mit seinen Erwartungen, Lebensumständen und seinen persönlichen Krisen. Der Arzt als „Gesundheitsingenieur“<sup>42</sup>, der „Manager im weißen Kittel“<sup>43</sup>, den die fitnessorientierte Gesellschaft erwarte, müsse wieder zum persönlichen Berater werden, der Zuwendung und Wärme ausstrahle. Die Technik dürfe allein im Dienst des Kranken stehen, sie dürfe nie den Kranken beherrschen, so Rudolf Gross, Leiter der medizinisch-wissenschaftlichen Redaktion des DÄ. Das Problem der modernen Medizin sei überdies, dass sie wortwörtlich krank mache, so der Wiener Politikwissenschaftler Walter Krämer. Die Diagnostik sei weit entwickelt, die meisten Krankheiten könne man erkennen, aber therapieren könne man sie nicht. Die Amerikaner sprächen von „half-way-technologies“<sup>44</sup>. „Je besser eine medizinische Versorgung ist, um so mehr Behandlungsbedürftige wird es geben“<sup>45</sup>, sagte Vilmar.

Man spreche immer mehr von der Dehumanisierung der Medizin, so Herbert Lippert, Leiter des anatomischen Instituts in Hannover. Der Patient

<sup>37</sup> Speckin. In: DÄ. (1987). Heft 24. S. 1173-B

<sup>38</sup> Beckmann. In: DÄ. (1982). Heft 9. S. 77-A/B

<sup>39</sup> Federlin et al. In: DÄ. (1982). Heft 41. S. 76.-B

<sup>40</sup> Richter. In: DÄ. (1982). Heft 47. S. 6-B

<sup>41</sup> ck. In: DÄ. (1983). Heft 21. S. 63-B

<sup>42</sup> Müller-Braunschweig. In: DÄ. (1982). Heft 47. S. 8-B

<sup>43</sup> ck. In: DÄ. (1983). Heft 21. S. 63-B

<sup>44</sup> Krämer. In: DÄ. (1985). Heft 37. S. 2610-B

<sup>45</sup> Ibid.

fühle sich zunehmend als Sache, als Maschine, als Versuchskaninchen und letztlich als Problem. Kranke würden so eher wie „Leichen im Präpariersaal“<sup>46</sup> behandelt werden, so Lippert. Das Problem der medizinischen Ausbildung sei, dass die Leiche den ersten ‚Patienten‘ für den Studenten darstelle. Diese müsse nicht aufgeklärt werden, zeige keine Gefühle, benötige kaum Pflege. Dies bringe große Herausforderungen für spätere Arzt-Patienten-Beziehungen mit sich, denn man habe den Umgang mit dem lebendigen Patienten nicht gelernt. Lippert folgert daraus, dass der Anatomieunterricht viel mehr am Lebenden stattfinden müsse. So sollten sich die Studenten möglichst gegenseitig untersuchen, dann würden sie nebenbei noch die Rolle des Patienten kennenlernen.<sup>47</sup>

Der Arzt habe sich darüber hinaus als Person immer weiter zurückgezogen, aus dem Heim des Patienten in die nun gängige Sprechstunde.<sup>48</sup> Allerdings müsse man letztere wieder wörtlich nehmen, um sich im Gespräch kennen und verstehen zu lernen. Die Zeit der sprechenden Medizin sei wieder gekommen, meinte der Singener Arzt Hannes Sauter-Servaes,<sup>49</sup> nur durch bessere Kommunikation könne die Dehumanisierung in der Medizin gestoppt werden. Partner sollten miteinander reden, so auch Arzt und Patient. Oft finde zwar ein ausführliches Gespräch statt, der Arzt kenne aber die Sprache des Patienten nicht mehr. Ihm würden im Studium meist nur wissenschaftlichen Begriffe beigebracht, ohne die deutschen Übersetzungen zu berücksichtigen. Dadurch falle es dem Arzt hinterher schwer, seine Gedanken zu dolmetschen. Es sei aber „die Pflicht des Gebildeteren, seine Sprache dem weniger Gebildeten anzupassen.“<sup>50</sup> Verständigungsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient seien so alt wie die Menschheit. Der ständige Fortschritt mache es aber immer schwieriger für den Patienten den Wissensvorsprung des Arztes einzuholen. Zudem werde die Sprache zunehmend durch die moderne High-Tech-Medizin verdrängt. Gerade die Sprache sei aber mit das wichtigste

---

<sup>46</sup> Lippert. In: DÄ. (1984). Heft 36. S. 2540

<sup>47</sup> Ibid. S. 2540ff.-B

<sup>48</sup> Freytag. In: DÄ. (1981). Heft 35. S. 1643f.

<sup>49</sup> Sauter-Servaes. In: DÄ. (1986). Heft 31/32. S. 2151-B

<sup>50</sup> Lippert. In: DÄ. (1984). Heft 37. S. 2615f.-B

Instrument des Arztes. „Mit der Sprache kann er nahezu alles, ohne die Sprache fast nichts bewirken. Und jede Medizin wird nur so gut sein wie die Sprache derer, die sie ausüben“<sup>51</sup>, so der Medizinethiker Linus Geisler. Das sprachwissenschaftliche Institut der Universität Hamburg führte 1988 eine Studie durch, bei der 512 Patienten bezüglich Kommunikation in der Arztpraxis befragt wurden. 91% sagten aus, dass ihr Arzt zu wenig mit ihnen rede, 89%, dass er ihnen nicht zuhöre. 87% stellten fest, dass zu viele Fachtermini verwendet würden und auch sonst zu wenig erklärt werde. Und so sei es kein Wunder wenn Thomas Bernhard in seinem Buch *Der Atem* schreibt: „Die Visite, der Höhepunkt an jedem Tag, war gleichzeitig immer die größte Enttäuschung gewesen.“<sup>52</sup> Es sei für den Kranken unbefriedigend, denn er merke bald, dass der Arzt seine Krankheit anders verstehe, als er sie selbst gerade erlebe, dass seine Welt und die des Arztes nicht kongruent seien.<sup>53</sup> Für die Kommunikation sei es überdies nicht förderlich, dass zwischen die unmittelbare Zweierbeziehung von Arzt und Patient nun meist eine ganze Berufsgruppe stehe. In der Arztpraxis spreche der Patient zuerst mit einer Sprechstundenhilfe, im Krankenhaus seien dies Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Stationshilfen und Reinigungskräfte. Dabei gehe im Informationsfluss einiges verloren, jedes Kind kenne die Wirkung des Spiels „Stille Post“, bei dem am Ende ein ganz anderes Wort herauskomme als am Anfang vorgesagt wurde. Für den ärztlichen Alltag sei dies fatal, denn der Arzt trage letztendlich die Verantwortung, so der ärztliche Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen Reinhart Lempp.<sup>54</sup>

Aber nicht nur die Kommunikation werde falsch gelernt, vor allem auch der persönliche Umgang untereinander. Der Student werde im Studium meist nur wie eine Fallnummer behandelt und er stelle nur ein Problem für die Professoren dar, das ihnen die wertvolle Zeit für die Forschung raube. Werde dieser Umgang für den Studenten alltäglich, so brauche man sich nicht wundern, dass ihnen dies als ‚Vorbild‘ diene. Lippert rief also zu einem

---

<sup>51</sup> Geisler. In: DÄ. (1988). Heft 50. S. 2520

<sup>52</sup> Ibid. S. 2521

<sup>53</sup> Ibid. S. 2520ff.-B

<sup>54</sup> Lempp. In: DÄ. (1989). Heft 27. S. 1424-B

humaneren Umgang auch unter Ärzten und besonders gegenüber Studenten auf, denn diese seien es, die in Zukunft die Patienten betreuten.<sup>55</sup> Die Veröffentlichung dieses Artikels löste unter der Leserschaft teilweise eine große Bestürzung, teils aber auch eine Faszination aus. In jedem Fall, erfreute sich der Artikel einer großen Resonanz. Manche verurteilten seine Ideen auf das Schärfste, so die Leiter der anatomischen Institute in Lübeck, Kiel und Innsbruck,<sup>56</sup> andere begrüßten sie und wünschten nicht nur mehr Humanität in der vorklinischen Lehre, sondern eine Ausweitung dieser Gedanken auch auf den klinischen Unterricht.<sup>57</sup> „Die Beiträge von Prof. Lippert waren ein längst fälliger, begrüßenswerter Ansatz, die Ursachen der allseits beklagten Unwirtlichkeit in der deutschen Medizin aufzuspüren. Dass ein Teil seiner dickfelligen Fachkollegen schlicht alle Kritik empört von sich weisen würde, hat der Autor sicher vorgesehen; die Schärfe jedoch, die bis zur ‚Verurteilung‘ geht, erstaunt: quod erat demonstrandum!“<sup>58</sup>

## **8.2 Das Paradoxon setzt sich fort – das Arztbild der 1980er Jahre in Politik, Medien und Literatur**

Seit in den 1970er Jahren vor allem von medialer Seite vermehrt Kritik an der Ärzteschaft geübt worden war, war das Arztbild in der Öffentlichkeit zunehmend ins Zwielficht geraten. Während der Berufsstand von der Bevölkerung weiter hoch angesehen wurde, schien er von medialer und politischer Seite an den Pranger gestellt zu werden. In großem Kontrast dazu schienen die Bilder des Arztes in Kunst und Literatur zu stehen, wo eher ein übertrieben positives Bild gezeichnet wurde. Es stellt sich also die Frage, wie es zu solchen Diskrepanzen in der Wahrnehmung ein und derselben Berufsgruppe kommen konnte.

Betrachte man die mediale Berichterstattung, sei die Tendenz der 1970er Jahre den Ärztstand zu missbilligen, noch immer lebendig. Man wolle die

---

<sup>55</sup> Lippert. In: DÄ. (1984). Heft 38. S. 2700f.-B

<sup>56</sup> Kühnel et al. (1984). Heft 41. S. 2934-B

<sup>57</sup> Mrowietz. In: DÄ. (1984). Heft 42. S. 3092

<sup>58</sup> Wenig. In: DÄ. (1985). Heft 4. S. 148-B

„Abkehr von der traditionellen Arzt-Vergötterung“<sup>59</sup>, so die ärztlichen Leiter der Universitätsklinik Gießen. Es sei nun aber endlich an der Zeit die Revolutionäre in ihre Schranken zu verweisen und dem falschen Prophetentum ein Ende zu setzen.<sup>60</sup> Dennoch bauten Politiker jeglicher Couleur das ‚Feindbild‘ Arzt weiter aus, wofür sich viele Beispiele finden ließen: So sagte der SPD-Bundestagsabgeordnete Jürgen Egert: „Ich behaupte, dass der Arzt, der sich in der Praxis niederlässt, in der Regel günstigenfalls einfach ein medizinisch gebildeter Gesundheitsberater ist.“<sup>61</sup> Auch hielte die Ärzteschaft immer zusammen, schon allein „aus selbstsüchtigem egoistischen Gewinnstreben“<sup>62</sup>, so der Bremer SPD-Senator Herbert Brückner. Zudem seien Unterstellungen, dass Ärzte und Pharmabosse „eine Schar gemeinsam brandschatzender Raubritter“ seien, die kein Interesse an gesunden Menschen hätten, sondern nur daran „möglichst viele Pillen und Pülverchen abzusetzen“<sup>63</sup> Alltag. Das Fass zum Überlaufen schien dann der deutsche Politologe und Publizist Johano Strasser zu bringen, als er sagte: „Ich glaube, wir müssen zu einem öffentlich-rechtlichen Gesundheitswesen kommen.“<sup>64</sup> Man habe auch von der Nemesis, der Rache der Götter, gesprochen. Insbesondere der Theologe Illich verwendete diesen Vergleich des Öfteren, wobei er allerdings nur die Schattenseiten der Medizin, nicht unbedingt der Ärzteschaft, präsentieren wollte. Es sei versucht worden aus dem ärztlichen Beruf einen Beruf wie jeden anderen zu machen. Dies könne aber glücklicherweise nie erreicht werden, da der Mensch das Objekt der Medizin sei. Man könne den Arztberuf nach Feierabend auch nicht einfach so ablegen, wie dies ein Beamter oder Handwerker tue, denn der Arzt nehme seinen Beruf mit nach Hause, die Schicksale, die er am Tag zu hören bekam, teilweise auch mit in den Schlaf.<sup>65</sup>

Auch die Gerichte hätten den Ärzten keinen Dienst erwiesen, als sie entschieden, dass nun der Laie Einblick in seine Krankenakte haben solle,

---

<sup>59</sup> Federlin et al. In: DÄ. (1982). Heft 41. S. 76-B

<sup>60</sup> Ibid.

<sup>61</sup> Last. In: DÄ. (1983). Heft 40. S. 58-B

<sup>62</sup> Ibid.

<sup>63</sup> Ibid.

<sup>64</sup> Ibid.

<sup>65</sup> Garcia. In: DÄ. (1980). Heft 28. S. 1770f.

womit der Arzt zum Erfüllungsgehilfen deklassiert werde. Außerdem befassten sich die „journalistischen Schreibtischtäter“<sup>66</sup> immer noch in unfreundlichster Weise mit dem Ärztestand. Es murre an, als ob ihm „ein Sturmwind ins Gesicht wehen würde, als ob die Massenmedien für immer zur Hexenjagd geblasen hätten“<sup>67</sup>. Geradezu unisono hämmerte man den Leuten ein, dass Ärzte nur geldgierig seien, wobei gerade im Rahmen der Kostendämpfung ein Dilemma zwischen Ökonomie und Humanität entstehe.<sup>68</sup> Dies hätten die Medien jedoch nicht erkannt und so nutzten sie die Ärzteschaft weiterhin als Sündenbock und „Prügelknaben der Nation“.<sup>69</sup>

Es scheint also, als hätten sich politische Entscheidungsträger und auch die Medien eher negativ über die Ärzteschaft geäußert. Um dies zu verifizieren, veröffentlichte der Diplomsozialwirt Günther Keil im Jahre 1980 eine Studie bezüglich des Arztbildes von Politikern und der Presse. Dabei zeigte sich, dass die politische Prominenz den Arzt bezüglich seines Berufsimages etwa gleich hoch einschätzte als die Öffentlichkeit, wobei hier untere Bildungsschichten dem Arzt ein höheres Image attestierten.<sup>70</sup> Die Bewertung des Einkommens wich jedoch deutlich von der Prestige einschätzung ab. So wurde dem Chefarzt, dem Facharzt in freier Praxis sowie dem medizinischen Universitätsprofessor ein zu hohes Einkommen attestiert, obwohl genau diese Gruppen das höchste Prestige genossen. Auch die vermuteten Motive zur Aufnahme eines Medizinstudiums legten nahe, dass der Arzt primär mit materiellen Vorteilen und einem hohen sozialen Ansehen in Verbindung gebracht wurde. Zudem glaubten immerhin fast die Hälfte der befragten Politikvertreter, dass das Berufsethos hinter dem materiellen Interesse rangiere.<sup>71</sup> Auch die Meinung der Vertreter aus der Politik bezüglich ärztlicher Berufsorganisationen wurde untersucht. Dabei zeigte sich, dass Angehörige der SPD sich eher vorwurfsvoll in Bezug auf Macht- und Honorarpolitik äußerten, wohingegen Mitglieder der Unionsparteien sowie der FDP sich eher neutral verhielten oder positiv

<sup>66</sup> Last. In: DÄ. (1983). Heft 40. S. 60-B

<sup>67</sup> Ibid.

<sup>68</sup> Jachertz. In: DÄ. (1987). Heft 22. S. 1081-B

<sup>69</sup> Last. In: DÄ. (1983). Heft 40. S. 60-B

<sup>70</sup> Keil (1980). S. 34ff.

<sup>71</sup> Ibid. S. 40f.

äußerten.<sup>72</sup> Zudem zeigte sich, dass insbesondere Mitglieder der SPD eher für eine Zentralisierung des Gesundheitssystems und ein verstärktes Eingreifen des Gesetzgebers plädierten. Jedoch war ebenso festzustellen, dass eine gänzliche Verstaatlichung des Gesundheitswesens von niemandem gewünscht wurde.<sup>73</sup> In der beschriebenen Studie wurden zudem Artikel in verschiedenen Presseorganen bezüglich des Arztbildes analysiert. Hierbei fand sich, dass 61% ein eher negatives Bild des Arztes zeichneten, wobei diese mehrheitlich personengebunden waren. Dennoch zeichnete sich insbesondere im *Spiegel* und in der *Bildzeitung* ein deutlich negatives Bild ab, wobei hier auch eine Tendenz zu Pauschalurteilen vorherrschte.<sup>74</sup> Ganz besonders kritisch wurde hierbei das von Ärzten erwartete Einkommen und Ansehen betrachtet. Generell ließ sich sagen, dass in den untersuchten Presseorganen also eher arztfeindliche Einstellungen dargestellt wurden.<sup>75</sup>

Es sei somit kein Wunder, dass das Ansehen des Arztes in der Gesellschaft gemindert sei.<sup>76</sup> Das Institut für Demoskopie Allensbach bestätigte einen über die Jahre hin zögerlichen, allmählichen Prestigeverfall. Der Arzt genieße allerdings noch immer das höchste Prestige in der Gesellschaft, wobei nur noch 76% der Bevölkerung dieser Meinung seien, in den 1960er Jahren seien es noch 84% gewesen. Passend hierzu schreibt Brunhild Stehr 1984 in ihrer Promotionsarbeit über die Veränderung des Arztbildes in der Öffentlichkeit. Dafür untersuchte sie Artikel aus dem *Spiegel* von 1967 bis 1972, denn diese Zeit sei als die Epoche des Umbruchs in der Gesellschaft bekannt. Man könne erwarten, dass die umfassende Kritik an den gesellschaftlichen Zuständen der Zeit auch vor den Ärzten keinen Halt gemacht haben dürfte. Der negative Trend in den Spiegelartikeln sei eindeutig festzumachen, wobei die Sachlichkeit in den 1980er Jahren wieder zugenommen habe und somit auch die positive Wertung. So schlecht es im *Spiegel* und vergleichbaren Magazinen

---

<sup>72</sup> Ibid. S. 56f.

<sup>73</sup> Ibid. S. 66

<sup>74</sup> Ibid. S. 85ff.

<sup>75</sup> Ibid. S. 91ff.

<sup>76</sup> Institut der deutschen Wirtschaft. In: DÄ. (1989). Heft 13. S. 645-B

um das Arztbild bestellt sein solle, „selbst bei Grünwählern liegen die Ärzte mit 60 Prozent immer noch an oberster Stelle.“<sup>77</sup>

Im Großen und Ganzen ist die Bevölkerung indes mit ihren Ärzten zufrieden. Dies zeigte eine Studie des Instituts für Verbrauchs- und Einkaufsforschung in Hamburg 1984. So brachten sogar 93% ihrem Arzt ein gewisses Grundvertrauen entgegen und immerhin 83% bestätigten, dass Ärzte ihren Beruf mit großem Einsatz ausübten. Auf diesen Ergebnissen dürfe man sich aber nicht ausruhen, denn immerhin 36% stimmten der Aussage zu, dass man dem Arzt nicht kritisch genug auf die Finger sehen könne, so der Diplomkaufmann Jürgen Stolte.<sup>78</sup> Eine Studie, bei der verschiedene Aspekte des Arzt-Patienten-Verhältnisses untersucht wurden, zeigte, dass die Zufriedenheit mit dem Arzt nicht nur von letzterem abhing, sondern auch vom Verhaltenstyp des Patienten. Dabei unterscheidet man einen regressiv-angepassten, einen resignativ-passiven und einen autonom-aktiven Patienten. Letzterer sei meist jung und eher informiert und bereite aus ärztlicher Sicht die meisten ‚Probleme‘, verlangsamt diese die Visite oder Sprechstunde durch gezieltes Nachfragen. Dadurch griffen viele Ärzte auf asymmetrische Interaktionsmuster zurück, wie zum Beispiel Zynismus, Adressaten- oder Themawechsel. Die Mehrheit der Patienten sei aber eher dem angepassten Typ zuzuordnen. Diese seien es hingegen, die anschließend feststellten, dass zu viel ‚Latein‘ gesprochen würde und immerhin 30% gaben an, dass sie ihre Fragen nicht loswerden könnten oder sie vor lauter Aufregung vergessen hätten. In Interviews mit Patienten wurden daraus Forderungen der Patienten erstellt. Am meisten wünschten sie sich detailliertere Informationen, die zudem taktvoll und erst nach Absprache mit den Kollegen vermittelt werden sollten, um Widersprüchlichkeiten zu vermeiden. Ganz besonders begehrten Patienten nur eine ärztliche Bezugsperson während ihrer gesamten Hospitalisierung, einen Abbau der ‚Übermacht‘ des Arztes und schließlich auch längere Visitenzeiten.<sup>79</sup>

---

<sup>77</sup> Dauth. In: DÄ. (1986). Heft 39. S. 2592-B

<sup>78</sup> Stolte. In: DÄ. (1984). Heft 48. S. 3568ff.-B

<sup>79</sup> Stunder. In: DÄ. (1987). Heft 15. S. 985f.-B

Der Arzt sei immer ein Produkt seiner Zeit, denn es gebe kaum einen Beruf, der die Lebensweise einer Epoche, eines Landes besser widerspiegle als der Arztberuf. Schließlich sei er auch der Mittelpunkt des menschlichen Schicksals und so sei es kein Zufall, dass der Arzt und sein Metier in der Literatur häufig thematisiert würden. Dabei bediene sich gerade die Unterhaltungsliteratur zunehmend an der Thematik des Arztes, was sicher auch durch ein vermehrtes Interesse der Gesellschaft an medizinischen Themen erklärt werden konnte, so der Kardiologe Friedrich Hofmann. Selbst in Jugendzeitschriften wie *Bravo*, *Popcorn* oder *Mädchen* betrage der Medizinanteil immerhin 8% des Gesamtinhalts. Dabei dominierten zwei große Themenbereiche: Einerseits sei dies der allseits bekannte „Dr. Sommer“, der alle Fragen der Jugendlichen bezüglich Sexualität beantworte. Andererseits sei eine eher psychologische Thematik hinzugekommen, verkörpert von „Gabi“, die sich mehr um die Sorgen und seelischen Probleme der Heranwachsenden kümmere. Medizinische Informationen würden also hauptsächlich im Dialog an die Jugendlichen herangetragen, wodurch der Leser sich viel eher mit dem Inhalt identifizieren könne und sich so angesprochen fühle. Noch hinzu kämen alle möglichen Anzeigen der Kosmetik- bzw. Pharmaindustrie, die hier ihre Produkte gegen Pickel & Co. sowie Verhütungsmittel bewürben. Damit sei aber klar: Die Artikel beschränkten sich allein auf von Jugendlichen präferierte Themen. Berichte zu Tod, Behinderung, Unfällen und Krankheit fehlten. Besonders, da in der Schule noch immer kaum Informationen zum Thema Medizin vermittelt würden, wäre es wünschenswert, wenn sich wenigstens der Journalismus dessen annähme.<sup>80</sup>

Während in Zeitschriften meist mehr die informative Komponente dominierte, lebten Arztromane nicht nur von ihrem ärztlichen Helden, sondern natürlich auch von einer exotischen oder extremen Kulisse, seien es nun das Kreuzfahrtschiff oder die Berge. Auch spielten vor allem Chirurgen oder Intensivmediziner die Hauptrolle, da diese Spezialisierungen ein höheres Maß an Spannung garantierten. Besonders interessant seien die nahezu identischen

---

<sup>80</sup> Hofmann. In: DÄ. (1983). Heft 16. S. 59ff.-B

Charakterisierungen eines typischen Arztes.<sup>81</sup> So schrieb Andreas Kufsteiner in seiner Romanserie *Der Bergdoktor*: „Dr. Burger war mehr als mittelgroß. Dunkles, gewelltes Haar fiel ihm in die stets sonnengebräunte Stirn und kluge, braune Augen sahen sein Gegenüber fast immer freundlich an. Er hatte einen schöngeschwungenen Mund, dessen Linie von viel Gefühl erzählte, aber auch von großer Selbstbeherrschung, und das kantige Kinn verriet, dass er sich zuzusetzen verstand.“<sup>82</sup> Und Marie-Louise Fischer erzählte: „Die grauen, klugen Augen, die von winzigen Lachfältchen umgeben waren, machten Dr. Curtius ausgesprochen sympathisch. Durch das Weiß seines Kittels kam die gesunde Bräune seiner Haut besonders zur Geltung.“<sup>83</sup> Und schließlich schrieb Heinz G. Kosalik: „Seine Augen, die kleinen Fältchen in den Augenwinkeln, die schmalen Lippen vor dem herrischen Mund, die etwas gebogene, schmale Nase in diesem braunen, manchmal asketisch wirkenden Gesicht, dessen heftigster und schönster Ausdruck seine Augen waren, diese braunen, großen strahlenden Augen, die mich ansahen und unter denen ich wegschmolz und willenlos wurde.“<sup>84</sup> Die tatsächlichen täglichen Geschehnisse blieben hingegen unerwähnt und wenn sich doch ein Autor an der Beschreibung des Arztberufes versuche, dann klinge es wie bei Kosalik: „Sie gehen hinaus ins Leben als junge Ärzte, die das Ideal mitbringen, gute Ärzte sein zu wollen... Das Leben eines Arztes ist ein ständiges Bauen an sich selbst und an dem Wall gegen Krankheit, Elend und Tod. Sie werden immer im Kampf stehen. Sie werden die lebenslänglichen Soldaten an der vordersten Front sein und dazu gehört Ausdauer und Mut.“<sup>85</sup> Ein Arztroman komme also nie ohne einen „positiven, starken, von wenig Selbstzweifeln geplagten Helden, eine dramatische Handlung und – nicht zu vergessen – ein strahlendes Happy End“<sup>86</sup> aus, so analysierte Hofmann.

Die großen Diskrepanzen bezüglich des Arztbildes kamen in erster Linie durch das unterschiedliche Medium zustande. Während es Aufgabe von

---

<sup>81</sup> Hofmann. In: DÄ. (1982). Heft 18. S. 88f.-A/B

<sup>82</sup> Ibid. S. 90

<sup>83</sup> Ibid.

<sup>84</sup> Ibid.

<sup>85</sup> Ibid. S. 97-A/B

<sup>86</sup> Ibid. S. 97-A/B

Journalismus und Politik ist, Missstände aufzudecken und diese zu beheben, so lebt gerade die Unterhaltungsliteratur von Heldengeschichten. Anhand der vorliegenden Artikel ließ sich jedoch schwer sagen, inwiefern sich die Öffentlichkeit davon polarisieren lässt. Die folgenden Dekaden werden also zeigen müssen, in welche Richtung sich die Meinung zum Arztbild bewegt.

### **8.3 Reaktion auf die mediale Kritik – die Ärzteschaft auf der ständigen Suche nach einem Leitbild**

Obwohl die Ärzteschaft die Anschuldigungen und Diffamierungen von medialer Seite entschieden zurückwies, habe sie akzeptiert, dass sie sich den Herausforderungen der 1980er Jahre stellen und Weichenstellungen für die Zukunft vornehmen müsse. Dies beweise nicht zuletzt das Thema des 86. Deutschen Ärztetages in Kassel: „Der Arztberuf im gesellschaftlichen Wandel – Perspektiven für die achtziger Jahre“.<sup>87</sup> Wie wichtig dieser Schritt war, zeigte der Gründer der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin Hans Schäfer in seinem Buch *Plädoyer für eine neue Medizin*. Letztere drohe durch ihre zunehmende Anonymität ‚arrogant‘ zu werden. Zudem leide sie an Gigantomanie, wodurch eine massive Verunsicherung unter Patienten entstanden sei, welche durch die Medien weiter verstärkt würde. So komme es, dass Patienten zunehmend zu „außermedizinischen Heilern“<sup>88</sup> abwanderten. Immer mehr „unberufene Kräfte und selbsternannte Experten“ mischten sich in den „Gesundheitsmarkt“ ein.<sup>89</sup> Besonders um eines gehe es: Ganzheit. Dabei sei Ganzheit mehr als eine Summe ihrer Einzelteile. Der Religions- und Erziehungswissenschaftler Roland Schüßler nannte das Beispiel der Melodie aus der Gestaltpsychologie: „Die einzelnen Töne in ihrer Summe ergeben noch nicht notwendigerweise eine Melodie. Erst ihre Ordnung und Organisation formen ein Ganzes, eine vollständige Melodie. So ist die Eigenschaft eines

---

<sup>87</sup> ck. In: DÄ. (1983). Heft 21. S. 63-B

<sup>88</sup> Beckmann. In: DÄ. (1982). Heft 9. S. 74-A/B

<sup>89</sup> Schüßler. In: DÄ. (1988). Heft 3. S. 61-B

Teils stets abhängig vom ganzheitlichen Kontext, in dem sie eingebettet ist.“<sup>90</sup> Diese ganzheitliche Medizin werde insbesondere von der Anthroposophie angeboten und weise dadurch nochmals auf die Versäumnisse des modernen ärztlichen Handelns hin.<sup>91</sup>

Auch wenn die modernen Leitlinien eines ethisch korrekten ärztlichen Handelns bereits im Genfer Gelöbnis und in ähnlicher Form in der Berufsordnung für Ärzte (s. Anhang) festgesetzt waren, so schien es für die Ärzteschaft gerade in Zeiten, in denen sie öffentlich kritisiert wurde wichtig, erneut Handlungsmaximen für die ärztliche Arbeit aufzustellen. So führte Gross auf, dass ein Arzt nur jene Diagnostik und Therapie durchführen dürfe, die er beherrsche und deren Tragweite er einschätzen könne. Dazu müsse er sich stets fortbilden, um Obsoletes zu erfassen und gleichzeitig die modernsten Verfahren kennen zu lernen. Zur guten ärztlichen Praxis gehöre es zudem, die erhobenen Befunde immer objektiv zu beurteilen, ohne voreingenommen zu sein. Am wichtigsten sei es jedoch daran zu denken, dass der Patient im Mittelpunkt seiner Arbeit stehe, nicht aber die Bürokratie.<sup>92</sup> Der Patient befinde sich nämlich in einem Ausnahmezustand, er sei schwach, fühle sich elend, leide an Schmerzen, Sorge sich um seine Gesundheit und sei möglicherweise deprimiert. Er sei zudem kein Leiden, sondern er leide selbst. Der Weg aus der Krise sei zuallererst das ärztliche Gespräch. Der Arzt solle dabei

„viel zuhören und nachdenken, weniger selbst sprechen; häufig zurückfragen, aber nicht suggestiv; dabei kurze Fragen formulieren, ohne eigene Meinungen mit auszudrücken; nicht nur das diagnostische Interesse verfolgen, sondern zugleich dem Kranken helfen, dass er selbst Sinnzusammenhänge erkennt. Immer ist zu bedenken, dass das ärztliche Gespräch zugleich Diagnostik und Behandlung ist, dass Erkennen und Verstehen bereits therapeutisch wirksam sein können“,<sup>93</sup>

stellte der Psychiater Rainer Tölle fest. Der Arzt solle sich dabei bewusst sein, dass vorschnelle Ratschläge, bagatellisierendes Trösten und ermutigendes Schulterklopfen in der Praxis nicht angebracht seien, habe der Patient dies

---

<sup>90</sup> Ibid.

<sup>91</sup> Ullrich. In: DÄ. (1988). Heft 25/26. S. 1301ff.-B

<sup>92</sup> Clade. In: DÄ. (1984). Heft 13. S. 986-B

<sup>93</sup> Tölle. In: DÄ. (1986). Heft 40. S. 2695-B

schon alles bei Freunden und Verwandten erfahren, wobei er sich damit eher nicht verstanden fühle.<sup>94</sup> Trotzdem müsse sich der Arzt optimistisch zeigen, denn das Wesen des Arztes werde laut Schäfer geprägt von der Heilserwartung des Patienten sowie von der Kompetenz und vom Charisma des Arztes.<sup>95</sup> Dies zu erreichen werde in der modernen Zeit aber zunehmend schwieriger. Eine Persönlichkeitsbildung finde in der Ausbildung zum Arzt kaum mehr statt, stattdessen würden Studentenmassen durch das Studium geschleust, wobei allein Multiple-Choice-Prüfungen den Geist des Studenten fordern sollten. Eine persönliche Beziehung zwischen Lehrenden und Lernenden könne auf diese Weise nicht aufgebaut werden.<sup>96</sup> Der Arzt und Autor Micheal Arnold fordert weiterhin eine vielseitige geistige Ausbildung der Studierenden. Zu sehr würden sie vom eigenen Fach beansprucht, zu wenig könnten sie sich in anderen Fakultäten der Universität weiterbilden und somit eine vollkommene Persönlichkeit formen.<sup>97</sup>

Während der Arzt seiner beruflichen Fürsorgepflicht zum Wohle des Kranken nachkommen müsse, stehe heutzutage aber auch der Patient selbst in der Verantwortung an seiner Gesundheit teilzuhaben, wozu ihn der Arzt durch Information und Aufklärung ermutigen solle.<sup>98</sup> Trotzdem dürfe der Arzt nie dem Patienten die Schuld für seine Krankheit geben, sondern müsse immer Hoffnung für die Zukunft wecken, so der Freiburger Theologieprofessor Bernhard Maurer.<sup>99</sup> Der Arzt müsse allerdings den Wunsch des Patienten nach vermehrter Eigenverantwortung erkennen. Dies sei auch deshalb wichtig, weil unzufriedene Patienten zunehmend dazu tendierten, gleichzeitig mehrere Ärzte in Anspruch zu nehmen, was nicht nur medizinisch schwer zu vertreten sei, sondern auch wirtschaftliche Konsequenzen für die ganze Gesellschaft habe.<sup>100</sup> Die Beziehung zwischen Arzt und Patient beruhe also auf gegenseitigem Vertrauen. Der Kranke dürfe auf die bestmögliche Diagnostik und Therapie

---

<sup>94</sup> Ibid. S. 2695-B

<sup>95</sup> Beckmann. In: DÄ. (1982). Heft 9. S. 74-A/B

<sup>96</sup> Jachertz. In: DÄ. (1982). Heft 28. S. 63-B

<sup>97</sup> Doppelfeld. In: DÄ. (1988). Heft 16. S. 809-B

<sup>98</sup> Deutscher Ärztetag. In: DÄ. (1980). Heft 23. S. 1512

<sup>99</sup> Maurer. In: DÄ. (1987). Heft 15. S. 706-B

<sup>100</sup> Deutscher Ärztetag. In: DÄ. (1980). Heft 22. S. 1439

hoffen, während der Arzt sich darauf verlassen könne, dass der Patient seinen Ratschlägen folge, um zu gesunden. Es sei die Aufgabe des Arztes dieses besondere Vertrauen zu schützen und zu pflegen, so der Heidelberger Medizinphilosoph und Sozialmediziner Wolfgang Jacob. Der Patient müsse dann seinerseits darauf achten, dass er sich nicht von einer technisch hervorragend ausgestatteten Praxis blenden lasse, aber er dürfe sich auch nicht der üblichen Meinung anschließen, dass Ärzte nur das Geld Verdienen im Kopf hätten.<sup>101</sup>

Der Sanitätsrat Herbert Schaffner aus Berlin fasste die ärztlichen Pflichten schließlich wie folgt zusammen:

„Heilen und Helfen  
in Krankheit und Not,  
Leben erhalten  
ist ein Gebot.  
Krankheit verhindern,  
Leiden vermindern,  
ist unsere Pflicht.  
Leiden verlängern,  
wenn Rettung nicht möglich,  
ist nicht human.  
Kann einzig der Tod  
vom Leiden erlösen,  
dann Sorge dafür,  
dass nicht das Sterben  
wird sinnlose Qual!  
Hier ist der Tod  
der gütigste Arzt!  
Hilfe beim Leben,  
auch Hilfe beim Sterben  
ist unsere Pflicht,  
quälen und töten,  
dürfen wir nicht.“<sup>102</sup>

<sup>101</sup> Jacob. In: DÄ. (1983). Heft 19. S. 60ff.-B

<sup>102</sup> Schaffner. In: DÄ. (1985). Heft 31/32. S. 2226-B

#### 8.4 Qualitätssicherung als neue Aufgabe des Arztes

Die Bedrohlichkeit der Zeit und die Unsicherheit, die die Menschen dadurch empfanden, ging mit einer neuen Aufgabe des Arztes einher, die sich in den 1980er Jahren zunehmend etablierte, die Qualitätssicherung ärztlichen Handelns. Die Begriffskombination aus Qualität und Sicherung sei in modernen Enzyklopädien allerdings noch nicht einmal zu finden, so der medizinische Fachjournalist J. F. Volrad Deneke, und das obwohl die Qualitätssicherung in aller Munde sei. Da ärztliches Handeln immer auch das Handeln eines Menschen sei, könne es nie frei von Irrtum und Fehlern sein. Umso wichtiger sei es, die Qualität und Qualifikation eines Arztes zu erkennen und sie gegebenenfalls durch Qualitätssicherungsmaßnahmen zu überprüfen. Zunächst müsse der Begriff der Qualität allerdings klar sein. Die direkte Übersetzung aus dem Lateinischen lautet zuerst einmal „Beschaffenheit“<sup>103</sup> oder „Eigenschaft“<sup>104</sup>. Wir bezeichnen etwas aber erst als Qualität, wenn es uns hochwertig, ja gar ausgezeichnet erscheint. Qualität ist für uns somit mehr als nur die reine Beschaffenheit einer Sache, sondern es schwingt immer auch der Wert und die Güte mit. Schon bei Aristoteles sei Qualität ontologisch das gewesen, was die Sache von anderen Dingen unterscheidet, sie sozusagen ausmache, wobei er in objektive Qualitäten, die von Natur aus gegeben sind, und subjektive Qualitäten, wie sie von unseren Sinnesorganen verarbeitet werden, einteile. Qualität in der Medizin sei nun immer subjektiv, denn auch unsere Gesundheit sei stets subjektiv, ebenso wie unsere Bedürfnisse und Befriedigung subjektiv motiviert seien.<sup>105</sup>

Es sei zudem wichtig, den Begriff der Qualifikation von dem der Qualität zu unterscheiden, denn erst die Qualifikation eines Arztes, also die Befähigung und Eignung zu bestimmten Handlungen, könne Qualität erst zur Folge haben. Dabei gebe es ganz unterschiedliche Qualifikationen innerhalb des ärztlichen Handelns. Voraussetzung sei natürlich die fachliche Qualifikation, aber zum Arztberuf gehöre auch eine persönliche und menschliche Qualifikation, die

---

<sup>103</sup> Duden (1990). S. 654

<sup>104</sup> Brockhaus (1998). S. 252

<sup>105</sup> Deneke. In: DÄ. (1983). Heft 3. S. 51f.-B

weniger durch berufliche Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung entstehen könne, als mehr durch Charakterbildung. Um nun die Qualitätssicherung zu definieren, müsse man diese von der Qualitätskontrolle unterscheiden. Letztere sei ein externer Prüfungsmechanismus verschiedener Produktions- und Leistungsprozesse, während die Qualitätssicherung als übergeordneter Begriff für Stabilisierung und Verbesserung von Qualität gelten könne.<sup>106</sup>

Die Qualitätssicherung sei im Gegensatz zur externen Qualitätskontrolle einzig und allein Sache der Ärzte, so Gustav Osterwald, Präsident der Ärztekammer Niedersachsen. Dies ergebe sich aus dem Berufsethos der Ärzteschaft. Sie könne vor allem nur dann effektiv sein, wenn sie freiwillig und in ärztlicher Selbstverwaltung entwickelt und auch durchgeführt werde.<sup>107</sup> Es seien dabei verschiedene Formen der Qualitätssicherung zu unterscheiden. Erstens die Strukturqualität, welche sich auf die Aus-, Weiter- und Fortbildung beziehe. Zweitens die Prozessqualität, welche sich mit dem Leistungsspektrum des Arztes, also der Anamnese, Diagnose und Therapie auseinandersetze und überprüfe, ob *lege artis* gehandelt wurde sowie schließlich die Ergebnisqualität, die folglich das Ergebnis evaluiere und somit feststelle, ob beispielsweise ein Kunstfehler vorliege.<sup>108</sup> Dies alles sei wichtig, um das Vertrauen in der Gesellschaft aufrechterhalten zu können, so der Diplomvolkswirt Franz F. Stobrawa. Dabei erwähnte er nur nebenbei: „Gute Qualität hat auch in der Medizin ihren Preis.“<sup>109</sup>

---

<sup>106</sup> Ibid. S. 52f.-B

<sup>107</sup> Burkart. In: DÄ. (1983). Heft 21. S. 50-B;  
Osterwald. In: DÄ. (1983). Heft 29. S. 43-B

<sup>108</sup> Stobrawa. In: DÄ. (1983). Heft 49. S. 58f.-B

<sup>109</sup> Ibid. S. 64-B

## 8.5 Zusammenfassung und Bewertung

Die achtziger Jahre wurden oft als ein Jahrzehnt von Skandalen und Katastrophen wahrgenommen – Skandale v.a. in der Politik, Katastrophen ubiquitär auf der Welt. Nicht nur der wieder aufflammende Kalte Krieg, sondern auch die Kriege im Nahen Osten verunsicherten die Menschen. Die Hungerkatastrophe in Äthiopien Mitte der 1980er, Tschernobyl und die Explosion der Challenger 1986. Zuvor Attentate auf Reagan, den Papst und Indira Gandhi sowie später das Massaker auf dem Platz des Himmlischen Friedens in Peking. Diese Zeit war geprägt von Bedrohungen und Krisen.<sup>110</sup> Für viele nahm das Jahrzehnt aber eine positive Wende, als die Mauer fiel und sich der Zusammenbruch der Sowjetunion ankündigte. Die Ereignisse des Jahrzehnts, die also oft bedrohlicher Form waren, schlugen sich auch auf das Arzt-Patienten-Verhältnis nieder. In Zeiten der Unsicherheit erwartete der Patient von seinem Arzt Schutz und Geborgenheit und hielt sich an Fortschrittsideologien fest, die für die Forschung und schließlich auch die Ärzteschaft nicht zu realisieren waren. Es entstand ein Anspruchsdenken und ein Verständnis von Krankheit und Gesundheit, das utopischer nicht hätte sein können. Trotz der fortgeschrittenen Technophilie und -kratie war das Gespräch mit dem Arzt des Vertrauens immer noch am wichtigsten. So stand die Kommunikation als vieldiskutiertes Thema unter den Autoren im DÄ oft im Mittelpunkt. Generell wurde von einer Dehumanisierung der Medizin gesprochen, wobei die ganzheitliche Betrachtung des Kranken als neues Ziel erklärt wurde, wie es die Anthroposophie bereits vorgelebt hatte.

Eine Gesellschaft, die durch die politische Weltsituation laufend gebeutelt und verunsichert wird, überträgt dies auch auf das Arztbild. Die Nachwehen der Proteste in den 1970er Jahren wirkten immer noch in der Gesellschaft, wobei sich insbesondere Politiker und Journalisten das Recht herausnahmen, weiter gegen Ärzte Stimmung zu machen. Die Ärzteschaft fühlte sich dadurch in der Öffentlichkeit als Sündenbock und Prügelknaben gedemütigt. „Die fetten Jahre

---

<sup>110</sup> Faulstich (2005). S. 12

sind vorbei“<sup>111</sup>, betitelte der *Spiegel* eine Serie zur Gesellschaftskritik in den achtziger Jahren. Damit war zwar nicht unbedingt die Ärzteschaft gemeint, sondern vielmehr der gesamtgesellschaftliche und wirtschaftliche Zustand der Nation. Man könnte diesen Titel aber auch auf das Arztbild übertragen, denn seit den 1950er Jahren sank das Prestige der Ärzte zunehmend, wenn es sich doch auf sehr hohem Niveau stabilisierte. Wie einige Studien zeigten, waren die Patienten weiterhin mit ihrem Arzt zufrieden und auch die Eigenschaften eines ‚guten‘ Arztes, also das, was man von ihm erwartete, änderten sich wenig. Der Arztberuf blieb dementsprechend weiter attraktiv und so folgte einer vermehrten Medizinstudentenzahl naturgemäß eine erneute „Ärztenschwemme“, die einer Steuerung innerhalb des Ärztestandes bedurfte. Während die Wirtschaft in den 1980er Jahren also eine zunehmende Liberalisierung, Deregulierung und Privatisierung erlebte,<sup>112</sup> musste die Ärzteschaft immer mehr Einschränkungen und Richtlinien in ihrem, eigentlich als frei deklarierten Beruf hinnehmen. Hinzu kam die Geburt der Qualitätssicherung in der Medizin, die einerseits als Einengung empfunden, andererseits aber auch als Chance begriffen wurde, um eine hochwertige Medizin anbieten zu können. Interessant ist aber auch, was im Zusammenhang mit dem Arztbild nicht erwähnt wurde. So gab es in den 1980er Jahren zwar unzählige Artikel zur von Norbert Blüm vorbereiteten „Gesundheitsreform“, die 1988 sogar zum Wort des Jahres gekürt wurde<sup>113</sup>, jedoch fand sie im Rahmen des Arztbildes wenig Erwähnung. Auch die „AIDS-Epidemie“ war zwar im DÄ wissenschaftlich heftig diskutiert worden, im Gegensatz zu Nachrichtenmagazinen wie dem *Spiegel*<sup>114</sup>, in dem die Ärzteschaft mit verantwortlich gemacht wurde, brachten die Autoren – meist ja selbst Ärzte – das Arztbild nie in Zusammenhang mit der unheilvoll erscheinenden Erkrankung. Die 1990er Jahre werden zeigen müssen, wie diese Themen auf das Arztbild der folgenden Dekade wirken.

---

<sup>111</sup> Meyer-Larsen. In: *Spiegel*. (1980). Heft 37.

<sup>112</sup> Faulstich (2005). S. 8

<sup>113</sup> Gesellschaft für deutsche Sprache. <http://gfds.de/aktionen/wort-des-jahres/> (06.08.2016).

<sup>114</sup> vgl. *Der Spiegel*. (1983). Ausgabe 28. sowie *Der Spiegel*. (1983). Ausgabe 23.

## 9 Im Zeichen der Wiedervereinigung – gelingt diese auch hinsichtlich des ärztlichen Selbst- und Fremdbildes?

Das Medien beherrschende Thema zu Beginn der 1990er Jahre war sicherlich die deutsche Wiedervereinigung. Auch wenn sie von der Mehrheit der Deutschen, vor allem der Ostdeutschen, befürwortet, teils geradezu ersehnt wurde, so wünschten sie nicht alle. Insbesondere Oppositionspolitiker der westdeutschen SPD sprachen von „Ko(h)lonialismus“ und schürten Angst um den neuen Patriotismus<sup>1</sup>. Auch die „postnationale Haltung“<sup>2</sup> der Grünen sprach eher gegen die Wiedervereinigung. Aus der Abwandlung der Parole „Wir sind das Volk“ zu „Wir sind ein Volk“ wurde der Wunsch zur Wiedervereinigung jedoch deutlich.<sup>3</sup> Und so feierte am 3. Oktober 1990 ganz Europa den nun ungeteilten, freien Kontinent und Deutschland ein Land in „Einigkeit und Recht und Freiheit“.<sup>4</sup> Auf die Euphorie über den erhofften ökonomischen Aufschwung durch die Wirtschaft- und Währungsunion folgte schnell die Ernüchterung. Zu übereilt hatte man die Vereinigung der beiden deutschen Staaten vorangetrieben und dabei vergessen, wie lange sie sich getrennt voneinander entwickelt hatten. Durch die sogenannten „Erblasten“ der DDR blieben der „Aufschwung Ost“ und die „blühenden Landschaften“ auf der Strecke.<sup>5</sup> Insbesondere die notwendige Privatisierung des DDR-Staatseigentums führte zu Massenentlassungen und Werksschließungen, sodass die Arbeitslosenquote der neuen Länder zeitweise bei 15% lag.<sup>6</sup> Zudem prallten die ostdeutschen Mentalitäten auf eine pluralisierte und individualisierte westdeutsche Gesellschaft, die dem Osten ihr politisches System und die kapitalistische Wirtschaftsordnung geradezu aufgezwungen hatte, wodurch sich die Bürger der sogenannten neuen Bundesländer soziokulturell entwurzelt sowie als minderwertige, zweitklassige Bundesbürger fühlten.<sup>7</sup> Die pessimistische und

---

<sup>1</sup> Conze (2009). S. 707

<sup>2</sup> Ibid. S. 776

<sup>3</sup> Ibid. S. 712

<sup>4</sup> Ibid. S. 742f.

<sup>5</sup> Ibid. S. 731

<sup>6</sup> Ibid. S. 791

<sup>7</sup> Ibid. S. 746ff., 789ff.

resignative Stimmung, die mit einer sozialen Verunsicherung einherging, förderte eine zunehmende Xenophobie in den neuen Bundesländern, da sich die dortige Bevölkerung durch die steigende Anzahl an Asylbewerbern aus Kriegsländern wie dem ehemaligen Jugoslawien oder Bürgerkriegsländern wie Kongo, Eritrea und Äthiopien benachteiligt fühlte.<sup>8</sup>

Trotz der vielen Ressentiments wuchsen im Laufe des Jahrzehnts der sogenannte „Jammer-Ossi“ und „Besser-Wessi“ immer weiter zusammen. Zwar wurde den Ostdeutschen zunächst noch Undankbarkeit und Anspruchsdenken vorgeworfen, als jedoch große Flächen der neuen Bundesländer 1997 von einer Hochwasserkatastrophe heimgesucht wurden und eine große Spendenbereitschaft vor allem der Westdeutschen herrschte, verloren sich die Vorurteile zunehmend.<sup>9</sup>

Einen Neuanfang sollte es auch für die Politik in Deutschland geben und so zogen die meisten Ministerien und vor allem der Bundestag sowie die Bundesregierung nach Berlin um. Zur gleichen Zeit endete auch die Besatzung der Alliierten in Deutschland, sodass nun ein vereintes, souveränes Land die Mitte Europas stabilisierte.<sup>10</sup> Auch die Aufnahme des Schengener Abkommens sorgte für ein weiteres Zusammenschmelzen Europas, wovon jedoch bisher die Oststaaten ausgeschlossen waren.<sup>11</sup> Es kam also zu einer zunehmenden Verflechtung der Welt, zu einem "globalen Zeitalter", wie es der britische Soziologe Martin Albrow nannte. Die Globalisierung wurde jedoch erst durch die zunehmenden Möglichkeiten der Datenverarbeitung und Kommunikation ermöglicht.<sup>12</sup> Von der sogenannten "New Economy", die eine vermehrte

---

<sup>8</sup> Ibid. S. 784;

Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/903/60-x-deutschland-das-jahr-1991> (06.06.2016);

Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/917/60-x-deutschland-das-jahr-1999> (06.06.2016)

<sup>9</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/915/60-x-deutschland-das-jahr-1997> (06.06.2016)

<sup>10</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/910/60-x-deutschland-das-jahr-1994> (06.06.2016)

<sup>11</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/911/60-x-deutschland-das-jahr-1995> (06.06.2016)

<sup>12</sup> Conze (2009). S. 822

---

Ausrichtung an Dienstleistungen im Vergleich zur Warenproduktion bedeutet, versprachen sich viele Wirtschaftsexperten eine Revolution des kapitalistischen Systems. Viele Kleinanleger wollten auf diesen Zug mit aufspringen und investierten in den Aktienmarkt. Es folgte nach kurzer Zeit eine große Ernüchterung sowie ein jäher Absturz der Aktienmärkte, die "Dotcom-Blase" platzte.<sup>13</sup>

Aber nicht nur die Weltwirtschaftlage machte den Deutschen zu schaffen. Die Menschen wünschten sich einen frischen Wind nach den Anstrengungen der Wiedervereinigung. Nicht umsonst wurde 1997 "Reformstau" zum Wort des Jahres<sup>14</sup> gewählt und so appellierte Roman Herzog, dass ein "Ruck durch Deutschland" gehen müsse.<sup>15</sup> 1998 kam es schließlich zur Rot-Grünen-Koalition, wobei sich die einen dadurch eine Verbesserung im Sozialsystem und des Arbeitsmarktes erhofften, das bürgerlich-konservative Lager befürchtete jedoch einen "Marsch durch die Institutionen" als Nachwehe der 1968er Generation, welche jedoch nicht eintrat. Stattdessen betrieb Gerhard Schröder als "Genosse der Bosse" eine eher marktwirtschaftliche und unternehmerfreundliche Politik.<sup>16</sup>

Wiedervereinigung, Hoffnung und aber ständige Enttäuschung beherrschten das Bild der 1990er Jahre. In diesem Rahmen gilt es in den folgenden Abschnitten herauszufinden, inwiefern diese neben den inner-professionellen Ereignissen Einfluss auf das Arztbild hatten und ob eine Art Wiedervereinigung zwischen den sich inzwischen weit entfernten Fremd- und Selbstbildern des Arztes gelang.

---

<sup>13</sup> Ibid. S. 823

<sup>14</sup> Gesellschaft für deutsche Sprache. <http://gfds.de/aktionen/wort-des-jahres/> (06.08.2016).

<sup>15</sup> Conze (2009), S. 787

<sup>16</sup> Ibid. S. 809

### 9.1 Das Berufsbild des Arztes – Unzufriedenheit vor allem unter Ärzten

Während in den Jahren zuvor die Kritik primär von Medien und Politik geäußert wurde, schien zudem auch die Ärzteschaft selbst mit dem Status quo unzufrieden. Die Durchsicht der Artikel der 1990er Jahre liefert die Erkenntnis, dass sich die Ärzte untereinander aber auch ihre berufsständigen Organisationen geradezu öffentlich anfeindeten. Die folgenden Darstellungen sind dabei nur wenige Beispiele für die Vehemenz und Emotionalität der Diskussion. So klagte der Kölner Arzt Hans Ronald beispielsweise über das miserable Arbeitsklima in den Kliniken und die Tyrannisierung durch den Chefarzt. Es habe sich doch bereits herumgesprochen, dass motivierte Mitarbeiter die besten Leistungen brächten. Im Krankenhaus seien stattdessen nur Befehlsempfänger, Fügsamkeit und Unterwürfigkeit erwünscht. Dabei werde ein Kollaps und ein Protest der Untergebenen nur abgewendet, weil die Arbeitsmarktsituation für Ärzte verheerend sei.<sup>17</sup> Ein Thema habe die deutsche Ärzteschaft jedoch besonders satt: Die Diskussion über die angeblich zu hohen Ärztehonore. Selbst von der CSU werde gefordert, dass die Arzthonore im Rahmen der Kostendämpfung eingefroren werden und das obwohl die Realeinkommen der Kassenärzte durch steigende Arzttzahlen und der allgemeinen Kostenentwicklung sogar gesunken seien. Ein niedergelassener Arzt könne die Kostensteigerungen auch nicht einfach an seine ‚Kunden‘ weitergeben, wie es auf freien Markt geschehe. Problematisch seien die Forderungen der Politik vor allem auch deshalb, weil diese Thematik gefundenes Fressen für die Medien sei, die dann damit zur Meinungsbildung in der Bevölkerung beitragen. Interessanterweise stimme die Allgemeinheit der Politik in diesem Punkt gar nicht zu, denn viele hätten erkannt, welchen Einsatz die Ärzteschaft für die Gesundheit ihrer Patienten bringe und wie viel jeder einzelne Arzt leisten musste, um überhaupt einer zu werden, so Josef Maus, stellvertretender Chefredakteur und Leiter der gesundheits- und sozialpolitischen Redaktion DÄ.<sup>18</sup> Der Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes,

<sup>17</sup> Ronald. In: DÄ. (1991). Heft 14. S. 785-B

<sup>18</sup> Maus. In: DÄ. (1992). Heft 5. S. 185-B;  
Dietsche. In: DÄ. (1992). Heft 16. S. 878-B

Nobert Jachertz, warf hingegen dem Hartmannbund Aktionismus vor und meinte, dass „egal, wie weit man die Arzteinkommen runterrechnet, sie bleiben hoch genug, um 90 Prozent der Patienten und die meisten Meinungsmacher neidisch zu machen“<sup>19</sup>, woraufhin heftiger Gegenwind von Seiten der Leser kam. So schrieb der Karlsruher Arzt Harald Dietsche:

„Mein Vorschlag: Herr Jachertz, lassen Sie Ihr sicherlich nicht zu gering bemessenes Gehalt auf den Stand von 1982 reduzieren, arbeiten Sie, wie der Durchschnitt meiner Fachgruppe, zirka 60 Stunden pro Woche (Wochenenddienste nicht eingerechnet), lassen Sie sich für das verbleibende Einkommen noch von jedermann anfeinden, akzeptieren Sie die hoffentlich dann von Ihrem Arbeitsgeber geäußerte Meinung, dass angesichts sinkender Einnahmen der Ärzte die mittels Zwangsmitgliedschaft erhobenen, üppig bemessenen Beitragszahlungen nicht ausreichen, Ihr Einkommen zu erhöhen, ignorieren Sie souverän alle von Ihnen unter ganz anderen Voraussetzungen, nämlich in gutem Glauben auf die finanzielle Berechenbarkeit eingegangenen Verpflichtungen, verzichten Sie darauf, den Wunsch nach Einkommenserhöhung auch nur zu artikulieren und behalten Sie bei all dem noch einen kühlen Kopf!“<sup>20</sup>

Andere Leser wiesen hingegen darauf hin, dass es taktisch unklug sei, wenn sich die ärztlichen Institutionen ständig öffentlich kritisierten und somit eine zerstrittene Ärzteschaft der Öffentlichkeit präsentierten, dies treibe nur alle in die Arme der Gegner des ärztlichen Berufsstandes.<sup>21</sup> Fakt sei aber, dass die Praxis zu einer Finanzierungsmaschinerie verkomme und der Arzt statt Patienten behandeln nun ständig rechnen müsse, was er sich noch leisten könne. Der einfühlsame, verstehende Arzt, der heile und zur rechten Zeit, das rechte Wort finde, der Wohltäter, der Idealist. Diesen Arzt gebe es nicht mehr und die wenig verbliebenen Idealisten fragten sich nun, warum sie nicht Lehrer geworden seien, da würden sie genau so viel verdienen bei gleichzeitig geregelten Arbeitszeiten, schrieb eine offensichtlich entnervte Ärztin aus Göttingen.<sup>22</sup> Jachertz fragte sich aber, warum sich die Ärzteschaft überhaupt so viel damit beschäftige, ihre Gehälter auf die eines Studienrates runterzurechnen. Vielmehr solle sie stattdessen schlichtweg in der Öffentlichkeit

<sup>19</sup> Jachertz. In: DÄ. (1992). Heft 12. S. 621-B

<sup>20</sup> Dietsche. In: DÄ. (1992). Heft 16. S. 878-B

<sup>21</sup> Winn. In: DÄ. (1992). Heft 21. S. 1168f.-B

<sup>22</sup> Robold. In: DÄ. (1995). Heft 37. S. 1763-A

sagen, dass eine 60-Stunden-Woche nun mal ihren Preis habe. Ärzte, die hochqualifizierte Arbeit leisteten, sollten ja auch verdienen dürfen.<sup>23</sup> Es sei aber ein Irrtum es als Selbstverständlichkeit zu sehen, dass der Arzt innerhalb des Gesundheitswesens per se das höchste Ansehen und somit das beste Einkommen genieße. Noch vor 200 Jahren genoss jener Arzt das höchste Einkommen, der sich um den wohlhabendsten Patienten bemühte. Erst die Professionalisierung des Arztberufes hätte dazu geführt, dass gerade in der Nachkriegszeit der Arzt das Ansehen eines Halbgottes genießen durfte. Es scheine, als deute sich in den 1990er Jahren durch die zunehmende Kommerzialisierung nun wieder eine gegenteilige Entwicklung an.<sup>24</sup> Der Münchner Arzt Johann Bauer hielt dagegen. Man könne doch nicht ernsthaft glauben, dass alle Ärzte gleich gut seien. „Wenn ich einen unfähigen Rechtsanwalt bemühe, verliere ich den Prozess. Wenn ich einen unfähigen Arzt bemühe, verliere ich meine Gesundheit, in manchen Fällen sogar das Leben.“<sup>25</sup>

Große Unzufriedenheit zeigte sich auch bezüglich des Gesundheitsstrukturgesetzes, das 1993 in Kraft trat. Das sozialistische Ziel des Gesundheitsministers sei erreicht, wenn nun Ärzte nicht mehr entscheiden dürften, wer ihre Praxis später übernehme und ob sie überhaupt noch weitergeführt werde. Auch belasteten die zunehmenden Einschränkungen und Fremdbestimmungen die Ärzteschaft immer mehr und raubten ihnen die Zeit, die ihnen hinterher am Patienten fehle.<sup>26</sup> Ein Leser ging sogar so weit, bei der Bundesärztekammer und seiner zuständigen Bezirksärztekammer Selbstanzeige zu erstatten, da er der Ansicht war, im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes gegen § 1 Abs. 2,3 sowie § 2 Abs. 1 verstoßen zu müssen. Speziell die Budgetierung im Arzneimittelsektor zwinge ihn dazu, den kategorischen Imperativ als Leitbild aufzugeben.<sup>27</sup>

---

<sup>23</sup> Jachertz. In: DÄ. (1997). Heft 48. S. 3261-A

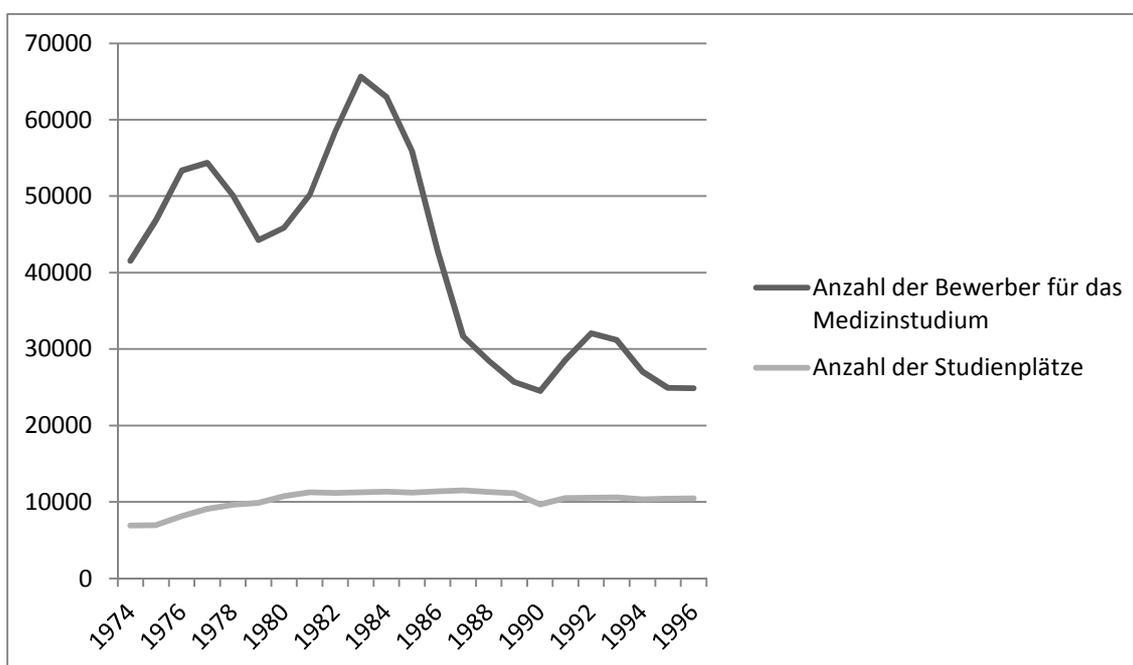
<sup>24</sup> Unschuld. In: DÄ. (1999). Heft 1-2. S. 36f.-A

<sup>25</sup> Bauer. In: DÄ. (1999). Heft 10. S. 584-A

<sup>26</sup> Laske. In: DÄ. (1992). Heft 50. S. 2711-B

<sup>27</sup> Haller. In: DÄ. (1994). Heft 8. S. 370-B

Diese öffentlich zunehmend bekannte Desillusionierung innerhalb der Ärzteschaft war sicher mit ein Grund für das sinkende Interesse am Medizinstudium. Auch die unselektierte Massenausbildung von Ärzten, die junge Leute zu Heiltechnikern und Unternehmern mache, führe unweigerlich zu einer minderen Attraktivität des Arztberufes.<sup>28</sup> Nie werde man in die Verlegenheit kommen, dass Studienplätze frei bleiben, jedoch seien die Bewerberzahlen in den 1990er Jahren drastisch zurückgegangen, wie in der unten abgebildeten Grafik (Abb. 5) deutlich erkennbar ist.



**Abb. 5:** Interesse am Medizinstudium<sup>29</sup>

Der Trend habe bereits in den 1980er Jahren begonnen, nachdem im Jahre 1983 ein zwischenzeitliches Hoch der Bewerberzahlen auf einen Medizinstudienplatz von 65 626 erreicht wurde. Danach sinke die Anzahl der Bewerber auf 24 181 im Jahr 1996 und das obwohl ab 1991 die Bewerberzahlen aus den neuen Bundesländern dazugerechnet würden. Diese schlugen aber kaum zu Buche, denn zum WS 1991/92 hätten sich gerade mal

<sup>28</sup> Schriewer. In: DÄ. (1998). Heft 43. S. 2685-A

<sup>29</sup> Kopetsch. (2010). [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie\\_03092010.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf) (12.05.2014).;

Kopetsch, Thomas. (2010). [http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie\\_2010.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf) (27.11.2014)

480 ostdeutsche Abiturienten bei der ZVS um einen Medizinstudienplatz beworben.<sup>30</sup> Allerdings sei zu bemerken, dass die Zahl der Studienplätze insgesamt auch nicht gestiegen sei, da im Rahmen der Novellierung der Approbationsordnung zum WS 1990/91 2 200 Studienplätze entfallen seien, stellte Thomas Kopetsch, Leiter der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, fest.<sup>31</sup>

Obwohl Ärzte zunehmend unzufrieden mit ihrer Lage erschienen, genossen sie in der Bevölkerung nach wie vor ein großes Ansehen. Das geht aus regelmäßigen Umfragen des Demoskopieinstituts Allensbach hervor. Im Jahre 1993 gaben immerhin 81% der Befragten den Arzt als angesehensten Beruf an.<sup>32</sup> Eine Umfrage des Meinungsforschungsinstituts EMNID aus dem Jahr 1993 zeigte ferner, dass 85% mit ihrem Arzt zufrieden waren. Sogar 76% waren der Meinung, dass die Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit des Arztes wichtig seien. Die Bevölkerung habe im Gegensatz zu Politikern erkannt, dass freie ärztliche Tätigkeit und Qualität positiv korrelieren, so die KBV.<sup>33</sup> Auch seien die Patienten mit dem Zeitaufwand und der Sorgfalt der ärztlichen Behandlung zufrieden. Einer Umfrage der Hamburger-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin aus dem Jahre 1994 zufolge, seien 74% bei Hausärzten und sogar 78% bei Fachärzten dieser Meinung. Außerdem würden 73% ihren Arzt an Freunde weiterempfehlen.<sup>34</sup> In den Kliniken sei die Zufriedenheit noch höher. 90% der befragten Patienten würden sowohl die fachliche Kompetenz als auch die persönlichen Qualitäten loben.<sup>35</sup>

Fremdbild und Selbstbild der Ärzteschaft scheinen also immer weiter auseinander zu driften und es stellt sich die Frage, was nötig sein wird, um diese zu vereinen.

---

<sup>30</sup> Westdeutsche Zeitung. In: DÄ. (1991). Heft 88. S. 2214-B

<sup>31</sup> Kopetsch, Thomas. (2010). [http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie\\_2010.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf) (27.11.2014)

<sup>32</sup> Institut für Demoskopie Allensbach. In: DÄ. (1993). Heft 49. S. 2425-B

<sup>33</sup> Maus. In: DÄ. (1993). Heft 28/29. S. 1438-B

<sup>34</sup> Clade. In: DÄ. (1995). Heft 7. S. 301f.-B

<sup>35</sup> Clade. In: DÄ. (1995). Heft 17. S. 911-B

## 9.2 Die Ärzteschaft und die Medien – das Spannungsverhältnis hält an

In einer Zeit, in der Medien stets kurzlebiger würden, das Angebot zunehmend unüberschaubar werde, das Wort keine lange Halbwertszeit mehr habe und im Wortgeklingel untergehe, sei es gerade im Hinblick auf die Unzufriedenheit innerhalb der Ärzteschaft wichtig, sich um eine gute mediale Berichterstattung zu bemühen, so Winfried Göpfert vom Institut für Publizistik und Kommunikationspolitik der FU Berlin. Dabei sei natürlich zuallererst der Nachrichtenwert selbst wichtig, jedoch müsse die Botschaft auch glaubwürdig, also überprüfbar und haltbar, sein, sie dürfe weder Angst machen, noch falsche Hoffnungen erwecken und sie müsse jedem verständlich sein, forderte Göpfert.<sup>36</sup> Seriöser Wissenschaftsjournalismus könne dabei nur durch die Darstellungsform der Meldung oder des Berichtes geschehen, Reportagen, Kommentare, Interviews und Glossen hingegen seien hierfür ungeeignet. Bedauerlicherweise hätte der Medizinjournalismus jedoch mittlerweile mehr Unterhaltungswert als sachlichen Verstand. Gerade Begriffe wie „Infotainment“<sup>37</sup> zeigten die Tendenz, nämlich ein Absinken des journalistischen Niveaus. Beispielhaft dafür sei die zunehmende Skandalisierung und die überproportional negative Berichterstattung. Außerdem mutiere mittlerweile jedes öffentlich diskutierte, wissenschaftliche Thema zum Politikum und entgleite somit den Händen des Fachjournalisten. Daher werde schon länger eine einheitliche Ausbildung für sogenannte Medizinjournalisten gefordert, die auch die Auseinandersetzung mit ethischen Grundsätzen beinhalte. Und trotz der ewig schlechten Berichterstattung genieße die Ärzteschaft immer noch ein sehr hohes Ansehen. Dieser Zwiespalt komme dadurch zustande, dass bei radikaler Kritik des Ist-Zustandes gleichzeitig eine Verheißung des End-Zustandes der Gesellschaft stattfinde, „in dem Furcht und Leiden, Gewalt und Schicksalsschläge, Armut und Krankheit nicht mehr vorhanden sind“<sup>38</sup>, so der Kommunikationswissenschaftler Wolfgang Donsbach. Die Medien, aber auch die Ärzteschaft selbst, trügen ständig dazu bei, den Mythos der „allmächtigen“ Medizin zu fördern. Deshalb sei eine

---

<sup>36</sup> Göpfert. In: DÄ. (1992). Heft 39. S. 1988-B

<sup>37</sup> Spielberg. In: DÄ. (1995). Heft 25/26. S. 1350-B

<sup>38</sup> Dauth et al. In: DÄ. (1993). Heft 9. S. 1351-B

medizinische Berichterstattung immer kritisch zu betrachten. Einerseits führe sie natürlich zur intellektuellen Aufklärung, andererseits resultiere daraus hoffnungsvolles Erwarten und Wundergläubigkeit, die den Patienten später nur verunsicherten und enttäuschten. Jedem Journalisten obliege somit die Aufgabe mit medizinischen Informationen äußerst sensibel umzugehen.<sup>39</sup> So machte Göpfert auf eine Umfrage aufmerksam, die herausgefunden hatte, dass Laien 50% ihres Wissens zu Gesundheitsfragen über Massenmedien bezogen.<sup>40</sup> Das bringe eine große Verantwortung mit sich. Umso ärgerlicher sei deshalb die neue Serie des Nachrichtenmagazins *Focus*, die unter dem Titel „Die 500 besten Ärzte Deutschlands“ gestartet wurde. Die Kriterien, nach denen die ‚Qualität‘ der Ärzte bewertet werde, seien fraglich, so Harald Dalichau von der Herzchirurgischen Universitätsklinik in Göttingen. So würden die Häufigkeit eines Eingriffes und die wissenschaftliche Reputation nach dem Science Impact Index zur Bewertung herangezogen werden. Ergänzt würden diese Kriterien durch Empfehlungen von anderen Ärzten und die Häufigkeit der Teilnahme an Kongressen. Gerade das letzte Argument scheidet jedoch für die Qualitätsbeurteilung vollkommen aus, auch die sogenannte wissenschaftliche Reputation habe wenig mit den praktischen Leistungen zu tun. Solche Ärzte-Qualitäts-Listen seien schlichtweg eine Katastrophe für Ärzte wie Patienten.<sup>41</sup>

Umso paradoxer sei es deshalb, dass sich die deutsche Ärzteschaft zwar selten um Öffentlichkeitsarbeit kümmere – dies sei genau einmal auf einem Deutschen Ärztetag 1978 in Mannheim geschehen – sich dann aber ständig von der Presse missverstanden fühle, so Jachertz. Man müsse versuchen, das Ansehen des individuellen Arztes auf die Ärzteschaft zu übertragen und darauf hinweisen, dass der Arzt als „Vertreter der Schwachen“<sup>42</sup> keine Lobby habe. Anzeigen oder Fernsehspots seien nicht zu finanzieren und Flugblätter im Wartezimmer kämen bei den Patienten nicht gut an. Indes hoffte Jachertz 1997

---

<sup>39</sup> Spielberg. In: DÄ. (1995). Heft 25/26. S. 1350f.-B

<sup>40</sup> Göpfert. In: DÄ. (1992). Heft 39. S. 1989-B

<sup>41</sup> Dauth et al. In: DÄ. (1993). Heft 9. S. 448-B

<sup>42</sup> Jachertz. In: DÄ. (1997). Heft 48. S. 3262-B

auf das sich immer weiter etablierende Internet als Plattform für die Ärzteschaft.<sup>43</sup>

### 9.3 Der Wunsch nach Wahrhaftigkeit und holistischer Medizin

Die Zeiten des paternalistischen Arztes, der allein über Diagnostik und Therapie entscheide und darüber, ob der Patient seine Diagnose erfahren sollte, seien vorbei. In den Jahren vor der Jahrtausendwende werde Wahrhaftigkeit von den Ärzten gefordert. Dabei sei diese nicht unbedingt mit Wahrheit gleichzusetzen. Es sei ein relativer Begriff, denn die Wahrheit könne sich auch im Laufe einer Krankheit ändern, ärztliche Wahrheit sei eher eine Wahrscheinlichkeit.<sup>44</sup> Vielmehr als die reine Wahrheit werde indes ein wahrhaftiger Umgang mit dem Kranken gewünscht, wobei hier insbesondere die Kommunikationsfähigkeit des Arztes gefordert werde. Kein medizinischer Sachverhalt sei so komplex, dass man ihn nicht verständlich erklären könne. Insbesondere bei schlechter Prognose liege es an dem behandelnden Arzt zu entscheiden, was Wahrhaftigkeit in dieser Situation bedeute, denn nicht immer könne der Patient mit der vollen Wahrheit umgehen.<sup>45</sup> „Den Tod verkünden, heißt, den Tod geben“<sup>46</sup>, soll der Arzt und Sozialhygieniker Christoph Wilhelm Hufeland gesagt haben. Dies sei für den Arzt eine hohe ethische Anforderung, denn die ärztliche Kunst sei mehr als ein verantwortungsvolles Handwerk, das großes Wissen und Altruismus erfordere. Sich mit dem Patienten als Mensch und seiner Seele auseinander zu setzen, das mache die Attraktivität des ärztlichen Berufes aus.<sup>47</sup>

Überhaupt sei Kommunikation das „A und O“ im Patientenkontakt. Patientenverbände kritisierten, dass Ärzte noch immer zu viele Fachbegriffe im Gespräch mit dem Patienten verwendeten. Immerhin hätten Fachjournalisten bewirkt, dass Floskeln wie „Krankengut“ oder gar „kam ad exitum“ aus der

---

<sup>43</sup> Ibid. S. 3258ff.-A

<sup>44</sup> Pichlmaier. In: DÄ. (1999). Heft 9. S. 536-A

<sup>45</sup> Braun. In: DÄ. (1990). Heft 15. S. 881f.-B

<sup>46</sup> Busse. In: DÄ. (1990). Heft 22. S. 1264-B

<sup>47</sup> Braun. In: DÄ. (1990). Heft 15. S. 881f.-B

Fachpresse verschwanden,<sup>48</sup> denn auch hier läsen zunehmend Laien mit. Allerdings sei es für den Laien trotzdem schwer, medizinische Kontexte selbst in deutscher Sprache zu verstehen, so der Kultursoziologe Günter Burkart. Ein paar medizinische Vokabeln würden also nicht ausreichen, man müsse zuerst die ganze Sprachkultur verstehen.<sup>49</sup>

Zunehmend wurde auch die sogenannte ganzheitliche Medizin thematisiert. Ihr gegenüber steht die Schulmedizin, die aber zu Unrecht diesen Namen trage, suggeriere er doch, dass sie im Gegensatz zur Alternativmedizin lehr- und lernbar sei. Dabei beinhalte die Schulmedizin die medizinische und ärztliche Meinung, die von der überwiegenden Mehrheit der Ärzte in der ganzen Welt geteilt werde. Man dürfe die Schulmedizin und die alternativen Medizinströmungen aber nicht als gegenteilig betrachten, denn nur ein Bruchteil (2%) der Ärzte behandle ausschließlich nach alternativen Methoden. Meist seien sie eine Ergänzung zur konventionellen Medizin, gerade wenn diese an ihre Grenzen gelange. Der medialen Polarisierung der „wahren“ Medizin müsse man entschieden entgegentreten.<sup>50</sup> Ob nun Schulmedizin oder Alternativmedizin, der Mensch müsse wieder ganzheitlich erfasst werden. Seine biopsychosoziale Einheit sei in den Jahren der zunehmenden Technisierung unter der Dominanz der naturwissenschaftlich-technischen Betrachtung zu kurz gekommen. Schon Immanuel Kant soll gesagt haben: „Die Ärzte glauben, ihrem Patienten sehr viel genutzt zu haben, wenn sie seiner Krankheit einen Namen geben.“<sup>51</sup> Im Rahmen des Nichtschadens sei es mittlerweile von großer Bedeutung zu wissen, welche Maßnahme schlichtweg unnötig sei, so verlockend sie doch erscheine. Der Arzt dürfe nicht mehr alles, was er könne. Das Berufsbild des Arztes sei seit jeher vom Heilen geprägt worden. Alles orientiere sich daran: das Wissen, die Forschung, der Arzt selbst. Das täusche jedoch eine Omnipotenz vor, meinte der Allgemeinmediziner Helmut Pillau. Vor dem Heilen stehe aber zuerst das „Unheile“, die Krankheit. Diese könne indes nicht immer heilbar sein, was zu einer Identitätskrise des Ärztestandes in Zeiten

---

<sup>48</sup> Burkart. In: DÄ. (1996). Heft 12. S. 713-A

<sup>49</sup> Ibid.

<sup>50</sup> Braun. In: DÄ. (1990). Heft 15. S. 881-B

<sup>51</sup> Rose. In: DÄ. (1996). Heft 22. S. 1454-A

von multimorbiden Kranken und chronischen Erkrankungen geführt habe, welche nun die Ohnmacht des Arztes demonstriere. „Ärztliche Tätigkeit ohne Heilungsoptimismus, also.“<sup>52</sup> „Natura sanat, medicus curat“<sup>53</sup>, der Arzt könne den natürlichen Heilungsprozess nur unterstützen, während der Mensch mit seiner Krankheit Teil einer Natur sei, die seit Jahrtausenden funktioniere. Das Jahrhundert des technischen Fortschritts führe aber zu einem „Machbarkeitswahn“<sup>54</sup>, alles müsse möglich sein oder werden.

Das Wertebild des Arztes werde ferner zunehmend durch die Materialisierung der Gesellschaft beeinflusst, was von einer vermehrten Reglementierung und Standardisierung des ärztlichen Handelns begleitet werde. Dies könne aber nicht die traditionellen Wertgrundlagen des Ärztstandes ersetzen und lasse diese verblassen. Die heutigen ethischen (Richt-)Werte seien über Jahrtausende hinweg innerhalb dieser Berufsgruppe entstanden und gäben ihr Selbstbildnis, ihre Ideale und Vorbilder wider. Dabei gehörten zu den Grundwerten Verantwortung, Pflicht, Vertrauen, Professionalität, Kollegialität, und Verschwiegenheit, was schon im Hippokratischen Eid formuliert und nach dem Zweiten Weltkrieg im Genfer Gelöbnis und in der Approbationsordnung erneut aufgegriffen worden war. Nun werde der Wille und die Selbstbestimmung des Patienten immer wichtiger, wobei der Arzt in einen Zwiespalt gerate, denn sein Berufs- und Selbstbild seien nun nicht mehr kongruent. Auch die zunehmende Korrumpierung sei eine Gefahr für die Ethik des Arztes. Gefälligkeitsatteste, ungerechtfertigte Rezepte oder Behandlungen seien langfristig gesehen Gift für das Ansehen des Arztes, meinte der ärztliche Leiter des Zentrums für Gerontologie und Geriatrie der Universität Freiburg Hermann Wolfgang Heiss.<sup>55</sup>

Mit zunehmender Beteiligung der Patienten an ihrer Krankheit schien ein Trend zu sanfterer Medizin hin zu gehen, wobei die sogenannte Alternativmedizin in den 1990er Jahren noch am Anfang stand. Das neue Jahrtausend

---

<sup>52</sup> Pillau. In: DÄ. (1990). Heft 43. S. 2325-B

<sup>53</sup> Büntig. In: DÄ. (1991). Heft 5. S. 192

<sup>54</sup> Ibid.

<sup>55</sup> Heiss et al. In: DÄ. (1994). S. 220ff.-B

wird zeigen, wie sie sich im Gesundheitssystem etablieren kann und wie diese von der Ärzteschaft auf- und angenommen wird und ob es gar das Bild des Arztes verändert.

#### 9.4 Weiterentwicklung der Qualitätssicherung als ärztliche Aufgabe

Ein Thema, das schon in den 1980er Jahren als Aufgabe des Arztes diskutiert wurde, ist die Qualitätssicherung. Nun kam kaum eine Ausgabe des DÄ ohne aus. Die Idee war nicht neu, es sei die ureigenste Aufgabe der Ärzteschaft selbst für eine qualitativ hohe ärztliche Versorgung zu sorgen. Eine Kontrolle von extern sei nur bedingt möglich und sinnvoll. Dabei sei die ständige Fortbildung und somit eben die Sicherung der ärztlichen Qualität absolute Grundlage, um die geltenden Bestimmungen und Neuerungen in jedem ärztlichen Berufsfeld zu erfahren.<sup>56</sup> Dem stimmte der Weltärztebund zu, indem er festhielt: „All physicians are committed to lifelong learning“ und „Education throughout a physician’s lifetime should be incorporated as a moral responsibility in an international code of ethics for all physicians“.<sup>57</sup> Zwar sei die Bundesrepublik im internationalen Bereich bezüglich ihres Gesundheitssystems gut aufgestellt, es gelte jedoch das Niveau stets zu verbessern, mindestens aber zu erhalten.<sup>58</sup> So war die Qualitätssicherung beispielsweise auch auf dem 94. Deutschen Ärztetag das führende Thema. Ein eigens dafür eingerichteter Ausschuss der Bundesärztekammer präsentierte fünf Schritte zum Ziel: Als erstes stehe natürlich die Beobachtung des Status Quo, worauf dann Probleme erkannt und ernannt würden. Anschließend müsse man Prioritäten setzen und dafür Lösungsvorschläge ausarbeiten. Stehe der Lösungsweg fest, müsse dieser dann in die Praxis umgesetzt werden und zuletzt regelmäßig kontrolliert werden.<sup>59</sup> Allerdings stelle sich die Frage, ob der Mehraufwand an Dokumentation und die zunehmende Einschränkung der ärztlichen

---

<sup>56</sup> Vilmar. In: DÄ. (1990). Heft 27. S. 1734-B;

Clade. In: DÄ. (1991). Heft 21. S. 1235-B

<sup>57</sup> Schirmer. In: DÄ. (1995). Heft 27. S. 1399f.-B

<sup>58</sup> Klinkhammer. In: DÄ. (1991). Heft 44. S. 2445-B

<sup>59</sup> Brüggenmann. In: DÄ. (1991). Heft 47. S. 2684-B

Behandlungsfreiheit wirklich zu einer höheren Qualität führten oder ob damit nur die Ärzteschaft zeitlich belastet werde. Außerdem werde die vermehrte „Fremdkontrolle unter dem Deckmantel der Leistungstransparenz“ und der „gläserne Arzt“<sup>60</sup> als bedrohlich empfunden. Die Qualitätssicherung könne aber auch als Chance genutzt werden, um die Kommunikation gerade im niedergelassenen Bereich unter Kollegen zu fördern, wo sich viele bisher allein gelassen fühlten. Insgesamt solle dies als neues Selbstverständnis des Arztes verstanden werden.<sup>61</sup>

Die Ärzteschaft war also dabei, einen Teil ihres Berufsbildes neu zu definieren und eine weitere Regulierung des eigentlich freien Berufes zu erlauben. Die folgenden Jahre werden zeigen, wie dies von der Ärzteschaft, aber auch von der Gesellschaft angenommen wird und welchen Einfluss dies auf das Arztbild in der Öffentlichkeit haben wird.

#### 9.4 Zusammenfassung und Bewertung

Das gesellschaftspolitische Schlüsselereignis der 1990er Jahre war ohne Frage die deutsch-deutsche Wiedervereinigung. Aber auch internationale Geschehnisse wie der damit zusammenhängende Niedergang der Sowjetunion, Kriege in Jugoslawien und im Nahen Osten, wegweisende Schritte für ein gemeinsames Europa durch das Schengener Abkommen und die Schaffung einer Währungsunion sowie der Aufstieg Chinas zur Weltmacht prägten dieses Jahrzehnt. Der Sozialwissenschaftler Werner Süß bezeichnete die neunziger Jahre deshalb als Dekade zwischen „Wiedervereinigung und Globalisierung“<sup>62</sup>. Dieses Jahrzehnt sei zudem „eine Zeit gradueller Transformation, des ungeplanten, reformlosen und gleichwohl nachhaltigen Wandels“<sup>63</sup> „zwischen Stagnation und Umbruch“.<sup>64</sup>

---

<sup>60</sup> Schaefer et al. In: DÄ. (1996). Heft 5. S. 208-B

<sup>61</sup> Ibid. S. 238ff.-A

<sup>62</sup> Süß (2002). S. 223

<sup>63</sup> Ibid.

<sup>64</sup> Ibid.

Die „Goldgräberstimmung“<sup>65</sup> und anfängliche Euphorie ließen indes bald nach, denn die „blühenden Landschaften“, die Helmut Kohl den ostdeutschen Bundesbürgern versprochen hatte, waren bisher nicht realisiert worden. Sie fühlten sich als Bürger zweiter Klasse und vom „Besserwessi“<sup>66</sup> unterdrückt. Statt den versprochenen Verheißungen kam es zur Schließung fast aller staatlichen Betriebe und damit zur Massenarbeitslosigkeit, das Wort des Jahres 1993 „Sozialabbau“<sup>67</sup> war Sinnbild dafür. Die dadurch verminderte Konsumfreudigkeit bekamen auch die westdeutschen Firmen zu spüren, wovon einige in Konkurs gehen.<sup>68</sup> So präsent diese Themen im politischen Alltag waren, so wenig wurden sie im DÄ bezüglich des Arztbildes diskutiert. Niemand stellte beispielsweise die Frage, ob das Arztbild sich durch die Wiedervereinigung änderte, wurden doch zwei ganz unterschiedlich geführte Gesundheitssysteme und unterschiedlich sozialisierte sowie ausgebildete Ärzteschaften vereint.

Auch das soziale Leben der neunziger Jahre änderte sich. Die Gesellschaft wurde immer mobiler, traditionelle Familienstrukturen brachen auf. Es kam zu einem weiteren Geburtenrückgang und zunehmend zu Singlehaushalten. Besonders Frauen nutzten die sich etablierenden Strukturen und nahmen vermehrt am Berufsleben teil.<sup>69</sup> Dies zeigte sich auch an den Statistiken in der Ärzteschaft. Bis in die 1970er Jahre noch ein Männerberuf, fühlten sich immer mehr Frauen zum Arztberuf hingezogen. Zudem gingen weniger Studentinnen während des Ausbildungs- und Weiterbildungsprozesses ‚verloren‘, mit ein Grund für den höheren Frauenanteil im Arztberuf. Auch wenn es den Frauen nicht leicht gemacht wurde in der Medizin Fuß zu fassen, allein von 1991 bis 1999 stieg der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtärztezahl von 33,6 auf 36,8%.<sup>70</sup>

Der Wandel der Gesellschaftsstrukturen zeigte sich auch an der Überalterung der Bevölkerung, die dem einzelnen zwar ein längeres Leben

---

<sup>65</sup> Faulstich (2010). S. 10

<sup>66</sup> Gesellschaft für deutsche Sprache. <http://gfds.de/aktionen/wort-des-jahres/> (06.08.2016).

<sup>67</sup> Ibid.

<sup>68</sup> Faulstich (2010). S. 9ff.

<sup>69</sup> Ibid. S. 14

<sup>70</sup> Kopetsch. In: DÄ. (2003). Heft 14. S. 891-A

versprach, jedoch gleichzeitig die Gefahr einer multimorbiden Gesellschaft barg. Die Anzahl der Rentner in Deutschland nahm stetig zu, die dadurch gefühlte Bedrohung bestätigte sich im Unwort des Jahres 1996: „Rentnerschwemme“<sup>71</sup>, aber auch in der Tatsache, dass die Regierung die Notwendigkeit sah, eine Pflegeversicherung zu etablieren.<sup>72</sup> Die überzogenen und teilweise utopischen Erwartungen nach einem langen, gesunden Leben wurden schließlich an den Arzt herangetragen. Die Patienten forderten immer mehr, die Politik schränkte zunehmend ein, insbesondere durch das Gesundheitsstrukturgesetz des Jahres 1993, das den Spielraum des Arztes vor allem wirtschaftlich einengte. Die Forderungen aller Seiten konnten kaum erfüllt werden und so machte sich eine allgemeine Unzufriedenheit breit, insbesondere unter der Ärzteschaft selbst, die sich durch die strengen Regulierungen nicht mehr in der Lage sahen, gewissenhaft ihre Profession auszuüben.

Auch wenn sich die gesellschaftlichen Werte, die den Ärztstand umgaben, wesentlich änderten, die ärztliche Ethik und Kernaufgabe schien die gleiche zu bleiben. Es ging stets um das Heilen und Helfen und um die Verantwortung, die dahintersteckt. Neu war aber die zunehmende Kontrolle des Arztberufes, nicht unbedingt nur aus ethisch-moralischer Sicht, sondern im Besonderen unter finanziellem Gesichtspunkt. Die Kosten der Wiedervereinigung, die zu einer Neuverschuldung von jährlich über 50% des Bruttosozialproduktes<sup>73</sup> führten, zwangen den Staat zum Sparkurs und so wird das „Sparpaket“<sup>74</sup> das Wort des Jahres 1996. Dementsprechend blieb auch der Etat des Gesundheitswesens nicht unbetroffen. Es wurde eine Diskussion über Ärztehonoreare losgetreten, die die Ärzteschaft emotional traf, ist das Einkommen doch in gewisser Weise ein Maßstab für das Ansehen und den Wert des Einzelnen innerhalb einer Gesellschaft. Die Debatte innerhalb des Ärztstandes machte sich auch an der vermehrten Artikelzahl zu diesem

---

<sup>71</sup> Gesellschaft für deutsche Sprache. <http://gfds.de/aktionen/wort-des-jahres/> (06.08.2016).

<sup>72</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <http://www.bpb.de/mediathek/913/60-x-deutschland-das-jahr-1996> (06.06.2016)

<sup>73</sup> Süß et al. (2002). S. 211

<sup>74</sup> Gesellschaft für deutsche Sprache. <http://gfds.de/aktionen/wort-des-jahres/> (06.08.2016).

---

Thema im Jahre 1992 bemerkbar, also einem Jahr vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Auch wenn sich die Ärzteschaft weniger geschätzt und angesehen fühlte und dies unter anderem darin bestätigt sah, dass immer weniger junge Menschen Medizin studieren wollten, das Gros der Bevölkerung war nach wie vor zufrieden, wie Studien des Demoskopieinstituts in Allensbach, des Meinungsforschungsinstituts EMNID und der Hamburger-Mannheimer-Stiftung zeigten. Und dies, obwohl die Medien in den Jahrzehnten zuvor dem Ärztstand meist eher kritisch gegenüber gestanden hatten. Obgleich die ‚Hetzjagd‘ gegen die Ärzteschaft überwiegend zum Erliegen gekommen war, klagten viele ärztliche Autoren die mediale Berichterstattung an. Die Medien seien sich ihrer Verantwortung, die sie in der Gesellschaft hätten, nicht bewusst und gefährdeten somit das Patientenwohl und schließlich auch den Ruf der Ärzteschaft. Verantwortungsvoller Medizinjournalismus statt „Infotainment“ wurde also gefordert.

Zu den Forderungen der Patienten und damit auch der Gesellschaft gehörte in der Zeit vor dem Jahrtausendwechsel der Wunsch nach einer holistischen Medizin. Sie mochten also von ihrem Arzt als Mensch in ihrer Ganzheit betrachtet und nicht als Fall abgestempelt werden, wie es der Schulmedizin von Zeit zu Zeit unterstellt wurde. Deshalb hatte die sogenannte Alternativmedizin Konjunktur, deren Geheimnis vor allem die Kommunikation mit dem Patienten statt über den Patienten zu sein schien. Und so forderten viele Mediziner eine Integration der alternativmedizinischen Methoden in die Schulmedizin, denn nur gemeinsam könne man das Ziel eines zufriedenen und gut umsorgten Patienten erreichen.

Am Ende des Jahrtausends angekommen, reflektierte die Ärzteschaft also erneut über den Status quo und ihre Ziele, diesen im nächsten Jahrtausend zu verbessern.

## 10 Der ärztliche Beruf in Zeiten der Unsicherheit und Unzufriedenheit (2000-2014)

Es war der Beginn eines neuen Jahrtausends, für viele die Chance einen Neuanfang zu propagieren. Und doch musste vieles aus dem vorigen Jahrhundert aufgearbeitet werden. So dominierte die Spendenaffäre der CDU die mediale Berichterstattung im Jahr 2000.<sup>1</sup> Während sich die rot-grüne Regierung viel vorgenommen hatte und die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund, die Agrarwende, die Energiewende und das Lebenspartnerschaftsgesetz anging, um sich von 16 Jahren Kohl-Regierung abzusetzen, wurde die Welt durch die Geschehnisse am 11. September 2001 erinnert, welche Bedrohungen es nun hauptsächlich zu bekämpfen galt. Bundeskanzler Gerhard Schröder bezeichnete die Attentate als einen „Angriff auf die gesamte zivilisierte Welt“<sup>2</sup>. Waren Kriege bisher stets zwischen ein oder mehreren Ländern geführt worden, so sollte nun der vornehmlich islamistische Terrorismus bekriegt werden. Es war ein „Kampf der Kulturen“ entstanden, den der amerikanische Politikwissenschaftler Samuel Huntington bereits nach Ende des Ost-West-Konflikts vorausgesagt hatte. Amerika sah sich im Krieg gegen den islamistischen Terrorismus und wurde von der internationalen Staatengemeinschaft, ja sogar von einer Resolution des Weltsicherheitsrates getragen. Auch die NATO erklärte zum ersten Mal in ihrer Geschichte den Bündnisfall. Somit erhielten die USA eine politische wie völkerrechtliche Legitimation für eine Militäraktion gegen das Taliban-Regime in Afghanistan. Deutschland sandte in uneingeschränkter Solidarität – wie Schröder noch am Abend des 11. September verkündete – ebenfalls Bundeswehrtruppen an den „Hindukusch“, fühlte sich jedoch von der „Hypermacht“ USA zum Erfüllungsgehilfen degradiert.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <https://www.bpb.de/mediathek/918/60-x-deutschland-das-jahr-2000>. (06.06.2016) .

<sup>2</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <https://www.bpb.de/mediathek/914/60-x-deutschland-das-jahr-2001>. (06.06.2016) .

<sup>3</sup> Conze (2009). S. 890ff.

Auch deshalb lehnte die Bundesregierung 2003 eine Teilnahme am Irakkrieg ab,<sup>4</sup> der von der US-Regierung als Kampf gegen die „Achse des Bösen“ geführt wurde, was der rot-grünen-Koalition einen erneuten Wahlsieg in der Bundestagswahl 2002 verschaffte. Dies ging einher mit einer nie dagewesenen Globalisierungskritik und einer Abgrenzung zum „amerikanischen Neoliberalismus“. Dieser neue Antiamerikanismus führte zu einer tiefen Krise im deutsch-amerikanischen Verhältnis und war Sinnbild eines Bruchs mit dem bisherigen Multilateralismus der deutschen Außenpolitik.<sup>5</sup> Die transatlantischen Beziehungen verbesserten sich erst wieder mit Antritt des ersten schwarzen Präsidenten der USA – Barack Obama im Jahre 2008.<sup>6</sup>

Ein weiteres Projekt der rot-grünen-Regierung war die Agenda 2010. Mit den sogenannten „Gesetzen für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ sollte der Sozialstaat im Wachstum gefördert werden. Mit Hartz I bis IV wurden Kürzungen der Sozialleistungen beschlossen, jedoch auch eine sogenannte „Aktivierungsstrategie“, die mehr Eigenverantwortung am Arbeitsmarkt forderte. Sogenannte Ich-AGs sollten bezuschusst und Mini-Jobs gesetzlich geregelt werden. Das Ziel war eine Entlastung der Sozialversicherung sowie letztlich eine Mehrbeschäftigung. Auch die Rentenpolitik sollte modernisiert und um einen „Nachhaltigkeitsfaktor“ bereichert werden, der das Verhältnis von Rentenbeziehern und Beitragszahlern berücksichtigte.<sup>7</sup> Durch diesen neoliberalen Kurs der Regierung kam massive Kritik aus den eigenen Reihen auf. Zehntausende, insbesondere vom linken Flügel, traten aus der SPD aus.<sup>8</sup> Besondere Kritik wurde an „Hartz IV“ als Symbol für den Sozialabbau durch die Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe geübt. Zudem bestätigten Berichte über exorbitante Gehälter von Topmanagern die Befürchtung der sozialen Spaltung. In bewusster Anlehnung an die Montagsdemonstrationen 1989

---

<sup>4</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <https://www.bpb.de/mediathek/920/60-x-deutschland-das-jahr-2003>. (06.06.2016) .

<sup>5</sup> Conze (2009). S. 895ff.

<sup>6</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <https://www.bpb.de/mediathek/926/60-x-deutschland-das-jahr-2008>. (06.06.2016) .

<sup>7</sup> Conze (2009). S. 909ff.

<sup>8</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <https://www.bpb.de/mediathek/920/60-x-deutschland-das-jahr-2003>. (06.06.2016) .

gingen 2004 wöchentlich in zahlreichen ostdeutschen Städten Tausende von Menschen gegen den Sozialabbau auf die Straße. Sowohl die PDS als auch die NPD profitierten davon und wurden als zweitstärkste Partei bzw. mit 9,2% in den sächsischen Landtag gewählt.<sup>9</sup> In immer mehr Landtagswahlen scheiterte schließlich die SPD und so kündete Schröder Neuwahlen an, in denen die CDU knapp gewann. Die daraus resultierende Große Koalition wählte Angela Merkel zur ersten Bundeskanzlerin.<sup>10</sup> Zum ersten Mal in der deutschen Geschichte zeigte sich ein Fünf-Parteien-System, sodass es mit der „Linkspartei“ nun eine Partei links der SPD im Bundestag gab. Aber auch die Grünen und die FDP sorgten für einen deutlichen Stimmverlust der großen Parteien, was Sinnbild für die soziokulturellen- und strukturellen Wandlungsprozesse der Bundesrepublik war, denn durch die große politische Mitte, in der CDU/CSU und SPD zunehmend weniger unterscheidbar wurden, entstanden deutliche Profilierungsmöglichkeiten für die kleinen Parteien.<sup>11</sup>

Während Deutschland zunächst hauptsächlich mit der Innenpolitik ausgelastet war, machten die Bombenanschläge in Madrid und London – um nur wenige zu nennen – deutlich, dass der islamistische Terrorismus nicht nur gegen die USA gerichtet war, sondern gegen die gesamte westliche Welt. Angst und Schrecken verbreiteten sich auch in Deutschland und viele sahen sich in ihren Befürchtungen bestätigt als die sogenannte Sauerlandgruppe verhaftet wurde.<sup>12</sup> Die Angst vor einem Terroranschlag in Deutschland beherrschte die politische Diskussion und so rückte das Thema Sicherheit auf einen Spitzenplatz sowohl in innen- als auch in außenpolitischen Fragen. Dies

---

<sup>9</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <https://www.bpb.de/mediathek/922/60-x-deutschland-das-jahr-2004>. (06.06.2016) .; Conze (2009). S. 917

<sup>10</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <https://www.bpb.de/mediathek/923/60-x-deutschland-das-jahr-2005>. (06.06.2016) .

<sup>11</sup> Conze (2009). S. 921f.

<sup>12</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <https://www.bpb.de/mediathek/925/60-x-deutschland-das-jahr-2007>. (06.06.2016) .; FAZ. (2011). <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/jahresrueckblick-2011/> (04.07.2016).; FAZ. (2013). <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/jahresrueckblick-2013/> (04.07.2016).

trat eine Debatte über das Verhältnis von Sicherheit und Freiheit los, welches von vielen als widerstreitende Wertidee aufgefasst wurde.<sup>13</sup>

Weiter verunsichert wurde das Land durch die im Jahre 2008 ausbrechende Finanzmarktkrise. 2002 hatten ganz Europa und die Finanzwelt noch mit der Einführung des Euro eine neue Ära gefeiert<sup>14</sup> und nun traf die Erschütterung der Weltwirtschaft, die höchstens mit den Ereignissen 1929 ihresgleichen sucht, auch Deutschland hart. Ausgelöst durch das Zusammenbrechen der Investmentbank *Lehman Brothers* kam es auch hierzulande durch die globale Verstrickung zu Bankpleiten. So konnte beispielsweise die *Hypo Real Estate* nur mit Staatshilfen gerettet werden. Die Bundesregierung versprach zwar, dass private Konten sicher bleiben würden, durch die abgestürzten Börsenkurse und die Niedrigzinspolitik in Europa waren letztlich alle betroffen.<sup>15</sup> Die sozialen und wirtschaftlichen Probleme, mit denen Deutschland in den folgenden Jahren zu kämpfen hatte, waren allerdings nicht aus der Weltwirtschaftskrise entstanden, sie waren dadurch nur offensichtlicher geworden. Schon vorher war die Schere zwischen Arm und Reich immer weiter auseinander gegangen, der Anteil der Geringverdienenden war von 1995 bis 2007 um immerhin 43% angestiegen.<sup>16</sup> Mit präzedenzlosen Rettungspaketen, die einen Totalzusammenbruch des global verflochtenen Bankensystems verhindern sollten, sowie Konjunkturpaketen versuchte die deutsche Regierung der Wirtschaft unter die Arme zu greifen, um einem „Einbruch von Konsum und Produktion, einem Investitionsstillstand und einem Emporschnellen der Arbeitslosigkeit“<sup>17</sup> entgegenzuwirken. Auch innerhalb der EU jagte ein Krisentreffen das andere. 2010 drohte schließlich der sogenannte „Grexit“, ein Ausscheiden Griechenlands aus dem Euro. Dies konnte letztlich mit großen Sparprogrammen abgewendet werden und die EU lernte aus der

---

<sup>13</sup> Conze (2009). S. 905ff.

<sup>14</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <https://www.bpb.de/mediathek/919/60-x-deutschland-das-jahr-2002>. (06.06.2016) .

<sup>15</sup> Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. (2014). <https://www.bpb.de/mediathek/926/60-x-deutschland-das-jahr-2008>. (06.06.2016) .

<sup>16</sup> Conze (2009). S. 933

<sup>17</sup> Ibid. S. 936

---

Vergangenheit und schaffte schließlich 2012 einen „Rettungsschirm“ – den sogenannten ESM – für finanziell angeschlagene Mitgliedsstaaten.<sup>18</sup>

Mit dem Beginn des sogenannten „arabischen Frühlings“ im Dezember 2010 wurden sukzessive langjährige Amtsinhaber des nordafrikanischen Kontinents und im Nahen Osten aus dem Amt gefegt. Zunächst wurde dies in der westlichen Welt gefeiert und begrüßt, erhoffte man sich dadurch eine Verbesserung in Hinblick auf die Menschenrechtsslage in den betroffenen Ländern. Im Gegensatz zu den anderen Ländern brach in Syrien dagegen ein blutiger Bürgerkrieg aus, was zu einem erneuten Erstarren islamistischer Terrorgruppen führte und den Terror in die ganze Welt exportierte.<sup>19</sup>

Das 21. Jahrhundert war bisher also von großen Höhen und Tiefen in der Gesellschaft geprägt. Doch das Gefühl der Unsicherheit nahm weiter zu. Im folgenden Kapitel wird sich zeigen, wie die Ärzteschaft mit dieser Grundstimmung umging und welche berufsständischen und -politischen Entscheidungen diese überdeckten.

---

<sup>18</sup> FAZ. (2010). <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/jahresrueckblick-2010/> (04.07.2016).

FAZ. (2012). <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/jahresrueckblick-2012/> (04.07.2016).

<sup>19</sup> FAZ. (2011). <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/jahresrueckblick-2011/> (04.07.2016).

## 10.1 Ein neues Jahrtausend – ein neues Arztbild?

Anfang 2000 war das neue Millennium in aller Munde, quer durch die Institutionen wurden Millenniumsziele formuliert. Auch die Ärzteschaft hatte sich Vorsätze für das neue Jahrtausend gefasst und wollte der Gesellschaft zeigen, dass sie in eben diesem angekommen war. Das verstaubte Bild vom „Halbgott in Weiß“ gehörte längst der Vergangenheit an. Der Arzt von heute war patienten- und serviceorientiert. Aber stimmt das wirklich?

Analysiert man die Artikel im DÄ, wird man eines besseren belehrt. Das Urbild des Arztes als bedingungsloser Helfer der Kranken in Not blieb immer dasselbe.<sup>20</sup> Dennoch hatte sich der Arztberuf im Laufe der Zeit gewandelt. Für die Ärzteschaft war es deshalb wichtig, in regelmäßigen Abständen ihre Identität zu definieren und der Zeit anzupassen, denn nur so könne langfristig ein stabiles Vertrauen zwischen Arzt und Patient entstehen, meinte Stephan Sahm, Arzt aus Wiesbaden.<sup>21</sup> Diese Suche beinhalte immer auch die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen, wie z.B. zur Pflege. Die Medizinethikerin Irmgard Hofmann stellte fest, dass der Arzt immer noch als Experte angesehen werde, wohingegen Pflegende das übernähmen, „worin die meisten Menschen im Normalfall ihre eigenen Experten seien.“<sup>22</sup> Laut dem Medizinethiker Giovanni Maio bestehe seit langem ein stereotypes Bild vom Arzt als „Überbringer der ‚harten‘ Diagnose“<sup>23</sup>, wohingegen die Pflegekraft die seelische Betreuung übernehme. Das Heilen und Helfen sei traditionell die größte Motivation für ärztliches Handeln, für Pflegekräfte sei vor allem die Fürsorge das Motiv. Diese Tatsache wirke gleichzeitig identitätsstiftend nach innen und abgrenzend nach außen, folgerte der Hannoveraner Arzt Gerald Neitzke. Der Arzt solle sich möglichst aber nicht nur als „Heiler und Macher“ verstehen, sondern auch als Begleiter und „Steuermann“<sup>24</sup>, so Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer. Oder anders ausgedrückt: ein

---

<sup>20</sup> Fuchs. (2010). <http://web.ev-akademie-tutzing.de/cms/index.php?id=576&part=downloads&lfidnr=1523> (22.04.2014).

<sup>21</sup> Klinkhammer. In: DÄ. (2000). Heft 43. S. 2832-A

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Ibid.

biografischer Reisebegleiter, der dem Patienten mit Liebe und Geduld begegnet, wie der Psychiater und Autor Klaus Dörner meinte.<sup>25</sup> Besonders dem Hausarzt komme diese Rolle zu. Statt nur Lotse im Gesundheitssystem, solle er wieder der Dirigent in einem Orchester sein, in dem der Patient die erste Geige spiele, fügte der Berliner Allgemeinmediziner und Autor Harald Kamps.<sup>26</sup> Auch das Bild eines Kapitäns sei passend für diesen Beruf.<sup>27</sup> William F. May, amerikanischer Theologe und Ethiker, untersuchte klassische Bilder, die für ärztliches Handeln stehen. Traditionell habe der Heiler immer in positivem Licht gestanden. Im Gegensatz zur Jurisprudenz, die vom Bild des Gegners beherrscht werde, verkörpere die Medizin das Bild der „Eltern als Beschützer und Ernährer“<sup>28</sup>. In der zweiten Darstellung trägt der Arzt ein Schild, als Zeichen für den Kampf gegen Tod und Invalidität. Diese militärische Metapher berufe sich auf weitere Ausdrücke aus der Medizin wie: eine „Krankheit bricht aus“, gegen die man sich „verteidigen“ und „kämpfen“ müsse.<sup>29</sup> Die Philanthropie und Philotechnie, also die Liebe zur Menschheit und die Liebe zur Kunst, seien es, die dem Arzt Energie gäben. Dies bringe das Arztbild eines Technikers hervor, der seine Kunst beherrsche und sorgfältig einsetze. Das zentrale Bild der Arzt-Patienten-Beziehung sei aber das des biblischen Bundes. Es beinhalte sowohl die asymmetrische Beziehung zwischen dem Arzt als Wohltäter und dem Patienten als Begünstigten als auch die Wechselseitigkeit des Gebens und Empfangens und das Vertrauen zueinander, so der Jesuitenpater Leo J. O'Donovan.<sup>30</sup>

Was erwartet man also vom Arzt in unserer Zeit? Es hatte in der Vergangenheit schon viele Werke gegeben, die versucht hatten, dieser Frage nachzugehen: Der Hippokratische Eid, das daraus abgeleitete Genfer Gelöbnis und natürlich die Berufsordnung für Ärzte. Diese vermittelten aber hauptsächlich Normen, die als Grundlage, ja gar Voraussetzung für ärztliches Handeln galten, wie beispielsweise die Schweigepflicht. Der Essener Chirurg

<sup>25</sup> Dörner. In: DÄ. (2003). Heft 8. S. 459-A

<sup>26</sup> Kamps. In: DÄ. (2003). Heft 37. S. 2355-A

<sup>27</sup> Schmidt. In: DÄ. (2003). Heft 44. S. 2844-A

<sup>28</sup> O'Donovan. In: DÄ. (2003). Heft 51-52. S. 3364-A

<sup>29</sup> Ibid.

<sup>30</sup> Ibid.

Friedrich Wilhelm Eigler stellte die Frage, ob die Ärzteschaft im neuen Millennium ein zeitgemäßeres Gelöbnis als den Hippokratischen Eid bzw. das Genfer Gelöbnis brauche. Zwar lege der Ärztestand zu keiner Zeit während seiner Ausbildung einen Eid ab, aber dennoch beziehe man sich oft auf diesen 2 500 Jahre alten Text.<sup>31</sup> Dieser Eid sei es, der den Arztberuf von anderen Berufsgruppen abhebe und diese Profession in einem besonderen Glanz erstrahlen lasse. Für viele junge Mediziner sei der Inhalt dieses Eides die Motivation, die jedes Auswendiglernen anatomischer Begriffe und biochemischer Formeln, jeden endlos scheinenden Nachtdienst und jede noch so lang erscheinende 70-Stunden-Woche für selbstverständlich zu halten.<sup>32</sup> Die Hauptaussage des Eides aber sei die Moral. Dabei müsse man jedoch zwischen Moral und Ethik unterscheiden, so Georg Marckmann, damals Medizinethiker an der Universität Tübingen. Moral zeige auf, was moralisch richtig und falsch sei, wohingegen die Ethik auf der Suche danach sei, warum etwas moralisch falsch oder richtig sei.<sup>33</sup> Das Motiv aus hippokratischer Zeit gelte jedenfalls noch immer: *Salus aegroti suprema lex* – Das Wohl des Kranken soll höchstes Gebot sein. Die wichtigsten Motive für ärztliches Handeln seien das Interesse am Menschen, die Sorge für den Patienten und der Wunsch zu deren Genesung beizutragen.<sup>34</sup> „Mitunter heilen, oft lindern und immer trösten.“<sup>35</sup> Im Rahmen des 105. Deutschen Ärztetages wurde versucht, diesen Auftrag zu konkretisieren. Der Arzt solle Empathie zeigen und gleichzeitig fachlich im physischen, psychischen und sozialen Bereich gut ausgebildet sein. Er solle sich Zeit nehmen und zuhören können. Er soll nach gründlicher Untersuchung gemeinsam mit dem Patienten Entscheidungen über Therapiemaßnahmen treffen und ihn in seiner Genesung unterstützen.<sup>36</sup> Der Schlüsselfaktor dieser zuwendungsorientierten Medizin, die als ethisches Gebot gelte, sei die Zeit. Diese stehe immer weniger zur Verfügung, denn Ökonomisierung, Spezialisierung und Qualitätsmanagement raubten dem Arzt

<sup>31</sup> Eigler. In: DÄ. (2003). Heft 34-35. S. 2204-A

<sup>32</sup> Böhmeke. In: DÄ. (2003). Heft 49. S. 3213-A

<sup>33</sup> Marckmann. (2010). <http://web.ev-akademie-tutzing.de/cms/index.php?id=576&part=downloads&lfidnr=1523> (22.04.2014).

<sup>34</sup> Terzioglu et al. In: DÄ. (2003). Heft 36. S. 2277-A

<sup>35</sup> Storm. In: DÄ. (2005). Heft 37. S. 2508-A

<sup>36</sup> 105. Deutscher Ärztetag. In: DÄ. (2002). Heft 23. S. 1589-A

die Zeit. ‚Keine Zeit‘ sei Gift für die Arzt-Patienten-Beziehung, damit sei die Primärtugend des Arztes des Zuhörens und Beratens praktisch abgeschafft. Denn gerade den Umfang des Zuwendungsbedarfes zu erkennen und ihm gerecht zu werden, sei die Grundlage jedes ärztlichen Handelns.<sup>37</sup> Der Arzt solle wieder lernen zuzuhören, so wie *Momo* im gleichnamigen Kinderbuch von Michael Ende. Das Mädchen hört nur zu, sie fragt nicht, kommentiert nicht, sagt nichts.<sup>38</sup> Dabei solle er zwar mit seinem Patienten mitfühlen, aber nicht mitleiden, so der Arzt und Soziologe Jürgen von Troschke. Es gelte die Emotionen zu ertragen und sie zu führen.<sup>39</sup> Die ärztliche Tätigkeit sei deshalb in ihren Eigenschaften einzigartig. So sei der Arzt Experte für Prävention, Diagnose, Behandlung und Betreuung, wobei er gleichzeitig „kritischer Diagnostiker“ und „optimistischer Therapeut“ sein solle.<sup>40</sup> Wichtig sei es infolgedessen, für jeden Arzt seine fachlichen sowie emotionalen Grenzen zu kennen und eine hohe Lernbereitschaft zu zeigen.<sup>41</sup>

Was aber macht die Berufung zum Arzt aus? Wodurch wird ein junger Mensch angezogen? Die meisten Ärzte bestätigten, dass ihr Beruf nicht allein ein Job, eine Karriere und schon gar kein Geschäft oder Business sei. O'Donovan meinte, dass es der transzendente Horizont des Heilens sei, der den werdenden Arzt anziehe. Der heilende Gott sei eines der häufigsten Symbole göttlicher Liebe, das in jüdischen und christlichen Schriften vorkomme. Als bestes Beispiel dafür gölten natürlich die Taten des Jesus von Nazareth. O'Donovan rief die Ärzteschaft auf, in der ärztlichen Profession eine Berufung zu sehen, die über den wissenschaftlichen Idealismus und die Philanthropie hinausgehe.<sup>42</sup> Wenn der Arztberuf also kein reiner Job ist, wie wird dann aus einem jungen Mediziner ein Arzt, der sich berufen fühlt, gut für seine Patienten zu sorgen? Die Approbation selbst mache es jedenfalls nicht aus, so der

---

<sup>37</sup> Fuchs. (2010). <http://web.ev-akademie-tutzing.de/cms/index.php?id=576&part=downloads&ldnr=1523> (22.04.2014).; Koch. In: DÄ. (2012). Heft 1-2. S. 20ff.-A

<sup>38</sup> von Troschke (2001). S. 143

<sup>39</sup> von Troschke (2001). S.37

<sup>40</sup> Stöbe. In: DÄ. (2011). Heft 51-52. S. 2762-A

<sup>41</sup> Hibbeler. In: DÄ. (2011). Heft 51-52. S. 2762-A;

Kulike. In: DÄ. (2011). Heft 51-52. S. 2762-A

<sup>42</sup> O'Donovan. In: DÄ. (2003). Heft 51-52. S. 3368-A

Gesundheitsökonom H. Peter Szutrely.<sup>43</sup> Eine Untersuchung der Universität Erlangen-Nürnberg stellte fest, dass Hochschulabsolventen der Medizin das Idealbild des heutigen Arztes vor allem humanistisch, fürsorglich, empathisch und beziehungsorientiert sähen. Zu den eher ‚weichen‘ Faktoren kämen zudem die Eigenschaften, die eher dem betriebswissenschaftlichen Jargon entspringen: Fachliche Kompetenz, Zielstrebigkeit, Durchsetzungsvermögen, Pflichtbewusstsein, Vertrauenswürdigkeit, Teamfähigkeit und Kommunikationsbereitschaft. Für sie sei der Beruf noch mehr eine Berufung als für andere Studenten. Sie wollen vor allem „gute Ärzte werden“<sup>44</sup>. Auch das Anleiten und Helfen sowie Altruismus würden besonders hoch gewichtet werden. Dies verändere sich aber im Laufe der Berufstätigkeit. Viele junge Ärzte wären enttäuscht und suchten zunehmend ihre Identität im familiären Umfeld statt im ärztlichen Beruf. Nach dem anfänglichen „Schock“ steige die Zufriedenheit mit dem Beruf wieder, die Jungmediziner würden dann nüchterner und pragmatischer werden.<sup>45</sup> Deshalb empfahl von Troschke in seinem Buch *Die Kunst ein guter Arzt zu werden* dem Medizinstudenten, sich frühzeitig mit der Berufspraxis auseinanderzusetzen und die Erwartungen der Gesellschaft an den Arzt kennenzulernen. Man könne dabei nie allen Erwartungen gerecht werden, deshalb zähle umso mehr das ernsthafte Bemühen.<sup>46</sup> Zudem sei es laut dem Tübinger Anatomen Michael Arnold wichtig, schon als Student über den Tellerrand hinauszuschauen. Eine Arztpersönlichkeit könne sich besonders gut entwickeln, wenn man sich in seinen jungen Jahren auch mit Philosophie, Psychologie oder gar Mathematik beschäftige. Auch ein breites Allgemeinwissen in der Geschichtswissenschaft und Anthropologie könne nicht schaden. Im Allgemeinen sei es am wichtigsten das Fachidiotentum zu vermeiden, so Arnold.<sup>47</sup> Es habe eine „Sinnentleerung“ des Berufes stattgefunden. Den „umfassend gebildeten Arzt“, der universell befähigt ist und persönlich für seine Patienten schwellenlos erreichbar ist, gebe es nicht mehr, so Fuchs auf einer

<sup>43</sup> Szutrely. In: DÄ. (2002). Heft 23. S. 1602-A

<sup>44</sup> Abele. In: DÄ. (2001). Heft 46. S. 3010f.-A

<sup>45</sup> Hibbeler. In: DÄ. (2011). Heft 51-52. S. 2758-A

<sup>46</sup> von Troschke (2001). S. 10

<sup>47</sup> Arnold (1988). S. 13f.

Tagung zum Thema Medizin, Recht und Ethik.<sup>48</sup> Früher gehörte es sich, dass ein Student der Medizin bereits eine akademische Vorbildung erhielt, bevor er das Medizinstudium beginnen durfte. Die mittelalterliche Studienordnung schrieb beispielsweise vor, die Artes liberales zu erlernen, was im Rahmen des Triviums (Grammatik, Dialektik und Rhetorik) sowie des Quadriviums (Geometrie, Arithmetik, Musik und Astronomie) geschah. Eine solch theoretische Bildung könne heute freilich nicht erwartet werden, aber die Geschichte zeige uns, woraus sich der Arztberuf entwickelt hat.<sup>49</sup>

Nun gibt es überall Ärzte, von denen man sagt, sie seien ‚gut‘ und manche, die eher für ‚schlecht‘ gehalten werden. Er stellt sich dann die Frage, was den einen oder anderen ausmacht. Gesellschaftliche Vorstellungen haben bisher das Arztideal jeder Kultur geprägt. In Deutschland waren dies hauptsächlich christliche und humanistische Werte.<sup>50</sup> Für den Murrhardter Kreis der Robert-Bosch-Stiftung waren es Eigenschaften wie Aufgeschlossenheit gegenüber Patienten und Methoden, Konfliktfähigkeit in der Arzt-Patienten-Beziehung und das Akzeptieren eigener Grenzen insbesondere im Umgang mit dem Tod, die den Mediziner zu einem guten Arzt machten.<sup>51</sup> Von Troschke schlug vor, die Qualitäten des Arztes in messbare Kriterien und nichtmessbare Kriterien (Gefühl eines Patienten) einzuteilen.<sup>52</sup> Messbar könnten dabei sein, wie viele Patienten er betreut, wie viel Geld er in seiner Praxis verdient, wie beliebt er bei Kollegen und Mitarbeitern ist, wie seine Kunstfehlerstatistik aussieht.<sup>53</sup> Einige Eigenschaften hob von Troschke hervor, denn der Arzt müsse sich seiner Rolle bewusst sein, um diese in medizinischen Interaktionen einsetzen zu können. Dadurch erst könne eine gute Kommunikation gewährleistet sein, um die sich der Arzt stets bemühen solle. Weiterhin sei die Kenntnis über den sozialen und wirtschaftlichen Hintergrund seines Patienten

---

<sup>48</sup> Nedbal. In: DÄ. (2010). Heft 14. S. 652f.-A;  
Fuchs. (2010). <http://web.ev-akademie-tutzing.de/cms/index.php?id=576&part=downloads&lfidnr=1523> (22.04.2014).

<sup>49</sup> von Troschke (2001). S. 81

<sup>50</sup> Hibbeler. In: DÄ. (2011). Heft 51-52. S. 2760-A

<sup>51</sup> Robert Bosch Stiftung. Murrhardter Kreis. (1995). S. 116

<sup>52</sup> von Troschke (2001). S. 15f.

<sup>53</sup> von Troschke (2001). S. 21

im Rahmen der Salutogenese von großer Bedeutung, nur dann könne der Arzt dies in seine Behandlung mit einbeziehen. Ein Arzt müsse sich zudem seiner eigenen Reaktionen und Emotionen auf belastende Ereignisse bewusst sein und die Fähigkeit haben, soziale Konflikte wahrzunehmen und sie ursachenbezogen zu lösen. Außerdem müsse ein Arzt die rechtlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem kennen, um für seinen Patienten das maximale an Effektivität und Effizienz herauszuholen.<sup>54</sup>

Ferdinand Kirchhof, Richter im Ersten Senat des Bundesverfassungsgerichts präsentierte in seinem Vortrag über das ärztliche Berufsbild vier Berufsfelder des Arztes: Erstens den Heiler, der sich zur Aufgabe macht, die Gesundheit seiner ihm anvertrauten Kranken wiederherzustellen und zu erhalten. Zweitens den Dienstleister, der ganz dem Zeitgeist entsprechend die Wünsche zur Verbesserung des Körpers und der Psyche erfüllt. Drittens den Forschungsmediziner, der durch wissenschaftliche Studien sowohl neue Therapien entwickelt als auch die bisherige Vorgehensweise verifiziert. Und schließlich den Pathologen, der post mortem anhand von entnommenem Gewebe und Organen die Todesursache feststellt.<sup>55</sup> Das „Georgetown-Mantra“, also die vier Prinzipien der Bioethik, die von Thomas L. Beauchamp und James F. Childress entwickelt wurden, könne dem Arzt helfen die Dimensionen seiner Arbeit zu erkennen: Nichtschaden, Fürsorgepflicht, Autonomie bei informed consent und schließlich eine gerechte Verteilung der Leistungen.<sup>56</sup>

Eine weitere Typisierung der Arztrolle stammt von Norbert Donner-Banzhoff, Mitarbeiter der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Marburg. Die erste und ursprünglichste Funktion sei – wie bei Kirchhof – und eigentlich allen anderen Typisierungen auch – die des Heilers, der Beschwerden lindert und die Leistungsfähigkeit wiederherstellt. Das Arbeitsinstrument sei dabei das Ritual. Sei es eine Untersuchung oder die Verschreibung eines Medikaments, auch das Verwenden von lateinischen und griechischen Fachbegriffen entspreche einem Ritual und demonstriere so das

---

<sup>54</sup> Ibid. S. 66ff.

<sup>55</sup> Stüwe. In: DÄ. (2009). Heft 13. S. 593-A

<sup>56</sup> O'Donovan. In: DÄ. (2003). Heft 51-52. S. 3367-A

Expertentum des Arztes. Dieses Ritual zeuge von Anerkennung des Leids und der Hoffnung auf baldige Besserung. Die zweite Funktion des Arztes komme dem Detektiv gleich. Es sei das Zusammenfassen der gesammelten Daten und das Zuordnen zu einer Krankheit, das diese Funktion ausmache. Die dritte Aufgabe, die Gatekeeperfunktion des Arztes, entstehe durch die Indikationsstellung für medizinische Diagnostik und Therapie. Einerseits, um unnötige Nebenwirkungen zu vermeiden, andererseits, um die Gelder der Solidargemeinschaft nicht zu verschwenden und die Verteilungsgerechtigkeit zu sichern. Die vierte und letzte Funktion sei der Partner, der mit dem gleichberechtigten Patienten gemeinsam den zu gehenden Weg bespreche. Dabei seien immer alle Funktionen auf einmal präsent. Donner-Banzhoff verglich dies mit der Kommunikationstheorie von Watzlawick, die aussagt, dass man nicht nicht kommunizieren könne. So sei dies auch beim Arzt, wobei sich die Wertigkeit der Funktionen im Lauf der Jahrhunderte verändert habe. Hatte im 18. Jahrhundert vor allem der Heiler im Vordergrund gestanden, so seien die verschiedenen Aspekte nun gleichwertig.<sup>57</sup>

Einen weiteren Beitrag zum Thema Arztbild leistete die Comicserie *Doc + Doctrix* im DÄ. So zeigte beispielsweise eine Folge mit dem Titel *Arzt im Krankenhaus* die unterschiedlichen Perspektiven des Arztbildes. Während der Arzt aus Patientensicht als Besserwisser im weißen Kittel dargestellt wurde, wurde der Krankenhausarzt aus der Perspektive eines Chefarzt als unwissender Esel abgebildet, aus der Perspektive eines Oberarzt als besserer Sekretär und aus der Sicht der Stationsschwestern als Mädchen für alles. Der Arzt selbst wurde als selbstverliebt und narzisstisch gezeigt.<sup>58</sup>

Wie kritisch der Arzt sich selbst und seine Kollegen sehen mochte, laut den Allensbacher Berufsprestigeberichten aus dem Jahr 2003 rangierte der Arzt immer an oberster Stelle auf der Liste der geachteten Berufe in Deutschland. Allerdings habe er auf hohem Niveau ein paar Prozentpunkte verloren, was hauptsächlich an der Negativpräsentation in den Medien liege: Streit in der

---

<sup>57</sup> Donner-Banzhoff. In: DÄ. (2012). Heft 42. S. 2078ff.-A;

Claus. In: DÄ. (2013). Heft 5. S. 178-A

<sup>58</sup> Steiner. In: DÄ. (2003). Heft 5. S. 288 -A

Gesundheitspolitik, Skandale im Abrechnungswesen, Ärztepfusch etc.<sup>59</sup> Dennoch vertrauten die meisten Patienten ihrem Arzt<sup>60</sup> und sähen ihn als „Vertreter eines noblen, unkorumpierbaren Berufs“.<sup>61</sup> Dies zeigten auch Studienergebnisse aus dem Health Care Monitoring des Kölner Marktforschungsinstituts *psychonomics*. 90% der befragten Patienten bezeichneten ihren Arzt als verantwortungsbewusst, diskret, zuverlässig, ehrlich und engagiert. Immerhin 80% konstatierten den Ärzten Kompetenz und Empathie. 72% der Befragten waren mit der Qualität der Behandlung zufrieden und sogar 64% hätten ihren Arzt schon einmal weiterempfohlen.<sup>62</sup> Auch eine Studie der KBV, die im Jahr 2014 6 087 gesetzlich Versicherte im Alter zwischen 18 und 79 befragte, zeigte, dass die Patienten mit ihren Ärzten zufrieden waren. Sowohl das Vertrauensverhältnis als auch die ärztliche Fachkompetenz werde seit einigen Jahren von fast allen (92 - 94%) als gut bzw. sehr gut bezeichnet.<sup>63</sup>

Wie auch schon in den Jahrzehnten zuvor, brauchte die Ärzteschaft immer neue Definitionen ihrer Arbeit, um sich und der Öffentlichkeit zu beweisen, dass ihr Berufsstand nicht stillstand, sondern wenigstens bemüht war, sich den modernen Erwartungen zu stellen. Oft änderte sich wenig bis gar nichts. Und trotzdem büßte der ärztliche Beruf kaum an Popularität und Ansehen ein, zumindest wenn man sich auf die oben genannten Studien beruft.

---

<sup>59</sup> Institut für Demoskopie. (2003). [http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx\\_reportsndocs/prd\\_0307.pdf](http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/prd_0307.pdf) (07.04.2014).

<sup>60</sup> Witzmann. In: DÄ. (2000). Heft 15. S. 970-A

<sup>61</sup> Krüger-Brand. In: DÄ. (2012). Heft 10. S. 468-A

<sup>62</sup> May et al. In: DÄ. (2006). Heft 31-32. S. 2091f.-A

<sup>63</sup> Osterloh. In: DÄ. (2014). Heft 33-34. S. 1404-A

## 10.2 „Frust statt Lust auf den Arztberuf“<sup>64</sup> –

### gefährden schlechte Arbeitsbedingungen das Arztbild?

„Ein schlechter Mensch bin ich. Einer von denen, die ihr Leben lang nur belohnt wurden. Brustgestillt, satte Kindheit in einer Mittelstandsfamilie, gute Schule mit Klassenreise nach Rom. Eine kämpferische Pubertät mit einem Ladendiebstahl und vier Joints. Abitur ohne Mühe, und dem Biolehrer eine Stripperin in den Bio-Kurs der zwölften Klasse geschickt. Das Medizinstudium von den Eltern bezahlt, einschließlich WG-Zimmer. Eine vom Leben belohnte Freundin (und noch eine während meines Auslandsstipendiums in Yale). Und jetzt das...

Halt! Ich bin nicht krank [...], habe weder suizidalen Liebeskummer noch Schulden durch übermäßiges Telefonieren mit dem Handy.

Ich habe einfach einen Beruf angefangen und jammere Ihnen jetzt was vor: Der Arztberuf ist schwer. Viel Arbeit und Stress. Ständig Entscheidungen zwischen Leben und Tod. Wenig Schlaf und harte Chefs. Logisch, dass so einer wie ich anfängt zu jammern. Aber Sie irren. Ich bin nicht Arzt – und werde es wohl auch nie werden: Ich bin AiP<sup>65</sup>,

schrieb Martin Stula in seiner Glosse über das Arzttum und traf den Zeitgeist damit perfekt, genauso wie Ulrich Kapfer, der sein Leben als Ärzteneuling beschrieb:

„Seit zwei Monaten arbeite ich jetzt auf einer klinischen Station. Toll! Endlich geschafft, jetzt bist du Arzt! [...] Zwei Monate später: Ich wäre gerne Arzt, aber ich bin Verwalter und Auswerter.“

Für Patienten habe er keine Zeit, mit dokumentieren, organisieren und Arztbrief schreiben seien zwölf Stunden am Tag gefüllt.

„Um 20:15 Uhr verlasse ich die Klinik, mal wieder mit einem schlechten Gewissen. Nach etwa zehn Minuten auf der Autobahn registriere ich, dass mit Abendessen und vielleicht noch einer halben Stunde Fernsehen gerade noch sechs Stunden Schlaf bleiben. Nicht genug, um das Defizit auszugleichen. Das Spiel fängt von vorne an. Alles beginnt sich zu drehen. Der Brückenpfeiler kommt immer näher. Was für ein wundervoll einfacher Ausweg. Mach keinen Fehler. Diesmal bin ich vorbeigefahren. Noch habe ich

<sup>64</sup> Seger. In: DÄ. (2003). Heft 28-29. S. 1911-A

<sup>65</sup> Stula. In: DÄ. (2001). Heft 11. S. 669-A

nicht angefangen, NSAR gegen Kopfschmerzen, Protonenpumpenhemmer gegen Magengeschwüre, Benzodiazepine zum Schlafen, Amphetamine zum Wachwerden/-halten oder Antihypertensiva gegen stressinduzierten Bluthochdruck zu nehmen.“<sup>66</sup>

Es waren vor allem junge Ärzte, die mit dem Status quo unzufrieden waren. Man hatte ihnen einen hoch angesehenen Beruf versprochen, den sie so nicht realisiert empfanden. Was musste man also tun, um den Arztberuf in Deutschland wieder attraktiver zu gestalten und eine Abwanderung der jungen Mediziner ins Ausland zu verhindern? „Wir können nicht die Attraktivität des Auslands mindern. Wir müssen die Attraktivität des Arztberufes in Deutschland steigern“, meinte Maurice Dantes von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden.<sup>67</sup> Eine Umfrage des BVMD unter Medizinstudierenden im Jahr 2007 ergab, dass die meisten (90%) kurativ tätig werden wollten, aber nicht unbedingt in Deutschland. Im Ausland erhofften sie sich geregeltere Arbeitszeiten (88%), eine besser strukturierte Weiterbildung (80%) und eine leichtere Vereinbarkeit von Familie und Beruf (76%). Die am häufigsten genannten Länder für eine Auslandstätigkeit seien dabei die Schweiz, Skandinavien, Großbritannien, Australien, Neuseeland und Nordamerika.<sup>68</sup> „Der ärztliche Beruf ist ein sehr schöner, zumindest im Prinzip. In Deutschland nicht!“<sup>69</sup>

Es seien vor allem die alten Chefärzte aus den neunziger Jahren schuld, so Nico Prümmer. Man habe die Jungärzte mit Füßen getreten, sie ausgenommen wie eine Weihnachtsgans und ihnen immer größere Hürden in den Weg gelegt, angefangen vom Mediziner-test, Einführung des AiP, ständige Verschärfung der Weiterbildungskataloge etc. „Es sollte noch viel schlimmer kommen! Ihr habt es nicht anders verdient“<sup>70</sup>, meinte Prümmer. Problematisch sei dabei, dass die Falschen gingen. Die, aus denen gute Ärzte hätten werden können. Die, die nicht alles akzeptierten und eine faire Bezahlung forderten, es satt hätten, mit vier weiteren Kollegen ein Arbeitszimmer zu teilen, Menschen,

<sup>66</sup> Kapfer. In: DÄ. (2003). Heft 10. S. 656-A

<sup>67</sup> Hibbeler. In: DÄ. (2007). Heft 26. S. 1879-A

<sup>68</sup> BVMD. (2007). <http://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=1850> (16.04.2014).

<sup>69</sup> Schneider. In: DÄ. (2007). Heft 44. S. 3012-A

<sup>70</sup> Prümmer. In: DÄ. (2003). Heft 44. S. 2856-A

die noch Ziele und Werte ihr Eigen nannten, meinte der Allgemeinmediziner und Medizinpublizist Michael Feld.<sup>71</sup>

In den Krankenhäusern sei unter Ärzten ein Kampf ums Überleben ausgebrochen, so eine *Zeit*-Reportage aus dem Jahre 2012.<sup>72</sup> Man bräuchte dabei keine neuen Analysen, um zu sehen wo der Schuh drücke.<sup>73</sup> Gründe für den Ärztemangel und die Unzufriedenheit der Ärzte mit ihrem Beruf seien leicht gefunden: Katastrophale Arbeitsbedingungen, nichtvergütete Überstunden trotz EU-Arbeitszeitrichtlinie von maximal 48 Stunden pro Woche – in der Realität seien 80 Stunden keine Seltenheit. Entweder schreibe man die Überstunden gar nicht erst auf, um die eigene Stelle zu sichern und nicht als unengagiert da zustehen oder sie würden hinterher vom Chefarzt, wieder gestrichen, weil das Krankenhauscontrolling Ärger mache und er zu feige sei, die Verwaltung mit den Interessen seiner Mitarbeiter zu konfrontieren.<sup>74</sup> Fakt sei, dass Assistenzärzte mittlerweile ca. 30% weniger in der Tasche hätten als noch vor einigen Jahren, als es Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld und eben bezahlte Überstunden gegeben habe. Momentan verdiene ein Universitätsassistent gleich viel wie ein Lehrer der Sekundarstufe II, nur der habe Weihnachten, Neujahr, Ostern und Pfingsten frei, so Feld.<sup>75</sup> Mittlerweile könne ein angemessener Verdienst nur noch durch zusätzliche Dienste erreicht werden, für den „kostspieligen Luxus“<sup>76</sup> Kinder reiche es sowieso schon nicht aus. „Wir brauchen eine Verteilung des Honorars, bei der honoriert wird, wer tatsächlich kranke Patienten behandelt“.<sup>77</sup> Statt besser bezahlten Ärzten, stelle man immer mehr Personal in der Verwaltung ein, es seien somit „zu viele Kapitäne und zu wenig Ruderer“,<sup>78</sup> wodurch Ärzte mittlerweile mehr zu „Geldeintreibern“ und

---

<sup>71</sup> Feld. In: DÄ. (2004). Heft 21. S. 1536-A

<sup>72</sup> Faller. (2012). <http://www.zeit.de/2012/21/Klinik-Gesundheitsreform> (22.04.2014).

<sup>73</sup> Krüger. In: DÄ. (2007). Heft 4. S. 179-A

<sup>74</sup> Rieser. In: DÄ. (2003). Heft 36. S.2263-A;

Hibbeler. In: DÄ. (2007). Heft 1-2. S. 28-A

Ritgen. In: DÄ. (2007). Heft 4. S. 179-A

<sup>75</sup> Feld. In: DÄ. (2006). Heft 20. S. 1404-A

<sup>76</sup> Stiller et al. In: DÄ. (2007). Heft 9. S. 530-A

<sup>77</sup> Osterloh. In: DÄ. (2011). Heft 46. S. 2454-A

<sup>78</sup> Ronneberger. In: DÄ. (2002). Heft 23. S. 1602-A

„Kopfgeldacquisiteuren“ für die Krankenkassen mutiert seien.<sup>79</sup> Problematisch seien ferner die vielen Teilzeitstellen mit Vollzeitarbeit, befristete Arbeitsverträge, die keinerlei Zukunftsplanung zuließen und als Druckmittel benutzt würden, um – ganz nach „Gutsherrenart“ – etwaige Proteste gegen den Status quo im Keim zu ersticken sowie eine hierarchische Führung, die die alte Gerontokratie fördere.<sup>80</sup> Die Differenz zwischen einem Facharbeiter, der geregelte Arbeitszeiten, bezahlte Fortbildungen, Wochenend- und Nachtzuschläge genieße und einem Arzt in Weiterbildung sei mittlerweile marginal.<sup>81</sup> Verschlüsselungswahnsinn und Dokumentationswirrwarr leiteten zudem eine Metamorphose vom Jungmediziner zum Verwaltungsangestellten und zur Marionette im Dienst der Bürokratie ein.<sup>82</sup> Die eigentlich ärztliche Arbeit werde nicht weniger und so sei der Zeitdruck, der auf einem jungen Assistenten laste, unzumutbar.<sup>83</sup> Wie wenig sich die Assistenzärzte geschätzt fühlten, zeigte eine weitere *Doc + Doctrix*-Folge mit dem Titel „Das lustige Spiel des Vorankommens“<sup>84</sup>, die die Karriereleiter des Assistenzarztes anhand eines Brettspiels karikierte. Für „Als letzter durch die Tür“ und „Röntgenbilder halten“ darf man einen Punkt vor, für „Bei den Schwestern einschleimen“ immerhin schon drei Felder vor, für „Forschungsergebnisse klauen“ sogar fünf Felder vor. Die ganze Sache gipfelt in acht Punkten vor für „Hochschlafen“. Die Hierarchie in den Kliniken beeinflusste die Mitarbeiterstruktur also nachhaltig. Ferner fühlten sich Ärzte in ihrer Entscheidung durch die „goldenen Regeln“ der Krankenkassen und sonstiger Verbände zunehmend eingeengt. Statt einer Individualisierung der Medizin, komme es immer mehr zu einer Standardisierung, also statt „Medizin nach Maß“ gebe es nur noch Medizin „von der Stange“.<sup>85</sup> Dies führe zu einer Entprofessionalisierung der Medizin, zu einer

<sup>79</sup> Kees. In: DÄ. (2003). Heft 44. S. 2857-A

<sup>80</sup> Armbrust. In: DÄ. (2004). Heft 3. S. 104-A;

Kees. In: DÄ. (2002). Heft 15. S. 1009-A;

Spießl et al. In: DÄ. (2003). Heft 38. S. 2461-A

<sup>81</sup> Hibbeler. In: DÄ. (2007). Heft 1-2. S. 28-A

<sup>82</sup> Storm. In: DÄ. (2005). Heft 37. S. 2508-A;

Wettig. In: DÄ. (2011). Heft 5. S. 235-A;

Maio. In: DÄ. (2012). Heft 16. S. 805-A

<sup>83</sup> Stiller et al. In: DÄ. (2007). Heft 9. S. 530-A

<sup>84</sup> Steiner. In: DÄ. (2002). Heft 6. S. 388-A

<sup>85</sup> Clade. In: DÄ. (2002). Heft 23. S. 1560-A

„Checklisten-Medizin.“<sup>86</sup> „Der Arztberuf verkommt mehr und mehr zu einer Agentur für gesellschaftspolitische Zwecke“, so der Konstanzer Medizinsoziologe Horst Baier.<sup>87</sup> Der Arzt werde somit zunehmend vom Gestalter zum Mitgestalter.<sup>88</sup>

Große Defizite herrschten auch in der Weiterbildung, die den Assistenzärzten das Gefühl gäben, fahrlässig auf die Patienten losgelassen zu werden. Vor allem junge Ärzte seien jeder Klinik als billige Arbeitskräfte willkommen, wobei sie dort verheizt und ausgenutzt würden. Weiterbildungsangebote finde man eher im Papierkorb des Chefsekretariats als auf einer Pinnwand.<sup>89</sup> Obendrein werde man schon als PJler so in den Stationsalltag eingeplant – allerdings mit meist nicht ärztlichen Aufgaben wie Blut abnehmen, peripher venöse Zugänge legen und EKGs ableiten – dass zur Ausbildung keine Zeit mehr bliebe, so der Medizinstudent Gereon Stork.<sup>90</sup> Es müsse wieder eine Reduktion auf ärztliche Kernkompetenzen stattfinden. So stammten Tätigkeiten wie das Blut abnehmen aus Zeiten der inflationären Überversorgung mit Ärzten. Diese müssten nun delegiert werden,<sup>91</sup> um Personalressourcen intelligenter einsetzen zu können. Schließlich müsse man nicht sechs Jahre Medizin studieren, um „Viggos“<sup>92</sup> legen zu können. Außerdem sei ein Trend zu verzeichnen, dass Weiterbildungsstellen vermehrt durch Facharztstellen ersetzt würden. Hatte es 1992 noch 15 000 Assistenzärzte zu viel gegeben, hätte sich dies im Jahr 2006 genau umgekehrt.<sup>93</sup> Weiterbildung dürfe nicht mehr als Luxus betrachtet werden, denn mit der bloßen Einstellung von Fachärzten schneide sich die Klinik ins eigene Fleisch, da diese ein paar Jahre später dann fehlten, meinte Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer von 1999 bis 2011.<sup>94</sup>

---

<sup>86</sup> Ibid. S. 1560-A

<sup>87</sup> Ibid. S. 1560-A

<sup>88</sup> 105. Deutscher Ärztetag. In: DÄ. (2002). S. 1588-A

<sup>89</sup> Ley. In: DÄ. (2004). Heft 3. S. 144-A

<sup>90</sup> Stork. In: DÄ. (2001). Heft 42. S. 2701-A

<sup>91</sup> Stoffel. In: DÄ. (2002). Heft 15. S. 1008-A

<sup>92</sup> Hibbeler. In: DÄ. (2006). Heft 39. S. 2583-A

<sup>93</sup> Martin. In: DÄ. (2007). Heft 43. S. 2972-A

<sup>94</sup> Flintrop. In: DÄ. (2007). Heft 45. S. 3066-A

Diese Zustände gefährdeten nicht nur die Attraktivität dieses Berufes, sondern auch die Gesundheit der Ärzte selbst. Mehr als die Hälfte gebe an, dass ihr momentaner Lebensstil ihr Wohlbefinden stark beeinträchtige. Folge sei insbesondere die Suchtgefährdung mit einer Lebenszeitprävalenz von 10 bis 15%.<sup>95</sup> Außerdem komme es zu Essstörungen, vor allem in Form von Mangel- und Fehlernährung, und zu Partnerkonflikten. Der anfänglichen Verleugnung und dem Gefühl alles schaffen zu müssen – schließlich gehe es den Patienten viel schlechter – folge der Leidensdruck, meinte die Psychotherapeutin Heidrun Wendel.<sup>96</sup> Eine Untersuchung der Ludwig-Sievers-Stiftung in Nürnberg aus dem Jahr 2007 befragte 1 500 Ärzte zu ihrer Berufszufriedenheit. Dabei gaben 54,8% der Ärzte an, an einem Burn-out-Syndrom in unterschiedlichen Abstufungen zu leiden, ferner meinten fast alle, dass sie an den Grenzen ihrer beruflichen Belastbarkeit angekommen seien. Da sei es kein Wunder, dass 10% der Ärzte zusätzlich an einer Depression litten. Dies komme vor allem dadurch zu Stande, dass die meisten jungen Ärzte ihre berufliche Laufbahn mit einem hohen Maß an idealistischen Vorstellungen begännen und später aus allen Wolken fielen.<sup>97</sup> Die Work-Life-Balance müsse wieder ausgeglichen sein, sonst verliere der ärztliche Beruf weiter an Attraktivität, forderte Eberhard Ulich vom Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung in Zürich.<sup>98</sup>

Nicht nur werde die Weiterbildung zeitlich sträflich vernachlässigt, auch würden zur „Befriedigung pekuniärer Gelüste der Weiterbildungsorganisation immer neue Hürden aufgebaut: Auf A-Diplom folgt B-Diplom, auf Zertifizierung folgt Rezertifizierung, auf Qualifikation Requalifikation.“<sup>99</sup> Die Sahnehaube bilde, dass nicht nur für Zusatzqualifikationen teures Geld bezahlt werden müsse, man habe nun Kurse erfunden, die „teilweise das Volumen einer zweiten Teilzeitanstellung“ annähmen, nur im Gegensatz dazu verdiene man hier kein

---

<sup>95</sup> Bühring. In: DÄ. (2003). Heft 36. S. 2272-A

<sup>96</sup> Ibid. S. 2273-A

<sup>97</sup> Merz et al. In: DÄ. (2008). Heft 7. S. 322f.-A;  
Rabbata. In: DÄ. (2009). Heft 10. S. 437-A

<sup>98</sup> Ibid. S. 437-A

<sup>99</sup> Karl. In: DÄ. (2002). Heft 15. S. 1009-A

Geld.<sup>100</sup> Zudem habe man sich ein leidiges Fortbildungssystem ausgedacht, bei dem Ärzte sogenannte cme-Punkte sammeln sollten, wie „Gummipunkte an Tankstellen, an denen es dann feine Bonuspunkte, zum Beispiel Bälle, gibt.“<sup>101</sup>

Die Unzufriedenheit mit dem Status quo wuchs stetig, im Jahr 2003 waren einer Studie der Landesärztekammer Hessen zufolge, 80% der Ärzte unzufrieden.<sup>102</sup> Dreiviertel der Ärzte würden ihren Kindern nicht mehr empfehlen Medizin zu studieren und 36% würden den Arztberuf nicht noch einmal ergreifen.<sup>103</sup> Wenn es nicht bald wieder gelinge die Attraktivität des Arztberufes zu steigern, werde der schon flächendeckend spürbare Ärztemangel zur Zeitbombe, so der VLK-Präsident Hermann Hoffmann.<sup>104</sup>

„Ich habe im November letzten Jahres sechs Bewerbungen für die Innere an Krankenhäuser der mittleren und universitären Versorgung geschrieben und innerhalb von zehn Tagen fünf verbindliche Zusagen erhalten; sogar ohne Doktor oder Ähnliches. Bin jetzt in Mittelschweden gelandet und habe endlich wieder Zeit zum Skifahren. Euch allen in Deutschland ein kämpferisches Jahr 2002. Mir wurde es einfach zu blöd!“<sup>105</sup>

Dies war nur einer von vielen Briefen, die das DÄ erreichten und aufzeigten, wie ernst die Situation war. So wie der Medizinstudent Helmar Weiß, der sich in der ersten Woche des Studiums an Lemminge erinnert fühlte:

„Das sind kleine, hamsterähnliche Tiere, die sich aus unbekanntem Grund massenhaft im Meer ertränken. Während die Ersten ersaufen, hat es der Letzte noch nicht gerafft. Klasse! Ich will darüber nachdenken, das Studium abzubrechen, habe aber keine Zeit. Muss Anatomie lernen!“<sup>106</sup>

Eine Kooperationsstudie von Wissenschaftlern und dem Deutschen Ärzte-Verlag aus dem Jahr 2003 zeigte die Unzufriedenheitsbereiche deutlich auf (siehe Abbildung 6). In einem Fragebogen wurden Ärzte nach ihrer

<sup>100</sup> Schäffler. In: DÄ. (2003). Heft 44. S. 2856-A;

Hibbeler. In: DÄ. (2007). Heft 1-2. S. 28-A

<sup>101</sup> Roloff-Stachel. In: DÄ. (2005). Heft 31-32. S. 2148 -A

<sup>102</sup> Möhrle. In: DÄ. (2003). Heft 45. S. 2908-A

<sup>103</sup> Abele. In: DÄ. (2001). Heft 46. S. 3008-A;

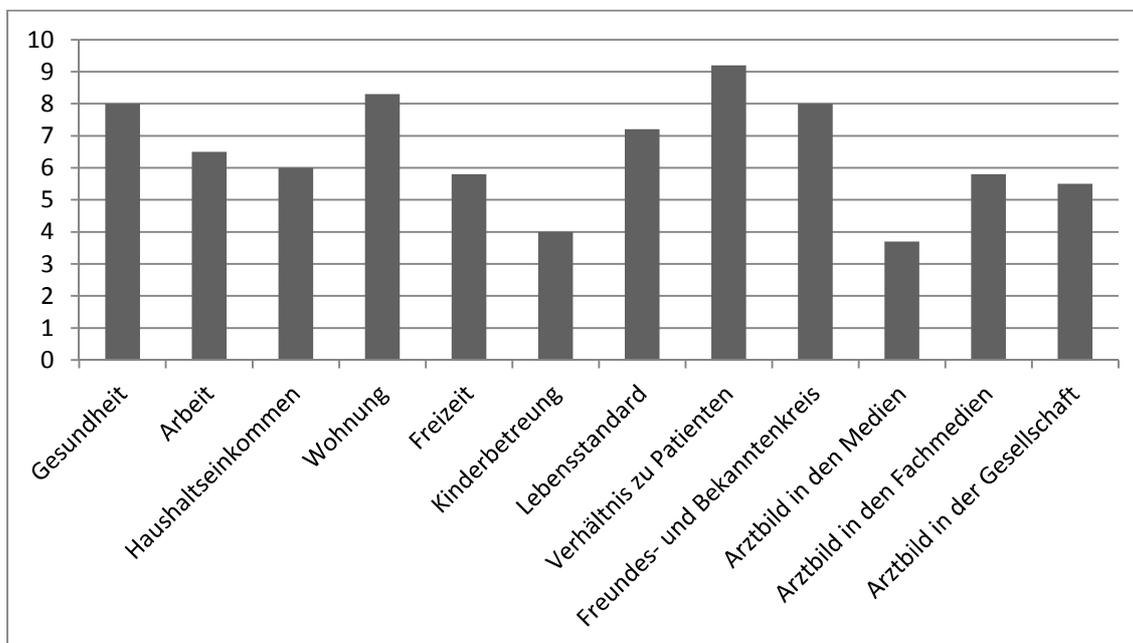
Bühning. In: DÄ. (2003). Heft 36. S. 2272-A

<sup>104</sup> Flintrop. In: DÄ. (2002). Heft 3. S. 148-A

<sup>105</sup> Assistenzarzt. In: DÄ. (2002). Heft 3. S. 148-A

<sup>106</sup> Weiß. In: DÄ. (2003). Heft 46. S. 3052-A

Zufriedenheit in verschiedenen Kategorien befragt. Die bisher erwähnten Mängel wurden hier noch einmal deutlich. Die größte Unzufriedenheit herrschte also in den Bereichen Kinderbetreuung und dem Arztbild in den Medien und der Gesellschaft, gefolgt von Freizeit und Einkommen.<sup>107</sup>



**Abb. 6:** Auf einer Skala von 1 bis 10. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?<sup>108</sup>

Diese Ergebnisse wurden weitestgehend von einer Langzeitstudie aus dem Jahr 2006 bestätigt, die auch die Lebenszufriedenheit untersucht hatte, besonders die schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf wurde hier noch einmal hervorgehoben.<sup>109</sup> Auch eine Übersichtsarbeit zur Arbeits- und Berufszufriedenheit des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung in Berlin aus dem Jahr 2007 kam zu ähnlichen Schlüssen. Ressourcenrestriktion, hoher Qualitätsdruck und Verwaltungs- und Dokumentationszwang korrelierten negativ mit der Arbeitszufriedenheit, wohingegen ein gutes Betriebsklima, gesellschaftliche Anerkennung, das professionelle Selbstverständnis von Ärzten

<sup>107</sup> Bestmann et al. In: DÄ. (2004). Heft 1-2. S. 31-A

<sup>108</sup> Ibid. S. 30-A

<sup>109</sup> Stiller et al. In: DÄ. (2007). Heft 9. S. 532-A

und genügend Zeit für die Patienten mit einer hohen Zufriedenheit einhergingen.<sup>110</sup>

Der Friedrichshafener Arzt Hammerle hatte ausgerechnet, dass er als Kassenarzt teilweise nur 71 Cent/min bekomme. Das sei so viel, wie man im Jahre 2004 für eine Minute Handygebühren bezahle. Es könne nicht angehen, dass Ärzte wie Underdogs behandelt und bezahlt würden.<sup>111</sup> Es sei darüber hinaus frappierend, dass ein Arzt in einem Wochenenddienst in Großbritannien mehr bezahlt bekomme, als ein Assistenzarzt in einem Monat verdiene.<sup>112</sup> Gerade auch die Zeit als AiP vermiese den jungen Ärzten die Lust daran, Arzt zu werden. Es könne nicht sein, dass ein AiP genauso viel arbeite wie junge Assistenzärzte, dafür aber nur einen Bruchteil verdiene, so Hoffmann.<sup>113</sup> Die Ärztehonorare müssten in den nächsten Jahren aufgestockt werden, so der CSU-Gesundheitsexperte Wolfgang Zöllner, denn gesellschaftliches Ansehen werde im 21. Jahrhundert immer auch durch das Einkommen ausgedrückt. Die Schere zwischen Ansehen in der Bevölkerung und Honorarrealität sei in den letzten Jahren zu weit auseinander gegangen.<sup>114</sup>

Aber nicht nur junge Ärzte waren unzufrieden. Insbesondere die Reform der Approbationsordnung erzürnte viele Medizinstudenten. Mit dem Motto „Dr. theoreticus – unpraktischer Arzt“ demonstrierten sie gegen die Einführung des „Hammerexamens“. Statt vor dem Eintritt ins PJ zu prüfen, solle nun eine große Prüfung danach stattfinden. Viele kritisierten, dass die Studenten nun ungenügende fachliche Kenntnisse für die Arbeit am Krankenbett haben würden. Dies sei sowohl für Patienten als auch für die betreuenden Ärzte unzumutbar.<sup>115</sup> Außerdem müsse die Lehre generell praxisnäher sein. Es könne nicht angehen, dass Dozenten ihre Vorlesungen mit ihren eigenen wissenschaftlichen Studien spickten, um die Studenten in den wenigen Praktika, die das Medizinstudium zulasse, dann „wie unwissende Vollidioten vor

---

<sup>110</sup> Gothe et al. In: DÄ. (2007). Heft 20. S. 1398f.

<sup>111</sup> Hammerle. In: DÄ. (2004). Heft 13. S. 848-A

<sup>112</sup> Heinlein. In: DÄ. (2005). Heft 25. S. 1805-A

<sup>113</sup> Flintrop. In: DÄ. (2002). Heft 3. S. 148-A

<sup>114</sup> Rabbata. In: DÄ. (2007). Heft 44. S. 2982-A

<sup>115</sup> Anheier. In: DÄ. (2002). Heft 4. S. 160-A

den Patienten<sup>116</sup> zu behandeln. Das Studium habe dadurch nur noch „marginale Bezugspunkte zum späteren Arztberuf“<sup>117</sup>, so Hoppe. Man züchte von Grund auf im Medizinstudium nur Theoretiker heran. Angefangen von der Auslese über den Numerus-clausus, der nur Einserkandidaten zulasse. Dies führe zu theoretisch denkenden Hochleistungsmedizinern, denen es oftmals an praktischer Intelligenz fehle. Zudem gebe es genügend Einser-Abiturienten, die sich nach dem Abitur überlegten, welchen angeblich prestigeträchtigen Beruf sie nun ergreifen könnten. Als fertig studierter Arzt hätten sie dann vergessen, dass der ärztliche Beruf kein Job, sondern eine Berufung und nur mit Leidenschaft auszuführen sei.<sup>118</sup> Ferner seien es gerade diese „superguten“ Abiturienten, die oftmals zu einem forschenden oder alternativen Medizinbereich tendierten, da dieser für spannender und lukrativer eingeschätzt werde.<sup>119</sup> Sobald der Medizinstudent die Arena Krankenhaus im PJ betrete, erlebe er einen „Kulturschock“, meinte Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer seit dem Jahre 2011, zudem.<sup>120</sup> Die Diplom-Psychologin Marion Sonnenhauser warnte Medizinstudenten deshalb vor übertriebenen Erwartungen. Oftmals erhofften sich die jungen Mediziner immer noch Ruhm, Dankbarkeit, eine steile Karriere, gutes Einkommen und einen hohes soziales Ansehen. Diese Hoffnungen könnten nur enttäuscht werden. Sie sollten lernen Zufriedenheit und Erfolg im Leben nicht nur auf ihren Beruf zu projizieren, sondern auch im privaten Bereich nach Gratifikation suchen.<sup>121</sup>

An Interesse für die Medizin fehle es jedoch nicht, das bewiesen jährlich ca. 43 000 Bewerber für das Medizinstudium, fünf Mal mehr als es Studienplätze gibt.<sup>122</sup> Gerade aber das Medizinstudium solle Ansatz für Verbesserung sein, denn spätestens im PJ beträten die jungen Mediziner erstmals die Realität des Krankenhauses. Hier würden die Weichen gestellt,

---

<sup>116</sup> Rüdiger. In: DÄ. (2002). Heft 27. S. 1884-A

<sup>117</sup> Medici, Via. In: DÄ. (2002). Heft 28-29. S. 1932-A

<sup>118</sup> Ruebsam-Simon. In: DÄ. (2002). Heft 43. S. 2841-A;  
Klehn-Müller. In: DÄ. (2009). Heft 42. S. 2087-A

<sup>119</sup> Wilfart. In: DÄ. (2005). Heft 44. S. 3019-A

<sup>120</sup> Seger. In: DÄ. (2002). Heft 30. S. 2016-A

<sup>121</sup> Sonnenmoser. In: DÄ. (2004). Heft 6. S. 372-A

<sup>122</sup> Hibbeler. In: DÄ. (2012). Heft 32-33. S. 1674-A;  
Rabbata. In: DÄ. (2005). Heft 40. S. 2669-A

hier werde die Zukunft entschieden. Wenn aber PJ-Studenten im Gegensatz zum vergleichbaren Referendariat bei Lehramtsanwärtern oder Juristen wenig bis nichts für ihre Tätigkeit bezahlt bekämen, sie aber so ausgelaugt seien, dass sie am Wochenende nicht auch noch „jobben“ könnten und überdies keinen Anspruch auf Urlaub hätten, stattdessen nur auf 20 „Fehltage“ – Krankheitstage inklusive – dann brauche man sich nicht wundern, dass sich die jungen Ärzte nach dem Examen anderen Berufsfeldern zuwendeten.<sup>123</sup>

Seinen jungen Kollegen empfahl Montgomery deshalb, über den Tellerrand hinauszuschauen und einen Teil der Weiterbildungszeit im Ausland zu verbringen. Das erhöhe ihren Marktwert. Außerdem forderte er Zivilcourage, denn nun sei die Zeit gekommen, in der man als junger Arzt für seine Ziele kämpfen könne und nicht mehr gezwungen sei, Sklavenarbeit zu leisten, nur, um seinen Job zu sichern. Ein „War for Talents“ sei ausgebrochen. Diesen zu gewinnen sei nur möglich, wenn man den Beruf wieder attraktiv mache.<sup>124</sup>

Allein das Ausüben eines gratifizierenden Berufes reiche der Ärzteschaft nicht mehr aus.<sup>125</sup> Dies wurde von einer großanlegten Studie des BVMD aus dem Jahr 2005 bestätigt, bei der insgesamt über 3 600 Medizinstudenten befragt wurden. Sie wollte herausfinden, wie sich der Nachwuchs die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus vorstelle. Besonders wichtig seien den jungen Medizinerinnen eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf,<sup>126</sup> gerade bei einem wachsenden Frauenanteil in der Medizin sei dies essenziell. So wünschten sich die jungen Medizinerinnen geregelte Arbeitszeiten (83%), die Möglichkeit der Kinderbetreuung im Krankenhaus sowie eine mögliche Teilzeitarbeit (63%). Weitere wichtige Faktoren seien das Betriebsklima im Krankenhaus (99%), gute Fortbildungsmöglichkeiten (94%), die Entlastung bei Verwaltungsaufgaben (90%), ein kollegialer Umgang mit dem Vorgesetzten (90%), die Persönlichkeit des Chefarztes (86%), ebenso wie ein unbefristetes Arbeitsverhältnis (76%) und der Ruf des Krankenhauses (64%). Wohingegen das Ansehen des

---

<sup>123</sup> Walz. In: DÄ. (2005). Heft 25. S. 1806-A

<sup>124</sup> Montgomery. In: DÄ. (2002). Heft 3. S. 101-A

<sup>125</sup> Spießl et al. In: DÄ. (2003). Heft 38. S. 2461-A

<sup>126</sup> Gibis et al. In: DÄ. (2012). Heft 18. S. 32

Chefarztes (27%), die Möglichkeit zur Forschung (28%) und die Nähe zur Heimatstadt (24%) eher geringe Priorität hätten. Zu vergleichbaren Ergebnissen kam außerdem eine Studie des Hartmannbundes mit 4 400 Medizinstudierenden im Jahr 2011<sup>127</sup> sowie eine Umfrage der Fachhochschule Münster im WS 2011/12, die 2 117 Krankenhausärzte befragte.<sup>128</sup> Dabei hätten die zukünftigen Ärzte kein Problem damit, teilweise bis zu 60 Stunden oder mehr pro Woche zu arbeiten. Wichtig sei aber, dass Überstunden entweder in Form von Bezahlung oder Freizeitausgleich honoriert würden, wobei letzteres zunehmend an Stellenwert gewinne. Zusätzlich sei ein faires Einkommen Grundlage für die Berufszufriedenheit, anderenfalls fühlten sich die jungen Mediziner als zu wenig geschätzt.<sup>129</sup> Ferner wünschten sich Ärzte einfach auch mehr Zeit für den Patienten.

„Ich war Assistenzarzt [...] und träumte davon, wie ein Hirte Zeit zu haben: Zeit für [...] jedes einzelne der mir anvertrauten Schafe. Doch ich fühlte mich stattdessen wie ein Hund, der um seine unruhige Herde kreist“<sup>130</sup>,

schrieb Thomas Mayr in der Rubrik *Arztgeschichten* im DÄ. Zeit für den Patienten werde von vielen Krankenhausverwaltern nur noch als „idealistisches Sahnehäubchen“<sup>131</sup> angesehen. 50% aller Ärzte und sogar 60% der Krankenhausärzte bestätigten dies entsprechend dem MLP-Gesundheitsreport 2012/13.<sup>132</sup> Laut dem Ärztemonitor 2014 habe ein niedergelassener Arzt von den 54 Stunden, die er durchschnittlich in seiner Praxis arbeitete, nur 33 Stunden Zeit für seine Sprechstunde. Der Rest gehe durch Verwaltungsarbeit, Fortbildungen und Anleitung des Praxisteam verloren.<sup>133</sup> Auch die Comicserie *Doc + Doctrix* nahm dieses Thema auf und beschrieb einen ärztlichen Kollegen,

<sup>127</sup> Hartmannbund. (2012). [http://www.hartmannbund.de/uploads/2012\\_Umfrage-Medizinstudierende.pdf](http://www.hartmannbund.de/uploads/2012_Umfrage-Medizinstudierende.pdf) (22.04.2014).

<sup>128</sup> Buxel. In: DÄ. (2013). Heft 11. S. 494ff.-A

<sup>129</sup> Richter-Kuhlmann. In: DÄ. (2006). Heft 3. S. 94-A;  
BVMD. (2005). <http://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=1558> (13.04.2014).  
Buxel. In: DÄ. (2009). Heft 37. S. 1790ff.-A

<sup>130</sup> Mayr. In: DÄ. (2007). Heft 14. S. [80]-A

<sup>131</sup> Maio. In: DÄ. (2012). Heft 16. S. 804-A

<sup>132</sup> Köcher. (2013). <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/534846/data/presentation.pdf> (22.04.2014).

<sup>133</sup> Rieser. In: DÄ. (2014). Heft 29-30. S. 1278-A

der überraschenderweise ins Call-Center gewechselt habe. Auf die Frage warum, antwortet er, er habe nun mehr Zeit für Patientengespräche.<sup>134</sup>

Die Klinikleitungen schienen die Unzufriedenheit der jungen Ärzte nicht ernst zu nehmen. Wohl bemerkten sie, dass ihnen die Bewerber abhandeln kamen, stattdessen wurden aber ausländische Ärzte eingesetzt, die angeblich für teures Geld geholt würden. Das sei eine enorme Verschwendung von Steuergeldern und Potenzial, wenn Ärzte in Deutschland ausgebildet und dann aus dem Land gegrault würden, so der Chorus vieler Leserbriefe an das DÄ.<sup>135</sup> Der Krankenhausverwaltung, die sich freitags um 12 Uhr ins Wochenende verabschiede, sei es wohl egal, wenn eine „rumänisch-griechisch-russische Ersatzmannschaft“<sup>136</sup> die Notaufnahme alleine betreuen müsse, solange diese die Brötchen verdiene, so ein Leser.

„Das Gelabere heute über Arbeitszeiten und Vergütungen von Überstunden kann ich nicht mehr hören. Wer sich nicht mit Haut und Haaren dem Arztberuf verschreiben will, der sollte Hamburger verkaufen.“<sup>137</sup>

Für viele ältere Kollegen wie Herrn Ludwig Netz ist das ‚Gejammere‘ der neuen Ärztegeneration komplett unverständlich. Sie hatten sich in den 1950er und -60er Jahren den Ruhm und Respekt hart erarbeitet, begannen mit unbezahlten Assistentenstellen ihre medizinische Karriere und arbeiteten nachts, am Wochenende sowie an Feiertagen umsonst und seien schließlich gestärkt aus diesen Torturen hervorgegangen.<sup>138</sup> Manche wollten mit ihrer ‚Geschichte‘ Trost spenden,<sup>139</sup> andere erzürnten sich geradezu über die jungen Kollegen, denen alles zu viel werde und die nur an ihre Freizeit dächten.<sup>140</sup> Der gesundheitspolitische Sprecher der CSU München Wolfgang Pförringer erinnerte an einen weltberühmten britischen Chirurgen, der gesagt haben soll: „A young surgeon

<sup>134</sup> Steiner. In: DÄ. (2002). Heft 23. S. 1620-A

<sup>135</sup> Schell. In: DÄ. (2013). Heft 14. S. 666-A;  
Becke. In: DÄ. (2013). Heft 14. S. 667-A

<sup>136</sup> Kamm. In: DÄ. (2013). Heft 14. S.667-A

<sup>137</sup> Netz. In: DÄ. (2003). Heft 48. S. 3159-A

<sup>138</sup> Mörk. In: DÄ. (2004). Heft 31-32. S. 2173-A

<sup>139</sup> Kayser. In: DÄ. (2001). Heft 50. S. 3362-A

<sup>140</sup> Langhorst. In: DÄ. (2002). Heft 15. S. 1008-A

should not work more than 80 hours a week, but not less.“<sup>141</sup> Es schienen Befürchtungen zu bestehen, dass eine Begrenzung der Arbeitszeit den Arztberuf als freien Beruf korrumpieren und seinem Ansehen in der Gesellschaft weiter schaden könnte. Das Gegenteil aber sei der Fall: denn wenn überlange Arbeitszeiten das Wohl des Patienten gefährdeten, bedrohe dies eher das Ansehen der ärztlichen Profession.<sup>142</sup> Was diese meist ältere Herren ferner vergäßen, sei, dass sie das Privileg einer Familie gehabt hätten, die hinter ihnen stünde. Eine Ehefrau, die ihnen in Ausbildung und Status unterlegen und deshalb bereit gewesen sei, ihre beruflichen Ambitionen zurückzustellen bzw. ganz aufzugeben, um seine Kinder großzuziehen.<sup>143</sup> Ein Leser fragte sich sodann, wer denn die 70% Frauen, die den Arztberuf ergreifen umsorgen soll? Der Ehemann, der auf derselben Station arbeite und die anderen Nächte schufte? Es sei Hohn, wenn genau die Chefärzte der alten Garde nun die jungen Kollegen beschimpften, hätten sie doch jahrelang die Privilegien des Arztberufes genossen und seien mit verantwortlich für die jetzige Misere.<sup>144</sup>

Ebenso zermürend wie das Zerwürfnis zwischen älteren und jüngeren Kollegen sei die negative Zukunftsperspektive, die geradezu zu einer Zukunftsangst mutiere.<sup>145</sup> Früher habe man die unzumutbaren Arbeitsbedingungen auch deshalb besser ertragen können, weil einem eine sichere Zukunft in der eigenen Praxis geblüht habe. Budgetierung, Regressdrohungen und Niederlassungsstopps minderten die Arbeitsfreude zusätzlich, denn statt den „grünen Wiesen“ von früher, blühten dem Nachwuchs nun gesundheitspolitisch gewollte „Stilllegungsflächen“ ohne Ertrag.<sup>146</sup> Ein guter Arzt sei heutzutage derjenige mit Durchhaltevermögen, der keine Depression bekomme, wenn eine Wirtschaftlichkeitsprüfung anstehe, der irgendwoher Reserven mobilisiere,

---

<sup>141</sup> Pförringer. In: DÄ. (2004). Heft 21. S. 1502-A

<sup>142</sup> Wiesing. In: DÄ. (2005). Heft 39. S. 2614-A

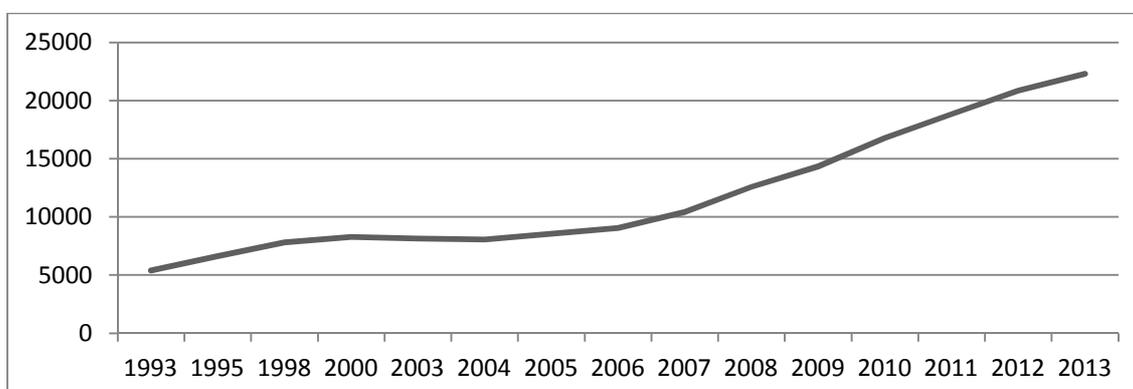
<sup>143</sup> Bestmann et al. In: DÄ. (2004). Heft 12. S.779-A

<sup>144</sup> Mörk. In: DÄ. (2004). Heft 31-32. S. 2173-A

<sup>145</sup> Bühring. In: DÄ. (2003). Heft 36. S. 2272-A

<sup>146</sup> Kuberka. In: DÄ. (2002). Heft 39. S. 2540-A;  
Schwall. In: DÄ. (2003). Heft 47. S. 3087-A;  
Kamm. In: DÄ. (2013). Heft 14. S. 667-A

wenn mal wieder Honorare gekürzt würden, der nicht jeden Tag dem Zeitpunkt entgegenfiebere, an dem er sich in den Ruhestand verabschieden könne, so Karlheinz Bayer.<sup>147</sup> So seien einer Studie über Arbeitsbedingungen im niedergelassenen Bereich zufolge 73% der Ärzte der Auffassung, dass die Behandlungsautonomie nicht mehr gegeben sei, wobei drei Viertel glaubten, dass sich die Situation bis 2020 noch verschlechtern werde.<sup>148</sup> Der Arztberuf sei eine komplexe und anspruchsvolle Aufgabe, die nur mit der professionellen Autonomie einen Reiz habe.<sup>149</sup> Nur als freier Beruf, dessen Mitglieder nicht austauschbare Gesundheitsdienstleister seien, habe er Bestand. Patienten bräuchten einen ‚ganzen‘ Arzt, der im Team als bester Anwalt seines Patienten fungiere. Delegation nichtmedizinischer Tätigkeiten, aber keine Substitution des ärztlichen Berufs, das wünschte sich der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm.<sup>150</sup> Die zunehmende Einschränkung der Behandlungsfreiheit sei mit ein Grund dafür, dass immer mehr niedergelassene Ärzte im Angestelltenverhältnis arbeiteten. Außerdem seien die Rahmenbedingungen flexibler, das Arbeiten eigenverantwortlicher. Dieser Trend habe spätestens im Jahre 2007 begonnen und setze sich weiter fort,<sup>151</sup> wie die unten stehende Grafik (Abb. 7) zeigt:



**Abb.7:** Anzahl der angestellten Ärzte im niedergelassenen Bereich<sup>152</sup>

<sup>147</sup> Bayer. In: DÄ. (2012). Heft 5. S. 209-A

<sup>148</sup> Rabbata. In: DÄ. (2008). Heft 44. S. 2311-A

<sup>149</sup> Gerst. In: DÄ. (2008). Heft 22. S. 1176-A

<sup>150</sup> Ibid. S. 1177-A

<sup>151</sup> Hartmannbund. (2012). [http://www.hartmannbund.de/uploads/2012\\_Umfrage-Medizinstudierende.pdf](http://www.hartmannbund.de/uploads/2012_Umfrage-Medizinstudierende.pdf) (22.04.2014).

<sup>152</sup> Kopetsch. In: DÄ. (2009). Heft 16. S. 757-A;

Kopetsch. In: DÄ. (2011). Heft 20. S. 1098-A; Osterloh. In: DÄ. (2014). Heft 16. S. 673-A

„Wir sind für unsere Patienten da – acht Stunden am Tag. 100%,“<sup>153</sup> so der Slogan des BVMD. Die Generation Y sei hochqualifiziert und voller Elan, aber „nicht mehr bereit [...] ihren Lebensstil, ihre Lebensqualität und ihre Arbeitnehmerrechte an den Pforten des Krankenhauses [...] abzugeben.“ „Früher lebte man, um zu arbeiten. Heute arbeitet man, um zu leben. Oder: Man lebt beim Arbeiten“ versuchte Andreas Botzlar, Zweiter Vorsitzender des Marburger Bundes, das neue Lebensgefühl zu beschreiben.<sup>154</sup> Die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit habe sich zudem geändert, sie sei von einer Arbeitsgesellschaft zu einer Spaßgesellschaft geworden, ein Mensch definiere sich nun auch über seine Freizeitaktivitäten, nicht nur über seinen Beruf, meinte Laura Deneke, Enkelin von Volrad Deneke, der sich jahrzehntelang für den Ärzteberuf eingesetzt hatte.<sup>155</sup> Allerdings könne man den ärztlichen Beruf nie über Spaß definieren. Tiefste Befriedigung und Dankbarkeit leidenden Menschen helfen zu dürfen, ja. Man könne ja keinen Spaß daran haben Patienten zu behandeln, wo käme man da hin?<sup>156</sup> „Die ‚Generation Selbstaussbeutung‘ gehört in Kürze der Vergangenheit an“<sup>157</sup>, fasste Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, die Situation zusammen. Dazu müsse man wissen, dass zwei Drittel der sogenannten Generation Y Frauen seien, die Hälfte aller jungen Assistenzärzte sei mitten in der Familienplanung, bei einem Viertel sei diese bereits abgeschlossen. 25% seien Einzelkinder und fast alle kämen aus einem gut situierten Elternhaus, das „volle Ressourcenausschöpfung“ garantiere. „Warten ist nicht ihre Stärke. Unsichtbarkeit wird als Beleidigung empfunden.“<sup>158</sup> Außerdem hätten die Eltern dieser Generation ihnen einsinnerfülltes Leben versprochen. Die Vorgängergeneration X habe ihnen ein materiell zwangloses Leben vorgeführt. Wer hätte es gedacht, die Jungen wollen beides. „Y kommt bekanntlich nach X, und der Apfel fällt nicht weit vom Stamm. Aber eben auch nicht direkt daneben.“<sup>159</sup>

<sup>153</sup> Ankwitsch. In: DÄ. (2014). Heft 12. S. 488-A

<sup>154</sup> Flintrop. In: DÄ. (2009). Heft 36. S. 1705-A

<sup>155</sup> Klinkhammer. In: DÄ. (2005). Heft 15. S. 1032-34-A

<sup>156</sup> Strohmeyer. In: DÄ. (2014). Heft 10. S. 406-A

<sup>157</sup> Rieser. In: DÄ. (2014). Heft 29-30. S. 1278-A

<sup>158</sup> Kopf. In: DÄ. (2014). Heft 1-2. Ärztstellen S. 2

<sup>159</sup> Ibid.

Diese Generation werde das Arztsein mitsamt den Krankenhäusern verändern, so Sören Kopf.

Warum aber ist der Graben zwischen den Generationen so tief? Der Politikwissenschaftler und Allgemeinmediziner Ekkehard Ruebsam-Simon suchte eine Erklärung in der historischen Sozialisation des deutschen Arztes. Im 19. Jahrhundert waren Ärzte vor allem an Militäarakademien ausgebildet worden, wie z.B. an der preußischen „Pépinière“. Dementsprechend waren militärische Grundsätze indoktriniert worden, v.a. Gehorsam und widerspruchsfreies Verhalten seien belohnt worden. Mit dieser Erziehung seien auch die heutigen Chefärzte noch groß geworden. Ferner stamme ein Großteil aus Ärztefamilien, die ihnen Pflichterfüllung, Autorität, Entsagung, Verleugnung eigener Bedürfnisse und Leistungsbereitschaft vorgelebt hätten. Zudem seien die Alltagsbelastungen sowohl materiell durch ein gutes Einkommen als auch immateriell durch hohes Ansehen entschädigt worden. Es sei somit verständlich, dass Ärzten heute nicht mehr Höchstleistungen abverlangt werden könne, wenn man sie nicht recht bezahle und ihren Stand permanent degradiere.<sup>160</sup> Ruebsam-Simon erlebte eine äußerst positive Resonanz auf seinen Artikel zum Wandel des Arztberufes. Es sei „die intelligenteste und zutreffendste Charakterisierung unseres Berufsstandes“<sup>161</sup>, die er je gehört oder gelesen habe, meinte Ulrich Rügger. Der Kern sei endlich emotionsfrei getroffen worden, so Rudolf Jakob.

Der Kardiologe Thomas Böhmeke fragte sich allerdings, wie es sein kann, dass zwar alle Ärzte leiden und jammern, aber niemand etwas tue.

„So finden Sie bei keiner anderen tagaktiven Spezies die Eigenschaft, nach 32 Stunden ununterbrochenen Stationsdienstes mit simulierter Vigilanz noch Blinddärme zu bergen [...]. Nirgendwo sonst treffen Sie ein der Sprache mächtiges Wesen, das es fertig bringt, über Jahrzehnte hinweg das Wehklagen der anderen mit schier endloser Geduld anzuhören. Im krassen Gegensatz dazu ist die mathematische Begabung derart unterentwickelt, dass es möglich ist, sich für den Job eines leitenden Notarztes mit ein paar Cent pro Stunde abspesen zu lassen. [...] Es ist das ärztliche Gen, das Müdigkeit

<sup>160</sup> Ruebsam-Simon. In: DÄ. (2002). Heft 43. S. 2840f.-A

<sup>161</sup> Merten. In: DÄ. (2002). Heft 50. S. 3386-A

eliminiert, Gehaltsvorstellungen minimiert und Urlaubswünsche eradiziert. Wir haben keine Zeit mehr die Evolution in bedachtsamen Schritten multiresistente Ärzte formen zu lassen [...] In unser aller Interesse muss sofort der Ärzteklon geschaffen werden!<sup>162</sup>

Die Ärzteschaft müsse endlich zusammenhalten, die Kollegen wieder anerkennen und wertschätzen, so wie es der Hippokratische Eid gebiete, denn nur ein vereinter Ärztestand könne sich gegen die Politik auflehnen. Momentan sei es noch ein Kinderspiel die Ärzteverbände gegeneinander aufzuhetzen, meinte Gottfried Hillmann, Arzt im Ruhestand.<sup>163</sup> „Warum seid ihr Ärzte euch nicht einig. Ihr wäret eine so riesige Macht. An ihr könnte niemand vorbei“, sagte Horst Seehofer auf einem bayrischen Ärztetag.<sup>164</sup> Wenigstens wehre sich die Ärzteschaft jetzt endlich gegen die schlechten Bedingungen und gehe für ihre Interessen auf die Straße. Nur so könne einer breiten Masse die momentane Misere vor Augen geführt werden. Was die Ärzte in ihrer Position mittlerweile besonders stärke, sei die Unterstützung der Öffentlichkeit. Sie erschienen in ihrem Anliegen authentisch und glaubwürdig, vor allem weil es hier letztendlich um das Patientenwohl gehe, meinte der Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes, Heinz Stüwe.<sup>165</sup> Hintergrund dieser Aussagen ist der Ärztestreik vor allem im Jahre 2006, der wirkungsvoll in den Medien präsentiert wurde und so auch den ein oder anderen Patienten wachrüttelte.

Das Urteil des EuGH zur Arbeitszeitregelung vom 9. September 2003 war für viele Ärzte die Hoffnung, dass sich nun wenigstens die Arbeitszeit ändere und besser planen lasse. Der Chefarzt der Allgemeinchirurgie in Mannheim, Gunther Schwall, kritisierte aber, dass die Entlohnung nun auf ein Grundgehalt zurückgefahren werde. Es müsse Schichtdienst eingeführt werden, die Weiterbildung verlängere sich und die Patientenversorgung leide zudem.<sup>166</sup> Vor allem der 3-Schichtdienst berge große Gefahren. Man habe in Studien herausgefunden, dass bei jeder Übergabe 30% der Informationen verloren

<sup>162</sup> Böhmeke. In: DÄ. (2003). Heft 21. S. 1419-A

<sup>163</sup> Hillmann. In: DÄ. (2004). Heft 24. S. 1730-A

<sup>164</sup> Richter. In: DÄ. (2007). Heft 39. S. 2642-A

<sup>165</sup> Stüwe. In: DÄ. (2006). Heft 13. S. 813-A

<sup>166</sup> Schwall. In: DÄ. (2003). Heft 47. S. 3088-A

gingen.<sup>167</sup> Dabei wollten die jungen Ärzte meist nicht unbedingt weniger arbeiten, aber sie wollten fair entlohnt werden. Leistung müsse sich in diesem Land endlich wieder lohnen!<sup>168</sup> Auch müsse ein entwickeltes Land wie Deutschland sich gute Ärzte leisten wollen, denn schon eine Volksweisheit sage: „Ein guter Arzt muss viel verdienen, sonst wird er irgendwann ein schlechter Arzt.“<sup>169</sup> Dem Patienten sei ein Ärztemangel so lange egal, wie immer ein Arzt für ihn da sei, wenn er einen braucht. Erst wenn der Patient merke, dass er immer länger auf einen Termin warten müsse oder gar keinen mehr bekomme, könne er zum Verbündeten der Ärzteschaft werden, um die Politik unter Druck zu setzen, meinte ein Patient aus Radeberg.<sup>170</sup> Die Gesellschaft müsse sich überlegen, ob sie lieber hoch qualifizierte, selbstbewusste und gut bezahlte Ärzte oder doch lieber zum Kuschen und Schlucken gezüchtete Mediziner zum Mindesttarif haben wolle.<sup>171</sup>

Die sogenannte Generation Y habe nun aber die „Macht der Demografie“<sup>172</sup>, den Ärztemangel und die zunehmend chronisch Kranken hinter sich und somit die Möglichkeit, wenigstens teilweise ihre Forderungen in die Realität umzusetzen. „Sie fordern, was alle immer wollten“<sup>173</sup>: Vereinbarkeit von Familie und Beruf und eine strukturierte Weiterbildung mit Verantwortung unter strenger Supervision.<sup>174</sup> Allerdings gingen die Karrierewünsche stark auseinander. Die einen wollten die maximale Karriere, Vollzeit, volles Gehalt, am besten nebenbei forschen und schnellst möglichst Oberarzt werden. „Die anderen wollen Zeit. Für ihre Familie, Freunde, ein gutes Buch.“<sup>175</sup> Eines wünschten sich aber alle: Flexibilität.

Der Ärztemonitor 2012, eine vom Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) durchgeführte und von der KBV und vom NAV-

---

<sup>167</sup> Feld. In: DÄ. (2006). Heft 20. S. 1404-A

<sup>168</sup> Schwall. In: DÄ. (2003). Heft 47. S. 3088-A

<sup>169</sup> Machens. In: DÄ. (2004). Heft 12. S. 766-A

<sup>170</sup> Templin. In: DÄ. (2004). Heft 13. S. 884-A

<sup>171</sup> Feld. In: DÄ. (2004). Heft 21. S. 1536-A

<sup>172</sup> Korzilius. In: DÄ. (2013). Heft 10. S. 421-A

<sup>173</sup> Ibid.

<sup>174</sup> Bitzinger et al. In: DÄ. (2014). Heft 11. S. 442-A

<sup>175</sup> Kopf. In: DÄ. (2014). Heft 1-2. Ärztstellen S. 4

Virchow-Bund beauftragte Studie, bewertete die Situation jedoch deutlich positiver. Noch 2006 seien die Werte viel schlechter gewesen. So bezeichneten 98% ihre Arbeit als „nützlich und sinnvoll“<sup>176</sup>, 93% mache die Arbeit Spaß und immerhin 90% seien mit ihrer Tätigkeit zufrieden. Die Werte stiegen bis zum Ärztemonitor 2014 sogar noch an. Hier hatten sogar 96% aller Ärzte Freude an ihrem Beruf. Aber immer noch 44% erwarteten mehr von ihrer Arbeit und die Hälfte gab an, am Ende des Tages völlig erledigt zu sein. Auch die finanzielle Lage sei noch verbesserungswürdig. Nur 56% seien damit zufrieden.<sup>177</sup> Dennoch, die allermeisten seien sich einig: „Der Arztberuf ist nach wie vor der schönste Beruf der Welt.“<sup>178</sup>

### **10.3 „Geld regiert die Welt – auch die Medizin“<sup>179</sup> – Ökonomisierung des Arztberufes als Bedrohung des Arztbildes?**

Eine Entwicklung, die von allen Seiten mit großer Sorge beobachtet wurde, war die sogenannte Ökonomisierung des Arztberufes. Die Betitelungen, die sich Ärzte gefallen lassen mussten, reichten von Leistungserbringer, Kostentreiber, Disease Manager und Behandler bis hin zum Angestellten der Kassen. Der Patient hingegen wurde zum Krankheitsträger und schließlich zum Kunden.<sup>180</sup> Alles sprach für eine Ökonomisierung der Medizin. Dies ließ zudem befürchten, dass es schon zu spät war, dass der Arztberuf schon in den ökonomischen Treibsand geraten war.

Der Arzt werde dadurch zunehmend fremdbestimmt. Nicht mehr ärztliche Ideale und das so viel besungene Ethos prägten sein Handeln, sondern ökonomische Zwänge und Leitlinien zur sogenannten Qualitätssicherung und das obwohl der Arzt laut § 2 der Berufsordnung (s. Anhang) nur seinem

<sup>176</sup> Osterloh. In: DÄ. (2012). Heft 24. S. 1212f.-A

<sup>177</sup> Follmer et al. (2012). [http://nav-virchowbund.de/uploads/live/aktuelles/dokumente/1218/infas\\_praesentation\\_aerztemonitor\\_langfassung.pdf?PHPSESSID=0d2912a30839688c8e7706bb6dd0cbf8](http://nav-virchowbund.de/uploads/live/aktuelles/dokumente/1218/infas_praesentation_aerztemonitor_langfassung.pdf?PHPSESSID=0d2912a30839688c8e7706bb6dd0cbf8) (22.04.2014) ; Rieser. In: DÄ. (2014). Heft 29-30. S. 1278-A

<sup>178</sup> Richter-Kuhlmann. In: DÄ. (2012). Heft 45. S. 2224-A

<sup>179</sup> Jachertz. In: DÄ. (2004). Heft 42. S. 2787-A

<sup>180</sup> Schuchmann. In: DÄ. (2007). Heft 44. S. 3010-A

Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit verpflichtet ist und sonst keinen Weisungen unterliegt. Kirchhof stellte in diesem Zusammenhang eine Überregulierung des Arztberufes fest und Hoppe fügte hinzu, dass der Arzt im „Zentrum einer ungeheuren Gesetzesflut“<sup>181</sup> stehe. Es stehe schlecht um den freien Beruf. Durch die Ökonomisierung, Normierung und Standardisierung werde der Arzt immer mehr in seinem Handeln eingeschränkt und in eine Schablone gepresst, sodass kaum noch Entscheidungsspielräume vorhanden seien, meinte Friedrich-Wilhelm Kolkmann, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg.<sup>182</sup> Dies führe zu einer enormen Verunsicherung der Ärzteschaft, vor allem ihrer jüngeren Mitglieder. Besonders die Budgetierung im niedergelassenen Bereich enge die ärztliche Therapieentscheidung sehr ein. Statt nach seinem Gewissen zu handeln, prägten nunmehr „die Buchstaben des Gesetzes“<sup>183</sup> die ärztlichen Entscheidungen. Da der Arzt im 21. Jahrhundert bereits fürchten müsse, dass er seinem Patienten demnächst als Gegner im Rechtsverfahren begegne, werde er immer mehr dafür tun, sich rechtlich bezüglich Behandlung und Aufklärung abzusichern. Diese defensive Medizin könne nur den falschen Weg einschlagen, denn entweder tue sie zu wenig, weil sie nichts mehr wage, oder aber zu viel, um sich diagnostisch in alle Richtungen abzusichern.<sup>184</sup> Freiheit und Verantwortung im ärztlichen Beruf seien indes die einzigen Garanten für eine langfristig stabile Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt. Diese lang tradierten Werte müsse man vor allem der jungen Ärztegeneration vermitteln, damit diese den ärztlichen Beruf weiterhin mit Überzeugung und Begeisterung ausüben könne und diesen Enthusiasmus an kommende Generationen von Ärzten weitergeben könne.<sup>185</sup>

Es sei allerdings nichts Neues, dass der Arzt von ökonomischen und anderen gesellschaftlichen Bedingungen geprägt werde, schon immer habe

---

<sup>181</sup> Stüwe. In: DÄ. (2009). Heft 13. S. 593-A

<sup>182</sup> Gerst. In: DÄ. (2000). Heft 45. S. 2996-A;  
Wettig. In: DÄ. (2011). Heft 5. S. 235-A

<sup>183</sup> Stüwe. In: DÄ. (2009). Heft 13. S. 594-A

<sup>184</sup> Ibid. S. 593f.-A

<sup>185</sup> Hibbeler. In: DÄ. (2009). Heft 22. S. 1091-A;  
Hoppe. In: DÄ. (2010). Heft 1-2. S.7-A

sich der Ärztestand inmitten der Gesellschaft wieder gefunden und seine Standesordnungen, sei es nun im frühen Mittelalter, im alten Ägypten oder in Indien, danach ausgerichtet. Der Arztberuf sei immer ein „Kulturberuf“<sup>186</sup> gewesen. Die heutige Bundesärzteordnung bezeichnet den ärztlichen Beruf als freien, dienenden Beruf (s. Anhang). „Heute ist alle Welt zu fein zum Dienen. Die Hybris der Menschen und der ‚Tanz um das goldene Kalb‘ haben den Begriff diskriminiert. Alle wollen in erster Linie verdienen.“<sup>187</sup> Dabei sei das Dienen nicht unbedingt unterwürfig, sondern vielmehr gehe es dabei um Zuverlässigkeit und zielgerichtetem Handeln, meint der mit dem Bundesverdienstkreuz, der Paracelsusmedaille und Hartmann-Thieding-Plakette ausgezeichnete Arzt Ernst-Eberhard Weinhold, der sich zeitlebens ehrenamtlich für berufspolitische Fragen einsetzte. Der Zug sei schon abgefahren, so der niedergelassene Radiologe G. Walter aus Roth. Die ärztlichen Entscheidungskompetenzen seien längst in den Händen rücksichtsloser „Manchester-Kapitalisten“.<sup>188</sup> Es müsse nun klargestellt werden, wem gegenüber der Arzt verantwortlich sei: allein dem Patienten? Oder gleichermaßen der Gesellschaft?<sup>189</sup> Auch der Ärztestand solle das Recht haben, sich zum Wohl der Allgemeinheit zur Wehr zu setzen, wenn die Grundlagen der ärztlichen Identität gefährdet würden.<sup>190</sup> Der Umgang mit Ärzten müsse sich bald ändern, denn wenn „die Politik die Ärzte wie Kaufleute behandelt, dann darf sie sich auch nicht wundern, dass sie sich auch wie Kaufleute verhalten“<sup>191</sup>, meinte Mecklenburgs KV-Chef Eckert.

Beispiele aus der Praxis gebe es zuhauf: In Wartezimmern stünden Fernseher mit Werbesendungen, unnötige IGe-Leistungen würden angeboten und in Kliniken denke man nur noch in Fallpauschalen und ob sich der Patient für das Krankenhaus noch lohne. Eine versehentlich eindeutige Aussage eines Verwaltungsmitarbeiters bringe die Sache auf den Punkt: Man könne Krankenhausbetten mit den Fahrzeugen eines Logistikunternehmens vergleichen. Die

<sup>186</sup> Weinhold. In: DÄ. (2000). Heft 33. S. 2141-A

<sup>187</sup> Ibid.

<sup>188</sup> Walter. In: DÄ. (2002). Heft 26. S. 1815-A

<sup>189</sup> Bertram. In: DÄ. (2003). Heft 27. S. 1853-A

<sup>190</sup> Weinhold. In: DÄ. (2003). Heft 27. S. 1853-A

<sup>191</sup> Rabbata. In: DÄ. (2003). Heft 30. S. 1986-A

Lastwagen verbrauchten Kraftstoff, dessen Aufwand insgesamt nicht über dem Erlös für die Ladung liegen dürfe. So sehe die frappierende Realität aus.<sup>192</sup> Das sei reine Marktwirtschaft und zerstöre langfristig das Vertrauen der Patienten, schrieb der Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes von 1991 bis 2004 Norbert Jachertz auf Seite eins der Ärztezeitschrift.<sup>193</sup> Dieser Artikel entfachte eine lange Diskussion unter den Lesern, Jachertz schien damit den Nagel auf den Kopf getroffen zu haben. Da gab es einen Leser, der sich fragte, was das ganze Theater soll. Schließlich beklage sich niemand, wenn ein Anwalt oder Handwerker eine Rechnung schicke.<sup>194</sup> Alles sei teurer geworden, nur Krankenkassenbeträge dürften nicht ansteigen. Wie lange solle der Ärztestand noch zusehen, wie alle anderen Branchen für Gehaltserhöhungen demonstrierten und sie selbst permanent finanzielle Einbußen erlitten, fragte sich ein anderer?<sup>195</sup> Ein weitere Leser stimmte Jachertz im Prinzip zu, wies aber darauf hin, dass viele junge Kollegen v.a. im niedergelassenen Bereich sich hoch verschuldeten, um eine Praxis zu erwerben und jetzt zusehen müssten, wie sie ihre Schulden mit den sinkenden Erträgen begleichen könnten.<sup>196</sup> Eine Praxis sei schließlich auch nichts Anderes als ein Unternehmen der freien Marktwirtschaft, mit dem der Arzt ein finanzielles Risiko eingehe.<sup>197</sup> Andere Leser fühlten sich von Jachertz' Artikel angegriffen, er sei eine Unverschämtheit und Beleidigung für alle Kollegen, die sich tagtäglich für ihre Patienten einsetzten, ihnen pauschal niedere Motive zu unterstellen, das sei kontraproduktiv, unzutreffend und bedauerlich.<sup>198</sup> Die meisten Patienten seien für diese sog. IGe-Leistungen sogar dankbar und hätten überhaupt kein Problem damit, sich finanziell an ihrer Gesundheit zu beteiligen.<sup>199</sup> Man müsse auch den Zeitgeist erkennen, dass Ärzte nicht mehr nur Ansprechpartner in

---

<sup>192</sup> Wettig. In: DÄ. (2011). Heft 5. S. 236-A

<sup>193</sup> Jachertz. In: DÄ. (2002). Heft 21. S. 1397-A

<sup>194</sup> Fox. In: DÄ. (2002). Heft 25. S. 1743-A

<sup>195</sup> Walter. In: DÄ. (2002). Heft 26. S. 1815-A

<sup>196</sup> Weidenhöfer. In: DÄ. (2002). Heft 25. S. 1743-A

<sup>197</sup> Olberding. In: DÄ. (2002). Heft 25. S. 1744-A;

Schneider. In: DÄ. (2002). Heft 25. S. 1744-A

<sup>198</sup> Grotmann. In: DÄ. (2002). Heft 25. S. 1744-A;

Esser. In: DÄ. (2002). Heft 27. S. 1881-A;

Wengenroth. In: DÄ. (2002). Heft 33. S. 2174-A

<sup>199</sup> Olberding. In: DÄ. (2002). Heft 25. S. 1744-A

Krankheit seien, sondern auch Berater zum Thema Gesundheit.<sup>200</sup> Wenn man den präventionsinteressierten Manager mit Bluthochdruck wieder nach Hause schicke, weil es unethisch wäre, ihm Vorsorgeuntersuchungen anzubieten, die seine Krankenkasse nicht übernehme, sei das nicht eher moralisch verwerflich?<sup>201</sup> Es gebe keinen anderen Beruf, in dem eine Leistung umsonst erbracht werde. „Sind wir Ärzte denn die besseren Menschen“<sup>202</sup>, fragte der Radiologe Thomas Fox. Umsonst zu arbeiten, gehöre mehr in den Bereich des Hobbys als zur Berufstätigkeit.<sup>203</sup> Als selbstständig niedergelassener Arzt müsse man täglich ums Überleben im Spannungsfeld zwischen Idealismus und knallharter Realität kämpfen. Der erhobene Zeigefinger des Autors sei nur „Wasser auf die Mühlen derer, die alle Ärzte eh als Beutelschneider, Abzocker und Abrechnungsbetrüger sehen.“<sup>204</sup> Es drohe ein Kampf zwischen „Ethos und Kalkül [...] Hippokrates droht zwischen den Steinen zermahlen zu werden.“<sup>205</sup> Noch sei das Prestige in der Gesellschaft hoch, aber gerade deshalb sei die mögliche Fallhöhe groß. Am wichtigsten müsse für die Ärzteschaft immer die Moral sein „und nicht der schnöde Mammon“<sup>206</sup>, schrieb jedoch auch Hoppe in einem Artikel. Dies erboste viele Leser, denn die „Gesundheitspolitik à la Schmidt/Lauterbach in trauter Eintracht mit der KBV“ habe schon zu ständig sinkenden Ärztehonoren geführt, da brauche man nicht auch noch einen moralischen Zeigerfinger, der „gebetsmühlenhaft Ratschläge ex cathedra“ erteile.<sup>207</sup> „Für Moralpredigten ist mein Pfarrer zuständig.“<sup>208</sup> Hoppe solle sich ferner überlegen, was denn „BILD, WDR und RTL“<sup>209</sup> aus seinem Artikel machten. Man müsse sich zudem die Frage stellen: „Cui bono?“ Wem nütze das überhaupt? Sicher nicht den Patienten.<sup>210</sup> Außerdem hätten die sog. Leistungserbringer durch ihren Einkommensverzicht doch ohnehin schon einen

---

<sup>200</sup> Wengenroth. In: DÄ. (2002). Heft 33. S. 2174-A

<sup>201</sup> Auschra. In: DÄ. (2002). Heft 33. S. 2174-A

<sup>202</sup> Fox. In: DÄ. (2002). Heft 25. S. 1743-A

<sup>203</sup> Auschra. In: DÄ. (2002). Heft 33. S. 2174-A

<sup>204</sup> Glas. In: DÄ. (2002). Heft 27. S. 1881-A

<sup>205</sup> Witzmann. In: DÄ. (2000). Heft 15. S. 970-A

<sup>206</sup> Hoppe. In: DÄ. (2010). Heft 1-2. S. 7-A

<sup>207</sup> Grätz. In: DÄ. (2010). Heft 7. S. 281-A

<sup>208</sup> Göhring. In: DÄ. (2010). Heft 7. S. 282-A

<sup>209</sup> Grätz. In: DÄ. (2010). Heft 7. S. 281-A

<sup>210</sup> Walter. In: DÄ. (2002). Heft 26. S. 1881-A

Löwenanteil zum Erhalt des „solidarischen“ Gesundheitssystems beigetragen, wozu also die ganze „Sozialromantik“, fragte Bodo Grahlke, niedergelassener Frauenarzt ins Flensburg.<sup>211</sup> Spätmarxistisches Gedankengut bringe die Ärzteschaft jetzt auch nicht weiter.<sup>212</sup> Ein Vertragsarzt habe den Spieß herumgedreht und habe in seinem Wartezimmer eine Liste aufgehängt, aus der für jeden Patienten ersichtlich war, was er für seine Leistungen verdiene. Daraufhin hätten sich seine Patienten bei ihrer Krankenkasse beschwert, dass es ja nicht sein könne, wie wenig er dafür bekomme. Das zeige, dass Patienten auch Ärzte wollten, die gut bezahlt werden.<sup>213</sup> Ein weiterer Kollege war äußerst erbost über die Unterstellungen Jachertz'. Natürlich entstamme die Basis des ärztlichen Berufs dem Hippokratischen Eid, nur „wer diesen befolgt, macht heute bankrott“<sup>214</sup>. Der Allgemeinarzt Martin P. Wedig, erinnerte an das epische Lehrtheater *Der gute Mensch von Sezuan* von Brecht, das deutlich mache, dass der gute Mensch „in einer von Merkantilismus und Verknappung begrenzten Gesellschaft“<sup>215</sup> keinen Platz mehr habe. „Das Letzte, was eine immer älter werdende Ärzteschaft mit Nachwuchssorgen braucht, sind gute Ratschläge mit Ethik und Ideologie. Dies hat jeder von uns, neben fundiertem Wissen, über 20 Jahre auf harten Schulbänken unter Bedingungen genossen, die nicht einmal Sozialhilfeempfängern heute zugemutet werden dürfen.“<sup>216</sup> Nachdem man nun jahrelang zugesehen habe, wie die Medien aus „immanentem Neidkomplex“ die Ärzte verteufelt hätten, beraube man nun die Ärzte ihres Selbsterhaltungstriebes, indem man ihnen etwas von Berufsehre erzähle. Die Ärzteschaft habe sich schon genug reinreden lassen, man könne sie jetzt nicht auch noch dazu zwingen „finanziellen Selbstmord“ zu begehen.<sup>217</sup> Die im Jahre 2009 neu gewählte Bundesregierung aus CDU/CSU und FDP sei jedoch eine Chance für die Ärzteschaft. Man müsse nun in einen konstruktiven Dialog treten, um die ärztlichen Interessen und gleichzeitig die Versorgung der

<sup>211</sup> Grahlke. In: DÄ. (2002). Heft 27. S. 1881-A

<sup>212</sup> Loos. In: DÄ. (2005). Heft 11. S. 744-A

<sup>213</sup> Müller-Lobeck. In: DÄ. (2002). Heft 25. S. 1746-A

<sup>214</sup> Hainz. In: DÄ. (2002). Heft 25. S. 1744-A

<sup>215</sup> Wedig. In: DÄ. (2004). Heft 4. S. 174-A

<sup>216</sup> Hainz. In: DÄ. (2002). Heft 25. S. 1744-A

<sup>217</sup> Walter. In: DÄ. (2002). Heft 26. S. 1815-A

Bevölkerung sicherzustellen, meinte Karl-Magnus Kreuter, niedergelassener Frauenarzt in Saarbrücken.<sup>218</sup>

Andere Leser befürchteten allerdings, dass Jachertz Recht hat. Sie fürchteten um ihre Glaubwürdigkeit, wenn sie ihren Patienten erklären müssten, warum ein Kollege beispielsweise eine Osteoporosediagnostik mittels Haaranalyse durchführt und dabei 180 € kassiert.<sup>219</sup> Der Arzt werde dadurch zu „barmherzigen Lügen“ gezwungen.<sup>220</sup> Man befinde sich in einer Grauzone, so Hans-Georg Dizinger, niedergelassener Neurologe in Aachen. Kein Arzt könne die „Doppelrolle als unabhängiger Makler zum Wohle des Patienten einerseits und als profitorientierter Verkäufer andererseits“<sup>221</sup> permanent spielen. Man müsse eine kritische Debatte zulassen, vor allem aus dem Ruder laufe. Es müsse vermieden werden, dass ärztliches Handeln zu einer pseudo-medizinischen Dienstleistungszone mutiere, denn Gesundheit könne nicht scheinbar als Konsumgut verkauft werden.<sup>222</sup> „Es geht bergab von der Arztpraxis zum Krämerladen. Fehlt nur noch die schwarze Tafel vor der Tür, auf der mit Kreide die Sonderangebote verkündet werden.“<sup>223</sup>

Schon seit den 1960er Jahren gehe es bergab. Die gesetzlichen Krankenkassen forderten die Ärzte ja geradezu zum Betrügen auf, denn oftmals müssten sie Diagnosen erfinden, damit eine einfache „Check-Up“ Untersuchung von der Kasse bezahlt werde.<sup>224</sup> Eine fürsorgliche Medizin im hippokratischen Sinne sei schon lange nicht mehr möglich und habe zudem ihre Legitimation verloren.<sup>225</sup> Ganz nach dem Motto des Paracelsus: „Mundus vult decipi, ergo decipiatur“ – die Welt will getäuscht sein, also soll sie getäuscht werden!<sup>226</sup> Gerade auch die DRG-Codes in den Kliniken nötigten die Ärzteschaft dazu, dem Patienten irgendeine Nummer aufzudrücken, nur der Abrechnung wegen.

---

<sup>218</sup> Kreuter. In: DÄ. (2010). Heft 7. S. 281-A

<sup>219</sup> Kwirant. In: DÄ. (2002). Heft 26. S. 1812-A

<sup>220</sup> Klinkhammer et al. In: DÄ. (2011). Heft 21. S. 1151-A

<sup>221</sup> Dizinger. In: DÄ. (2002). Heft 27. S. 1882-A

<sup>222</sup> Schumann. In: DÄ. (2002). Heft 27. S. 1883-A

<sup>223</sup> Sewering. In: DÄ. (2002). Heft 33. S. 2174-A

<sup>224</sup> Anonym. In: DÄ. (2002). Heft 26. S. 1812-A

<sup>225</sup> Wettig. In: DÄ. (2011). Heft 5. S. 236-A

<sup>226</sup> Kuben. In: DÄ. (2002). Heft 33. S. 2175-A

„Diese Klassifizierung – so der Friedensnobelpreisträger und Kardiologe Bernard Lown – zwingt die Ärzte dazu, eine brutale, von der Art des Prokrustes geprägte Medizin zu betreiben“<sup>227</sup> und schränke die ärztliche Entscheidungsautonomie gefährlich ein.<sup>228</sup> Man müsse sich überlegen, wozu die Patienten ins Krankenhaus kämen. „Sicher nicht, weil die Controller so gut rechnen können. Sie kommen wegen der Ärztinnen und Ärzte.“<sup>229</sup> Die *Rhön-Kliniken* hätten ein Konzept entwickelt, das die Optimierung und Standardisierung ad absurdum treibe. Jeder Arzt solle nur die Tätigkeit übernehmen, die ihm liege. Der *Rhön*-Vorstandsvorsitzende Wolfgang Pföhler erläuterte bei einer Podiumsdiskussion des Kongresses „Perspektiven und Karriere“, wie er in seinen Kliniken vier Arzttypen durchsetzen wolle. Ein kommunikativer, personenbezogener Arzt solle sich um die Patientenführung kümmern, ein Spezialist soll auf dem jeweiligen Fachgebiet die Therapie durchführen, ein weiterer soll für die Prozessoptimierung sorgen und ein vierter solle als Kontrollinstanz eingebaut werden, sozusagen zur Abgabe von Zweitmeinungen, um im Diskurs mit anderen Qualitätsmanagern die Diagnostik und Therapie zu verbessern. Allein die Dokumentation und Codierung müsse nicht von ärztlicher Seite übernommen werden.<sup>230</sup>

Dass die Ökonomisierung sich schon fest in der Medizin verankert habe, darüber bestehe kein Zweifel mehr. So seien laut MLP-Gesundheitsreport 2014 82% der Ärzte der Meinung, dass besonders im Krankenhaus wirtschaftliche gegenüber medizinischen Aspekten dominierten.<sup>231</sup> Allerdings wurde der Schwarze Peter für den Grund der zunehmenden Ökonomisierung immer weiter geschoben. Die einen sagten, dass allein die machtbesessene und geldgierige Ärzteschaft Schuld daran trage. Die Ärzte selbst beschuldigten die umsatzorientierten und größenwahnsinnigen Krankenkassen sowie die Geschäftemacherei der Pharmaindustrie. Ein Großteil mache handlungsunfähige Politiker dafür verantwortlich und manch Mutiger schiebe den

<sup>227</sup> Storm. In: DÄ. (2005). Heft 37. S. 2508-A

<sup>228</sup> Merz et al. In: DÄ. (2008). Heft 7. S. 323-A

<sup>229</sup> Hibbeler. In: DÄ. (2013). Heft 33-34. S. 1527-A

<sup>230</sup> Flintrop. In: DÄ. (2007). Heft 45. S. 3066-A

<sup>231</sup> Köcher et al. (2014). <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/586006/data/presentation.pdf> (03.12.2014).

Patienten selbst die Schuld in die Schuhe, verlangten sie doch die gesamte Medizin zum Nulltarif und wollten selbst nie zu ihrer Gesundheit beitragen, sei es finanziell, sei es durch eigene Anstrengungen.<sup>232</sup> Der eigentliche Fehler liege aber im System, denn einerseits gebe es genügend Anreize medizinische Leistungen im Übermaß anzubieten, andererseits werde durch die Budgetierung verhindert, dass alle Kranken die ihnen zustehende notwendige Behandlung bekämen.<sup>233</sup> Die „Flatrate-Medizin“, bei der für eine begrenzte Vergütung eine unbegrenzte Leistungsmenge gefordert werde, müsse ein Ende haben. Dies funktioniere vielleicht bei Handytarifen, aber in der Medizin bedeutete es eine Bankrotterklärung für eine gute Behandlung. Die „Ressource Arzt“ sei zu kostbar, um sie unbegrenzt anzubieten, so Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender der KV Niedersachsen.<sup>234</sup>

Grundlage für den Paradigmenwechsel hin zur Ökonomisierung sei aber vor allem das Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahr 1992. Dieses habe die Basis für die 2003 eingeführten DRGs gebildet, die vor allem das Wirtschaftlichkeitsdenken in den Kliniken beförderten.<sup>235</sup> Ein weiterer Grund für den Ökonomisierungszwang sei die fortwährende Entwicklung in der Medizin. Jedes Jahr seien noch mehr Leistungen hinzugekommen, die auch die Kosten steigen ließen. Hatte Deutschland im Jahr 1960 noch neun Milliarden DM für sein Gesundheitssystem ausgegeben, waren es 1998 schon 250 Milliarden DM.<sup>236</sup> Dies sei u.a. durch die Anspruchshaltung der Gesellschaft zustande gekommen. Man habe den Krankenkassenbeitrag ja teuer bezahlt und habe nun einen Anspruch auf Behandlung. Besonders die Einführung der Chipkarte „als ressourcenverschlingende Metastase der freien Arztwahl“ habe zu einem zunehmenden „Doctors hopping“ geführt.<sup>237</sup> Der Arzt von morgen solle also möglichst allen Bedürfnissen seines Patienten gerecht werden, am besten innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums mit kundengerechten

---

<sup>232</sup> Kamps. In: DÄ. (2003). Heft 37. S. 2354-A

<sup>233</sup> Ankowitsch. In: DÄ. (2013). Heft 42. S. 1940-A

<sup>234</sup> Barjenbruch. In: DÄ. (2014). Heft 18. S. 781-A

<sup>235</sup> Ankowitsch. In: DÄ. (2013). Heft 42. S. 1940-A

<sup>236</sup> Witzmann. In: DÄ. (2000). Heft 15. S. 968-A

<sup>237</sup> Böhmeke. In: DÄ. (2006). Heft 47. S. [92]-A

Sprechzeiten und „Goodies“ wie kostenlosen Parkplätze und Vermittlung zu anderen Anbietern.<sup>238</sup>

Besonders gefährlich sei die Ökonomisierung der Medizin für die Arzt-Patienten-Beziehung, denn diese drohe durch das Streben nach ökonomischer Effizienz zum Vertragsmodell, zum Dienstvertrag zu mutieren. Der Patient verfüge nun über die Entscheidungsautonomie, der Arzt liefere ihm als sein medizinischer Berater lediglich die benötigten Informationen. Dadurch werde die ärztliche Fürsorgepflicht aber vollständig untergraben und somit auch die Verantwortung. Frei nach dem Motto: „Es ist ja Ihr Körper.“ Dies führe zu einer völligen Fehlinterpretation des Informed Consent, denn der nun mündige Patient solle nach ein paar Minuten über eine Therapie entscheiden, deren Folgen er gar nicht überblicken könne.<sup>239</sup> Allerdings sei die „Souveränität des Kunden“ und die Urteilsfähigkeit bei den meisten Patienten natürlicherweise eingeschränkt, je nach Grad der Erkrankung gar nicht vorhanden. Ein Kranker suche einen Arzt ja auf, weil er Hilfe benötige, nicht um über angebotene Dienstleistungen zu sprechen. Er wolle dem Arzt vertrauen und sich auf seine ärztliche Professionalität, sein Expertentum und seine Fürsorge verlassen, denn ein Patient habe fast immer auch Angst und brauche keinen Dienstleister, sondern einen Gefährten.<sup>240</sup> „Der Patient ist kein Vertragspartner, sondern ein Mitmensch. Grundlage des Verhältnisses ist die Gottebenbildlichkeit des Menschen“, betonte Josef Schuster Professor an der Philosophisch-Theologischen Hochschule St. Georgen, Frankfurt/Main.<sup>241</sup> Dass das rein paternalistische Arztbild in der heutigen Gesellschaft nicht mehr funktioniere, sei klar. Vielmehr müsse man nun für das „Shared Decision Making“ plädieren, wobei der Patient zwar eine gewisse Autonomie und Entscheidungsfreiheit habe, der Arzt aber trotzdem noch sein professionelles ethisches Handeln und die Verantwortung behalte.<sup>242</sup> Denn die Verantwortung an den Patienten abzugeben, sei vollkommen unethisch. Erstens verfüge der Patient nicht über

<sup>238</sup> Jachertz. In: DÄ. (2007). Heft 41. S. 2766-A

<sup>239</sup> Ulatowski. In: DÄ. (2002). Heft 5. S. 246-A

<sup>240</sup> Kienzle. In: DÄ. (2002). Heft 26. S. 1810 -A;  
Hibbeler. In: DÄ. (2009). Heft 22. S. 1093-A

<sup>241</sup> Richter-Kuhlmann. In: DÄ. (2005). Heft 40. S. 2696-A

<sup>242</sup> Hansen et al. In: DÄ. (2006). Heft 39. S. 2532-A

die Urteilskraft und zweitens habe er somit die Verantwortung für das ganze Gesundheitssystem, denn je mehr ein einzelner Patient erhalte, desto weniger sei für die anderen übrig.<sup>243</sup> Andererseits entstehe durch den mündigen Patienten eine win-win-Situation. Der Patient selbst fühle sich besser informiert und gesünder, während er langfristig der Krankenkasse eine Menge Geld spare.<sup>244</sup>

Das Vertrauen der Patienten gegenüber ihrem Arzt werde von der Industrie jedoch zunehmend ausgenutzt. Wer und ob jemand krank sei, entscheide zwar immer noch der Arzt. Die Ärzteschaft aber sei zum „Erfüllungsgehilfen der Industrie“<sup>245</sup> geworden, schrieb Jörg Blech in seinem Buch *Die Krankheitserfinder – Wie wir zu Patienten gemacht werden*. Das Problem sei aber, dass der ehrliche Arzt der Dumme ist, denn wer seine Patienten gesund nach Hause schicke, könne auch nichts verdienen.<sup>246</sup>

Ferner müsse man davon abkommen das Gesundheitssystem als eine „Survival-of-the-fittest-Agentur“ zu präsentieren, die als „Wunscherfüller für Dienstleistungskunden“ agiere, stattdessen müsse man es mehr zu einer „gesellschaftsstabilisierenden Institution“ machen, die auch weniger Vermögenden die Chance gebe, ihre Gesundheit zu erhalten.<sup>247</sup> Es bestehe die Gefahr, dass der Patient nicht mehr als Leidender wahrgenommen werde, sondern nur noch als Kunde, der als Beitragszahler geliebt und als Kranker nur lästig ist.<sup>248</sup> Der Arzt mutiere zum Gewerbetreiber, der mit anderen seines Standes konkurriere, je nachdem wer das beste PreisLeistungsverhältnis präsentiere. Der Kunde müsse sich nun Preis- und Leistungsvergleiche einholen, es bedürfe sogar der Werbung. Hiermit zwingt man die Ärzteschaft jedoch gegeneinander zu arbeiten, ja geradezu Kollegenschelte zu betreiben, denn man müsse ja behaupten, dass es gute und weniger gute Ärzte gebe. Das bringe zwar kurzfristig dem einzelnen Arzt einen Vorteil, langfristig zerstöre es

---

<sup>243</sup> Dieterich. In: DÄ. (2007). Heft 37. S. 2490-A

<sup>244</sup> Ibid. S. 2490-A

<sup>245</sup> Flintrop. In: DÄ. (2003). Heft 51-52. S. 3352-A

<sup>246</sup> Ibid.

<sup>247</sup> Dörner. In: DÄ. (2005). Heft 4. S. 192-A

<sup>248</sup> Stüwe. In: DÄ. (2009). Heft 13. S. 594-A

das Vertrauen und schade der Ärzteschaft enorm. Man könne den ärztlichen Auftrag in der Gesellschaft nicht mit einem Gewerbe vergleichen. Der Medizinhistoriker Paul U. Unschuld zeigte dies am Beispiel des Weltkonzerns *Coca-Cola*® auf: „Coca-Cola hat keine Verpflichtung, alle Dürstenden dieser Welt zu stillen, Coca-Cola stillt nur den Durst derer, die sich das Getränk leisten können.“<sup>249</sup> Das sei eben die Gefahr der Ökonomisierung, dass der Arzt dann nicht mehr die Gesamtheit der Bevölkerung im Blick habe, sondern nur noch den einzelnen Kunden. Dies werde mit Sicherheit das Arztbild verändern. Das hohe Ansehen, das ein Arzt noch im 20. Jahrhundert genossen hatte, weil er aus humanitären, nicht aus merkantilen Erwägungen gehandelt hatte, werde verschwinden.

Die Ärzteschaft müsse aus der Tradition ihres Berufes heraus zusammenhalten und dem Zeitgeist scharf entgegentreten, um den Weg zurück zum „Kulturberuf“ zu meistern. Der Egoismus der Zeit zerstöre das Vertrauen der Ärzte untereinander und fördere „die Vorherrschaft fremder gesellschaftlicher Triebkräfte über den Arztberuf“.<sup>250</sup> Die Kammern sollten sich in Zukunft mehr um die Einigkeit in der Ärzteschaft bemühen, als sich wie „Innungsmeister und mittelalterliche Gilden“<sup>251</sup> zu verhalten. Auch die Politik müsse sich dafür entscheiden, dass Ärzte endlich wieder ihren Berufspflichten des Helfens und Heilens nachgehen könnten, statt sich mehr darum zu sorgen, dass die Beitragssätze der Krankenkassen stabil blieben. Mehr Ethos, weniger „Dienst nach Vorschrift“, forderte Weinhold.<sup>252</sup> Die Enthumanisierung des Arztberufes sei es, die die ärztliche Tätigkeit momentan so freudlos erscheinen ließe.<sup>253</sup>

Die vielen Artikel aber auch Zuschriften der Leser zeigten deutlich die Brisanz des Themas. Große Teile der Ärzteschaft fühlten sich durch die Gesetzgebung in ihrer freien Berufsausübung immer weiter in die Ecke gedrängt und dazu genötigt, für den Patienten kostenpflichtige Untersuchungen

<sup>249</sup> Unschuld. In: DÄ. (2006). Heft 17. S. 1138f.-A

<sup>250</sup> Weinhold. In: DÄ. (2000). Heft 33. S. 2141-A

<sup>251</sup> Bayer. In: DÄ. (2012). Heft 5. S. 209-A

<sup>252</sup> Weinhold. In: DÄ. (2003). Heft 17. S. 1091-A

<sup>253</sup> Schuchmann. In: DÄ. (2007). Heft 44. S. 3011-A

anzubieten. Dies bewegte sich auf einem schmalen Grat, ist doch eine Kommerzialisierung ärztlicher Handlungen schon gemäß der Berufsordnung untersagt und auch sonst nicht wünschenswert. Dennoch sahen viele Ärzte keinen anderen Ausweg, einerseits die Patienten mit den meist auch von ihnen gewünschten Untersuchungen zu versorgen, andererseits ihre Praxis so finanziell über Wasser zu halten.

#### 10.4 ‚Ärztbashing‘ – der Arztberuf aus der Sicht der Medien

Größer könnte das Paradoxon nicht sein. Ein Großteil der Patienten ist mit dem eigenen Arzt zufrieden und dennoch schien es manchmal, als ob die Medien fast ausschließlich negative Schlagzeilen über die Medizin und ihre Berufe brächten. Andererseits präsentierten TV-Serien Ärzte meist als Helden, gut aussehende Frauenverstehler und (über-)engagierte Ärzte. Hatten die Medien in den 1950er und -60er Jahren des vergangenen Jahrhundert noch den Halbgott in Weiß geschaffen, propagierten sie nun den mündigen Patienten, der selbst weiß, was er hat, was er braucht.<sup>254</sup> Wie kann das sein?

Schlagzeilen wie „Die schlimme Wahrheit über unsere Ärzte“ oder „Deutschlands Ärzte sind geldgierig, unfähig und skrupellos“<sup>255</sup>, die beispielsweise im Mai 2007 in der Süddeutschen Zeitung zu lesen waren, passten dementsprechend zum Grundtenor der Berichterstattung über die Ärzteschaft. Dies sei aber eine kollektive Verunglimpfung, die man so nicht mehr hinnehmen könne. Es sei für Ärzte in Deutschland demotivierend, wenn man ihren ganzen Berufsstand so in den Schmutz ziehe, meinte Hoppe. Die Qualität ärztlicher Leistungen trete damit völlig in den Hintergrund.<sup>256</sup> Falschabrechnungen seien in keinsten Weise zu entschuldigen, schrieb Stüwe, Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes seit 2004. Was die Medien aber nicht erwähnten, sei die Tatsache, dass die Geschädigten einer falschen Abrechnung weder die Kassen noch die Beitragszahler seien, sondern auf

<sup>254</sup> Witzmann. In: DÄ. (2000). Heft 15. S. 968-A

<sup>255</sup> Korzilius. In: DÄ. (2012). Heft 44. S. 2162-A

<sup>256</sup> Ibid.

Grund der budgetierten Gesamtvergütung die eigenen Kollegen.<sup>257</sup> Vor den Ärztetagen sei die „Desavouierung“ der Ärzteschaft besonders präsent, so würden außerordentlich viele Medienberichte über angeblichen Ärztepfusch oder Korruption veröffentlicht. Demnach seien Ärzte entweder korrupt, unfähig oder ‚geldgeil‘.<sup>258</sup> „Wenn ein Beitrag über eine ärztliche Versammlung damit beginnt, dass ein Teilnehmer beim Einparken seines teuren Sportwagens gezeigt wird, dürften die meisten Zuschauer schon ihre Meinung gebildet haben, egal, welche Inhalte noch folgen.“<sup>259</sup> So wie für Ärzte ein Berufsethos gelte, müsse es auch für Journalisten gewisse moralische Grundsätze geben. Eine saubere Recherche und eine ausgewogene Berichterstattung seien das Mindeste.<sup>260</sup>

Ein Grund für die selektiv negativen Schlagzeilen sei das Kommunikationsmanko, das Ärzte Journalisten gegenüber an den Tag legten. Im Gegensatz zu Medienvertretern sei die Ärzteschaft darin wenig trainiert. Gerade bei aufgetretenen Komplikationen müsse eine bessere Kommunikation stattfinden; Halbwahrheiten erzählen und Vorwürfe falsifizieren helfe da nicht.<sup>261</sup> Die Ärzteschaft müsse sich selbst mehr in der Öffentlichkeit präsentieren: „Es genügt nicht, das wir gut sind. Die anderen müssen es wissen“<sup>262</sup>, so Silvia Schattenfroh, Pressesprecherin der Charité Berlin. Eigentlich gäben die Medien den Ärzten eine gute Chance, ihren Beruf einer großen Öffentlichkeit vorzustellen. Allein die Anzahl der Medizininformationssendungen beweise dies. So gebe es beispielsweise den „Ratgeber Gesundheit“ in der ARD, die „PRAXIS täglich“ im ZDF, die „Visite“ beim NDR und „Die Sprechstunde“ beim BR.<sup>263</sup> Obendrein seien diese Sendungen sehr beliebt, erreichten sie teilweise Einschaltquoten von bis zu 12%, wobei diese überwiegend weibliche Zuschauer aus mittleren und älteren Jahrgängen anziehe, die das Thema Gesundheit auch

---

<sup>257</sup> Stüwe. In: DÄ. (2007). Heft 20. S. 1341-A

<sup>258</sup> Stüwe. In: DÄ. (2012). Heft 21. S. 1047-A;  
Stüwe. In: DÄ. (2013). Heft 21. S. 1009-A;  
Gerst. In: DÄ. (2013). Heft 22. S. 1065-A

<sup>259</sup> Stüwe. In: DÄ. (2014). Heft 45. S. 1591-A

<sup>260</sup> Gerst. In: DÄ. (2013). Heft 22. S. 1065-A

<sup>261</sup> Osterloh. In: DÄ. (2014). Heft 15. S. 627-A

<sup>262</sup> Gerst. In: DÄ. (2000). Heft 39. S. 2519-A

<sup>263</sup> Krüger-Brand et al. In: DÄ. (2006). Heft 31-32. S. 2083-A

in Zeitschriften wie *Freundin* oder *Frau aktuell* konsumierten.<sup>264</sup> Es sei also nicht alles negativ, was die Medien über Ärzte zu berichten hätten.<sup>265</sup> Dennoch konnte der Kommunikationswissenschaftler Wolfgang Donsbach nachweisen, dass in den Jahren 1999-2001 mehr negative als positive Bewertungen von Ärzten in den Medien aufgetreten waren.<sup>266</sup> Problematisch sei, dass die Medien selten an einer echten Aufklärung interessiert seien. Ihnen gehe es mehr darum, was gerade „en vogue“ sei, Schlagzeilen müssten mit Höchstleistungen, Wundern und anderweitig spektakulären Ereignissen geschmückt sein.<sup>267</sup>

Das Problem der ständigen Diffamierung der Ärzteschaft sei, dass es das Vertrauen in die Medizin von vornherein untergrabe. So konnte Constanze Rossmann, Professorin für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung, auch nachweisen, dass Leser von Boulevard- und Lifestyle-Magazinen eher glaubten, dass ungeheilte Krankheiten auf die Unfähigkeit von Ärzten zurückgingen.<sup>268</sup> Viele Medien vermittelten dem Konsumenten den Eindruck, dass er der Willkür des Arztes schutzlos ausgeliefert sei, was man nun bekämpfen müsse. Dadurch werde „das Bild des souveränen und rationalen Akteurs in einer leidensfreien Anti-Aging-Gesellschaft hofiert“.<sup>269</sup>

Viele Ärzte fühlten sich demnach von der Gesellschaft, insbesondere von den Medien, nicht verstanden. So beklagten 76%, dass sie sich für ihre ärztliche Tätigkeit immer stärker rechtfertigen müssten.<sup>270</sup> Noch nie sei ein ganzer Berufsstand so mit Füßen getreten worden. Die unaufhörliche Diskreditierung des Ärztstandes durch Medien und Politiker sowie die Knebelung der Krankenkassen zerstörten ein jahrtausendealtes Berufsbild, so Thomas Schneider.<sup>271</sup> Es sei nun an der Zeit, dass nicht mehr nur die Gesellschaft ihre Forderungen an die Ärzteschaft präsentiere, sondern die Ärzte selbst ihre Ansprüche an die Gesellschaft dahingehend formulierten, unter

---

<sup>264</sup> Ibid.

<sup>265</sup> Krüger-Brand. In: DÄ. (2003). Heft 45. S. 2928-A

<sup>266</sup> Ibid. S. 2930-A

<sup>267</sup> Richter. In: DÄ. (2007). Heft 39. S. 2642-A

<sup>268</sup> Krüger-Brand. In: DÄ. (2003). Heft 45. S. 2928-A

<sup>269</sup> Hansen et al. In: DÄ. (2006). Heft 39. S. 2532-A

<sup>270</sup> Zip. In: DÄ. (2007). Heft 4. S. 149-A

<sup>271</sup> Schneider. In: DÄ. (2002). Heft 25. S. 1744-A

welchen Bedingungen und für welche Ziele sie weiter bereit seien zu arbeiten, meinte der Allgemeinmediziner Bernhard Hoff.<sup>272</sup>

Da besonders die niedergelassenen Ärzte unter den Anschuldigungen der Presse litten und das Image zunehmend diffamiert werde, beschlossen sie mit der KBV und den KVen im Jahr 2013 eine Imagekampagne ins Leben zu rufen und die Medien für ihre Zwecke zu nutzen, um den Arztberuf wieder in ein Licht zu stellen, das ihm gerecht werde. Das Motto: „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“<sup>273</sup> Man müsse der Bevölkerung zeigen, dass man den Arztberuf nicht ergreife, um in erster Linie viel Geld zu verdienen, sondern um anderen zu helfen und gute Arbeit zu leisten und dass die Ärzte in Deutschland Freude an ihrem Beruf haben. Einerseits wolle man den Stellenwert ärztlichen Handelns betonen, andererseits aber den Beruf für den Nachwuchs wieder attraktiv machen. Zu viel Negatives habe man in den letzten Jahren über den Arztberuf gehört, von Seiten der Medien, aber auch von Seiten der Ärzte selbst, die sich vorwiegend über die schlechten Arbeitsbedingungen beschwert hätten. Nun müsse man wieder die vielen positiven Aspekte des ärztlichen Berufes hervorheben.<sup>274</sup> Frei nach dem Motto: „Tue Gutes und rede darüber.“<sup>275</sup> Diese Kampagne traf bei vielen Ärzten auf wenig Gegenliebe. Sie fänden dies peinlich, unglücklich und überflüssig. Es demonstriere der Bevölkerung nur, dass die Ärzteschaft doch noch zu viel Geld habe, wenn sie sich solche „Sperenzien“ leisten könne.<sup>276</sup> Allerdings stellte auch Mirko Kuhn, einer der Ärzte, der sich für die Imagekampagne fotografieren ließ, fest, dass die beste Werbung immer noch sei, wenn man die Patienten gut behandle.

So missverstanden sich die Ärzteschaft in den letzten Jahren gefühlt habe, so bemerkenswert sei nun eine gewisse Annäherung der Medien an die Ärzte. In vielerlei Hinsicht sei Wohlwollen an Stelle des bisherigen Misstrauens getreten. Man könne sogar von einem Verständnis für die alltäglichen Belastungen sprechen und das obwohl noch vor ein paar Jahren ständig der

<sup>272</sup> Hoff. In: DÄ. (2005). Heft 11. S. 743-A

<sup>273</sup> Korzilius. In: DÄ. (2014). Heft 16. S. 684-A

<sup>274</sup> Korzilius et al. In: DÄ. (2013). Heft 16. S. 756ff.-A

<sup>275</sup> Stüwe. In: DÄ. (2013). Heft 21. S.1009-A

<sup>276</sup> Thormann. In: DÄ. (2013). Heft 25. S. 1255-A

Neidkomplex geschürt worden sei. Immer öfter seien echte Probleme der Medizin Thema in Fernsehfilmen, Dokumentationen und Reportagen. Gerade das Thema Ärztemangel, insbesondere auf dem Land, werde somit einem großen Publikum vorgestellt. Diese Art von Berichterstattung sei authentisch und höchst wirksam und helfe der Ärzteschaft weit mehr „als alle Heile-Welt-Arztserien“ zusammen, so Stüwe.<sup>277</sup>

Die Widersprüchlichkeit der Medienwelt blieb indes erhalten. Wurde einerseits geradezu ein „Ärztebashing“ betrieben – wie eben aufgezeigt – wurden andererseits Ärzte in TV-Serien zu Helden gemacht. Maio stellte fest, dass neun von zehn Serienärzten männlich, gutaussehend und erfolgreich seien, zudem meist ledig und kinderlos. Sie hätten stets eine hohe fachliche Kompetenz und handelten ethisch stets korrekt.<sup>278</sup> Fast immer behandelten sie nur einen einzigen Patienten, denn nur in 14% der Serien werde gezeigt, dass der Arzt auch andere Patienten hat. Zentral sei auch der Gedanke, dass der Arzt großes Einfühlungsvermögen besitze, selbstsicher, freundlich sowie gelassen sei und sofort die seelischen Konflikte des Patienten erkenne.<sup>279</sup> Der Fernseharzt behielte immer einen kühlen Kopf, sei intelligent und charmant, ja gar ein Frauenschwarm.<sup>280</sup> Ständig rücke das Privatleben der Fernsehärzte in den Mittelpunkt, wohingegen Finanznot, Arbeitsbelastung und die bestehende Unzufriedenheit mit dem Beruf nie ein Thema seien.<sup>281</sup> Die Authentizität müsse der Dramaturgie meist weichen, meinte die Anästhesieschwester Lydia Schubert, die als medizinische Beraterin für Filmteams fungierte. Der normale Krankenhausalltag sei als Drehbuchvorlage einfach zu langweilig.<sup>282</sup> Im fiktionalen Bereich sei der Arzt also ein „Übermensch“, ein „guter Samariter“.<sup>283</sup> Das sei eine gefährliche Verzerrung der Realität und führe zu Illusionsbildung und zur Entstehung von Klischees<sup>284</sup>, denn Patienten, die öfter Ärzteserien im

<sup>277</sup> Stüwe. In: DÄ. (2014). Heft 45.

<sup>278</sup> Krüger-Brand. In: DÄ. (2003). Heft 45. S. 2928-A

<sup>279</sup> Klinkhammer. In: DÄ. (2001). Heft 4. S. 186-A;  
Krüger-Brand. In: DÄ. (2003). Heft 45. S. 2928-A

<sup>280</sup> Gieseke. In: DÄ. (2008). Heft 11. S. 582-A

<sup>281</sup> Krüger-Brand. In: DÄ. (2003). Heft 45. S. 2928-A

<sup>282</sup> Klinkhammer. In: DÄ. (2003). Heft 45. S. 2932-A

<sup>283</sup> Krüger-Brand. In: DÄ. (2003). Heft 45. S. 2928-A

<sup>284</sup> al., Witzel et. In: DÄ. (2003). Heft 45. S. 2934-A

Fernsehen anschauen, seien mit der Behandlung weniger zufrieden, obwohl sie vor der Aufnahme in die Klinik meist positiver gestimmt seien. Die Wunderheiler aus dem Fernsehen erweckten zu hohe Erwartungen, das bewiesen Studien von Rossmann an der LMU in München, die auf dem „Kultivierungsansatz“ basierten. Dieser besagt, dass Menschen einen Großteil ihrer Erfahrungen aus der Fernsehwelt beziehen. „Wenigseher“ könnten ihrer Meinung nach die Realität besser einschätzen.<sup>285</sup> Es wurden dazu Patienten vor und nach ihrem Aufenthalt in einem Klinikum zu ihrer Einschätzung und Bewertung gefragt. Ebenso wie bei einer Studie der FH Fulda. Hier zeigte sich, dass Patienten, die Krankenhausserien konsumierten, die Gesprächszeit mit dem Personal für zu wenig erachteten.<sup>286</sup> Im Vergleich zu „Dr. Frank – der Arzt dem die Frauen vertrauen“ und „Prof. Brinkmann“ habe man als Arzt von vornherein schlechte Karten.<sup>287</sup> Eine Studie der AG Medien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie aus dem Jahr 2008 konnte zeigen, dass Konsumenten der Fernsehserien *Emergency Room*, *Dr. House* oder *In aller Freundschaft* häufiger und mehr Angst vor einer OP oder einem Klinikaufenthalt hatten und unzufrieden mit dem Ablauf der Visite seien. Dies sei auf die dramaturgische Verdichtung zurückzuführen, „die einen OP bevorzugt zum Schauplatz von Beinahetragödien macht und die Visite zum kommunikativen Höhepunkt“<sup>288</sup>. Was die Visite angehe, könnten die Fernsehserien sogar zum Vorbild werden, meinte Kai Witzel, Leiter des Zentrums für minimalinvasive Chirurgie in Hünfeld, man könne viel von den Kommunikationsskills der Fernsehdocs lernen.<sup>289</sup> Man müsse allerdings feststellen, dass das alte Genre des Arzt- und Heimatfilmes wie z.B. die *Schwarzwaldklinik* an Bedeutung verliere. Jüngeres Publikum sollten die neuen Arztcomedys wie *Scrubs* oder *Emergency Room* ansprechen. Hier seien die Ärzte menschlicher und somit realistischer, sie dürften eben auch Fehler machen.<sup>290</sup>

---

<sup>285</sup> Krüger-Brand. In: DÄ. (2003). Heft 45. S. 2928-A

<sup>286</sup> Witzel et al. In: DÄ. (2003). Heft 45. S. 2933-A

<sup>287</sup> Ibid. S. 2934-A

<sup>288</sup> Tuffs. In: DÄ. (2009). Heft 1-2. S. 34-A

<sup>289</sup> Tuffs. In: DÄ. (2009). Heft 30. S. 1519-A

<sup>290</sup> Krüger-Brand. In: DÄ. (2003). Heft 45. S. 2931-A;  
Litten. In: DÄ. (2012). Heft 6. S. 267-A

Die Medienlandschaft habe jedoch auch dazu beigetragen, dass Menschen Gesundheit nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit sähen, sondern das vollständige körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden – wie die WHO einst Gesundheit definierte – geradezu forderten. Kaum eine Werbepause im Fernsehen vergehe mehr, ohne dass ein besonders essentielles Nahrungsergänzungsmittel oder die wirksamste Salbe gegen Rückenbeschwerden angepriesen werde. Schlapp fühlen, krank sein, Schmerzen haben, das war früher, das könne und solle sich ein moderner Mensch nicht mehr leisten.<sup>291</sup>

Problematisch seien auch die Einflüsse der digitalen Medien. Viele Patienten, besonders aus gebildeten Schichten, kämen nun mit internet-basierten Vorinformationen von wikipedia.de, medizin-forum.de, docInsider.de, gutefrage.net, wer-weiss.was.de – um nur einige zu nennen – in die Sprechstunde. Gemäß einer Umfrage von *Skopos* im Mai 2010 informierten sich 80% der Befragten über Gesundheitsthemen im Netz.<sup>292</sup> Der Arzt habe folglich nicht mehr das Informationsmonopol inne.<sup>293</sup> Oft könne das unterstützend sein, aber meistens bewirke es genau das Gegenteil und führe zu einer Fehlinterpretation der Lage, schließlich fehle dem Kranken das medizinische Hintergrundwissen, um die Informationen richtig zu filtern und bewerten zu können. Das resultiere in „Cyberchondern“ und dem sogenannten „akuten Googlom“, dem eingebildeten Tumor bis hin zu einer generellen Karzinophobie. All dies müsse dann in der Praxis mühsam wieder geklärt werden, um den Patienten wieder zu beruhigen, denn das Netz liefere zwar Informationen, aber Trost könne es nicht spenden.<sup>294</sup> Ferner sei die Qualität, Seriosität und Relevanz der Seiteninhalte für einen Laien nicht überprüfbar. Selten sei transparent dargestellt, wer für die Informationen verantwortlich sei und vor allem, welche Interessen sich hinter den Angeboten verbürgen.<sup>295</sup> Ganz besonders kritisch seien die zwischen-

---

<sup>291</sup> Berg. In: DÄ. (2010). Heft 45. S. 2220-A

<sup>292</sup> Ibid.

<sup>293</sup> Krüger-Brand. In: DÄ. (2003). Heft 45. S. 2931-A

<sup>294</sup> Berg. In: DÄ. (2010). Heft 45. S. 2224-A;  
Koch. In: DÄ. (2012). Heft 1-2. S. 21-A

<sup>295</sup> Kirschning. In: DÄ. (2004). Heft 46. S. 3090-A

geschalteten Werbespots in den Forentexten zu sehen.<sup>296</sup> Umso wichtiger sei es deshalb, dass der Arzt das Zentrum der Informationsbeschaffung bleibe. Er müsse aber auch die Fähigkeit haben, dem Patienten die wichtigen Informationen zu vermitteln und zu hinterfragen, ob dieser sie auch verstanden habe. Anschließend müsse eine Diskussion darüber stattfinden dürfen, woraufhin eine gemeinsame Entscheidung folgen könne.<sup>297</sup> Problematisch sei hierbei aber, dass 15% der Patienten ihren Ärzten nun weniger vertrauten. Aussagen wie „Ich glaube nicht alles, was mein Arzt sagt“ oder „Ich bin kritischer geworden“ oder gar „Ich werde mir einen anderen Arzt suchen“ bestätigen dies.<sup>298</sup> 20% hätten schon mindestens einmal eine vom Arzt empfohlene Therapie selbstständig abgesetzt oder gar nicht erst begonnen, weil ein Internetforum ihnen davon abgeraten hätte. Allerdings hätten auch 50% angegeben, dass die Informationen im Internet die Vorgehensweise des Arztes bestätigt hätten.<sup>299</sup> Diesen Wandel in der Arzt-Patientenbeziehung beweist auch eine Umfrage unter Ärzten, in der 84% unter ihnen feststellten, dass sich die Einstellung der Patienten gewandelt habe. 61% meinten zudem, dass ihre Patienten immer mehr forderten und 45% gaben an, dass ihnen zunehmend Misstrauen von Seiten der Patienten entgegengebracht werde.<sup>300</sup> Eine Online-Studie der LMU München ergab des Weiteren, dass immerhin 35% der Ärzte die Arzt-Patientenbeziehung durch externe Gesundheitsinformationen belastet sähen.<sup>301</sup> Das Gros der Ärzte fühlte sich geprüft und sehe oft die Grenze zwischen akzeptabler Skepsis und destruktivem Misstrauen überschritten. So sagte ein niedergelassener Gynäkologe: „Es stört mich, wenn man spürt, dass die Patientin eigentlich mehr das glaubt, was sie irgendwo gelesen hat. Es steht im Internet, dann muss es ja wohl stimmen – dieses Schwarz-auf-Weiß ist von hoher Autorität.“<sup>302</sup> Viele Ärzte bestätigten, dass der sogenannte mündige Patient als fordernder, schwieriger oder gar anstrengend erlebt würde, denn oft müsse man unnötige Untersuchungen nur zur Beruhigung oder zur Einholung

<sup>296</sup> Berg. In: DÄ. (2010). Heft 45. S. 2220-A

<sup>297</sup> Terzioglu et al. In: DÄ. (2003). Heft 36. S. 2277-A

<sup>298</sup> Krüger-Brand. In: DÄ. (2003). Heft 45.

<sup>299</sup> Kirschning. In: DÄ. (2004). Heft 46. S. 3092-A

<sup>300</sup> Zip. In: DÄ. (2007). Heft 4. S. 149-A

<sup>301</sup> Rink. In: DÄ. (2013). Heft 18. S. 870-A

<sup>302</sup> Baumgart. In: DÄ. (2010). Heft 51-52. S. 2555-A

von Zweitmeinungen durchführen, damit der „informierte“ Patient zufrieden und besänftigt sei. Das raube Zeit und koste viel Geld.<sup>303</sup> Eine US-amerikanische Studie zeigte auf, dass Missverständnisse zwischen Arzt und Patient das Gesundheitssystem jährlich 73 Milliarden US-Dollar kosteten. Die Werte in Deutschland dürften dabei vergleichbar sein.<sup>304</sup> Für den Arzt von heute sei es nun ein ureigenes Interesse, sich selbst ein Bild von Patientenforen und Informationsseiten zu machen, um auf typische Fragen und Probleme vorbereitet zu sein. Der traditionelle Wissensvorsprung werde in Zukunft schrumpfen, dafür sei nun noch mehr Kommunikationskompetenz gefragt, um Patienten besser teilhaben zu lassen.<sup>305</sup> Dies sei wichtig, damit die duale Beziehung zwischen Arzt und Patient nicht durch die „dritte Kraft“ – das Internet – belastet, sondern möglichst positiv beeinflusst werde. Obwohl die meisten Ärzte eher negative Einflüsse befürchteten, erhofften sich andere durch den mündigen Patienten zu lernen. Gerade bei seltenen Krankheitsbildern suchten diese tagelang nach Antworten. Diese Zeit hätte man als Arzt nicht. Gerade die eigenen Automatismen zu hinterfragen, gelinge dadurch gut.<sup>306</sup> Außerdem verschaffe man sich zusätzlich Respekt und Vertrauen, wenn man dem Wunsch nachkomme, auf Augenhöhe miteinander zu sprechen.<sup>307</sup>

Die mediale Berichterstattung und vor allem die Informationsmöglichkeiten im Internet schienen das Arztbild also nachhaltig zu prägen. Es mutete an, als habe die Ärzteschaft die Chance diesen Trend für die eigenen Zwecke zu nutzen verschlafen. Ein erster Versuch in diese Richtung war die Imagekampagne, die nun gestartet wurde. Man wird jedoch in Zukunft noch viel weiter gehen müssen, um gerade die jüngere Generation zu erreichen.

---

<sup>303</sup> Ibid.

<sup>304</sup> Berg. In: DÄ. (2010). Heft 45. S. 2222-A

<sup>305</sup> Kirschning. In: DÄ. (2004). Heft 46. S. 3092-A;  
Schwarz et al. In: DÄ. (2011). Heft 5. S. 210-A

<sup>306</sup> Baumgart. In: DÄ. (2010). Heft 51-52. S. 2554f.-A

<sup>307</sup> Späte. In: DÄ. (2011). Heft 10. S. 532-A

## 10.5 Die neue Aufgabe des Arztes: Hin zur ganzheitlichen Medizin – Soma und Psyche vereinen

„Medizin handelt vom Menschen, von seiner Person, von Körper und Psyche – so gesehen vom ganzen Menschen. Allerdings: Das Ganze ist nur ein Ganzes, wenn ungeteilt. Ungeteilt aber ist es nur zu fassen und nicht zu erfassen,“<sup>308</sup> so Hans-Peter Zenner, Ärztlicher Direktor der Universitäts-HNO-Klinik in Tübingen sowie Präsident der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde über die Entwicklung hin zur ganzheitlichen Medizin. Die Physik als Wissenschaft sei dabei ein hervorragendes Vergleichsbeispiel. Die klassische Physik lehre uns nur das Fassbare für wahr zu halten, doch die moderne Physik gehe noch viel weiter. Die Betrachtung des Körpers müsse über die Ebene von Zellen und Molekülen hinausgehen, wir seien gezwungen die Beziehung zwischen Subjekt und Objekt und somit auch die Arzt-Patienten-Beziehung zu überdenken. Das Reduktionsprinzip der Naturwissenschaft lasse sich nicht mehr auf die heutige Medizin übertragen.<sup>309</sup> Der Descartesche Dualismus präge auch heute noch die polarisierende Gegenüberstellung von naturwissenschaftlich-somatischer und psychosozialer Medizin. Descartes sprach von der „Res extensa“, der ausgedehnten Substanz, die den Gesetzen der Geometrie folge, im Gegensatz zur „Res cogitans“, der denkenden Substanz, welche die menschliche Seele und Psyche ausmache.<sup>310</sup> Auch Friedrich Schiller schrieb 1780 als Medizinstudent der Herzoglichen Militärakademie Stuttgart eine Abschlussarbeit mit dem Thema „Versuch über den Zusammenhang der thierischen Natur des Menschen mit seiner geistigen“.<sup>311</sup> Die Auseinandersetzung mit den Gegensätzen des Körpers und der Seele war also kein neuer Gedanke. Es gebe viele Symptome, die nicht physisch fassbar seien, keine materiellen Entsprechungen hätten und somit nicht objektivierbar seien, meinte Zenner.<sup>312</sup> Und damit lag er exakt im Trend der Zeit. Vor allem Patientenvertretungen forderten immer wieder den Weg zur ganzheitlichen Betrachtung der Medizin

---

<sup>308</sup> Zenner. In: DÄ. (2000). Heft 4. S. 164-A

<sup>309</sup> Ibid.

<sup>310</sup> vgl. Descartes (1637).

<sup>311</sup> Schmahl et al. In: DÄ. (2000). Heft 4. S. 165-167-A

<sup>312</sup> Zenner. In: DÄ. (2000). Heft 4. S. 164-A

und des Körpers, weg von einer Ein-Organ-Medizin. Auch der Arbeits- und Sozialmediziner Friedrich W. Schmahl arbeitete zusammen mit dem Physiker und Philosoph Carl Friedrich von Weizsäcker heraus, dass die Denkstrukturen der modernen Physik, insbesondere die der von Max Planck begründeten Quantentheorie, Vorbild für die Medizin heute sein könnten. Sowohl Albert Einstein und Niels Bohr entwickelten die Theorie weiter, aber besonders die Heisenbergsche Unschärferelation lehre uns, dass Materie nicht immer fassbar sei. So besagt die Gleichung ( $\Delta x \cdot \Delta p \geq \hbar$ ), dass zwei komplementäre Eigenschaften eines Teilchens nicht genau zu bestimmen sind. Das Beispiel aus der Gleichung sage uns also: Wenn man versucht den Ort eines Teilchens sehr genau zu bestimmen, dann ist zwangsweise die Messungengenauigkeit seines Impulses groß.<sup>313</sup> Übertragen auf die Arzt-Patienten-Beziehung heiße dies, dass sowohl der messbare klinische Befund als auch die Psyche und Biografie des Menschen Voraussetzung seien, um den Kern der ärztlichen Aufgabe zu erfüllen.<sup>314</sup> Bisher seien die „Lager“ noch schwer zu vereinen: Die einen pflegten die wissenschaftliche, etablierte, universitär bestellte, rationale, sterile, gesellschaftlich hofierte, durch unentwegte Forschung auf den neuesten Stand gebrachte, technisch hochgerüstete, seriöse Medizin. Auf der anderen Seite stehe die befremdliche, dubios verheißungsvolle, unfassbare, aber menschliche, verständnisvolle, beseelte, sanfte Heilkunst.<sup>315</sup>

Hoppe stellte zudem klar, dass die Medizin keine Naturwissenschaft ist. Letztere sammle Fakten, die Medizin sage, was sein soll oder nicht sein soll. Im Gegensatz zur Naturwissenschaft sei die Medizin eine praktische, eine Human- bzw. Erfahrungswissenschaft.<sup>316</sup> Das unterscheide auch den Mediziner vom Arzt. Der Mediziner lebe von den pathologischen Vorgängen im menschlichen Körper, der Arzt hingegen von dem Anliegen, seinem Mitmenschen aus der Krankheit zu verhelfen. „Gute Medizin sei angewandte Wissenschaft im

---

<sup>313</sup> vgl. Heisenberg (1969).

<sup>314</sup> Schmahl et al. In: DÄ. (2000). Heft 4. S. 165-167-A

<sup>315</sup> Achenbach. In: DÄ. (2011). Heft 3. S. 98-A

<sup>316</sup> Hoppe. In: DÄ. (2005). Heft 14. S. 943-A;  
Hibbeler. In: DÄ. (2009). Heft 22. S. 1093-A

Einzelfall“, sagte Jürgen Schölmerich, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin.<sup>317</sup>

Man müsse außerdem die Science-Fiction-Fantasien stoppen, in der die Technik den Menschen beherrsche, so wie die Erotik über die Liebe gestellt worden sei. Technik könne dem Arzt nur helfen, diesen aber nie ersetzen, so der schriftstellende Arzt im Ruhestand Rupert Witzmann.<sup>318</sup> Einen Beweis dafür, dass der Körper immer noch zu sehr als Maschine betrachtet werde, sah Kamps in den vielen Metaphern, die alltäglich benutzt würden: Es werde „gekämpft“, die „Immunabwehr gestärkt“, „Batterien werden wieder aufgeladen“, um nicht ganz „ausgebrannt“ zu sein.<sup>319</sup> Die ärztliche Tätigkeit dürfe nicht zu einer reinen Reparaturaufgabe mutieren.<sup>320</sup> Die Ambivalenz, der Ärzte heute ausgesetzt seien, sei groß. Wollten die einen zunehmend objektivierbare, meist technische Leistungen, forderten die anderen ein Zurück zur sprechenden Medizin und eine ganzheitliche Betrachtung des Körpers.<sup>321</sup> Die „Reparatur gebrochener Gesundheit“ müsse gestoppt werden, stattdessen müsse eine „Steigerung des Wohlbefindens“ stattfinden. „Die Körpermedizin ist durch bildgebende Verfahren und die moderne Behandlungsmethoden ausgereizt. Jetzt kommt die Psyche an die Reihe...“, meinte der Allgemeinmediziner Albrecht Bihl.<sup>322</sup> „Wir haben nichts Körperliches gefunden, es muss psychisch sein“, sei allerdings der Horrorsatz der Hilflosigkeit.<sup>323</sup> Die zunehmende Entmenschlichung der Schulmedizin führte zu einer Abstimmung mit den Füßen, die die Patienten in die Arme von illegalen Heilern und Scharlatanen treibe.<sup>324</sup> Diese brillierten sicher nicht mit fachlicher Kompetenz, hörten den Kranken aber zu und gäben ihnen das Gefühl, ein Mensch und nicht nur ein Fall zu sein. Dies sei aber eine gefährliche Kombination, die sich Deutschland nicht leisten dürfe. In einem entwickelten Land mitten in Europa sollte es wohl

<sup>317</sup> Nolte et al. In: DÄ. (2010). Heft 31-32. S. 1512-A

<sup>318</sup> Witzmann. In: DÄ. (2000). Heft 15. S. 970-A

<sup>319</sup> Kamps. In: DÄ. (2003). Heft 37. S. 2354-A

<sup>320</sup> Richter-Kuhlmann. In: DÄ. (2005). Heft 40. S. 2694-A

<sup>321</sup> Abele. In: DÄ. (2001). Heft 46. S. 3008-A

<sup>322</sup> Bihl. In: DÄ. (2002). Heft 26. S. 1814-A

<sup>323</sup> Kamps. In: DÄ. (2003). Heft 37. S. 2354-A

<sup>324</sup> Weisbach. In: DÄ. (2003). Heft 48. S. 3149-A

möglich sein, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.<sup>325</sup> Es müsse also ein Mittelweg gefunden werden, der beide Extreme der Medizin besser vereine. Besonders hervorzuheben sei dabei die Kommunikation mit dem Patienten, die das Zünglein an der Waage sei, denn die „Chemie der Beziehung steht über der Chemie der Wirkstoffe“.<sup>326</sup>

Auch wenn das Thema der ganzheitlichen Medizin die Ärzteschaft entzweit, wird sie sich in den nächsten Jahren, in denen die Gesundheit ganz offensichtlich Konjunktur hat, vermehrt damit auseinander setzen müssen.

## 10.6 Zusammenfassung und Bewertung

Mit dem Jahr 2000 begann ein neues Jahrtausend und damit wollte die Ärzteschaft einen zeitgemäßerem Berufsstand in der Öffentlichkeit präsentieren. Man war auf der Suche nach einer neuen Identität, denn der „Halbgott in Weiß“ gehörte nun endgültig der Geschichte an. Im 21. Jahrhundert forderten Patienten von ihrem Arzt die in den 1970er Jahren begonnene Verabschiedung von der paternalistischen Betreuung, in der sie die Verantwortung über ihre Gesundheit komplett abgaben, in die Tat umzusetzen. Sie mochten ihre Gesundheit nun selbst in die Hand nehmen. Dafür war jedoch ein anderer Typ Arzt notwendig. Er musste zum Berater, ja gar zum Dienstleister werden. „Shared decision making“ oder „informed consent“ waren also an der Tagesordnung. Der Patient mochte nicht mehr ein stummer Befehlsempfänger sein, sondern mitentscheiden und er wollte gehört werden. Das Zuhören stand für den Arzt also zunächst im Vordergrund seiner Behandlung. Dafür brauchte es aber Zeit und genau diese schien dem Arzt in einer Welt, die zunehmend von Richtlinien und Ökonomie beherrscht wurde, abhanden gekommen zu sein. Trotz allem blieb die Arzt-Patienten-Beziehung aber immer asymmetrisch, denn der Arzt war nach wie vor der Experte und der Patient immer noch der Hilfsbedürftige. Bilder, die den Arzt beschrieben, beinhalteten so den Steuermann oder auch den Dirigenten, der sein Orchester leitet. Die primären

<sup>325</sup> Ulatowski. In: DÄ. (2002). Heft 5. S. 246-A

<sup>326</sup> Wettig. In: DÄ. (2011). Heft 5. S. 235-A

---

Aufgaben des Arztes blieben aber erstaunlich gleich. Als erstes wurde stets der Heiler und Helfer genannt, ob als barmherziger Samariter oder als Dienstleister. In den Vordergrund traten jedoch zunehmend auch die Erhaltung der Gesundheit und somit die Prävention sowie der Gedanke um die Ressourcenverteilung. Besonders der Hausarzt hatte nun die Aufgabe des ‚Gatekeepers‘ inne, der alle Informationen sammelt und gegebenenfalls weiterleitet sowie seinen Patienten durch Diagnostik und Therapie begleitet. Immer fester verankerte sich auch der Wunsch nach einer ganzheitlichen Medizin, die nicht nur das Physische, sondern auch die Psyche des Menschen behandelt, die nicht nur eine Reparatur am kranken Körper vornimmt, sondern die Gesundheit und das Wohlbefinden im Vorhinein stärkt.

Ging es in den Jahrzehnten zuvor meist um das Ideal des Arztes und höchstens um das Image der Ärzte in der Gesellschaft, traten nun die Arbeitsbedingungen und das Selbstbild immer weiter in den Vordergrund. Für die Generation Y war es nicht mehr selbstverständlich, sich für den Beruf aufzuopfern. Die sogenannte Work-Life-Balance stimmte für sie nicht. Vor allem für junge Eltern waren 14-Stunden-Tage und 80-Stunden-Wochen nicht realisierbar. Außerdem machte sich eine große Unzufriedenheit bezüglich des Einkommens breit. Auch wenn sicher kein Arzt am Hungertuch nagen muss, Wertschätzung läuft eben heutzutage oft über die monetäre Ebene. Vor allem die älteren Ärzte waren es jedoch, die mit dem Gejammer nicht einverstanden waren und das ärztliche Ethos in Gefahr sahen. Die Gesellschaft hatte sich aber geändert und mit ihr ihre Ärzte, die nicht mehr länger bereit waren, Überstunden und Dienst umsonst zu leisten sowie auch anderweitig die Lebensqualität mit ihrem Arbeitsvertrag abzugeben.

Die berufliche Unzufriedenheit der Ärzte kam jedoch auch durch die negative Darstellung der gesamten Ärzteschaft in den Medien zustande. ‚Ärztelashing‘ nannten es viele. Dabei wurde den Ärzten meist Korruption, Betrug, Vertuschung von Fehlern und Geldgier vorgeworfen. Viele befürchteten dadurch eine Beeinträchtigung des Arzt-Patientenverhältnisses, das durch die negativen Schlagzeilen das Vertrauen in die Ärzteschaft schwinden ließe.

Allerdings boten die Medien in vielerlei Gesundheitssendungen den Ärzten auch die Möglichkeit, medizinische Informationen publik zu machen. Außerdem versuchten die niedergelassenen Ärzte ab dem Jahr 2013 die Medien für eine eigene Imagekampagne zu nutzen, um ihre Arbeit wieder ins richtige Licht zu stellen und der Öffentlichkeit zu zeigen, worum es ihnen wirklich ging: eine verantwortungsvolle und gewissenhafte Behandlung ihrer Patienten. Im Gegensatz zur medialen Berichterstattung und zu den Ärzten selbst schienen die allermeisten Patienten mit ihren Ärzten zufrieden zu sein, wie verschiedene Studien des MLP, des Instituts für Demoskopie in Allensbach und der KBV bewiesen. Es schien allerdings generell ein Umdenken in den Medien stattzufinden. So kann man im Jahre 2014 feststellen, dass wesentlich objektiver über die Medizin und ihre Beteiligten berichtet wurde. Durch eine ehrliche Berichterstattung bekam der Zuschauer bzw. -hörer und Patient eher die Möglichkeit, die aktuellen Probleme des Gesundheitswesens und seiner Akteure zu verstehen, als wenn einerseits ständig nur der perfekte, schöne und verständnisvolle Arzt in Arztserien auftritt oder andererseits über die ‚echten‘ Ärzte nur Skandalöses geschildert wird.

Das ärztliche Ethos, das bisher meist stark thematisiert wurde, trat ab dem Jahre 2000 in den Hintergrund. Das einzige Thema, das in diese Richtung ging, war der Vorwurf der Ökonomisierung der Medizin. Während sich die meisten Ärzte einig waren, dass dies in den Kliniken schon Alltag war, stritten sich viele noch darüber, wie und ob dies im niedergelassenen Bereich gefährlich ist. Die immer strenger werdenden Richt- und Leitlinien, ständige Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrollen zwangen sowohl die Kliniken als auch die Ärzte im niedergelassenen Bereich zum Sparen, schließlich wurde die medizinische Versorgung immer teurer, einerseits durch immer bessere Leistungen, andererseits durch eine vermehrte Inanspruchnahme dieser. Geld spielte also auch in der Medizin eine immer größere Rolle. Insbesondere seit der Einführung der IGe-Leistungen wurde heftig über deren Rechtmäßigkeit gestritten. Viele Ärzte sahen darin eine Gefahr für das ärztliche Ethos, andere fragten sich, warum es denn so frevelhaft sei, wenn man vom Arzt eine Rechnung für eine Leistung bekomme, die man sich selbst gewünscht habe.

Jedoch befürchteten viele Leser dadurch eine weitere Ausdehnung der sogenannten Zwei-Klassen-Medizin, die nicht mehr rückgängig gemacht werden könne.

Insbesondere die zunehmende Digitalisierung der Welt hatte große Auswirkungen auf die alltägliche Arbeit des Arztes. Hatte ein Patient früher kaum die Möglichkeit, sich über Gesundheitsthemen zu informieren, so standen ihm mit den digitalen Medien nun alle Türen offen. Von ärztlicher Seite wurde das sehr kritisch gesehen, denn ein Kranker könne die Informationen nicht beurteilen und richtig einordnen, man könne zudem nie mit Sicherheit wissen, woher diese Informationen kommen und wer sie mit welchem Interesse verfügbar gemacht hat. Auch wurde die Werbung sehr kritisch gesehen, denn diese holt viele Patienten in ihrer Verzweiflung ab. Letztendlich untergräbt diese Art der Information oft das Vertrauen gegenüber dem Arzt, denn man finde eigentlich immer eine konträre Meinung auf Wikipedia & Co. Für den Arzt bedeutete das im Alltag, dass noch mehr Kommunikation und Aufklärung gefordert war.

Insgesamt zeigte sich an der enorm gesteigerten Artikelzahl zum Arztbild das Interesse an diesem Thema, insbesondere die Ärzteschaft selbst beschäftigte sich durch Leserbriefe und Grundsatzreferate wieder vermehrt mit ihrem Ruf, wodurch sie einerseits durch die mediale Berichterstattung, andererseits durch die zunehmende Thematisierung der ärztlichen Arbeitsbedingungen gezwungen wurde. Interessanterweise kamen im DÄ erneut die Themen der Zeit in diesem Zusammenhang kaum zur Sprache. Nur indirekt war eine Unsicherheit und Unzufriedenheit zu spüren. Jedoch schien es dafür innerhalb der Ärzteschaft genügend Ursachen zu geben, als dass man sie in den gesellschaftspolitischen Ereignissen des neuen Jahrtausends suchen musste

## 11 Feminisierung des Arztberufes – verändern Frauen das Arztbild?

Es ist ein Thema, das ab dem Jahr 1992 immer wieder in den Artikeln des DÄ vorkam: die sogenannte Feminisierung des Arztberufes. Den meisten Autoren ging es meist nicht nur um die Tatsache, dass sich immer mehr Frauen der Medizin zuwendeten, sondern oft schwangen dabei auch intensive Emotionen mit. Auf der einen Seite waren es genügtuerische, ja gar feministische Empfindungen, auf der anderen Seite zeigten sich oft Ängste und Unsicherheit. Astrid Bühren, Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, warnte deshalb vor dem Begriff der Feminisierung, da dieser eine „Sündenbockfunktion“<sup>1</sup> habe und damit den Ärztinnen in Deutschland nicht gerecht werde. Es stellt sich also die Frage, ob die Frauen in der Medizin den Arztberuf und sein Bild in der Gesellschaft verändern und inwiefern dies ihre männlichen Kollegen beeinflusst oder gar beeinträchtigt.

### 11.1 Die historische Entwicklung

Zunächst gilt es zu bemerken, dass Frauen erst seit etwa 100 Jahren überhaupt dazu berechtigt waren, Medizin zu studieren. Während die Universitäten in Paris und Zürich schon Mitte des 19. Jahrhunderts Frauen zum Medizinstudium zugelassen hatten, war dies in Deutschland erstmalig im Jahre 1900 der Fall. Und auch dann noch konnte sich so recht kein männlicher Kollege damit anfreunden. Der Medizinhistoriker Julius Pagel empfand gar „eine gewisse Depression des akademischen Lebens“ seit „Haarnadeln hier und da auf dem Vorhof der Berliner Universität zu finden sind“<sup>2</sup> und der 26. Deutsche Ärztetag in Wiesbaden im Jahre 1898 stellte mit großer Mehrheit fest, dass Frauen kein erheblicher Nutzen für Kranke seien, dass es den Frauen selbst mehr schade, sie keinen Nutzen für die Wissenschaft hätten, eine Minderung des ärztlichen Ansehens bewirkten und somit auch keine Förderung des allgemeinen Wohles

<sup>1</sup> Bühren. In: DÄ. (2009). Heft 42. S. 2052-A

<sup>2</sup> Heuwing. In: DÄ. (1992). Heft 31/32. S. 1637-B

zu erwarten sei. Schließlich sei die Frau auch gänzlich für den ärztlichen Beruf ungeeignet: „Das Weib ist der Verarbeitung der erforderlichen wissenschaftlichen Materie nicht gewachsen... Es wird an Leib und Seele Schaden nehmen, und zwar nicht allein für die eigene Person, sondern auch für den zu erwarteten Nachwuchs, falls die weibliche Kollegin nicht lieber den Cölibat vorziehen sollte“<sup>3</sup>, sagte der Anthropologe und Ethnologe Georg Buschan. Der Neurologe S. Placzek fügte noch hinzu: „Das Weib, das instinktiv jeden unästhetischen Eindruck meidet, soll auf dem Höhepunkt seines Lebens, seiner weiblichen Entwicklung, das Sezierschneidmesser in der Faust, den Menschenleib zergliedern und im steten Anblick menschlichen Leidens das angeborene Mitempfinden, die zarte Innigkeit, die feinschattierte Gemüthsirregbarkeit vernichten.“<sup>4</sup>

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts schlugen Frauen diesen Lebensweg tatsächlich relativ selten ein, sodass sie sich nur sehr langsam im Arztberuf etablierten<sup>5</sup>. Erst in den 1970er Jahren erreichten sie um die 20% der Gesamtärztezahl. Seither stiegen die Zahlen jedoch rasant an. Die Faszination Arzt habe sich nun auch bei Frauen herumgesprochen, so die Geschäftsführerin des Marburger Bundes Magdalena Heuwing. Dabei hätten sich die Zahlen überall verblüffend ähnlich entwickelt, sowohl in der Sowjetunion als auch in den USA oder in Europa, die Zahlen der Medizinstudentinnen stiegen stark an.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> Gerst. In: DÄ. (1994). Heft 8. S. 392-B

<sup>4</sup> Ibid.

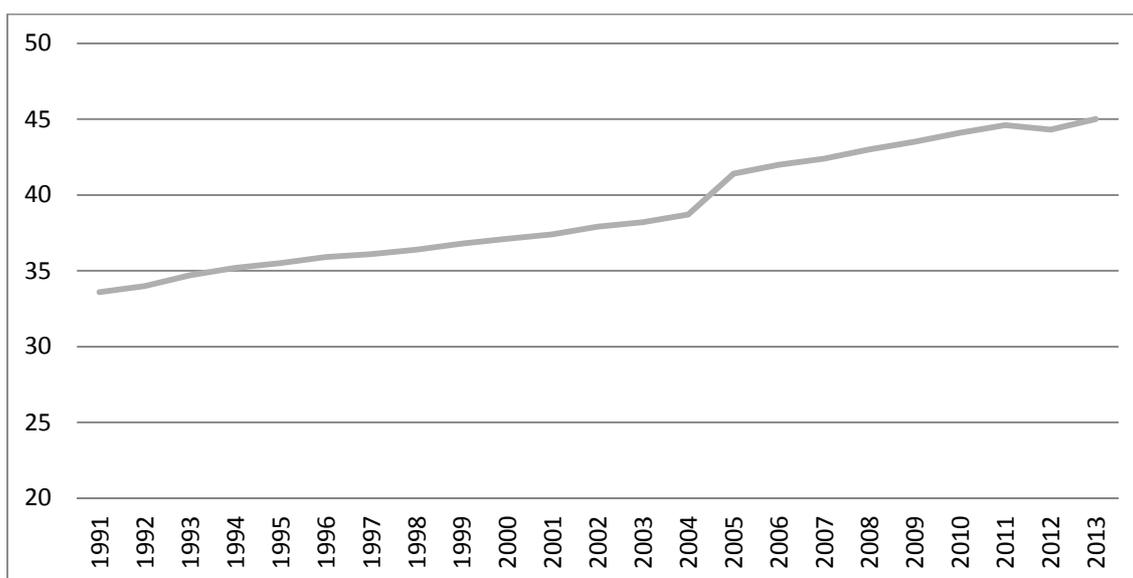
<sup>5</sup> Bestmann et al. In: DÄ. (2004). Heft 12. S. 776-A

<sup>6</sup> Heuwing. In: DÄ. (1992). Heft 31/32. S. 1637-B

## 11.2 Die heutige Situation

Schon seit den 1970er Jahren war eine deutliche Zunahme des Anteils von Frauen im Arztberuf festzustellen. Es stellt sich also die Frage, warum sich Frauen immer mehr zum Arztberuf hingezogen fühlen? Die einen meinten, dass es an der Zulassung zum Studium liege. Frauen hätten nachgewiesenermaßen ein besseres Abitur als ihre Mitschüler und hätten dadurch bessere Chancen auf einen Studienplatz. Andere, wie beispielsweise die Journalistin Barbara Lukesch, glaubten, dass das sinkende Ansehen und Gehalt des ärztlichen Berufs Männer nicht mehr reize und so die Frauen als Lückenbüßer fungierten.<sup>7</sup>

Die unten stehende Grafik (Abbildung 8) zeigt zunächst die Entwicklung von 1991 bis 2013.



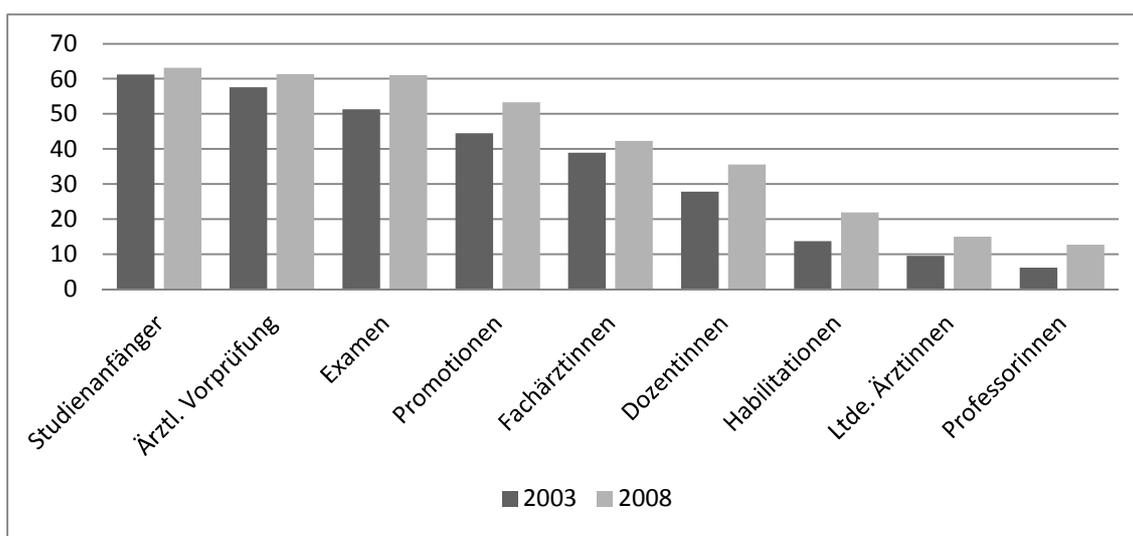
**Abb. 8:** Anteil der Frauen in der Medizin, in %<sup>8</sup>

Auch wenn die Statistik deutlich darlegt, dass der Anteil der Frauen in der Medizin im Zeitraum von 1991 bis 2013 stetig zugenommen hat, stellt dies nur die halbe Wahrheit dar: Die Zahl der Medizinstudentinnen stieg zwar ebenfalls

<sup>7</sup> Hibbeler et al. In: DÄ. (2008). Heft. 12. S. 609-A

<sup>8</sup> Kopetsch. In: DÄ. (2003). Heft 14. S. 891-A; Kopetsch. In: DÄ. (2004). Heft 20. S. 1396-A; Kopetsch. In: DÄ. (2005). Heft 11. S. 716-A; Kopetsch. In: DÄ. (2006). Heft 10. S. 588-A; Kopetsch. In: DÄ. (2007). Heft 11. S. 698-A; Kopetsch. In: DÄ. (2008). Heft 19. S. 985-A; Kopetsch. In: DÄ. (2009). Heft 16. S. 757-A; Kopetsch. In: DÄ. (2011). Heft 20. S. 1098-A; Osterloh. In: DÄ. (2014). Heft 16. S. 672-A

von Jahr zu Jahr, es bestand jedoch nach wie vor eine große Differenz zwischen Studienanfängerinnen und der späteren Zahl der Ärztinnen. So gab es im Jahr 1992 zwar 50% Medizinstudentinnen, der Anteil der Ärztinnen lag aber nur bei 25%.<sup>9</sup> Eine Ein-Zeitpunkt-Betrachtung in den Jahren 2003 und 2008 (s. Abbildung 9), die Daten des Statistischen Bundesamt, der Bundesärztekammer und des IMPPs zusammenfasste, zeigte, wie viele Frauen auf ihrem Aus- und Weiterbildungsweg für den Arztberuf „verloren“ gingen.



**Abb. 9:** Anteil der Frauen auf den verschiedenen Stufen der medizinischen Berufskarriere (Ein-Zeitpunkt-Betrachtung), in %<sup>10</sup>

Der Verlust ist in der Realität allerdings nicht so stark wie er sich in der Statistik darstellt, da keine Zeitverzögerungseffekte berücksichtigt wurden. Aber auch bei einer Berufskarrierenanalyse, die von 1997 bis 2009 durchgeführt wurde, kam es zu einem „Frauenschwund“. Zwar besserte sich das Verhältnis von Studienanfängerinnen zu (Fach-) Ärztinnen wesentlich, aber vor allem bei den Habilitationen und in leitenden Funktionen waren Frauen in der absoluten Minderheit.

Deshalb forderte Monika Sieverding, medizinische Psychologin an der FU Berlin, eine vermehrte Frauenförderung insbesondere an Universitäts-

<sup>9</sup> Deutsches Ärzteblatt. In: DÄ. (1992). Heft 49. S. 2641-B

<sup>10</sup> Kopetsch. In: DÄ. (2003). Heft 14. S. 894-A;

Kopetsch. (2010). [http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie\\_2010.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf) (27.11.2014). S. 100f.

kliniken.<sup>11</sup> Diese Meinung teilten aber längst nicht alle. Viele männliche Kollegen fühlten sich dadurch ungerecht behandelt und wiesen wie der Münchner Arzt Johann Bauer darauf hin, dass Ärzte für ihre weiblichen Kollegen schon genug täten, weil sie ständig Dienste übernehmen müssten, wenn die Frauen schwanger würden und in Mutterschutz gingen. Das sei für männliche Assistenten unzumutbar.<sup>12</sup> Solche Äußerungen empörten naturgemäß viele Leserinnen. Die Reaktionen auf diesen Leserbrief zeigten, wie emotionsgeladen dieses Thema nach wie vor war: Da könne „frau“ sich schon fragen, in welchem Jahrhundert manche Kollegen so lebten. Man solle einfach alle Medizinstudentinnen zwangsweise mit 20 Jahren hysterektomieren, dann könnten sie nicht mehr „dauerschwanger oder dauerkrank spielen“<sup>13</sup>, so der sarkastische Vorschlag einer Kollegin. Diesbezüglich erschien im DÄ auch eine Karikatur der Comicserie *Doc + Doctrix*. Sie stellte eine junge Ärztin dar, die sich beschwerte, dass man ihr nur einen Vertrag anbiete, wenn sie ihren Uterus in einem Glas mitbringe.<sup>14</sup> Die Karikatur erscheint in Zeiten von „Social Freezing“, also dem vorsorglichen Einfrieren von unbefruchteten Eizellen, gar nicht mehr so unwirklich, wie es der Autor des Comics im Jahre 2001 wohl gemeint hat. Auch männliche Kollegen hatten eine Antwort auf Herrn Bauers Leserbrief: „Wenn Ärztinnen schwanger werden, dann werden sie es nicht, um ihren männlichen Kollegen eins auszuwischen oder um finanzielle Vorteile zu erlangen.“<sup>15</sup> Solche Feststellungen mögen selbstverständlich und teilweise lächerlich klingen, sie zeigten aber, dass scheinbar immer noch die Notwendigkeit bestand, dies zu erwähnen. Wenn man die Schwierigkeiten sieht, die Frauen vor allem Anfang der 2000er hatten, eine Anstellung als Ärztin zu bekommen, zeigt sich, warum solche Diskussionen wichtig sind. Für viele Ärztinnen fällt der Abschluss des Studiums in dieselbe Zeit wie die Familienplanung, was natürlich auch die Personalchefs wissen. Frauen mit Kindern bekämen dadurch wesentlich seltener eine Festanstellung angeboten als männliche Kollegen mit Kind. Bei letzteren bestehe sogar ein umgekehrter

<sup>11</sup> Deutsches Ärzteblatt. In: DÄ. (1992). Heft 49. S. 2641-B

<sup>12</sup> Bauer. In: DÄ. (1993). Heft 3. S. 70-B

<sup>13</sup> Michel. In: DÄ. (1993). Heft 5. S. 182-B

<sup>14</sup> Steiner. In: DÄ. (2001). Heft 37. S. 2374-A

<sup>15</sup> Waciewski. In: DÄ. (1993). Heft 6. S. 246-B

Effekt: sie gölten dadurch als besonders verantwortungsbewusst.<sup>16</sup> Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf war also nach wie vor ein großes Streitthema und mit einer der Gründe für die Berufsunzufriedenheit der jungen Ärzte.<sup>17</sup>

Eine Studie der Ärztekammer Niedersachsen fand heraus, dass Frauen deshalb oft lieber im ambulanten Bereich und vor allem in Teilzeit arbeiteten.<sup>18</sup> Das schien Herrn R. Ehlert, Arzt in Regensburg, zu ermutigen sich spöttisch über „Professorinnen und Forscherinnen und was weiß ich noch für -innen“<sup>19</sup> zu äußern. Ihm schien als sei nun bewiesen, dass Frauen ja gar nicht so viel arbeiten und stattdessen lieber von den Zahlungen der Männer bequem leben wollten. Wenn überhaupt arbeiten, dann in stressfreier Umgebung, „am liebsten Dermatologie“.<sup>20</sup> Die Reaktionen auf diesen Brief kann man sich denken: Am besten solle man Frauen ganz abschaffen, dann gebe es auch keine Kinder mehr und so könnten Männer Sozialleistungen zu 100% genießen und müssten sich nicht von „schmarotzenden Schlauköpfen“<sup>21</sup>, den Frauen, ausnutzen lassen, so eine Leserin. Ein anderer Leser hoffte, dass „das alles nur eine soziologische Studie oder ähnliches ist, um die Reaktion der deutschen Ärzteschaft auf derart krude Weltanschauungen zu testen“.<sup>22</sup> Die Äußerungen des Herrn Ehlert seien „ein beleidigender Schlag ins Gesicht meiner hochgeachteten Kolleginnen, eine Diskreditierung aller übrigen Autoren des DÄ und eine Geringschätzung des ärztlichen Lesers“.<sup>23</sup> Nur diese wenigen Beispiele zeigten erneut, wie hitzig die Diskussionen zum steigenden Frauenanteil in der Medizin geführt wurden und welche Emotionen diese Tatsache bei allen Beteiligten auslösen konnte.

Die Wünsche und Bedürfnisse der weiblichen Kollegen veränderten allerdings auch die Sicht der Männer auf ihren Beruf, so Doris Henne-Bruns,

---

<sup>16</sup> Gieseke et al. In: DÄ. (2007). Heft 46. S. 3146-A

<sup>17</sup> Hibbeler et al. In: DÄ. (2008). Heft 12. S. 610-A

<sup>18</sup> Ärztliche Pressestelle Niedersachsen. In: DÄ. (1993). Heft 51/52. S. 2525-B

<sup>19</sup> Ehlert. In: DÄ. (1994). Heft 9. S. 426-B

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> Osebeck. In: DÄ. (1994). Heft 16. S. 826-B

<sup>22</sup> Ohlenschläger. In: DÄ. (1994). Heft 16. S. 826-B

<sup>23</sup> Ibid.

Ärztliche Direktorin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Universitätsklinikums Ulm. Habe die berufliche Karriere bei fast allen Männern bis vor kurzem noch ganz oben auf der Wertskala gestanden, rücke nun zunehmend die Familie und das Privatleben in den Vordergrund. Die neue Ärztegeneration sei nicht mehr bereit, 80 Stunden wöchentlich zu arbeiten und dabei alle anderen Lebensbereiche zu vernachlässigen.<sup>24</sup> Viele Ärzte der ‚alten Schule‘ kritisierten, dass somit das ärztliche Ethos in Gefahr sei. Allerdings müsse sich die Medizin an die neuen Bedingungen anpassen, denn viele Ärztinnen fänden sonst eine bessere Alternative und wendeten sich vom Arztberuf per se ab, so der Medizinethiker Urban Wiesing.<sup>25</sup> Man könne nicht 50% der Bewerber ignorieren, die Feminisierung der Medizin müsse endlich akzeptiert werden.<sup>26</sup> Klar sei aber, dass es trotz des steigenden Frauenanteils immer noch zu einer strukturellen Benachteiligung und subtilen Diskriminierung von Frauen komme. Deshalb setzte sich der Marburger Bund auf seiner Hauptversammlung im Jahre 1994 erneut dafür ein, die Bedingungen für Ärztinnen zu verbessern. Sie dürften „kein fünftes Rad am Wagen“<sup>27</sup> sein. Gerd Rafferscheid und Gerhard Kunz vom Seminar für Sozialwissenschaften in Köln beschäftigten sich infolgedessen mit dem unterschiedlichen Rollenverhalten von Ärzten und Ärztinnen. Dabei wurden sowohl die allgemeine Bevölkerung als auch die Ärzteschaft selbst nach den typischen Eigenschaften von Ärzten vs. Ärztinnen befragt. Die Allgemeinheit lieferte ein sehr gemischtes Bild der angebotenen Eigenschaftspaare wie geduldig-ungeduldig oder aktiv-passiv, das schwer zu interpretieren war. Interessanterweise sehe das Ergebnis innerhalb der Ärzteschaft viel klassischer aus: Ärztinnen seien eher praxisorientiert statt wissenschaftsorientiert, eher abwägend statt entscheidungsfreudig, eher geduldig und eher holistisch statt analytisch im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen. Dabei seien Ärztinnen aber nicht zwangsweise die besseren Ärzte. Ihre Handlungsmuster seien nur anders, was seinen „Ursprung unter anderem

---

<sup>24</sup> Gerst. In: DÄ. (2002). Heft 23. S. 1566-A

<sup>25</sup> Wiesing. In: DÄ. (2005). Heft 39. S. 2612-A

<sup>26</sup> Hibbeler. In: DÄ. (2007). Heft 26. S. 1880-A

<sup>27</sup> Clade. In: DÄ. (1994). Heft 46. S. 2323-B

in der eigenen geschlechterspezifischen, teilweise tradierten Rollenkonzeption“<sup>28</sup> habe.

Thomas Kopetsch, Leiter der Abteilung Bedarfsplanung, Bundesarztregister und Datenaustausch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, war zudem der Meinung, dass man das Potenzial einer weiblicher werdenden Medizin noch nicht genügend nutze. Eine Studie<sup>29</sup>, die im Journal of the American Medical Association im Jahre 2002 veröffentlicht wurde, hatte nachgewiesen, dass Ärztinnen im Patientengespräch erfolgreicher seien, denn ihr Draht zu den Patienten sei besser, sie stellten den Kranken vermehrt in den Mittelpunkt und bezögen den Lebenskontext öfter mit ein. Außerdem seien sie eher bereit, psychosoziale Themen anzusprechen und seien als Mensch emotionaler und positiver eingestellt.<sup>30</sup> Ferner seien Frauen besser in Sachen Kommunikation, einerseits mit dem Patienten, andererseits aber auch mit den Kollegen, was zu einer vermehrten gegenseitigen Wertschätzung führe.<sup>31</sup> Eine weitere US-amerikanische Studie<sup>32</sup> konnte nachweisen, dass Kommunikationsfehler zwischen Patient und Arzt eine der häufigsten Gründe für einen Arztwechsel darstellten, schließlich ist für viele Patienten das Gespräch mit dem Arzt am wichtigsten, wie eine britische Studie zeigen konnte.<sup>33</sup>

---

<sup>28</sup> Reifferscheid et al. In: DÄ. (1999). Heft 40. S. 2494ff.-A

<sup>29</sup> Roter et al. In: Journal of the American Medical Association. (2002). S. 756-64

<sup>30</sup> Kopetsch. In: DÄ. (2003). Heft 14. S. 891-A;

Kopetsch. (2010). [http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie\\_2010.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf) (27.11.2014). S. 92

<sup>31</sup> Hibbeler et al. In: DÄ. (2008). Heft 12. S. 612-A

<sup>32</sup> Keating et al. In: Journal of General Internal Medicine. (2002). Heft 1. S. 29-39

<sup>33</sup> Robinson. In: British Medical Journal. (2001). 322. S. 468-72.

### **11.3 Zusammenfassung und Bewertung**

Es zeigte sich, dass Frauen im Arztberuf noch nicht so selbstverständlich sind, wie man annehmen könnte. Dies ist allerdings kein Phänomen, das sich allein auf den Arztberuf begrenzt. In vielen Berufsgruppen, vor allem im technischen Bereich, scheinen es Frauen immer noch schwer zu haben, gänzlich akzeptiert zu werden. Man kann womöglich sogar sagen, dass Ärztinnen es relativ zu anderen Berufen gesehen sogar einfacher haben, vor allem wenn man die Tatsache betrachtet, dass die Arztprofession früher ein reiner Männerberuf war. Trotzdem wird der Arztberuf kein reiner Frauenberuf werden (können), denn nach wie vor scheint die Doppelbelastung von Beruf und Familie viele Ärztinnen auszubremsen, auch wenn nicht jede von ihnen dies unbedingt negativ bewertet. Man kann aber für die Zukunft sagen, dass sich der Arztberuf und damit vermutlich auch das Bild des Arztes in der Gesellschaft mit und durch die Frauen ändern wird, da Ärztinnen, wie sich in einigen Studien gezeigt hat, andere Fähigkeiten und Eigenschaften mitbringen. Zudem kann von Ärzten generell und von Ärztinnen im Besonderen, die gleichzeitig oftmals auch eine Familie gründen und betreuen wollen, heute nicht mehr erwartet werden, dass sie 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr für ihre Patienten da sind. Der eigentliche Arztberuf rückt durch die Feminisierung damit etwas aus dem Fokus und bekommt eine andere Qualität.

## 12 Die Arztzahlentwicklung und ihre Auswirkungen auf das Arztbild

Mittlerweile veröffentlicht die Bundesärztekammer jährlich eine Ärztestatistik im DÄ, die sie zusammen mit dem Statistischen Bundesamt erstellt. Schon in den 1950er Jahren wurden stets Daten zur Ärztezah und -zusammensetzung gesammelt und im DÄ publiziert. In manchen Zeiten war dabei ein Ärztemangel, in anderen Zeiten ein Ärzteüberschuss zu erkennen. Es stellt sich nun die Frage, ob und inwiefern dies jeweils Auswirkungen auf das Arztbild in der Gesellschaft hatte; ob beispielsweise der Arztberuf in Zeiten des Ärzteüberschusses attraktiver war oder in Zeiten des Ärztemangels weniger beliebt. Dabei erschien es zunächst auch bedeutend, den Begriff des Ärzteüberschusses oder des Ärztemangels zu definieren. Es hatte sich herausgestellt, dass die Arztzahlentwicklung eine eigene Dynamik hatte, sodass sie nicht immer in die Kapitel der jeweiligen Zeit passt. Außerdem stellt sie eine in sich abgeschlossene Entwicklung dar, die sich als Zusammenfassung am Ende der vorliegenden Arbeit anbot.

### 12.1 „Die Überfüllung des Arztberufes“<sup>1</sup> (1949-1956)

Die sogenannte Überschwemmung des Arztberufes wurde in der Nachkriegszeit immer wieder erwähnt. Es stellt sich aber zunächst die Frage, was eine Überfüllung des Arztberufes überhaupt bedeutet. Ein Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage entsteht in zwei Fällen: entweder bei einem Rückgang der Nachfrage oder einem Überangebot an Ärzten. Ersteres war in der Zeit nach dem Krieg sicher auszuschließen, es musste also einen Grund dafür geben, dass das Angebot an Medizinern größer war als der Bedarf?<sup>2</sup> Einer der Hauptgründe für die Ärzteschwemme war die Tatsache, dass man während des Krieges junge Männer zum Medizinstudium beurlaubt hatte, um „Nachschub“ für die medizinische Versorgung an der Front auszubilden. Dies hatte dazu

<sup>1</sup> Koch. In: ÄM. (1953). Heft 6. S. 154

<sup>2</sup> Stockhausen et al. In: ÄM. (1955). Heft 1. S. 4

geführt, dass mehr als die Hälfte aller Studenten im WS 1943/44 Mediziner waren.<sup>3</sup> Auch nach dem Krieg ebte die Studentenzahl nicht ab, denn nun kamen noch jene hinzu, die während des Krieges nicht die Möglichkeit zum Studium gehabt oder gar eine Zeit lang in Gefangenschaft verbracht hatten. Außerdem strömten die frischgebackenen Abiturienten nun gleich an die Universitäten, da der Wehrdienst abgeschafft worden war. Weitere Ursachen für die ansteigenden Ärztezahlen waren zudem die aus der Sowjetzone geflüchteten Kollegen sowie Heimatvertriebene und Militärärzte, die nun auch in die zivile Versorgung drängten. Allerdings könne der Ärzteüberschuss nicht allein durch heimatvertriebene Ärzte entstanden sein, da diese „ihre Patienten mitgebracht“ hätten, so der Ärztefunktionär Josef Stockhausen.<sup>4</sup>

**Tab. 1:** Arztzahlentwicklung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts<sup>5</sup>

	1907	1937	1952
<b>Medizinstudenten pro 10 000 Einwohner</b>	1,8	2,4	3,9
<b>Ärzte pro 10 000 Einwohner</b>	5,3	8,6	13,5
<b>Einwohner (Gesamtdeutschland)</b>	63 Mio.	66 Mio.	70,2 Mio.

Wie sehr die Ärztezahl bis zu den 1950er Jahren tatsächlich zugenommen hatte, kann man aus der oben stehenden Tabelle (Tab. 1) ableiten. Sowohl die Zahl der Ärzte als auch die Anzahl der Medizinstudenten verdoppelte sich im Zeitraum von 1907 bis 1952, während die Bevölkerung Gesamtdeutschlands im selben Zeitraum lediglich um 11% anwuchs.<sup>6</sup> Vergleicht man die Ärztezahl pro 10 000 Einwohnern mit anderen Ländern, so gab es nur in den USA und Palästina mehr Ärzte pro Einwohner. Während Deutschland im Jahr 1948 dafür

<sup>3</sup> Koch. In: ÄM. (1953). Heft 6. S. 154

<sup>4</sup> Stockhausen et al. In: ÄM. Heft 1. S. 7

<sup>5</sup> Koch. In: ÄM. (1953). Heft 6. S. 154;

Unbekannt. In: Der Spiegel. (1950). Ausgabe 30. S. 30

<sup>6</sup> Statistisches Bundesamt. (2012).

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1358/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-deutschlands/> (22.06.12).

jedoch 3,2 Medizinstudenten pro 10 000 Einwohner ausbildete, waren es in den USA zur gleichen Zeit nur 1,5.<sup>7</sup>

Die Überschwemmung des Arztberufes durch sogenannte Jungärzte stellte ein großes Problem für die Ärzteschaft der Nachkriegsjahre dar. Der Psychiater und Politiker Willy Hellpach sprach sogar von einer „Inflation“ und führte dies auf die schon erwähnte „Kriegsüberproduktion“ zurück.<sup>8</sup> Um die hohen Verluste der Wehrmachtsärzte wieder auszugleichen, hatte man zu Kriegszeiten Mediziner am Fließband produziert. Obwohl nach dem Krieg die Zulassung zum Medizinstudium bedeutend eingeschränkt wurde, drängten immer noch mehr Interessenten an die Universitäten als Ausbildungsplätze vorhanden seien. Auch außerhalb des DÄs wurde das Thema diskutiert. So veröffentlichte *Der Spiegel* 1950 einen langen Artikel mit dem Titel „Jungärzte - Es gibt zu viele“. Hier wurde die Misere der sogenannten Jungärzte deutlich aufgezeigt. Statt einer festen Anstellung im erlernten Beruf, erwarteten die Hochschulabsolventen nach der Approbation unbezahlte Volantärstellen, die finanziell durch unsichere, vor allem auch berufsfremde Beschäftigungsverhältnisse als Straßenbahnschaffner, Telefonist oder Briefträger ausgeglichen wurden, auch Blutspenden einmal im Monat besserten die Kasse auf.<sup>9</sup> So züchte man „Wohlfahrtsempfänger“, die unzufrieden und schlecht ausgebildet in die Praxis gingen. Unweigerlich führe dies zu einer Verschlechterung des ärztlichen Niveaus zum Nachteil des Volkes, so der Hauptschriftleiter und Herausgeber der *Ärztlichen Mitteilungen* Carl Oelemann.<sup>10</sup> Man habe der Masse an „neuen Jüngern“ glaubhaft gemacht, sie wählten einen krisenfesten Beruf ohne aber klarzustellen, dass dieser eine herausragende Verantwortungsfreudigkeit und ein außerordentliches Einfühlungsvermögen, also eine Berufung voraussetze, so der Gynäkologe und Autor Bodo Manstein. Die meisten sähen nur das Bild des „Halbgottes in Weiß“, der von seinen geheilten Patienten angebetet würde und nicht den unterbezahlten Pflichtassistenten, der frühestens mit 40 Jahren eine Kassenzulassung und

<sup>7</sup> Unbekannt. In: *Der Spiegel*. (1950). Ausgabe 30. S. 30

<sup>8</sup> Hellpach. In: *ÄM*. (1949). Heft 1. S. 4

<sup>9</sup> Unbekannt. In: *Der Spiegel*. (1950). Ausgabe 30. S. 30

<sup>10</sup> Oelemann. In: *ÄM*. (1950). Heft 1. S. 2

somit eine finanzielle Absicherung bekomme. Dies mache es umso wichtiger, den Arztberuf nicht völlig uneingeschränkt und unbeaufsichtigt zu lassen, was aber nur durch eine eiserne Standesaufsicht geschehen könne und nicht durch eine Verstaatlichung oder Verbeamtung des ärztlichen Berufes, welche nur noch mehr moralischen Schaden anrichten würde.<sup>11</sup> Die Zulassung zum Medizinstudium müsse also trotz der rückläufigen Zahlen besser geregelt sein, denn obwohl die Misere der medizinischen Hochschulabsolventen bereits in der allgemein Öffentlichkeit angekommen war, werde der Arztberuf immer noch als krisenfest und gesellschaftsfähig angesehen, sodass sich das Problem nicht von alleine lösen werde.<sup>12</sup> Jedoch dürfe eine Selektion nicht nur nach intellektuellen Fähigkeiten geschehen, denn nur ein guter Mensch werde ein guter Arzt, meinte der Autor und Internist Hans Schulten.<sup>13</sup>

Um eine Lösung zu finden, schlossen sich bereits 1947 ernüchterte Jungärzte zum *Marburger Bund* zusammen. Sie verlangten nicht nur eine Drosselung der Erstsemester im Medizinstudium, ihrer Meinung nach könne die Anzahl der Ärzte nur wirksam gesenkt werden, wenn das Medizinstudium für mehrere Jahre gänzlich gesperrt würde. Zudem könne man vom amerikanischen Bildungssystem lernen, welches zunächst eine Weiterbildung im College verlange, sodass Studenten erst mit 21 Jahren zum Medizinstudium zugelassen würden. Sie seien dann reifer und würden über ein größeres Allgemeinwissen verfügen.<sup>14</sup> Zu solchen Maßnahmen kam es jedoch nicht. Die Zulassungszahl zum Medizinstudium wurde zwar deutlich gesenkt, im Laufe der 1950er Jahre kam es jedoch durch den wirtschaftlichen Aufschwung und die zunehmende Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu einer allmählichen Besserung der Lage.

---

<sup>11</sup> Manstein. In: *ÄM.* (1950). Heft 22. S. 472;

Bundesärztekammer. In: *ÄM.* (1956). Heft 8. S. 213

<sup>12</sup> Unbekannt. In: *Der Spiegel.* (1950). Ausgabe 30. S. 31

<sup>13</sup> Schulten. In: *ÄM.* (1956). Heft 30. S. 855

<sup>14</sup> Unbekannt. In: *Der Spiegel.* (1950). Ausgabe 30. S. 31

## 12.2 Drohte nach der Nachkriegsärzteschwemme nun ein Ärztemangel? (1961-1969)

Schon im Jahre 1961 schrieb Ernst Fromm, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages von 1959 bis 1973: An die Zeit, in der „sogen. ‚Volontäre‘ schlechter als Putzfrauen bezahlt wurden und sich zwei Assistenzärzte das Gehalt einer Stelle teilen mussten“<sup>15</sup>, könne man sich kaum erinnern. Karikaturen, in denen gezeigt werde, wie ein Hospitant anlässlich seiner goldenen Hochzeit eine bezahlte Assistentenstelle bekomme, gehörten so nun auch der Vergangenheit an. In der Zwischenzeit sei stattdessen ein Überangebot an Ober- und Assistenzarztstellen entstanden.<sup>16</sup> Allerdings könne man noch nicht von einem generellen Ärztemangel sprechen. Zwar fehlten auf dem Land teilweise Ärzte, dies habe jedoch vor allem mit der mangelnden Attraktivität vor Ort, besonders der schlechten Bezahlung zu tun. Betrachte man die Entwicklung der Arztzahlen, so könne man beruhigt feststellen, dass diese seit dem Krieg doppelt so stark angestiegen sei wie die Bevölkerungszahl. Somit sei Deutschland bezüglich der Arztdichte an einsamer Spitze, so Stockhausen.<sup>17</sup> Dies belegten auch Zahlen, die er bei seiner Antrittsvorlesung in Marburg 1969 präsentierte:

**Tab. 2:** Arztzahlentwicklung der 1950er und -60er Jahre<sup>18</sup>

Jahr	Arztzahlen	Einwohner in Mio.	Einwohner / Arzt
1953	71 931	51	709
1958	79 425	54	680
1968	104 515	59	574

Wie aus der Tabelle ersichtlich, stiegen die Arztzahlen von 1953 bis 1968 um 45,3%, die Bevölkerungszahlen nur um 15,7%. Von einem Ärztemangel konnte also keine Rede sein, insbesondere auch mit Blick auf die Arztdichte: 1968

<sup>15</sup> Dyes. In: ÄM. (1961). Heft 46. S. 2644

<sup>16</sup> Fromm. In: ÄM/DÄ. (1962). Heft 14. S.765

<sup>17</sup> Stockhausen. In: DÄ. (1968). Heft 52. S. 3003

<sup>18</sup> Stockhausen. In: DÄ. (1969). Heft 31. S. 2197

teilten sich in Deutschland nur 574 Einwohner einen Arzt, während in Großbritannien 1970 beispielsweise 1 064 Einwohner auf einen Arzt kamen, in Frankreich waren es zur gleichen Zeit 781, einzig Griechenland kam mit 617 Einwohner pro Arzt fast an den deutschen Wert heran.<sup>19</sup>

Wie attraktiv der ärztliche Beruf in den 1960er war, zeigte vor allem auch der enorme Anstieg der Studierendenzahl. Im Jahr 1954 waren es insgesamt 10 339, 1967 war die Zahl bereits auf 29 471 angestiegen. Dies sei vor allem auf die besseren finanziellen Bedingungen für den Ärztestand zurückzuführen. Nach dem Krieg und bis Mitte der 1950er habe die Ärzteschaft wirtschaftlich schlecht da gestanden. Viele hätten nachts als Straßenbahnschaffner, Hilfsarbeiter oder Barkeeper arbeiten müssen, um über die Runden zu kommen. Erst mit Einführung des Kassenarztrechts 1955 habe sich die Situation wesentlich gebessert. Stockhausen warnte aber vor zu großer Euphorie, denn es gebe bald wieder zu viele Studenten und damit auch zu viele Ärzte. „Ein Volk kann und sollte so viele Ärzte haben, als es u.a. auch bereit und gewillt ist, zu bezahlen.“<sup>20</sup>

### **12.3 Die Ärzteschwemme der 1980er Jahre als Einschränkung der Berufsfreiheit?**

Auch in den 1980er Jahren waren die Arztzahlentwicklung und das Bild des Arztes in der Gesellschaft eng verknüpft. Die ärztliche Versorgung hatte sich seit den 1960er Jahren enorm verbessert, in diesem Rahmen hatte sich die Zahl der Ärzte verdoppelt. Waren es 1960 noch 74 486 berufstätige Ärzte gewesen, zählte man 1983 nun 148 720. Dabei war die Bevölkerungszahl zwar auch gewachsen, aber nicht in demselben Maße. Während die Arztdichte 1960 1:740 betragen hatte, kamen nun auf einen Arzt nur noch 415 Einwohner.<sup>21</sup> Wie die Zahlen der KBV aus dem Jahre 1983 zeigten, hatte sich auch die Anzahl

---

<sup>19</sup> OECD. (2007). [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/practising-physicians-doctors\\_20758480-table4](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/practising-physicians-doctors_20758480-table4) (21.12.2014).

<sup>20</sup> Stockhausen. In: DÄ. (1969). Heft 31. S. 2200

<sup>21</sup> Globus. In: DÄ. (1983). Heft 23. S. 56-B

der Studienanfänger in der Humanmedizin seit 1975 nahezu verdoppelt. Waren es damals noch 6 700 gewesen, so begann im Jahre 1983 bereits 11 350 ein Medizinstudium, wobei die Tendenz steigend war.<sup>22</sup>

War die Arbeitsmarktsituation für Ärzte in den 1960er Jahren eher ausgeglichen gewesen, so war nun wieder von einer „Arztschwemme“<sup>23</sup> die Rede. Man habe in den Jahren zuvor auf die Selbstregulierung des Medizinmarktes gehofft, so Philipp Herder-Dornreich vom Forschungsinstitut für Einkommenspolitik, aber der Nachwuchs sei trotz aller öffentlichen Diffamierung vom hohen „Status-Image“<sup>24</sup> der Heilberufe beeindruckt. Zudem sei der Gesundheitstrend in der Gesellschaft nicht wegzudiskutieren. Die Problematik sei letztlich nur zu lösen, indem alternative Berufsfelder geschaffen würden, wie beispielsweise die Umwelt- oder Arbeitsmedizin, so der Medizinsoziologe Alexander Schuller.<sup>25</sup> Die KBV-Vertreterversammlung war sich jedoch nicht einig, ob die sogenannte Arztschwemme über eine Zulassungssperre reglementiert werden könne oder gar über eine Beendigung der Kassenzulassung mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Dies würde die Freiberuflichkeit des Arztes empfindlich einschränken.<sup>26</sup> Auch die Teilnehmer des 83. Deutschen Ärztetages mochten betont wissen, dass die freie Ausübung des ärztlichen Berufes essenziell für die Qualität der ärztlichen Leistung ist. Der Arzt sei nur seinem Gewissen verpflichtet und dürfe keine Weisungen von Angehörigen anderer Berufe empfangen.<sup>27</sup> Ebenso frei müsse die Arztwahl bleiben, denn nur so könne der Patient sich *den* Arzt herausuchen, dem er wirklich am meisten vertraue. Ein Arzt habe immer die Patienten, die auch zu ihm passten, denn nur für diese habe er ein „kuratives Charisma“.<sup>28</sup> Der Ärztestand sei in seiner Berufsausübung allerdings nur insofern frei, als in jeder Bevölkerung andere Bedürfnisse herrschten und man je nach politischem System ganz unterschiedliche Bedingungen innerhalb der sozialen Sicherung vorfinden

<sup>22</sup> DeutschesÄrzteblatt. In: DÄ. (1985). Heft 10. S. 632-B

<sup>23</sup> Häussermann. In: DÄ. (1984). Heft 16. S. 1254-B

<sup>24</sup> Ibid.

<sup>25</sup> Ibid.

<sup>26</sup> KBV-Versammlung. In: DÄ. (1985). Heft 21. S. 1585-B

<sup>27</sup> 83. Deutscher Ärztetag. In: DÄ. (1980). Heft 25. S. 1641

<sup>28</sup> Garcia. In: DÄ. (1980). Heft 28. S. 1771

könne. So verpflichtete sich der Arzt in der Bundesrepublik Deutschland beispielsweise trotz sich ständig ändernder wirtschaftlicher und sozialer Bedingungen alle Menschen gleich zu behandeln, welcher Herkunft, Religion, Nationalität oder sozialen Stellung sie auch angehören mögen.<sup>29</sup>

#### **12.4 Der zunehmende Ärztemangel als Konsequenz unzufriedener Ärzte (2000-2014)**

In den 1970er Jahren und Anfang der 1980er Jahre schien die Nachfrage und das Angebot an Ärzten ausgeglichen zu sein. Zumindest fand man in dieser Zeit keinerlei Artikel, die auf eine Unzufriedenheit diesbezüglich hinwiesen. Erst Mitte der 1980er Jahre wirkte das Gleichgewicht wieder gestört. Es gab erneut zu viele Ärzte und so förderten Gewerkschaften, Ärztekammern und die Universitäten ärztliche Berufsalternativen wie zum Beispiel die Medizintechnik oder das Krankenhausmanagement, um eine erneute Überschwemmung des Arztberufes zu vermeiden. Dennoch war es für Hochschulabsolventen schwierig, nach dem AiP eine gute Anstellung zu bekommen, sodass sie oft froh sein mussten eine Anstellung zu finden.

Zu Beginn des neuen Jahrtausends fanden junge Ärzte schließlich den Mut, gegen ihre Arbeitsbedingungen aufzubegehren, mit denen sie zunehmend unzufrieden waren. Konnten sie sich dies in den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts gar nicht leisten, hatte sich die Situation nun komplett geändert. „Ärzte sind von Suchenden zu Gesuchten geworden“<sup>30</sup>, meinte Ingo Flenker, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Ungefähr im Jahr 2002 sei die Lage gekippt. Quasi über Nacht sei aus der Ärzteschwemme ein Ärztemangel geworden „ohne den Umweg über ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage zu nehmen“.<sup>31</sup> Dabei stellt sich die Frage, wie weder die Politik, noch die Krankenhausdirektoren dies kommen sehen konnten. Bis Ende der 1990er Jahre hatte man jungen Ärzten empfohlen

---

<sup>29</sup> 86. Deutscher Ärztetag. In: DÄ. (1983). Heft 21. S. 23ff.-B

<sup>30</sup> Seger. In: DÄ. (2003). Heft 28-29. S. 1911-A

<sup>31</sup> Malzahn et al. In: DÄ. (2007). Heft 31-32. S. 2223-A

nur nicht-kurativ tätig zu werden und nun musste man plötzlich feststellen, dass überall die Ärzte fehlten.<sup>32</sup> „Der Ärztemangel ist keine Naturkatastrophe“<sup>33</sup>, so der freie Medizinjournalist Franz Jürgen Schell, nun medizinischer Pressesprecher der Asklepioskliniken, man habe die Warnsignale verschlafen. Zudem seien die Wurzeln in den 1990ern systematisch gelegt worden. Früher habe man auf 50 Bewerbungen drei Absagen und sonst nichts bekommen. Nun könne man sofort 30 Stellen antreten.<sup>34</sup> Der anschwellende Stellenanzeigenteil im DÄ und in anderen Ärztezeitschriften spreche für sich, meinte der Internist Hans-Bernd Bludau.<sup>35</sup> Diesbezüglich verglich die Berliner Ärztin Annemarie Wiegand in einer Studie die Stellenangebote im DÄ in den Jahren 1994-1996 und 2000-2001. Dabei stellte sich heraus, dass sich die Anzahl der Seiten verdreifacht, die Angebote für Assistenzärzte vervierfacht und selbst die Anzeigen für Fach-, Ober- und Chefärzte fast verdoppelt hatte.<sup>36</sup> Diese Entwicklung setzte sich auch in den Jahren danach weiter fort und so waren im Jahr 2008 etwa 20% mehr Stellenanzeigen als im selben Zeitraum des Jahres 2007 zu verzeichnen.<sup>37</sup> Interessant sei es auch, einen Blick auf die Stellenanzeigen aus anderen Ländern zu werfen, da diese sich extrem von den deutschen unterschieden. Während die ausländischen Anzeigen eine freundliche Einladung zur Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit darstellten, sei bei den deutschen Annoncen v.a. ein betriebswissenschaftlicher Wortschatz zu finden. Wörter wie prozessorientiert, dynamisch, kooperationswillig, engagiert, lösungsorientiert hätten wenig mit der ärztlichen Aufgabe zu tun.<sup>38</sup>

Auch die Ärztestatistik deutete auf einen zunehmenden Ärztemangel hin. Obwohl die Zahl der Ärzte jährlich zunahm (Anfang der 2000er um ca. 1,6%, 2005 allerdings nur um 0,4%), lag der Nettozugang an ärztlich tätigen Medizineren unter dem langfristigen Durchschnitt. Dies wird vor allem deutlich, wenn man sich die Entwicklung der Erstanmeldungen bei den Ärztekammern

<sup>32</sup> Müller. In: DÄ. (2008). Heft 6. S. 273-A

<sup>33</sup> Schell. In: DÄ. (2013). Heft 14. S. 666-A

<sup>34</sup> Böhmeke. In: DÄ. (2003). Heft 36. S. 2264-A

<sup>35</sup> Bludau et al. In: DÄ. (2002). Heft 3. S. 100-A

<sup>36</sup> Wiegand. In: DÄ. (2002). Heft 20. S. 1349-A

<sup>37</sup> Martin. In: DÄ. (2008). Heft 16. S. 853-A

<sup>38</sup> Freericks. In: DÄ. (2004). Heft 24. S. 1768-A

vor Augen führt. Waren es 1998 noch 7 862 Absolventen, die sich bei den Kammern anmeldeten, so waren es im Jahre 2002 nur noch 6 675. Das ist ein Rückgang um 15,1%.<sup>39</sup> Man brauche aber mittlerweile jährlich 8 000 neue Ärzte, die die altersbedingt ausscheidenden Ärzte ersetzen. Bei einer Absolventenzahl von jährlich ca. 7 000, wobei 20% sich nicht für den Arztberuf entschieden, tue sich also eine immer größere Versorgungslücke auf.<sup>40</sup> Ein weiteres Indiz für den herrschenden Ärztemangel sei der Facharztindex. Dieser zeigt an, wie viele Fachärzte rein rechnerisch auf eine Stellenanzeige entfallen. Im Durchschnitt lag dieser Wert im Jahr 2008 bei 14,6. Manche Fachgebiete könnten aber nur die Indexzahl 5 aufweisen. Das sei alarmierend, da das Problem sehr viel langfristiger als bei Assistenzarztstellen sei.<sup>41</sup> Ärzte fehlten auch als Konsequenz des EuGH-Urteils, das kürzere Arbeitszeiten verlangte. Dies passte in den Trend, der seit den 1970er Jahren in Deutschland anhielt. Das Institut für Arbeits- und Berufsforschung fand heraus, dass seit 1970 die Arbeitszeit der Deutschen um 31 % abgenommen hatte, wobei dies auch für Ärzte galt. Allein von 2000 bis 2007 reduzierte sich die Arbeitszeit der berufstätigen Ärzte um 6,1%,<sup>42</sup> sodass faktisch mehr Ärzte eingestellt werden mussten, um die gleiche Versorgung zu gewährleisten. Darüber hinaus seien junge Ärzte auch nicht mehr bereit, unbezahlte Überstunden zu leisten.<sup>43</sup> Außerdem bestand aufgrund einer jährlich steigenden Patientenzahl ein relativer Ärztemangel.<sup>44</sup> Dies komme einerseits dadurch zu Stande, dass die Gesellschaft medizinische Leistungen zunehmend in Anspruch nehme, denn vor allem in den letzten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts seien viele neue diagnostische und therapeutische Methoden hinzu gekommen, die somit ein größeres Anwendungsfeld für die Heilkunst bedingten. Dementsprechend stieg die Zahl der benötigten Ärzte. Andererseits brachte die demografische Entwicklung schlicht mehr Patienten hervor, denn durch immer bessere Medizin wurde die Gesellschaft immer älter. Dabei gab es nicht nur mehr Patienten,

<sup>39</sup> Clade. In: DÄ. (2003). Heft 24. S. 1651-A

<sup>40</sup> Flintrop. In: DÄ. (2009). Heft 36. S. 1704-A

<sup>41</sup> Martin. In: DÄ. (2008). Heft 16. S. 854-A

<sup>42</sup> Kopetsch. (2010). [http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie\\_2010.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf) (27.11.2014). S. 137f.

<sup>43</sup> Malzahn et al. In: DÄ. (2007). Heft 31-32. S. 2223-A

<sup>44</sup> Richter-Kuhlmann. In: DÄ. (2007). Heft 42. S. 2842-A

sondere ihre Krankheiten wurden zunehmend aufwendiger. So konnten Daten des Bundesversicherungsamtes zeigen, dass für einen über 60-jährigen Patienten 3,25 mal so viele Ausgaben entfielen wie auf einen unter 60-jährigen. War man früher recht schnell an einer Infektionskrankheit gestorben, so war diese Todesursache zugunsten von Herz-Kreislaufferkrankungen und Krebs verdrängt worden. Letztere erforderten aber oft eine jahrelange Betreuung und traten parallel auf, sodass wiederum mehr Ärzte beansprucht werden mussten.<sup>45</sup> Auch die sogenannte Feminisierung der Medizin trug zu einem geringeren Arbeitsangebot bei, denn Frauen werden schwanger, genießen gesetzlichen Mutterschutz, nehmen Elternzeit und wollen später oft in Teilzeit weiter arbeiten.<sup>46</sup> Nach Berechnungen der Bundesagentur für Arbeit arbeiteten Ärztinnen durchschnittlich nur 72% des Arbeitsvolumens ihrer männlichen Kollegen.<sup>47</sup> Dadurch müsse man zurzeit drei Ärztinnen ausbilden, um zwei in den Ruhestand gehende Ärzte zu ersetzen.<sup>48</sup>

Wie kann es also sein, dass mehr Ärzte (12 000 jährlich) ausgebildet werden als zum Ersatz ausscheidender Mediziner nötig wären und trotzdem Ärzte fehlen? Wie passt es zusammen, dass Ärzte in der Gesellschaft immer noch mit das höchste Sozialprestige genießen und auch die Beliebtheit des Studiengangs Medizin nach wie vor hoch ist und trotzdem dem Land die Ärzte abhanden kommen?<sup>49</sup> Zusätzlich zu den oben genannten Gründen für einen Ärztemangel kam die Tatsache, dass immer mehr Jungmediziner sich von der kurativen Medizin abwendeten und sich in alternativen Berufsfeldern wie z.B. in der Medizininformatik, im Medizinjournalismus oder in Bereichen wie Public Health, Krankenhauscontrolling und der Pharmaforschung engagierten, wie Frank Ulrich Montgomery, damals 1. Vorsitzender des Marburger Bundes und später Präsident der Bundesärztekammer, feststellte. Es war also zu einer Ausdifferenzierung des Arbeitsmarktes für Ärzte gekommen. Jeder zweite Medizinstudent könne sich zurzeit vorstellen, außerhalb der kurativen Medizin

<sup>45</sup> Kopetsch. (2010). [http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie\\_2010.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf) (27.11.2014). S. 124ff.

<sup>46</sup> Richter-Kuhlmann. In: DÄ. (2009). Heft 18. S. 852-A;

Flintrop. In: DÄ. (2009). Heft 36. S. 1705-A

<sup>47</sup> Kopetsch. (2010). [http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie\\_2010.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf) (27.11.2014). S. 136

<sup>48</sup> Bühren et al. In: DÄ. (2011). Heft 21. S. 1168-A

<sup>49</sup> Abele. In: DÄ. (2001). Heft 46. S. 3008-A

zu arbeiten, wie eine Studie des Hartmannbundes aus dem Jahr 2011 besagte.<sup>50</sup> Die Gründe dafür waren vielfältig. Am stärksten wiegte die als nicht leistungsgerecht empfundene Entlohnung. Danach folgte die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie und schließlich die zunehmende Bürokratisierung des Arztberufes, wie eine Studie aus dem Jahre 2004 des damaligen Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit (BMGS) herausfand. Aber auch schon während des Studiums gingen die Ärzte in spe verloren. War die Abbrecherquote im Medizinstudium jahrzehntelang äußerst niedrig (ca. 5%) gewesen, so betrug sie mittlerweile 14%. Dabei zeigte sich, dass vor allem im vorklinischen Studienabschnitt die Studenten der Medizin den Rücken kehrten, da sie die Ausbildung als zu praxisfern empfanden und sich von den Dozenten wenig ernst genommen und somit schlecht betreut fühlten.<sup>51</sup>

Ein weiteres schwarzes Loch war die Abwanderung ins Ausland, besonders nach Großbritannien, in die Schweiz und USA, auch Österreich und die skandinavischen Länder waren sehr beliebt.<sup>52</sup> So wie Hippokrates zuvor, gingen Ärzte nun wieder auf Wanderschaft, stellte Eva Richter-Kuhlmann, Mitarbeiterin der politischen Redaktion beim DÄ, fest.<sup>53</sup> Es sollte die Verantwortlichen nachdenklich stimmen, wenn Drittsemester schon einen Norwegischkurs besuchten, so Richter-Kuhlmann.<sup>54</sup> Dies spiegelte sich auch in der unten stehenden Ärztestatistik (Abbildung 10) der Bundesärztekammer wider, die die zunehmende Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland darstellt. Von 2000 bis 2013 verdreifachte sich die Abwanderung nahezu, besonders drastisch zeigte sich die Entwicklung im Zeitraum von 2000-2003, hier fand eine Verdopplung der Zahlen in nur vier Jahren statt.

---

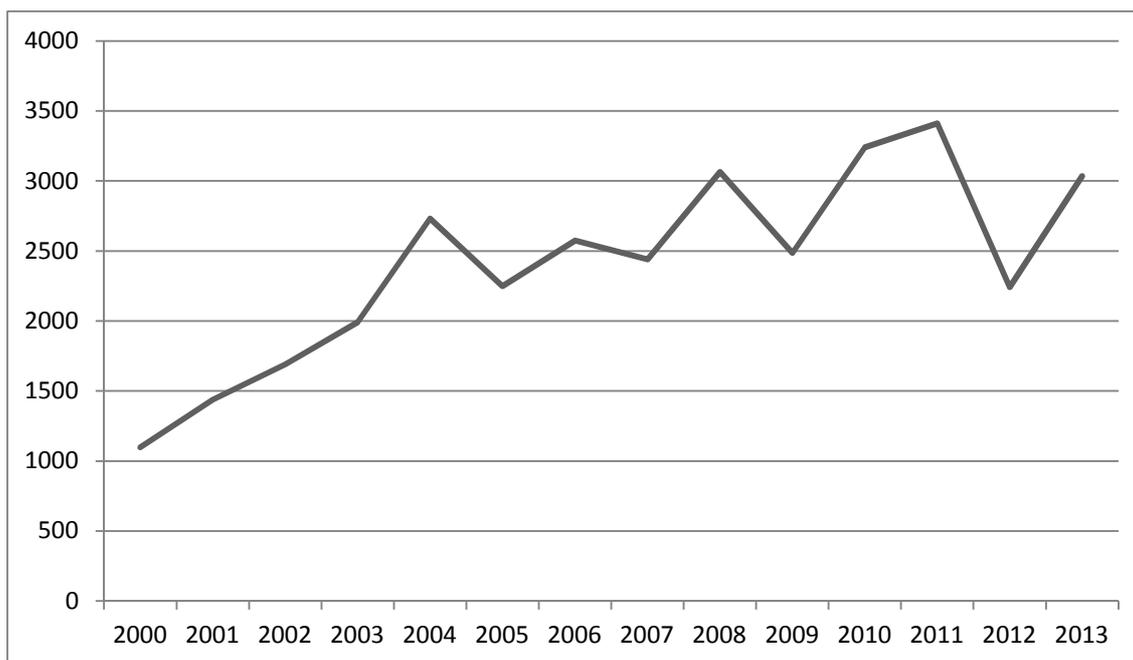
<sup>50</sup> Richter-Kuhlmann. In: DÄ. (2012). Heft 20. S. 997-A

<sup>51</sup> Kopetsch. (2010). [http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie\\_2010.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf) (27.11.2014). S. 124

<sup>52</sup> Montgomery. In: DÄ. (2002). Heft 3. S. 101-A

<sup>53</sup> Wettig. In: DÄ. (2011). Heft 5. S. 236-A

<sup>54</sup> Richter-Kuhlmann. In: DÄ. (2006). Heft 3. S. 94-A



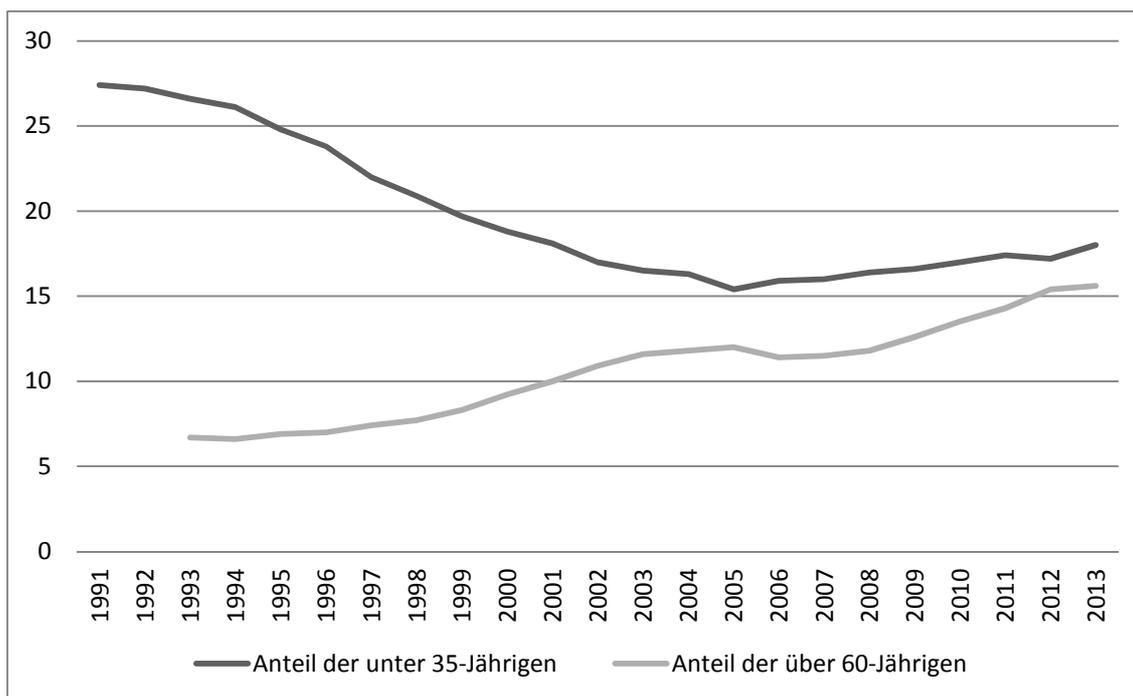
**Abb. 10:** Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland<sup>55</sup>

Aber auch die Altersstruktur hatte großen Einfluss auf die Arztzahlentwicklung. Viele Ärzte würden sich in naher Zukunft in den Ruhestand verabschieden.<sup>56</sup> So zeigt die unten abgebildete Altersstatistik (Abbildung 11) aus dem Jahre 2003, dass die Anzahl der Ärzte unter 35 Jahren erneut zurückging. Waren es im Jahr 1991 noch 27,4%, so zählte man im Jahr 2002 nur noch 16,5%, wohingegen der Anteil der über 60-jährigen von 7,5% auf 10,6% angestiegen war, was äußerst alarmierend sei, wie Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer (1999 - 2011) meinte.<sup>57</sup>

<sup>55</sup> Kopetsch. In: DÄ. (2007). Heft 11. S. 700-A;  
Kopetsch. (2007). [http://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=1906](http://www.aerzteblatt.de/download/files/2004/07/x0001142.pdf) (13.04.2014).;  
Kopetsch. In: DÄ. (2008). Heft 19. S. 987-A;  
Kopetsch. In: DÄ. (2009). Heft 16. S. 757-A;  
Kopetsch. In: DÄ. (2011). Heft 20. S. 1098-A;  
Osterloh. In: DÄ. (2014). Heft 16. S. 672-A;  
Bundesärztekammer. (2012). <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.11372> (24.04.2014).

<sup>56</sup> Kopetsch. (2003). <http://www.aerzteblatt.de/download/files/2004/07/x0001142.pdf> (07.04.2014).

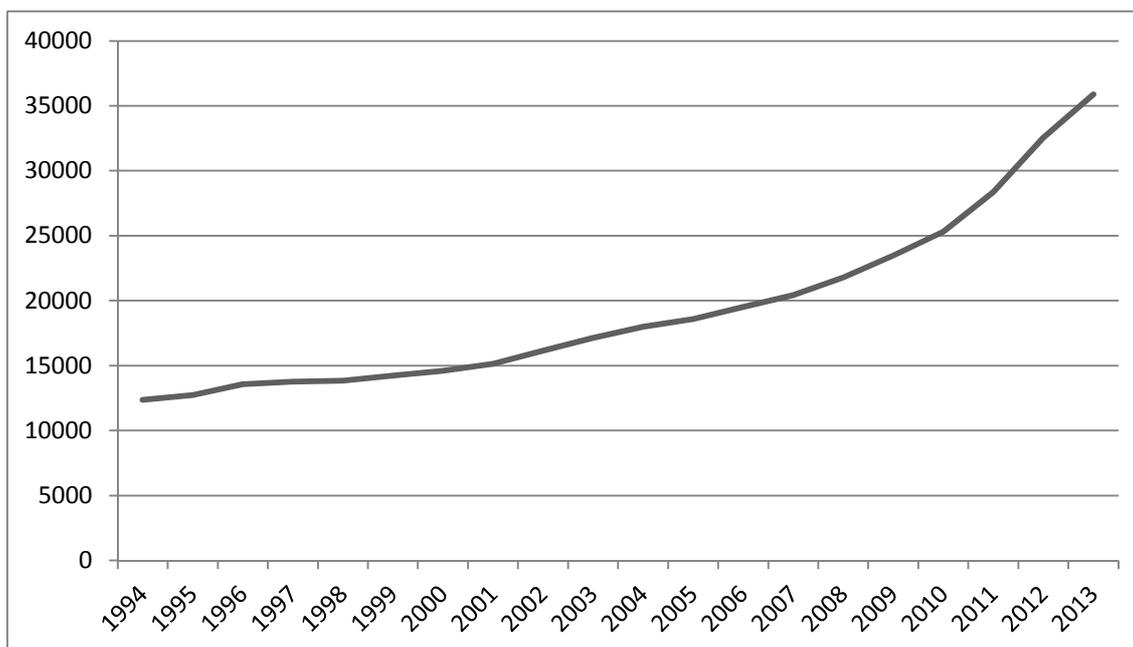
<sup>57</sup> Clade. In: DÄ. (2003). Heft 24. S. 1652-A



**Abb. 11:** Anteil der unter 35-Jährigen und über 59-Jährigen Ärzte, in %<sup>58</sup>

Um also den zunehmenden Bedarf an Ärzten auszugleichen, bedurfte es Veränderungen insbesondere was die so beklagten Arbeitsbedingungen und die Entlohnung angingen. Zwar stiegen jährlich die Arztzahlen an, allerdings insbesondere auch durch die Tatsache, dass zunehmend ausländische Ärzte, vor allem aus Österreich, Griechenland, Osteuropa und dem Nahen Osten die fehlenden deutschen ersetzten, wie die unten stehende Grafik (Abbildung 12) zeigt. Die Zuwanderung ausländischer Ärzte hatte sich über zwei Jahrzehnte hinweg fast verdreifacht, sodass sie die abgewanderten deutschen Ärzte wenigstens ausglich.

<sup>58</sup> Kopetsch. In: DÄ. (2004). Heft 20. S. 1396-A;  
 Kopetsch. In: DÄ. (2005). Heft 11. S. 716-A;  
 Bundesärztekammer. (2010).  
<http://www.bundesaerztekammer.de/specialdownloads/Stat10Abb07.pdf> (12.04.2014).;  
 Kopetsch. In: DÄ. (2006). Heft 10. S. 589f.-A;  
 Bundesärztekammer. (2013).  
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13Abbildungsteil.pdf> (16.04.2014).;  
 Kopetsch. (2007). <http://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=1906> (13.04.2014);  
 Kopetsch. In: DÄ. (2009). Heft 16. S. 758-A;  
 Kopetsch. In: DÄ. (2011). Heft 20. S. 1098-A



**Abb. 12:** Anzahl der gemeldeten, ausländischen Ärzte<sup>59</sup>

Schell bot in seiner Glosse über den Ärztemangel eine einfache Lösung an: „Gesund schrumpfen“<sup>60</sup> nannte er es. Wenn nur noch so viele Ärzte wie 1950 beschäftigt würden, sei das Problem der Finanzierung des Gesundheitssystems erledigt. Denn weniger Ärzte verschrieben weniger teure Medikamente, ordneten weniger Untersuchungen an und verdienten natürlich selbst weniger Geld. Und überdies könne der Rest der Ärzteschaft nun einen großen gesellschaftlichen Aufschwung erwarten, denn was knapp sei, steige im Wert. Arzt zu sein wäre also wieder etwas Besonderes.<sup>61</sup> Während Schell sich darüber mokiert, meinte Ulla Schmidt, Bundesgesundheitsministerin von 2001 bis 2009, die Sache sei ernst: „Jeder dritte Arzt in Deutschland ist zu viel“.<sup>62</sup> Wenn das so sei, dann sei es jedoch auch die Aufgabe der Politik, dem Bürger und somit Wähler ehrlich zu sagen, dass es ab jetzt nur noch einen Arzt auf

<sup>59</sup> Kopetsch. In: DÄ. (2006). Heft 10. S. 588-A;  
Kopetsch. In: DÄ. (2009). Heft 16. S. 759-A;  
Kopetsch. In: DÄ. (2011). Heft 20. S. 1100-A;  
Osterloh. In: DÄ. (2014). Heft 16. S. 672-A;  
Bundesärztekammer. (2013).

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13Abbildungsteil.pdf> (16.04.2014).

<sup>60</sup> Schell. In: DÄ. (2003). Heft 5. S. 242-A

<sup>61</sup> Ibid.

<sup>62</sup> Krauspe. In: DÄ. (2005). Heft 44. S. 3018-A

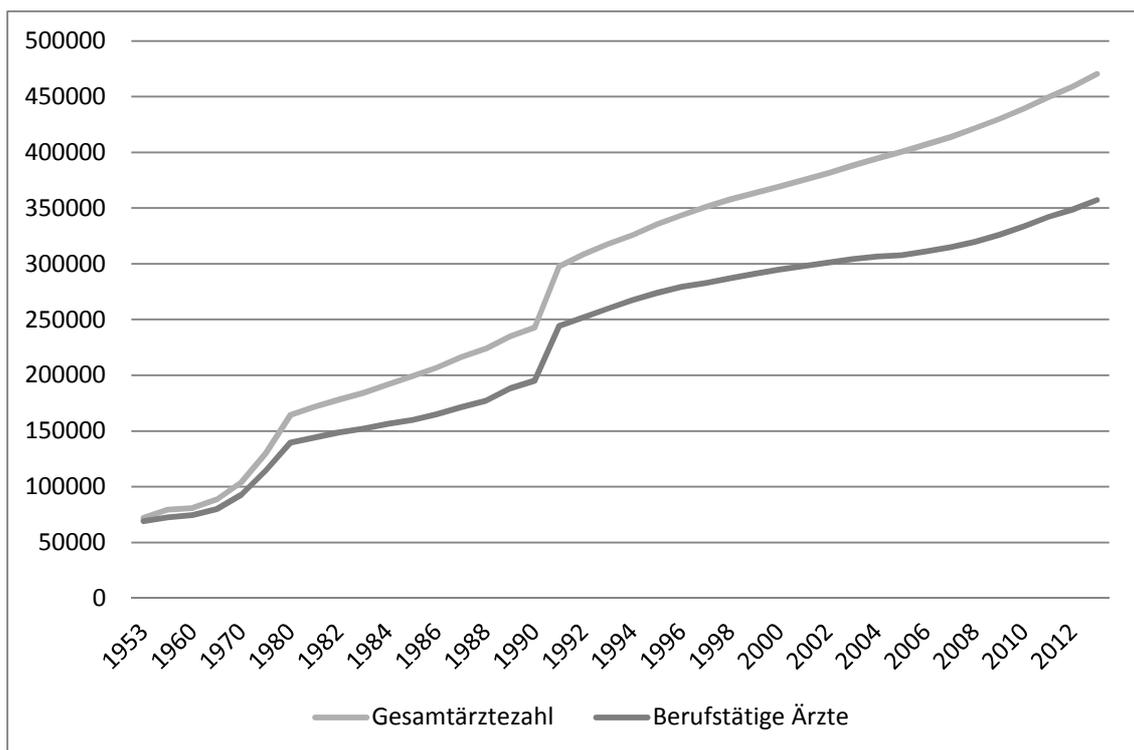
10 000 Einwohner gebe und nur einen Deutsch sprechenden Arzt auf 50 000 Einwohner. Und dann brauche man sich auch nicht zu wundern, wenn „die Oma auf dem Lande 100 Kilometer zu ihrem Arzt laufen muss“,<sup>63</sup> so Thomas Krauspe, Oberarzt in den Thüringen-Kliniken in Saalfeld, frustriert.

## 12.5 Zusammenfassung und Bewertung

Betrachtet man den Verlauf der Arztzahlen in Deutschland (s. Abbildung 13), so erscheint er bis auf zwei Ausnahmen weitgehend linear. Es kann vermutet werden, dass der steile Anstieg der Arztzahlen in den 1970er Jahren – jedoch ist die Zerrung der Abbildung zu beachten – auf die allgemeine Beliebtheit des Arztberufes in den 1960er Jahren zurückzuführen ist. Vor allem bezüglich des Einkommens und des Ansehens war der Arztberuf äußerst attraktiv geworden. Die Arztzahlen hinken deshalb hinterher, weil sich die Attraktivität des ärztlichen Berufes zunächst auf die Medizinstudentenzahl auswirkt, die sich naturgemäß erst einige Jahre später an der Zahl der Ärzte zeigt. Dementsprechend spiegeln sich die negativen Auswirkungen der Studentenbewegung und der allgemeinen Gesellschaftskritik gegenüber der Ärzteschaft auch erst später in der Entwicklung der Arztzahlen wider. Der zweite steile Anstieg ist durch die Wiedervereinigung Deutschlands zu begründen. Auffällig ist auch, dass die Schere von Gesamtärztezahl und berufstätigen Ärzten immer weiter auseinander ging. Waren in den 1950er und 1960er beinahe alle Mediziner tatsächlich ärztlich tätig gewesen, so waren es im Jahr 2013 nur noch 76%. Dies kann einerseits auf die vermehrte Beschäftigung in alternativen Berufsbranchen zu Stande kommen, andererseits auch durch die sogenannte Feminisierung, denn viele Ärztinnen kehren ihrem Beruf zumindest für die Zeit der Kindererziehung den Rücken, die je nach strukturellen und gesellschaftlichen Bedingungen oder persönlichen Wünschen unterschiedlich lang dauert und oft von Teilzeitarbeit gefolgt wird.

---

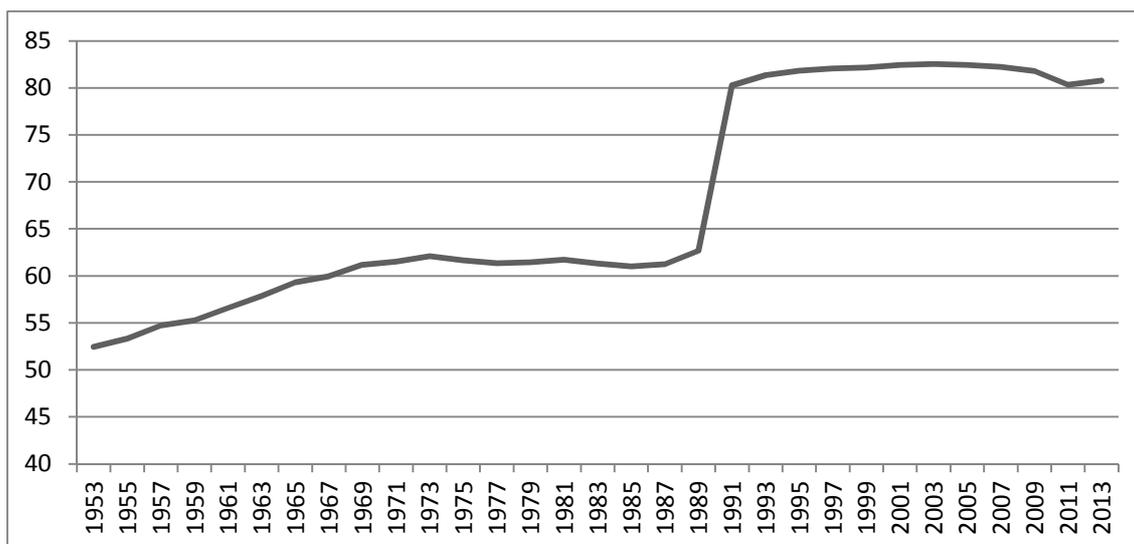
<sup>63</sup> Ibid.



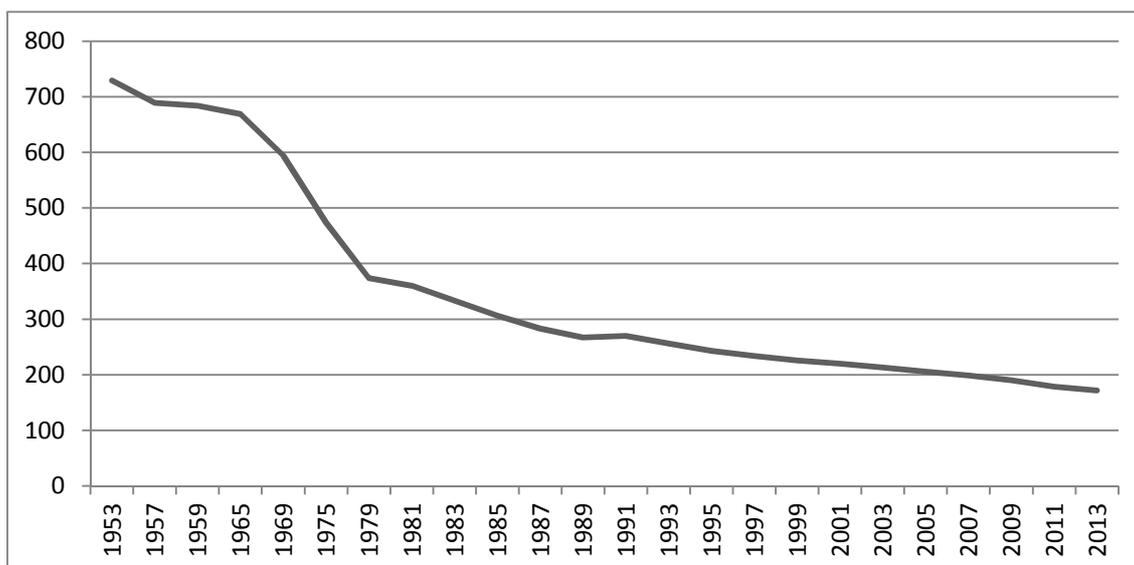
**Abb. 13:** Arztzahlentwicklung, in Tausend<sup>64</sup>

Besonders deutlich zeigt sich die Arztzahlentwicklung, wenn man sie in Relation zur Bevölkerungsentwicklung (s. Abbildung 14) in Deutschland bringt. Während die Bevölkerungszahl ab 1970 stagnierte und nur durch die Wiedervereinigung zunahm, stieg die Arztzahl Jahr für Jahr weiter an. Diese Beziehung ist anhand der Einwohner pro Arzt in Abbildung 15 dargestellt. Die oben genannte Entwicklung der Arztzahlen in den 1970er Jahren zeigte sich hier schon etwas früher (ca. 1965). Ab 1979 fand sich dann weitgehend eine lineare Verbesserung der ärztlichen Versorgung, sodass sich jährlich ca. 3,5% weniger Menschen einen Arzt teilen mussten.

<sup>64</sup> Clade. In: DÄ. (2003). Heft 24. S. 1651-A; Kopetsch. In: DÄ. (2004). Heft 20. S. 1396-A; Kopetsch. In: DÄ. (2005). Heft 11. S. 716-A; Kopetsch. In: DÄ. (2006). Heft 10. S. 588-A; Kopetsch. In: DÄ. (2007). Heft 11. S. 698-A; Kopetsch. In: DÄ. (2008). Heft 19. S. 985-A; Kopetsch. In: DÄ. (2009). Heft 16. S. 757-A; Kopetsch. In: DÄ. (2011). Heft 20. S. 1098-A; Osterloh. In: DÄ. (2014). Heft 16. S. 672-A; Bundesärztekammer. (2013). <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13Abbildungsteil.pdf> (16.04.2014).; Maus. In: DÄ. (1991). Heft 13. S. 705-B; Clade. In: DÄ. (1992). Heft 17. S. 938-B; Clade. In: DÄ. (1994). Heft 17. S. 895f.-B; Stockhausen. In: DÄ. (1969). Heft 31. S. 2197



**Abb. 14:** Bevölkerungsentwicklung in Deutschland, in Mio.<sup>65</sup>



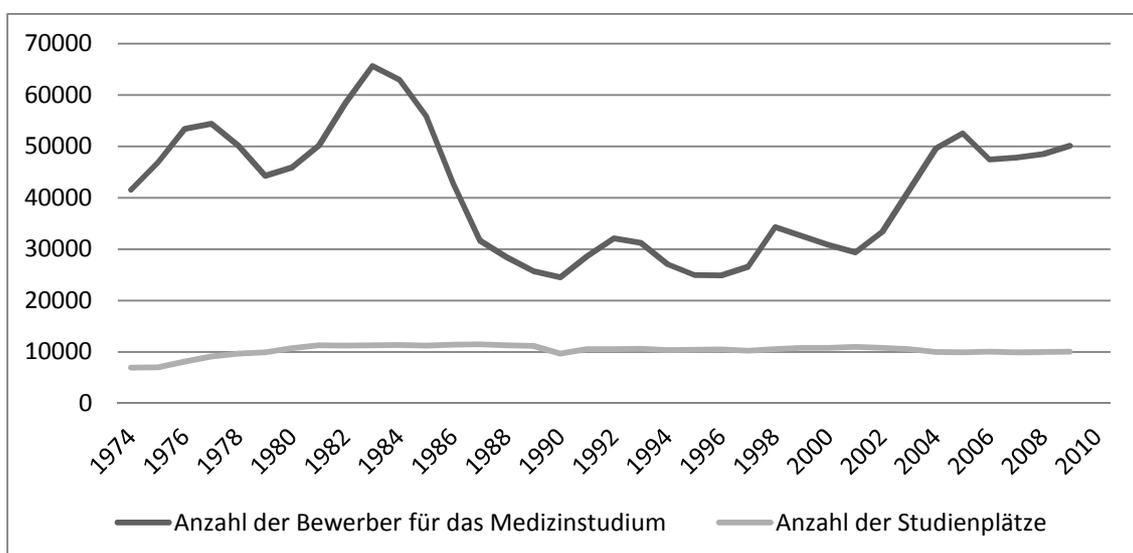
**Abb. 15:** Einwohner pro Arzt

Diesbezüglich scheint es außerdem von Interesse, die Entwicklung der Bewerberzahlen (s. Abbildung 16) für das Studium der Medizin näher zu betrachten, zeigt sie doch bis zu einem gewissen Grad die Attraktivität des ärztlichen Berufes in der Gesellschaft der jeweiligen Zeit. Das Interesse am Medizinstudium war einigen Höhen und Tiefen unterworfen, wobei es im Jahr

<sup>65</sup> Statistisches Bundesamt. (2014).

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html> (28.12.2014).

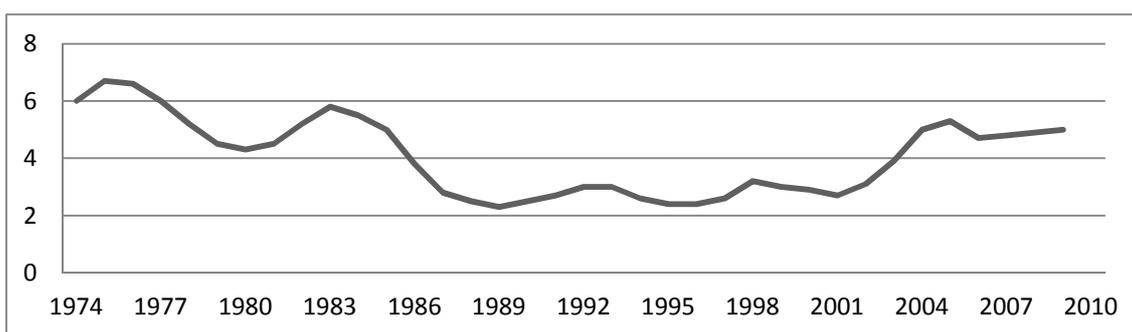
1983 seinen Höhepunkt mit 65 620 Bewerbern erreichte. Die Anzahl der Studienplätze blieb hingegen über jahrzehntehinweg nahezu unverändert und das obwohl mit der Wiedervereinigung acht medizinische Fakultäten aus den neuen Bundesländern hinzukamen. Indes stieg die Bewerberzahl auf einen Medizinstudienplatz nach einem lang andauernden Tiefpunkt in den 1990er und Anfang der 2000er Jahre wieder an. Den Höhepunkt der 1980er Jahre erreichte sie jedoch nicht mehr. Der Anstieg der Bewerberzahlen ab dem Jahr 2002 könnte auf die Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung zurückzuführen sein, die in einer großen Öffentlichkeit diskutiert wird. Sie versprach eine praxisorientiertere Ausbildung in kleineren Lerngruppen und eine fachübergreifende Lehre dank verschiedenen, verpflichtenden Querschnittsbereichen, statt des theorielastigen und auf einzelne Fächer beschränkten Studiums in überfüllten Hörsälen. Auch die Diskussion um die Abschaffung des AiP, die 2004 vollzogen wurde, könnte das Interesse beflügelt haben, denn damit hatte jeder Absolvent, der das Staatsexamen bestand, einen Rechtsanspruch auf die Approbation.



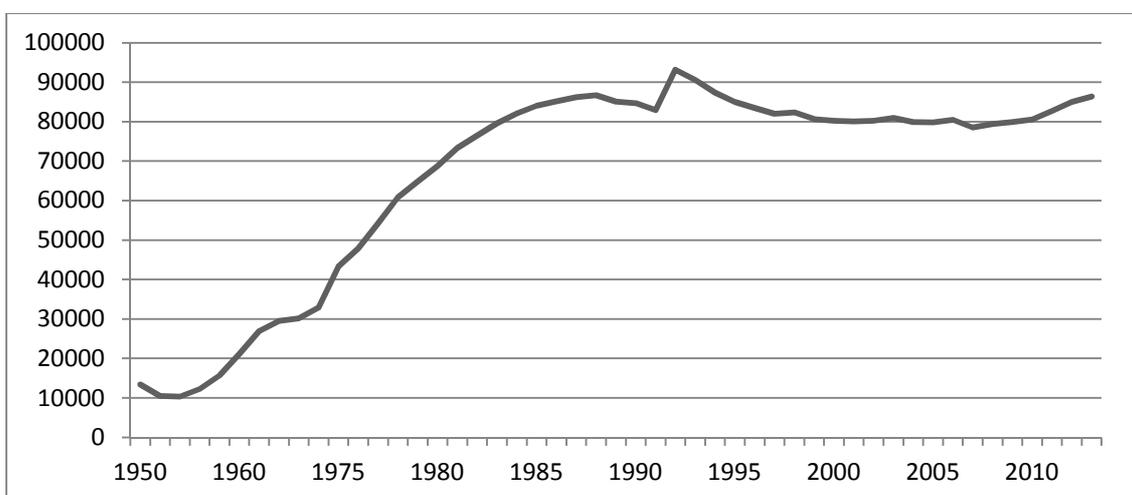
**Abb. 16:** Interesse am Medizinstudium<sup>66</sup> (Anmerkung: Zahlen ab 1991 aus Gesamtdeutschland)

<sup>66</sup> Kopetsch (2010). [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie\\_03092010.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf). (12.05.2014); Bundesärztekammer. In: *ÄM.* (1956). Heft 8. S. 213; Stockhausen. In: *DÄ.* (1969). Heft 31. S. 2198

Die Entwicklung kann noch besser am in Abbildung 17 dargestellten Verhältnis von Bewerbern zu Studienplätzen verdeutlicht werden. Dabei zeigte die Relation von Studienbewerbern zu Studienplätzen beispielsweise in den 1970er Jahren das Missverhältnis deutlicher als es die reinen Bewerberzahlen erwarten ließen. Auch die Situation ab 2004 ist besser zu erkennen, denn durch die neue Approbationsordnung von 2002 wurden erneut Studienplätze gestrichen, um das Medizinstudium durch kleinere Studentenzahlen aufzuwerten.



**Abb. 17:** Verhältnis Bewerber/Studienplatz<sup>67</sup>



**Abb. 18:** Anzahl der Studierenden im Fach Humanmedizin in Deutschland zum jeweiligen WS<sup>68</sup>

<sup>67</sup> Kopetsch. (2010). [http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie\\_2010.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf) (27.11.2014). S. 33

<sup>68</sup> Statistisches Bundesamt (2014).

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/Irbil05.html> (29.12.2014);

Beske. In: *ÄM.* (1953). Heft 24. S. 708;

Stockhausen. In: *DÄ.* (1969). Heft 31. S. 2198;

Wie in Abbildung 18 zu sehen, stieg die Zahl der Medizinstudenten von Anfang der 1950er Jahre bis Ende der 1980er Jahre stark an. Danach fiel die Zahl bis auf einen kleinen Peak im Jahre 1992 als Folge der Wiedervereinigung wieder. Grund für die Abnahme der Medizinstudierenden ab den 1990er Jahren war die Novellierung der Approbationsordnung 1991, die eine Drosselung der Studienplatzanzahl um 20% vorsah, um der Ärzteschwemme beizukommen. Dadurch sanken in den folgenden Jahren die Zahlen sukzessive. Auch wenn die Bewerberzahlen ab 2004 wieder anstiegen, die Anzahl der Medizinstudierenden nahm weiter ab und stabilisierte sich nur langsam. Dies war durch eine größer werdende Zahl an Studienabbrechern und -wechslern bedingt. Die Bundesärztekammer zeigte in einer Studie, dass bei einer vorgesezten Regelstudienzeit von 12 Semestern von 11 660 Erstsemestern im Jahre 1997 nur 8 947 Mediziner 2003 ihr Studium tatsächlich abschlossen und gleichzeitig nur 6 802 Absolventen ihr PJ begannen. Dies lässt erkennen, dass sich lediglich 58% der Ärzte nach Abschluss ihrer Ausbildung für eine kurative Tätigkeit entschieden.<sup>69</sup>

Es gestaltet sich schwierig, allein aus der Ärztezahleentwicklung Zeiten des Ärztemangels aber auch des Ärzteüberschusses zu definieren. Im vorliegenden Kapitel wurde deshalb versucht, anhand der Anzahl an Medizinstudenten eine statistische Korrelation aufzudecken. Da für die 1950er Jahre nicht genügend Daten vorhanden waren und sich die immer wieder erwähnte Überfüllung des Arztberufes im Vergleich zu den Arztzahlen der folgenden Jahre nicht verifizieren ließ, musste dies anderweitig begründet werden. Der Arztberuf erschien in den Nachkriegsjahren vor allem deshalb überfüllt, da viele, vor allem junge Ärzte, keine Anstellung fanden oder für diese wenig bis gar nicht bezahlt wurden. Es wurde also befürchtet, dass dies Auswirkungen auf das Ansehen des Arztes haben könnte, was sich aber nicht direkt bestätigen ließ. Das Prestige des Arztes in der Gesellschaft sank zwar ab den 1960er Jahren kontinuierlich, ob dies aber auf den Ärztemangel Anfang der

---

Bundesgesundheitsministerium. (2012).

[http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschuren/Daten\\_des\\_Gesundheitswesens\\_2012.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschuren/Daten_des_Gesundheitswesens_2012.pdf) (29.12.2014). S. 93

<sup>69</sup> Kopetsch. (2007). <http://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=1906> (13.04.2014).

1950er Jahre zurückzuführen ist, ist zu bezweifeln. Die Arztzahlen stiegen über die Jahre bekanntlich weiter an, was aber insofern relativiert wurde, als auch die Bevölkerungszahlen anstiegen und vor allem medizinische Leistungen vermehrt in Anspruch genommen wurden. In den 1960er Jahren schien sich also ein Gleichgewicht eingestellt zu haben.

Die extreme Zunahme der Studentenzahlen in den 1970er und 1980er Jahre hatte eine Ärzteschwemme zur Folge, die gravierend genug war, um die Politik zum Handeln zu bewegen und so wurde das AiP eingeführt, um den Arbeitsmarkt zu entlasten. Es wurden weniger Studienplätze angeboten und den bereits approbierten Ärzten wurden alternative Berufsfelder schmackhaft gemacht. Interessanterweise findet sich diese Thematik kaum im DÄ wieder. Ganz im Gegensatz zum darauffolgenden Ärztemangel, der sich ab Anfang des neuen Jahrtausends breit machte. Die Maßnahmen der (Standes-) Politik hatten gewirkt und über das Ziel hinausgeschossen, sodass es nun u.a. ausländische Kräfte rekrutiert werden mussten, um den Ärztemangel auszugleichen, der sich durch die zunehmende Feminisierung und Inanspruchnahme der Medizin weiter verschärfte.

Während die Ärztezahl über die Jahrzehnte kontinuierlich anstieg, gab es relativ gesehen mal zu viel, aber auch zu wenig Ärzte. Ob dies immer in einem direkten Zusammenhang mit der Attraktivität und dem Ansehen des Arztberufes stand, ist zweifelhaft. Es ist jedoch davon auszugehen, dass in Zeiten eines Ärztemangels und einer allgemeinen Unzufriedenheit innerhalb der Ärzteschaft, eine ausgeglichene und gute medizinische Versorgung der Gesellschaft kaum zu gewährleisten ist, was dann zumindest indirekt Auswirkung auf das Ansehen der Ärzteschaft haben muss.

### 13 Diskussion und Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden das Bild des Arztes und sein Auftrag in der Gesellschaft von 1949 bis 2014 im zentralen Organ der bundesdeutschen Ärzteschaft, dem *Deutschen Ärzteblatt (DÄ)*, analysiert. Insbesondere der Wandel über die Jahrzehnte hinweg konnte dargestellt werden. Dabei ist das Arztbild aus verschiedenen Perspektiven untersucht worden, die in den Jahrzehnten in unterschiedlicher Weise präsent waren. Während in den 1950er Jahren im DÄ hauptsächlich das Selbstbild der Ärzteschaft Erwähnung fand, wurden im Laufe der Jahre die Perspektiven der Medien und vor allem der Patienten immer wichtiger. Wenn man ergo vom Arztbild in der Öffentlichkeit und demnach auch in den Medien spricht, muss klar die Aufteilung der Öffentlichkeiten dargestellt werden: So gibt es einerseits die allgemeine Öffentlichkeit, die von der allgemeinen Publizistik vertreten wird. Diese wird durch die Fachpublizistik in gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Fragen ergänzt. Auf der anderen Seite steht die Öffentlichkeit der Patienten, die oft direkt durch die Interaktion mit dem Arzt geprägt wird. Und schließlich existiert auch eine ärztliche Öffentlichkeit, deren Arztbild durch die eigene Erfahrung und Berufssozialisation geprägt ist. Diese Öffentlichkeiten sind jedoch nicht in sich isoliert. Es finden stets vielfältige Wechselwirkungen statt. So ist es beispielsweise interessant, dass die öffentliche Kritik an der Ärzteschaft meist zunächst von einem der Ärzte selbst geäußert wurde. Der Ärztestand bestimmt sein Bild in der Gesellschaft demnach mit. Das von der allgemeinen Öffentlichkeit erstellte Fremdbild des Arztes war infolgedessen oft auch mit dem Selbstverständnis zumindest eines Teils des Ärztestandes kongruent. Allerdings kam es auch zu unterschiedlichen Interpretationen der Bilder seitens der Ärzteschaft im Gegensatz zu dem der Publizistik. „Dem das Patientengeheimnis hütenden ärztlichen Dual steht als publizistischer Plural die Öffentlichkeit der Medizin gegenüber.“<sup>1</sup> Während also der Arzt der Schweigepflicht obliegt, ist es Berufsziel des Journalisten an die Öffentlichkeit zu gehen. So ist die Medizin

---

<sup>1</sup> Deneke. In: Monatskurse für die ärztliche Fortbildung. (1977). Heft 12. S. 578

---

eine Erfahrungswissenschaft, die stets einen vorläufigen Charakter besitzt, die Publizistik aber generell an den Geschichten von morgen interessiert.<sup>2</sup>

Um die übergeordnete Frage des Wandels im Arztbild schließlich zu beantworten, soll im Folgenden die Entwicklung seit 1949 zusammenfassend aufgezeigt werden: Das Kapitel der Thesenfindung brachte zunächst insofern neue Erkenntnisse, als es eindeutig die Höhepunkte der Artikelzahlen aufzeigte, was ebenso als Klimax des Interesses am Thema Arztbild und als Signifikanz der Diskussion über selbiges gewertet werden kann. Hierbei hoben sich zwei Zeiträume deutlich von den anderen ab. Besonders viele Artikel fanden sich Anfang der 1970er, was deutlich mit der medialen Kritik sowie der generellen Systemkritik am sogenannten Establishment, zudem letztlich auch der Ärztestand gehörte, einherging. Ein zweiter Höhepunkt ergab sich ab dem Jahr 2002, wobei weniger die Reaktion auf das Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Vordergrund stand, wie man zunächst hätte mutmaßen können, sondern vielmehr die allgemeine Unruhe und Unzufriedenheit zu Beginn des Millenniums. Es stellte sich in diesem Rahmen die Frage, woher dieses Gefühl der Unsicherheit kam. Die gesellschaftspolitischen Hintergründe der Zeit, die in ihrer Kumulation durchaus eine Bedrohung darstellten, könnten in diesem Zusammenhang ursächlich gewirkt haben. Mitte der 1980er Jahre bestand zwar auch ein Peak der Artikelzahlen. Bei der Analyse der Inhalte zeigte sich jedoch ein buntes Bild, wobei erstaunlicherweise die neue Bedrohung durch die AIDS-Erkrankung im DÄ wenig Erwähnung im Hinblick auf das Arztbild fand. Es waren also die beiden genannten Zeiträume, in denen eine intensive Beschäftigung mit dem Selbst- und Fremdbild des Arztes festgestellt werden konnte und somit den Wandel des Arztbildes maßgeblich prägten, wie sich im Verlauf zeigen wird.

In einem weiteren einleitenden Kapitel wurde der historische Hintergrund des Arztberufes beleuchtet. Dieser hat sich im Laufe der Jahrtausende signifikant geändert und musste in Epochen des Umbruchs oft neu definiert werden. „Mythos, Literatur und Religion haben sich in vielerlei Weisen dieses

---

<sup>2</sup> Ibid. S. 578 - 581

Themas angenommen und so wesentlich zur Bestimmung von idealen Vorstellungen in der Gesellschaft beigetragen.“<sup>3</sup> In der Medizingeschichte lassen sich so mehrere Aspekte hervorheben, die zum Wandel im Arztbild beigetragen haben. Historisch gesehen brachte der veränderte Umgang mit Krankheit und Tod die Wende des Arztbildes. In der Antike und im christlichen Mittelalter stand der Tod als mächtigster Gegner des Arztes im Vordergrund. Erst mit Beginn der Neuzeit konnte der Arzt die Krankheit und schließlich auch den Tod wirklich, teils sogar ursächlich bekämpfen, wobei viele Schlachten gewonnen wurden, der Tod siegt letzten Endes indes noch immer. Erst die Erkenntnis, dass der Tod zum Leben dazu gehört und dieses dadurch lebenswert macht und ihm einen Sinn gibt, gab dem Arzt seine wahre Aufgabe: Nicht der Kampf gegen den Tod stand nun im Mittelpunkt, sondern der Kampf für das Leben.<sup>4</sup> Parallel dazu war natürlich die Entwicklung des medizinischen Wissens zu sehen. Je mehr die Menschheit Krankheitsursachen durch stetige Forschung entdeckte und verifiziert hatte, desto eher entwickelte sich das Arztbild vom Priester zum Gesundheitsexperten.

Der Hauptteil der vorliegenden Arbeit hat seinen Anfangspunkt mit der ersten Ausgabe des DÄ im Jahre 1949, damals noch als *Ärztliche Mitteilungen* herausgegeben. Gerade in der Nachkriegszeit wollte die Ärzteschaft das Bild eines integren Arztes nach außen tragen, um nach Bekanntwerden der Medizinverbrechen im Nationalsozialismus ein reines Bild und eine klare Distanzierung zu zeigen. In der Ärzteschaft war es jedoch zu keiner sogenannten Entnazifizierung gekommen. Es scheint geradezu, als habe sich die Ärzteschaft schon immer von den Geschehnissen während des NS-Regimes distanziert, wenngleich es gerade die Berufsgruppe der Ärzte gewesen war, die sich mit großer Mehrheit als Mitglied der NSDAP an den NS-Verbrechen direkt und indirekt beteiligt hatte. Studiert man die Lebensläufe verschiedener berühmter Ärzte der Besatzungs- und Nachkriegszeit, ist man erstaunt, wie viele von ihnen höchste Ämter im NS-Regime innehatten und

---

<sup>3</sup> Plewnia (1999). S. 8

<sup>4</sup> von Troschke (2001). S. 24

paradoxe Weise so hohe Ehrungen wie die Paracelsus-Medaille erhielten.<sup>5</sup> Umso mehr musste die intensive Diskussion um das Idealbild deutscher Ärzte als Instrument einer Geschichtspolitik fungieren, die einerseits der standespolitischen Selbstvergewisserung diene und andererseits in der Gesellschaft als vertrauensbildend wirken sollte.

Weitere Themen im Zeitraum von 1949 bis 1957 waren vor allem die Entbehrungen der Nachkriegszeit, die auch den Ärzten zu schaffen machten. Die 1950er Jahre waren jedoch auch geprägt vom Wirtschaftsaufschwung, der sich nach Inkrafttreten des Kassenarztgesetzes 1955 auch auf die Ärzteschaft auswirkte. Durch die damit entstandene Monopolstellung der KVen gegenüber der ambulanten kassenärztlichen Versorgung konnten sich die niedergelassenen Ärzte einen überdurchschnittlichen Einkommenszuwachs sichern. Betrug das jährliche Realeinkommen der Ärzte 1950 durchschnittlich noch 7500 DM, so lag es 1961 schon bei 22 000 DM, stieg bis 1965 auf 45 000 DM an und bis in die 1970er Jahre stetig weiter auf 95 000 DM.<sup>6</sup> Durch die finanzielle Absicherung und das zunehmende Gefühl der Sicherheit traten die anfänglichen Probleme immer weiter in den Hintergrund. Diese Freiräume ermöglichten es den Standesvertretern und sonstigen Autoren des DÄ ihr Augenmerk vermehrt auf das Idealbild des Arztes zu legen.

In den 1960er Jahren stabilisierten sich die wirtschaftlichen Verhältnisse in der deutschen Gesellschaft weiter. Von der Sicherheit und allgemeinen Zufriedenheit, die davon ausging, profitierte der Ärztestand sichtlich. Retrospektiv gesehen, wurde hier der Höhepunkt des ärztlichen Ansehens und Einflusses auf die Gesellschaft erreicht. Bereits damals warnten aber weitblickende Kollegen vor der Fortschrittsideologie, die sobald die Utopie dahinter erkannt würde, eine umso größere Desillusionierung hervorrufen würde. Ein erster Schlag ins Gesicht war hier sicherlich der Contergan-Skandal,

---

<sup>5</sup> Bundesärztekammer. (2016).

<http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/geschichteauszeichnungen/traeger-der-paracelsus-medaille/> (11.08.2016).

<sup>6</sup> Jütte et al. (1997). S.224f.

der die Verheißungen der Pharmaindustrie deutlich dämpfte und zu einem ersten Umdenken führte.

Das Arztbild der 1970er Jahre war erstmals deutlich von den gesellschaftspolitischen Ereignissen geprägt. Der Linksruck der jungen Generation, der sich besonders in den Studentenrevolten gegen das sogenannte Establishment und die elterliche Generation zeigte, hatte auch einen entscheidenden Einfluss auf die Artikel im DÄ. Diese wurden hauptsächlich zu Verteidigungsschriften des ärztlichen Berufsstandes, nachdem letzterer in Medien und Gesellschaftskritik als kapitalistisches Feindbild deutlich diffamiert erschien. Auch die Politik wurde in dieser Zeit nicht müde, eine Verstaatlichung der Medizin als Zukunftsperspektive anzubringen. Zum ersten Mal in der bundesdeutschen Geschichte wurde die Ärzteschaft öffentlich angeprangert und traf einstweilen einen Stand, dessen bisher kritiklos anerkanntes Bild des Arztes als „Halbgott in Weiß“ zu bröckeln begann, umso härter. Insbesondere die mediale Herabwürdigung des Arztes sorgte für extremen Unmut in den Reihen der Ärzte. Man befürchtete einen erheblichen Vertrauensverlust des ärztlichen Berufsstands in der Bevölkerung und sah die Arzt-Patientenbeziehung einer harten Probe ausgesetzt.

Die Jahre von 1980 bis -89 waren hauptsächlich von Bedrohungen und Unsicherheit geprägt. Durch die bis zu diesem Zeitpunkt weiter progrediente Technophilie und utopische Fortschrittideologie, an der sich die Gesellschaft festhielt, kam es zunehmend zur bereits vorhergesagten Ernüchterung. Die Gesellschaft inklusive ihrer Patienten entwickelte ein nie da gewesenes Anspruchsdenken, das in dieser Form von den Ärzten nicht erfüllt werden konnte. Immer lauter wurden jedoch auch die Stimmen, die eine Dehumanisierung der Medizin beklagten. Dadurch fühlte sich die Ärzteschaft nach wie vor als Sündenbock und von den Medien in der Öffentlichkeit gedemütigt und letztlich unverstanden. Zudem wurden immer mehr Behandlungsrichtlinien, auch im Rahmen der vorbereiteten Gesundheitsreform, verfasst, die den ärztlichen Alltag deutlich einschränkten. Vornehmlich das Aufkommen der sogenannten Qualitätssicherung empfand die Ärzteschaft als

Vertrauensbruch, jedoch auch als Chance, die Qualität der ärztlichen Handlung zu beweisen und zu erhalten. Die Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993, welches mit einer Reihe an Einschränkungen für die Ärzteschaft wie beispielsweise der Budgetierung und Bedarfsplanung einherging, bestärkte die Haltung der Mediziner nur weiter. Der Sparkurs, zu dem die gesamtdeutsche Regierung nach der Wiedervereinigung gezwungen war, ließ ferner neue Diskussionen über die Arzthonorare aufkommen. Die ohnehin schon belastete Ärzteschaft, der die öffentliche Denunziation der letzten Jahrzehnte noch in den Knochen steckte, fühlte sich immer weniger geachtet und respektiert, war das Einkommen doch eine wichtige Facette, die das Ansehen definierte. Die Ärzteschaft war keineswegs mehr gewillt, die Pauschalurteile, die teils deutlich den Boden einer sachlich orientierten Auseinandersetzung verlassen hatten, zu dulden.

Während sich die Ärzteschaft hauptsächlich mit eigenen Probleme beschäftigt hat, bot sich ein weiteres Thema zur Diskussion an. Es war der Ruf nach holistischer, menschlicherer Medizin. Der Patient wollte als Ganzes im Mittelpunkt der Behandlung stehen und forderte zudem eine intensivere Kommunikation durch den Arzt ein. Was sich anfangs nach einer nachvollziehbaren Idee anhörte, führte deutlich sichtbar zu einer Spaltung der Ärzteschaft. Während die Einen dem Wunsch nachkamen und sich weiter für ein ganzheitliches Prinzip einsetzten, warnten die sogenannten Schulmediziner auf der anderen Seite vor illegalen Heilern und Quacksalbern. Klar war jedoch, dass der Patient immer mehr in die ärztlichen Entscheidungen mit eingebunden werden wollte und von seinem Arzt Wahrhaftigkeit wünschte.

Spätestens zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurde das Bild des „Halbgotts in Weiß“ ad acta gelegt. Es ging nun um „shared decision making“ und „informed consent“. Die Entwicklung hin zum patientenorientierten Arzt statt des „Halbgotts in Weiß“ zeigte auch der Sprachstil, in welchem das Gros der Artikel gehalten war. Galt es in den 1950er bis in die 1960er Jahre als besonders gebildet, sich vornehmlich lateinisch-griechischer Zitate und Ausdrucksweisen zu bedienen, so verwendeten Autoren im 21. Jahrhundert

vermehrt eine auch dem medizinischen Laien verständliche, oft auch von Anglizismen geschmückte Sprache. Auch anderweitig wurde der Arzt herausgefordert, denn indem ihm nun durch die vielfältigen Möglichkeiten der digitalen Medien das Informationsmonopol abgesprochen wurde, musste sich der einst paternalistische Arzt nun mit einem gleichgestellten Gegenüber auseinandersetzen. So ergab eine Studie des sog. Murrhardter Kreis, eine von der Robert-Bosch-Stiftung beauftragte Expertengruppe, dass das Autoritätsgefälle vom Experten zum Laien abgenommen habe<sup>7</sup>.

Mit der Einführung der sog. IGe-Leistungen kam es zunehmend zum Vorwurf der Ökonomisierung der Medizin, was eine erneute Grundsatzdebatte über ärztliche Moral auslöste. Die Diskussion stellte dabei die Antinomie zwischen dem „Berufsideal ärztlichen Samaritertums und der Notwendigkeit des Broterwerbs durch die Ausübung des ärztlichen Berufes“<sup>8</sup> in den Mittelpunkt.

Die Generation Y als „Wutbürger“ im eigentlichen Sinne kritisierte vor allem die Arbeitsbedingungen und sorgte für eine große Unzufriedenheit innerhalb der Ärzteschaft. Während sich diese also im Kampf zwischen den Generationen selbst zerfleischte, musste sie von außen zusätzlich das weiter betriebene „Ärztbashing“ von medialer Seite ertragen, für die die inner-ärztlichen Dispute gefundenes Fressen waren. Trotzdem bestand das Paradoxon in den Medien, das seit den 1960er Jahren verstärkt auftrat, weiter. Während die einen die Ärzteschaft vehement kritisierten, wurden Ärzte beispielsweise in TV-Serien geradezu glorifiziert dargestellt. Es liegt jedoch in der Natur der Medien sich für einen polarisierenden Beruf wie dem des Arztes zu interessieren. Da die Presse gelesen, das Radio gehört und das Fernsehen gesehen werden will, findet natürlich eine selektive Präsentation des Arztbildes statt. Es wäre vermessen zu behaupten, dass die Publizistik sich erfundener Geschichten über den Arzt bedient hätte. Durch das Herausgreifen einzelner Themen wie Fehlerberichte oder gar Sensationsmeldungen wie angeblich hochwirksame Mittel gegen unheilbare Krankheiten kam es allerdings zu einem

---

<sup>7</sup> Robert-Bosch-Stiftung. Murrhardter Kreis. (1995). S. 79

<sup>8</sup> Deneke. In: Monatskurse für die ärztliche Fortbildung. (1977). Heft 11. S. 536

schiefen Bild vom Arzt. Gleich geblieben schien indes die Tendenz, dass Zeitungen, Illustrierte und Fernsehmagazine den Arzt eher negativ zeigten. Vorzugsweise wurden dann Themen wie Kunstfehler, persönliche Bereicherung oder neuerdings auch der Transplantationsskandal bedient. Man könnte argwöhnen, dass der Berufsstand der Journalisten, der nebenbei erwähnt auf der Berufsprestigeskala eine der hinteren Plätze belegt, vom Neidkomplex verführt wird und das „Strahlende zu schwärzen“ versucht.<sup>9</sup> Dies ist sicher überspitzt dargestellt. Aber es fällt auf, dass die Arbeit der sich aufopfernden Ärzte in den Medien keine Erwähnung findet, sobald aber ein einziger Standesvertreter sich abseits der moralisch-rechtlichen Pfade bewegt, wird dies geradewegs skandalisiert. Eine solche Tendenz wird es wohl schon immer gegeben haben, die Dramatik, mit der sie in den letzten Jahren zugenommen hat, verdient indes Beachtung. Die Erfolge der vielen Arztserien im Fernsehen belegten allerdings, dass der normale Bürger am Wunschbild des Arztes als guten Menschen festhalten möchte. Aber auch bezüglich der Ärzteserien und ihren Helden war ein Wandel erkennbar. 1939 wurde einer der ersten deutschen Arztfilme gedreht: *Robert Koch*, eine heldenhafte Darstellung des Arztes ganz nach der nationalsozialistischen Ideologie. *Sauerbruch*, ein Film aus dem Jahre 1954 zeigte den Arzt dann eher als sozialen Aufsteiger, der luxuriös lebt, aber trotzdem noch ein einfacher Mann ist. 1967 wurde die Arztserie *Landarzt Dr. Brock* produziert, wobei der Arzt eher als guter Mensch und Zuhörer präsentiert wurde. Die 1980er Jahre stellten schließlich den Höhepunkt der Ärztefilmentwicklung dar. Mit der *Schwarzwaldklinik* wurde der Inbegriff des Genres geschaffen. Prof. Brinkmann mit makelloser Biografie, ein Arzt, der alle Probleme löst. Der perfekte Arzt nimmt sich Zeit für seine Patienten. Eine Studie der Fachhochschule Hamburg über Arztpersönlichkeiten in Krankenhausserien zeigte klar auf, dass der durchschnittliche Arzt hier noch immer überaus attraktiv, immer perfekt gekleidet und stets freundlich, gleichzeitig aber intellektuell und sachlich präsentiert wurde.<sup>10</sup> Durch diese Präsentation des Arztes im Fernsehen, sahen viele die Arzt-Patienten-

---

<sup>9</sup> Schlemmer (1989). S. 55f.

<sup>10</sup> Klinkhammer. In: DÄ. (2001). Heft 4. S. 186-A

beziehung in Gefahr. Utopische und höchst idealisierte Bilder des Arztes sind sicher nicht hilfreich, um sich auf einer Ebene zu begegnen.

Neben der medialen Präsentation gab es indes weitere Einflüsse auf das Arztbild. Ein Dekaden übergreifender Trend, der vor allem Anfang der 1990er Jahre Erwähnung fand und teils emotional diskutiert wurde, ist die sogenannte Feminisierung der Medizin. Es wurde anhand von Statistiken deutlich, dass sich der Arztberuf hin zu einer Frauenprofession entwickelt. Durch die unterschiedlichen Rollenverständnisse, die Frauen mit in den Beruf bringen, hat sich die Identität im Laufe der Jahre geändert und wird auch weiterhin zum Wandel des Arztbildes beitragen.

In den bisher beschriebenen Kapiteln wurden der Wandel des Arztbildes und die dafür ursächlichen Strukturen erörtert. Ein weiterer Punkt, der sich hierfür anbietet, ist die Arztzahentwicklung. Man könnte meinen, dass die Anzahl der Ärzte ein gutes Maß für die Attraktivität des ärztlichen Berufes darstellt. Bis auf wenige Höhen und Tiefen verlief die Kurve indes weitgehend linear, sodass sich hieraus keinerlei Erkenntnis ergab. Immer wieder war zwar von Ärzteschwemme und Ärztemangel die Rede, diese Begriffe müssen jedoch immer relativ gesehen werden. Die Faszination am Arztberuf lässt sich am ehesten über die Anzahl der Bewerber auf einen Medizinstudienplatz auszumachen, denn die Arztzahlen selbst hinken durch ein langes Studium stets hinterher. Hierbei zeigte sich jedoch nicht der erwartete Peak in den 1960er Jahren, ganz im Gegenteil, die meisten Bewerberzahlen waren in den 1980er Jahren zu verzeichnen. Der drastische Abfall im Anschluss ist jedoch durchaus auf die negativen Auswirkungen der Ärzteschwemme und die zunehmende Regulierung und Einschränkung des Studiums und des Berufes zurückzuführen.

Es zeigte sich, dass die Definition des Arztes, wie sie in der Einleitung erfolgte, einer weiteren Hierarchisierung bedarf. Einerseits ist der Arzt als reales Mitglied verschiedener Öffentlichkeiten vom *Arztbild* als fiktiven, oft emotional belasteten Begriff zu trennen, wobei eine Trennung der Begriffe in den meisten

der analysierten Texte nicht stattfand. Wenn vom Idealbild des Arztes gesprochen wurde, bestand meist ein Zusammenhang zum Arztethos, von dem sich der ärztliche Auftrag in der Gesellschaft ableitete. Dabei konnte herausgearbeitet werden, dass das Arztbild, also das Ansehen des Arztes, einer dynamischeren Entwicklung unterlag als das Arztethos, welches als idealisiertes Ziel über allem stand.

In jedem Kapitel wurde versucht, das jeweilige Arztbild vor dem Hintergrund sozial- und gesellschaftspolitischer Ereignisse zu betrachten. Zwar beeinflusste die Grundstimmung der Gesellschaft die Artikel über das Arztbild oft deutlich, jedoch wurden wichtige Ereignisse selten konkret erwähnt. Exemplarisch hierfür stand das Gefühl der Unsicherheit und Unzufriedenheit, das in fast jedem Artikel der 2000er Jahre präsent war. Nie fand jedoch eine kritische Auseinandersetzung mit den Gründen für diese Entwicklung statt.

Für die Fragestellung der Arbeit, die sich auf den Wandel des Arztbildes und dem ärztlichen Auftrag in der Gesellschaft konzentriert, ist insofern aufschlussreich, dass sich von alters her die Rolle des Arztes – zu nennen ist hier primär die Wiederherstellung und Bewahrung der Gesundheit – aus den gesellschaftsspezifischen Vorstellungen ergab. „Jede Zeit hat den Arzt, der zu ihr passt“ schrieb der Wiener Journalist Kurt Pollak 1963 im Vorwort seines Buches *Die Jünger des Hippokrates*. „Die Medizin, dieses getreue Spiegelbild des Zeitgeistes, hat ihr Weltbild nie selber bestimmt, sondern es – stets und so auch heute – erst mit widerstandsreicher Verzögerung von der Gesellschaft übernommen.“<sup>11</sup> Pollak notierte weiterhin: „Der gute Arzt ist Wissender und Künstler zugleich. Er muß der *Heilkunde* und *Heilkunst* angehören. Die *Heilkunde* ist vergänglich und wandelbar; die *Heilkunst* unvergänglich und unveränderlich.“<sup>12</sup> Es zeigte sich allerdings, dass gerade die Charaktereigenschaften, die zur bestmöglichen Ausübung des Arztberufes gefordert wurden, über die Jahrzehnte ungewöhnlich konstant blieben. Auffällig ist dabei die Tatsache, dass die Autoren fast durchgehend auf den Jahrtausende alten

---

<sup>11</sup> Nager. In: Praxis. (1993). Jg. 82. S. 633

<sup>12</sup> Pollak (1963). S. 7f.

Hippokratischen Eid zurückgriffen. Es kristallisierte sich einstweilen heraus, dass die fachliche Qualifikation für den Arztberuf nicht ausreicht. Immer wieder wurde von einer sogenannten Arztpersönlichkeit gesprochen, die jedoch nicht angeboren ist, sondern im Laufe der Aus- und Weiterbildung erlernt wird, ja erlernt werden muss. Insbesondere die persönliche Reife, die für die Haltung des Arztes essenziell ist, bringt den Respekt und die „Aura des Wissenden“, die letztlich das Bild des Arztes in der Gesellschaft sichtlich prägen.<sup>13</sup>

Neben diesen konkreten Auffassungen über die Stellung des Arztes in der Gesellschaft und seine sozialen Aufgaben in dieser, wurden dem Arzt ferner Eigenschaften und moralische Pflichten oblegen, die für die Erfüllung der gesamten ärztlichen Aufgabenstellung essentiell sind. Erst daraus kann das für die ärztliche Behandlung notwendige Vertrauen erwachsen. Durch diese „absolute Moral“ erreichte der Arztberuf eine Sonderstellung in der Gesellschaft, welche auch im Selbstverständnis der Ärzte tief verwurzelt ist. Mit dem Wandel der Gesellschaft entstanden im Laufe der Zeit jedoch immer deutlichere Diskrepanzen zwischen den idealisierten Vorstellungen an den Arzt und der Realität. Dies wirkte sich negativ auf das Arzt-Patientenverhältnis aus und so musste in der Konsequenz eine stete Kalibrierung beidseitiger Erwartungen erfolgen, aus der sich Handlungsdirektiven für die Ärzteschaft, aber auch für die Gesellschaft ergaben.<sup>14</sup> Insbesondere im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den Medien ist dabei eine klare Botschaft zu erkennen. Um von der Gesellschaft und der medialen Berichterstattung respektiert und verstanden zu werden, ist vor allem Transparenz und Wahrhaftigkeit elementar. Somit kann einer Emotionalisierung, Dramatisierung und Fehlinformation besser entgegengewirkt werden.<sup>15</sup>

Schon allein aus der inhaltlichen Zusammenfassung der Arbeit wird deutlich, dass die Ärzteschaft sich im Ansehen im Vergleich zu früheren Zeiten herabgesetzt fühlt. Es stellt sich nun die Frage, ob andere Studien und

---

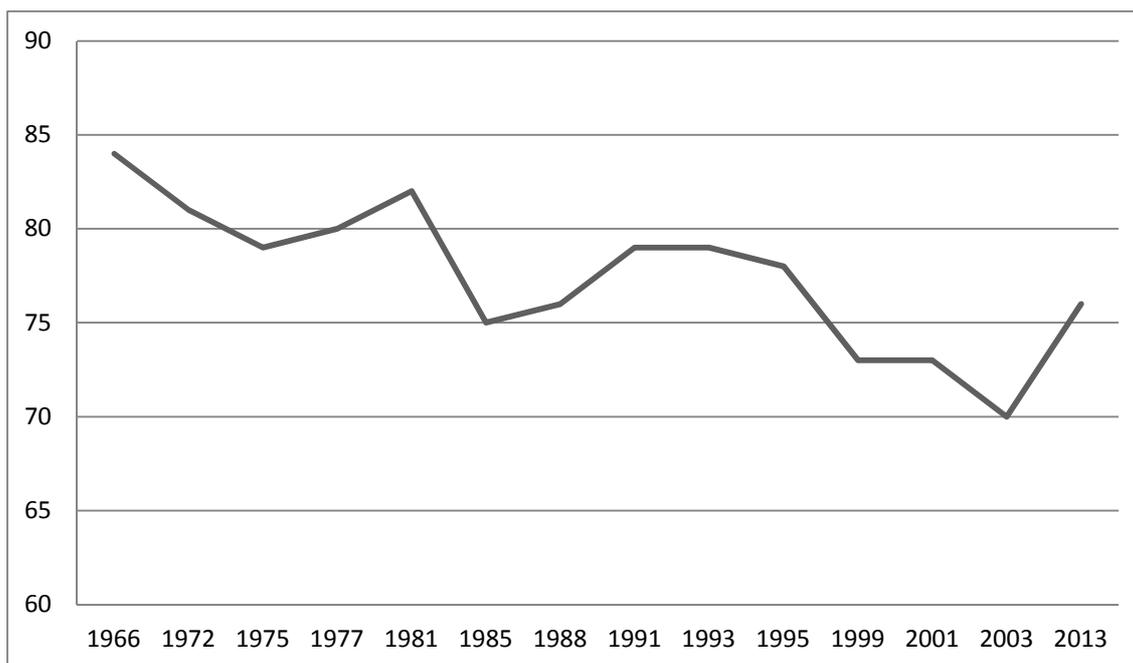
<sup>13</sup> Arnold (1988). S. 20

<sup>14</sup> Keil (1980). S. 11ff.

<sup>15</sup> Stahl 2011. *Seminar für Gesundheitspolitik der Friedrich-Thieding-Stiftung am 17.09.2011- Medien und Ärzte*

Veröffentlichungen zu einem ähnlichen Ergebnis kommen. Da es wenig bis gar keine wissenschaftlichen Abhandlungen über den Wandel des Arztbildes in diesem großen Zeitraum gibt, konnte somit auf wenig Vergleichsmaterial zurückgegriffen werden. Die wenigen Publikationen zu diesem Thema stellen entweder die persönliche, wenn oft auch eine Expertenmeinung eines einzelnen Autors dar oder beschränken sich auf ein Jahrzehnt. Es gilt also festzustellen, dass die Analyse des Arztbildes im DÄ bis zu einem gewissen Grad einseitig ist und sich einer pauschalen Wertung entzieht, da sie von meist ärztlichen Autoren gefärbt ist und mit der Veröffentlichung in der wichtigsten deutschsprachigen Ärztstandeszeitschrift in erster Linie an die Ärzteschaft selbst adressiert ist. Es muss also festgehalten werden, dass Generalisierungen über die allgemeine Haltung des Ärztstandes, ja gar der Gesellschaft, eher zurückhaltend bewertet werden sollten, da das DÄ vornehmlich als Sprachrohr der Herausgeber und weniger der gesamten Gesellschaft angesehen werden kann.

Es gibt jedoch vom DÄ unabhängige repräsentative Untersuchungen wie die Berufsprestigeskala des Instituts für Demoskopie Allensbach, welche in einem Mehrjahresrhythmus die Bevölkerung nach den prestigereichsten Berufen befragt, die in der Bewertung hilfreich und einen ähnlichen Trend verzeichnen können, der sich auch im DÄ herauskristallisiert hat. Auch hier zeigte sich nämlich allmählich, wenn doch auf hohem bis höchsten Niveau, ein Abfall des Berufsprestiges der Ärzte. Auch im 21. Jahrhundert steht der Arzt demnach an der Spitze der angesehensten Berufe.



**Abb. 19:** Berufsprestigeskala: Welcher Beruf hat für Sie das höchste gesellschaftliche Ansehen<sup>16</sup>

Im Laufe der Jahre waren es sicher auch die immer neuen Erfolge, Erfindungen und Entwicklungen in der Medizin, welche der Ärzteschaft einen gewissen Ruhm brachten. Das *Merck Manual*, das in den USA ein häufig benutztes Nachschlagewerk darstellt, listete die bedeutsamsten medizinischen Fortschritte des 20. Jahrhunderts auf: Eindämmung von Infektionskrankheiten, Massenimpfungskampagnen, ermöglicht durch große Fortschritte in der Immunologie, Identifikation und Verfügbarkeit von Vitaminen, die Framingham-Herzstudie, die präzise Pharmaforschung, die Entwicklung molekularer Genetik, Fortschritte in der Krebstherapie, Organtransplantationen und die große Vielfalt der zur Verfügung stehenden diagnostischen Methoden, um nur wenige zu nennen.<sup>17</sup> Jedoch gibt es auf der Gegenseite auch Gründe, die das abnehmende Ansehen der Ärzteschaft ab den 1960er Jahren erklären. Mit ein Grund dafür war sicher die „Entschichtung“ der Gesellschaft und die „Abnahme der Bedeutung von

<sup>16</sup> Institut für Demoskopie. (2013). [http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx\\_reportsndocs/prd\\_0307.pdf](http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/prd_0307.pdf) (07.04.2014);  
 Institut für Demoskopie. (2013). [http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx\\_reportsndocs/PD\\_2013\\_05.pdf](http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/PD_2013_05.pdf) (22.04.2014).

<sup>17</sup> O'Donovan. In: DÄ. (2003). Heft 51-52. S. 3363-A

klassengesellschaftlichen Strukturen“, welche hauptsächlich wegen der „Mediatisierung durch den Wohlfahrts- bzw. Sozialstaat“ entstanden waren.<sup>18</sup> Zudem wurde bis in die 1970er Jahre die Arzt-Patientenbeziehung als höchst individuelle Interaktion respektiert, wobei man dem Arzt vertraute, dass er den Grundsätzen der ärztlichen Berufsethik nachkam. Die Politik hatte allein die Aufgabe, eine flächendeckende Versorgung zu garantieren, die Krankenkassen verwalteten die Beitragseinnahmen, die Rechtspflege war höchstens bei grob fahrlässiger Behandlung oder Unterlassung dieser bemüht worden. 1976/77 verabschiedete die Bundesregierung jedoch aufgrund der ausufernden Ausgaben im Gesundheitssystem ein Kostendämpfungsgesetz, womit letztlich eine staatlich verordnete Mittelknappheit eingeführt wurde. In immer weiteren Gesetzen verschärfte man die Rationalisierung, bis 2009 schließlich ein „Gesundheitsfond“ geschaffen wurde. Im Namen der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit hatte man Disease-Management-Programme (DMPs) und DRGs eingeführt, die die Behandlungsfreiheit des Arztes weiter einschränkten. Mit der Budgetierung der Arzneimittelverordnung wurde den Ärzten ein weiterer Freiraum genommen, was zu einer deutlichen Unzufriedenheit unter Patienten geführt hat. Auch der zunehmende Einfluss der Rechtsprechung hat das Arzt-Patientenverhältnis nachhaltig beeinträchtigt. War früher der Leitsatz ärztlichen Handelns „Salus aegroti suprema lex“, so scheint nun eher „Voluntas aegroti suprema lex“ die Verhaltenssteuerung zu sein. Dies hat gravierende Konsequenzen für das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit, denn es erweckt den Eindruck, dass die Medizin nun nach dem Bestellerprinzip funktioniert, womit Ärzte letztlich zum Dienstleister degradiert wurden. Eine Erkrankung gilt demnach nicht mehr als Schicksal, sondern als versicherungsrechtlicher Schaden, den es – gefälligst – zu beseitigen gilt. Geschieht dies nicht im erwünschten Maße, wird der Patient ggf. Schadenersatzansprüche stellen. Hinzu kommt die Tatsache, dass Patienten mit „fertig-recherchierten Diagnosen“ und entsprechendem Pseudowissen zum Arzt kommen, der in diesem Rahmen meist zunächst Aufklärungsarbeit leisten muss. Zudem hat sich der Aufgabenbereich der Ärzte in den letzten Jahrzehnten deutlich

---

<sup>18</sup> Schäfers et al (1998). S. 311

geändert. War der Arzt früher hauptsächlich Heiler, Helfer, Tröster und Berater, so ist er nun zu einer Dokumentations- und Aufklärungsmaschinerie in einem Wirtschaftsunternehmen geworden. Die angeblich lästigen Hausbesuche bei chronisch Kranken und geriatrischen Patienten werden nun an sogenannte VERAHs oder neu auch NÄPas übergeben, sodass der Arzt bald nur noch aus dem Gesundheitsmanager und -bürokraten besteht.<sup>19</sup>

Gesundheit ist zum höchsten Gut geworden, wodurch ein irrationaler Gesundheitskult entstanden ist. Unser jüdisch-christliches Menschenbild, das wesentlich für die Wertorientierung unserer Gesellschaft geblieben ist, weist jedoch darauf hin, dass jeder einzelne sein Lebensrecht ganz unabhängig von seiner Fähigkeit, seiner Gesundheit und seiner Konkurrenzfähigkeit hat.<sup>20</sup> Ein Aphorismus, der dem deutschen Philosophen Arthur Schopenhauer zugeschrieben wird, besagt: „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“<sup>21</sup> Die Krankheit als Schicksal kann so nicht mehr akzeptiert werden. Der moderne Mensch ist nun Gestalter seines Lebens, das Abweichungen nicht mehr toleriert. Das Schicksal ist somit zum „Machsals“<sup>22</sup> geworden. Ärztliches Handeln zur Ware auf dem Markt.

Durch ihren zunehmend merkantilen Charakter wird die Medizin vermehrt denen zugänglich sein, deren Kaufkraft den Leistungserbringer überzeugt. Ein Gesundheitsmarkt berücksichtigt weder ärztliche Moral, noch das Wohl des Patienten, er wird sich lediglich an den Kundenwünschen orientieren.<sup>23</sup> Das Hauptproblem der „Kolonisierung der Lebenswelten“<sup>24</sup> durch die Ökonomie, die auch vor der Medizin keinen Halt macht, ergibt sich indes aus der für ärztliche Handlungen fremde Logik. Das heutige Gesundheitswesen beruht ursprünglich auf einem christlich-karitativen Prinzip der Solidarität.

---

<sup>19</sup> Hoppe. In: Katzenmeier (2009). S. 1ff.

Maio. In: Psychologische Medizin. (2013). S. 37f.;

Schwantes. (2009). <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1865921709003663> (15.10.2014).;

Schröder. In: Ärztepost. (2012). S. 20ff.

<sup>20</sup> Nagel. In: Katzenmeier (2009). S. 40

<sup>21</sup> Maio. In: Katzenmeier (2009). S. 22

<sup>22</sup> Ibid S. 25

<sup>23</sup> Maio. In: Katzenmeier (2009). S. 32

<sup>24</sup> angelehnt an Jürgen Habermas

Hilfsbedürftige Menschen können nicht nach ihrer Kaufkraft und dem DRG, welches sie der Klinik bringen, bewertet werden.<sup>25</sup>

Manche Entwicklungen werden jedoch von den Ärzten selbst angetrieben. So ist es die neue Generation an Ärzten, denen eine sogenannte Work-Life-Balance wichtig ist. Durch die Feminisierung der Medizin wird dieser Wunsch noch verstärkt, denn die beruflichen Ansprüche relativieren sich häufig zugunsten familiärer Prioritäten. Dadurch wird der Arztberuf zum Job statt zur Berufung.<sup>26</sup>

Das Arztbild in der Gesellschaft hat dadurch insofern Schaden genommen, als die Öffentlichkeit mit zu vielen verschiedenen Meinungen konfrontiert wird, wobei sie nicht befähigt ist, zu entscheiden, welche der Realität am nächsten ist. Schon allein die verschiedenen Arztbilder, die im Fernsehen auf den Zuschauer niederprasseln, machen eine solche Entscheidung schwierig. In Spielfilmen und Arztserien sei es nun Berg-, Land- oder Notarzt wird immer noch DER attraktive Helfer in allen Notlagen gezeigt, der im Zweifel auch am Feierabend mit seinem Sportwagen die Patienten zu Hause besucht. In Sendungen wie „ARD-Ratgeber Gesundheit“ oder „BR-Sprechstunde“ hingegen wird der Arzt als „Forscher und Heiler“ präsentiert. Das Arztbild in Nachrichten und Politmagazinen wird hingegen von den aktuellen Problemen der Gesundheitspolitik und von einer vermehrt kritischen Berichterstattung über Fehldiagnosen und Medizinskandale überschattet. Es hat sich jedoch gezeigt, dass jeder Einzelne dasjenige Arztbild übernimmt, das er persönlich erlebt hat und welches seine bisherigen Vorstellungen bestätigt, wobei es sich meist um das Bild des eigenen (Haus-) Arztes handelt, das in der Bevölkerung nach wie vor sehr positiv dargestellt wird.<sup>27</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich das Fremdbild und das Selbstbild der Ärzte teilweise grundlegend voneinander unterscheiden. In Meinungsumfragen hat der Arzt nach wie vor höchstes Ansehen. Das Bild des

---

<sup>25</sup> Maio. In: Chirurgie. (2013). S. 167ff.

<sup>26</sup> Schröder. In: Ärztepost. (2010). S. 20ff.

<sup>27</sup> Rüger. (2000). <http://www.schloss-offenberg.de/s-vortr6.htm> (15.10.2014).

---

Arztes wird dabei durch die seelische Komponente der Hoffnung gesteuert, die die Öffentlichkeit auf den Arzt projiziert. Das Selbstbild der Ärzteschaft indes hängt bedeutend davon ab, welcher Generation der einzelne Arzt angehört. Man muss auch stets beachten, dass das Gesamtbild und „Nahbild“, das die Gesellschaft von Ärzten hat, meist nicht deckungsgleich sind. Während die meisten mit ihrem eigenen Arzt zufrieden sind, ist das Bild der gesamten Ärzteschaft ambivalenter.<sup>28</sup> Waren früher die Meinungen über die Ärzteschaft eher wertstabil, so ist nun Bewegung in das Arztbild gekommen. Von 1949 bis 2014 ist deutlich ein Wandel des Arztbildes zu erkennen. Die initial gestellte Frage, ob sich dieses tatsächlich vom „Halbgott in Weiß zum Dienstleister“ entwickelt hat, ist zu bestätigen. Auch wenn sich dies nur wenig in Berufsprestigestudien zeigt, für die Ärzteschaft scheint es klar spürbar zu sein. Letztlich kommt es jedoch auf die Bewertung der Tatsachen an. Ein „Halbgott in Weiß“ wäre heute nicht mehr tragbar. Die Gesellschaft kann und will ihre Zukunft, insbesondere ihr wohl höchstes Gut, nämlich die Gesundheit, wenigstens mitgestalten.

---

<sup>28</sup> Ridder (1989). S. 61ff.

## Literaturverzeichnis

### Ärztliche Mitteilungen und Deutsches Ärzteblatt von 1949-2014

Im Einzelnen:

105. Deutscher Ärztetag. *Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt II - Individualisierung oder Standardisierung in der Medizin?* In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 23.
83. Deutscher Ärztetag. *Aus dem "Blauen Papier" - Freie Arztwahl auch unter Spezialisten - Koordinierung durch den Hausarzt.* In: DÄ. 1980. Jg 77. Heft 22.
83. Deutscher Ärztetag. *Das "Blaue Papier" - Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft.* In: DÄ. 1980. Jg 77. Heft 23.
83. Deutscher Ärztetag. *Das "Blaue Papier" - Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft - Fortsetzung.* In: DÄ. 1980. Jg 77. Heft 25.
86. Deutscher Ärztetag. *Der Arztberuf im gesellschaftlichen Wandel - Perspektiven für die 80er Jahre.* In: DÄ. 1983. Jg 80. Heft 21.
- Abele, Andrea E. *Arztberuf - Zwischen Erwartung und Realität.* In: DÄ. 2001. Jg 98. Heft 46.
- Achenbach, Gerd B. *Pluralismus in der Medizin - Wahrheit als Verschiedenheit.* In: DÄ. 2011. Jg 108. Heft 3.
- Alken, Carl Erich. *Krise in der Medizin?* In: DÄ. 1977. Jg 74. Heft 52.
- Anheier, Anja. *Reform der Approbationsordnung - Letztendlich schlecht für die Patienten.* In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 4.
- Ankowitsch, Eugenie. *Arzt-Patienten-Beziehung - Vertrauen über Jahrzehnte weggespart.* In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 42.
- Ankowitsch, Eugenie. *Zukunft der Versorgung - Diskussion über den "Acht-Stunden-Arzt".* In: DÄ. 2014. Jg 111. Heft 12.
- Anonym. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief.* In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 26.
- Armbrust, Sven. *Unverständnis - Leserbrief.* In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 3.
- Ärzttekammer Nordrhein. *"Patient muß Individuum bleiben".* In: DÄ. 1977. Jg 74. Heft 5.

- Ärztliche Pressestelle Niedersachsen. *Ärztinnen möchten mehr Teilzeitarbeit*. In: DÄ. 1993. Jg 90. Heft 51/52.
- Assistenzarzt. *DÄ-Internet-Forum*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 3.
- Auschra, Ruth; Majerus, Jürgen. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 33.
- Baethge, Christopher. *Deutsches Ärzteblatt - Neuer Impact-Faktor 3,6*. In: DÄ. 2014. Jg 111. Heft 33-34.
- Barjenbruch, Mark. *Gegen die Flatrate-Medizin - Die "Ressource Ärzte" ist kostbar*. In: DÄ. 2014. Jg 111. Heft 18.
- Bauer, Johann. *Frauenförderung an Unikliniken - Leserbrief*. In: DÄ. 1993. Jg 90. Heft 3.
- Bauer, Johann. *Medizin als "profession" - Leserbrief*. In: DÄ. 1999. Jg 96. Heft 10.
- Baumgart, Julia. *Ärzte und informierte Patienten - Ambivalentes Verhältnis*. In: DÄ. 2010. Jg 107. Heft 51-52.
- Bayer, Karlheinz. *Zwischen Samaritertum und Ökonomie - Was ist ein "guter Arzt"? - Leserbrief*. In: DÄ. 2012. Jg 109. Heft 5.
- Becke, Sabine. *Ausländische Ärzte schließen die Lücke - Leserbrief*. In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 14.
- Beckmann, Peter. *Medizin im Widerspruch - Uralte und neue Heilserwartungen an den Arzt*. In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 9.
- Berg, Volker. *Medizinische Internetforen - Ärzte als kompetente Teilnehmer*. In: DÄ. 2010. Jg 107. Heft 45.
- Bertram, Mathias. *Berufsethik und Sparpolitik - Zeitlose Grundsätze - Diskussion*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 27.
- Beske, Fritz. *Die Medizinstudierenden an den Hochschulen der Bundesrepublik einschließlich Westberlin im Winter-Semester 1952-53 und Sommer-Semester 1953*. In: ÄM. 1953. Jg 38. Heft 24.
- Bestmann, Beate; Rohde, Volker; Wellmann, Axel; Kuchler, Thomas. *Berufsreport 2003 - Geschlechterunterschiede im Beruf*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 12.

- Bestmann, Beate; Rohde, Volker; Wellmann, Axel; Kuchler, Thomas.  
*Berufsreport 2003 - Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten.* In: DÄ.  
2004. Jg 101. Heft 1-2.
- Bihl, Albrecht. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief.* In: DÄ. 2002.  
Jg 99. Heft 26.
- Bitzinger, Diane; Heberlein, Anette; Theilmeier, Gregor. *Forschung in der  
Weiterbildung - Die Generation Y will klare Aussagen über Karrierewege.*  
In: DÄ. 2014. Jg 111. Heft 11.
- Bludau, Hans-Bernd. *Alternative Berufsfelder - Was tun Hippokrates?* In: DÄ.  
2002. Jg 99. Heft 3.
- Böckle, Franz. *Humanitas im Krankenhaus.* In: DÄ. 1978. Jg 75. Heft 35.
- Böhmeke, Thomas. *Von schräg unten - Ärzteklon.* In: DÄ. 2003. Jg 100.  
Heft 21.
- Böhmeke, Thomas. *Von schräg unten - Ärztemangel.* In: DÄ. 2003. Jg 100.  
Heft 36.
- Böhmeke, Thomas. *Von schräg unten - Doctors hopping.* In: DÄ. 2006. Jg 103.  
Heft 47.
- Böhmeke, Thomas. *Von schräg unten - Guter Arzt.* In: DÄ. 2003. Jg 100.  
Heft 49.
- Bölling, Susanne. *Das Bildungsideal des Arztes - Offener Brief zum Thema.* In:  
ÄM. 1958. Jg 43. Heft 33.
- Bölling, Susanne. *Gibt es wirklich eine ärztliche Kunst?* In: ÄM. 1959. Jg 44.  
Heft 6.
- Bölling, Susanne. *Welcher junge Mensch eignet sich charakterlich für unseren  
Beruf?* In: ÄM. 1958. Jg 43. Heft 39.
- Braun, Ottheinz. *Wahrhaftigkeit im Umgang mit dem kranken Menschen.* In:  
DÄ. 1990. Jg 87. Heft 15.
- Braun, Robert N. *Die Ausbildung des Arztes für seine Arbeit in der Gesellschaft.*  
In: ÄM. 1961. Jg 46. Heft 45.
- Breitner, Burghard. *"Primum nil nocere".* In: ÄM. 1956. Jg 41.  
Heft 16.
- Brüel, Eduard. *Arztum, Idee und Wirklichkeit.* In: ÄM. 1952. Jg 37. Heft 3.

- 
- Brüggemann, Manfred. *Qualitätssicherung: Eine permanente Aufgabe der ärztlichen Berufsausübung*. In: DÄ. 1991. Jg 88. Heft 47.
- bt. *Warnung vor einer gesellschaftspolitisierten Medizin*. In: DÄ. 1972. Jg 69. Heft 19.
- Bühren, Astrid. *Ärztinnen - Mehr als nur Lückenbüßerinnen*. In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 42.
- Bühren, Astrid; Eckert, Josef. *"Feminisierung" der Ärzteschaft - Überschätzter Effekt*. In: DÄ. 2011. Jg 108. Heft 21.
- Bühning, Petra. *Absolute Überbetonung von Leistung - DÄ-Interview mit Heidrun Wendel*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 36.
- Bühning, Petra. *Lebenszufriedenheit von Ärzten - Für Psychohygiene Sorge tragen*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 36.
- Bundesärztekammer. *Gesundheitspolitik und ärztliche Berufsausübung - Ärztliche Aufgaben aus der Sicht der Gesundheitspolitik*. In: DÄ. Jg 64. Heft 20.
- Bundesärztekammer. *Soll mein Sohn Arzt werden? - Die Bundesärztekammer zur Frage der Berufswahl 1956*. In: ÄM. 1956. Jg 41. Heft 8.
- Büntig, Wolf E. *Von anderen Kulturen lernen*. In: DÄ. 1991. Jg 88. Heft 5.
- Burkart, Günter. *Ärzte-Sprache: Laien lesen mit*. In: DÄ. 1996. Jg 93. Heft 12.
- Burkart, Günter. *Dr. Gustav Osterwald - Einzig und allein Sache der Ärzte: Qualitätssicherung*. In: DÄ. 1983. Jg 80. Heft 21.
- Burkart, Günter. *Gesundheitspolitik auf dem Weg zu einer korrumpierten Medizin*. In: DÄ. 1977. Jg 74. Heft 15.
- Busse, Helmut. *Wahrhaftigkeit im Umgang mit den kranken Menschen - Eine Lüge wird er seinem Arzt nicht verzeihen - Leserbrief*. In: DÄ. 1990. Jg 87. Heft 22.
- Buxel, Holger. *Arbeitsplatz Krankenhaus - Der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden*. In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 37.
- Buxel, Holger. *Arbeitsplatz Krankenhaus - Was Ärzte zufriedener macht*. In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 11.
- ck. *Wider den Zeitgeist kämpfen, Weichen für die Zukunft stellen*. In: DÄ. 1983. Jg 80. Heft 21.

- Clade, Harald. *"Ärztin - kein fünftes Rad am Wagen"*. In: DÄ. 1994. Jg 91. Heft 46.
- Clade, Harald. *Ärztestatistik - Moderater Bestandszugang, Ärztemangel zeichnet sich ab*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 24.
- Clade, Harald. *Ärztliches Handeln vor immer neuen Herausforderungen*. In: DÄ. 1984. Jg 81. Heft 13.
- Clade, Harald. *Kliniken: Patienten mit Ärzten zufrieden*. In: DÄ. 1995. Jg 92. Heft 17.
- Clade, Harald. *Patientenbefragung - Gute Noten für Ärzte*. In: DÄ. 1995. Jg 92. Heft 7.
- Clade, Harald. *Qualitätssicherung: Eine ärztliche Daueraufgabe*. In: DÄ. 1991. Jg 88. Heft 21.
- Clade, Harald. *Thesen über den "ärztlichen Auftrag"*. In: DÄ. 1987. Jg 84. Heft 12.
- Clade, Harald. *TOP II: "Individualisierung oder Standardisierung in der Medizin?" - Medizin nach Maß, nicht von der Stange*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 23.
- Claus, Stefan. *Ökonomisierung der Krankenversorgung - Schon für Studierende prägend*. In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 5.
- Coerper, Carl. *Über die Untersuchung der Gesunden als Aufgabe der präventiven Medizin - Praktische Vorschläge von der Konstitutionsklinik*. In: ÄM. 1951. Jg 36. Heft 9.
- Cremer, Max. *Charakterbildung und lebensnahe Philosophie als Rüstzeug für die praktizierenden Ärzte*. In: ÄM. 1961. Jg 46. Heft 32.
- Dauth, Sabine. *Das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit*. In: DÄ. 1986. Jg 83. Heft 39.
- Dauth, Sabine; Spielberg, Petra. *Dubiose Kriterien einer Zeitschrift*. In: DÄ. 1993. Jg 90. Heft 9.
- Demant. *Unvergängliches Arzttum - Arzt und Arzneikunst von heute*. In: ÄM. 1956. Jg 41. Heft 1.
- Deneke, J. F. Volrad. *Arzt und Laienpropaganda*. In: ÄM. 1955. Jg 40. Heft 27.
- Deneke, J. F. Volrad. *Das Bilde des Arztes bei Platon*. In: DÄ. 1976. Jg 73. Heft 50.

- 
- Deneke, J. F. Volrad. *Der Arzt in der heutigen Gesellschaft*. In: DÄ. 1979. Jg 76. Heft 36.
- Deneke, J. F. Volrad. *Der Arzt in der heutigen Gesellschaft*. In: DÄ. 1979. Jg 76. Heft 36.
- Deneke, J. F. Volrad. *Die Bedeutung der Qualitätssicherung für das ärztliche Handeln*. In: DÄ. 1983. Jg 80. Heft 3.
- Derbolowsky, Udo. *Das medizinische Recht im Rahmen menschlicher Grundrechte*. In: DÄ. 1981. Jg 78. Heft 8.
- Deutsches Ärzteblatt. *"Heilung für Millionen" - NEUE WELT sprach mit den einsamen Meistern der Medizin*. In: ÄM/DÄ. 1962. Jg 47/ 59. Heft 42.
- Deutsches Ärzteblatt. *Ärztinnen - Frauenförderung an Uniklinken*. In: DÄ. 1992. Jg 89. Heft 49.
- Deutsches Ärzteblatt. *Das Bild des Arztes in der veröffentlichten Meinung - Erfahrungen aus dem Jahr 1970*. In: DÄ. 1971. Jg 68. Heft 1.
- Deutsches Ärzteblatt. *Der Arzt in der Gesellschaft von morgen*. In: DÄ. 1973. Jg 70. Heft 40.
- Deutsches Ärzteblatt. *Diese "Soziologie" disqualifiziert sich selbst - Unwahre Behauptungen über die Ärzteschaft und ihre Organisationen*. In: DÄ. Köln. 1973. Jg 70. Heft 22.
- Deutsches Ärzteblatt. *Medizinstudenten*. In: DÄ. 1985. Jg 82. Heft 10.
- Deutsches Ärzteblatt. *Thema Nummer eins: Medizin und Gesellschaft - Eine Dokumentation zu Vorstellungen unter Medizinstudenten*. In: DÄ. 1969. Jg 66. Heft 33.
- Deutsches Ärzteblatt. *Thema Nummer eins: Medizin und Gesellschaft - Eine Dokumentation zu Vorstellungen unter Medizinstudenten - Erste Fortsetzung*. In: DÄ. 1969. Jg 66. Heft 34.
- Deutsches Ärzteblatt. *Treibjagd auf das Ansehen der Ärzte*. In: DÄ. 1970. Jg 67. Heft 43.
- Dieterich, Anja. *Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel - Eigenverantwortlich, informiert, anspruchsvoll*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 37.
- Dietsche, Harald. *Aktionismus - Leserbrief*. In: DÄ. 1992. Jg 89. Heft 16.

- 
- Dinkel, Lothar. *Der Arzt und sein Ethos - Berufsauftrag und schutzwürdiges Leben*. In: DÄ. 1991. Jg 88. Heft 7.
- Dizinger, Hans-Georg. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 27.
- Doerks, Gerhard. *Vom Spannungsfeld der Ärzteschaft - Ein soziologischer Beitrag zum Verhältnis zwischen den praktizierenden Ärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst - Aus dem Hygienischen Institut der Freien und Hansestadt Hamburg (Direktor: Prof. Dr. Dr. H. Harmsen)*. In: ÄM. 1957. Jg 42. Heft 24.
- Donner-Banzhoff, Norbert. *Arzt und Patient - Archäologie einer Beziehung*. In: DÄ. 2012. Jg 109. Heft 42.
- Doppelfeld, Elmar. *Der Arztberuf: Reflexionen eines Insiders*. In: DÄ. 1988. Jg 85. Heft 16.
- Dörner, Klaus. *Ärztliches Selbstverständnis - Teil einer lebendigen Basis-Solidarität*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 4.
- Dörner, Klaus. *Der chronische Arzt*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 8.
- Dovifat, Emil. *Das Bild des Arztes im öffentlichen Leben*. In: ÄM. 1958. Jg 43. Heft 28.
- Dyes, O. *Vom Geist der Medizin, vom Ungeist der Zeit und vom Wanken der Arztthronen - Aussprache*. In: ÄM. 1961. Jg 46. Heft 46.
- Ehlert, R. *Ärztinnen möchten mehr Teilzeitarbeit - Leserbrief*. In: DÄ. 1994. Jg 91. Heft 9.
- Eigler, Friedrich Wilhelm. *Der hippokratische Eid - Ein zeitgemäßes Gelöbniß?* In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 34-35.
- Esser, Franzjoseph. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 27.
- Feder, Fritz. *Mediziner-Ideale*. In: DÄ. 1974. Jg 71. Heft 5.
- Federlin, Konrad; Fleischer, Konrad; Lasch, Hans Gotthard; Pia, Hans Werner; Voßschulte, Karl. *Braucht die Medizin ein neues Bild vom Menschen?* In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 41.
- Feld, Michael. *Interview mit Prof. Dr. med. Erland Erdmann*. In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 20.

- 
- Feld, Michael. *Medizingeschichte - Paracelsus ist tot*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 40.
- Feld, Michael. *Standpunkt - Falsche Auswahl*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 21.
- Fels, Erich. *Existiert in der Medizin wirklich ein Scheideweg zwischen Praxis und Wissenschaft?* In: DÄ. 1980. Jg 77. Heft 36.
- Fischer, Joachim. *Der Arzt als Berater der Jugend und Ehen*. In: ÄM. 1950. Jg 35. Heft 12.
- Flintrop, Jens. *Ärztemangel - Wenn der Nachwuchs fremdgeht*. In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 36.
- Flintrop, Jens. *Die "Krankheitserfinder" - Der ehrliche Arzt ist der Dumme*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 51-52.
- Flintrop, Jens. *Perspektiven im Arztberuf - Die Stimmung ist schlechter als die Lage*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 45.
- Flintrop, Jens. *Zeitbombe Ärztemangel - "Nachwuchs fehlt"*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 3.
- Fox, Thomas. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 25.
- Freericks, Rudolf. *Standpunkt - Stellensuche*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 24.
- Freerksen, Enno. *Medizin in der Naturwissenschaft - Herausforderung, Desillusionierung, Fortschritt?* In: DÄ. 1976. Jg 73. Heft 25.
- Freerksen, Enno. *Medizin in der Naturwissenschaft - Herausforderung, Desillusionierung, Fortschritt? - Fortsetzung*. In: DÄ. 1976. Jg 73. Heft 26.
- Freytag, Werner. *Die Illusion vom allzeit herstellbaren Fortschritt*. In: DÄ. 1981. Jg 78. Heft 35.
- Fromm, Ernst. *Arzt und Patient in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft*. In: DÄ. 1970. Jg 67. Heft 21.
- Fromm, Ernst. *Arzt und Patient in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft*. In: DÄ. 1970. Jg 67. Heft 21.
- Fromm, Ernst. *Das Bild des Arztes in Vergangenheit und Gegenwart*. In: ÄM. 1962. Heft 14.

- Fromm, Ernst. *Das Bild des Arztes in Vergangenheit und Gegenwart*. In: ÄM/DÄ. 1962. Jg 47/ 59. Heft 14.
- Fromm, Ernst. *Empörung und Protest*. In: DÄ. 1970. Jg 67. Heft 41.
- Garcia, Joseph. *Reflexionen über die sogenannte Nemesis der Medizin*. In: DÄ. 1980. Jg 77. Heft 28.
- Geisler, Linus. *Arzt und Patient im Gespräch: Wirklichkeit und Wege*. In: DÄ. 1988. Jg 85. Heft 50.
- Gent, W. *Arzt und Kranker - Zur Frage der Wahrheitspflicht des Arztes - Eine Erwiderung*. In: ÄM. 1956. Jg 41. Heft 7.
- Gerson, Walter. *Arzt und Patient*. In: ÄM. 1954. Jg 39. Heft 1.
- Gerst, Thomas. *116. Deutscher Ärztetag - Anspruch auf Wertschätzung und Anerkennung*. In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 22.
- Gerst, Thomas. *Arztbild der Zukunft - Ein eindeutiges Votum gegen die Substitution ärztlicher Tätigkeit*. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 22.
- Gerst, Thomas. *Ärztestatistik: Weiter steigender Bedarf*. In: DÄ. 2016. Jg. 113. Heft 15.
- Gerst, Thomas. *Freie Berufe - Allmähliche Strangulierung*. In: DÄ. 2000. Jg 97. Heft 45.
- Gerst, Thomas. *Gründung des Deutschen Ärzte-Verlags vor 50 Jahren: Neuanfang und Kontinuität*. In: DÄ. 1999. Jg 96. Beilage zu Heft 21.
- Gerst, Thomas. *Medien und Medizin - Wichtig ist professioneller Umgang*. In: DÄ. 2000. Jg 97. Heft 39.
- Gerst, Thomas. *TOP III: Zukunftsperspektive für die Medizin - Familie und Beruf - beides muss möglich sein*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 23.
- Gerst, Thomas. *Zulassung von Frauen zum Arztberuf - "Das Weib ist der Verarbeitung der erforderlichen wissenschaftlichen Materie nicht gewachsen..."*. In: DÄ. 1994. Jg 91. Heft 8.
- Gibis, Bernhard; Heinz, Andreas; Jacob, Rüdiger; Müller, Carl-Heinz. *Berufserwartungen von Medizinstudierenden*. In: DÄ. 2012. Jg 109. Heft 18.
- Gieseke, Sunna. *Der Bergdoktor - immer etwas besser als die Kollegen*. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 11.

- 
- Gieseke, Sunna; Richter-Kuhlmann, Eva A. *Perspektiven im Arztberuf - Steiniger Weg in eine glänzende Zukunft*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 46.
- Glas, Josef. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 27.
- Globus. *Doppelt so viele Ärzte wie 1960*. In: DÄ. 1983. Jg 80. Heft 23.
- Göhring, Peter. *Besinnung auf ärztliche Werte - Moral ist wichtiger als Mammon - Leserbrief*. In: DÄ. 2010. Jg 107. Heft 7.
- Göpfert, Winfried. *Medizin im Bild der Medien*. In: DÄ. 1992. Jg 89. Heft 39.
- Gothe, Holger; Köster, Ann-Dorothee; Storz, Philipp; Nolting, Hans-Dieter; Häussler, Bertram. *Übersichtsarbeit - Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 20.
- gr. *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft*. In: DÄ. 1971. Jg 68. Heft 48.
- Grahlke, Bodo. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 27.
- Grätz, Hans Peter. *Besinnung auf ärztliche Werte - Moral ist wichtiger als Mammon - Leserbrief*. In: DÄ. 2010. Jg 107. Heft 7.
- Gross, Rudolf. *Gesundheit und Krankheit in ihren verschiedenen Aspekten*. In: DÄ. 1980. Jg 77. Heft 21.
- Gross, Rudolf. *Randomisation, Konsens und persönliche Verantwortung*. In: DÄ. 1990. Jg 87. Heft 16.
- Grotmann, Peter. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 25.
- Hainz, Hans. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 25.
- Haller, Eberhard E. *Fast 2400 Jahre alt und noch immer im Gespräch: Der Hippokratische Eid - Leserbrief*. In: DÄ. 1994. Jg 91. Heft 8.
- Hammerle, C.-P. *Hungerlöhne*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 13.
- Hansen, Leonhard; Meier, Edith. *Arzt-Patienten-Verhältnis - Professionelle Fürsorge*. In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 39.

- Hartmannbund. *Unabhängigkeit und Gewissensfreiheit - Es geht nicht darum, die Ordnung zu beseitigen, sondern darum, eine Ordnung zu finden, in der auch die Freiheit des Arztes zu ihrem Recht kommt.* In: ÄM. 1950. Jg 35. Heft 1.
- Hausmann, Manfred. *Die große Kunst des Dienens* In: DÄ. 1971. Jg 68. Heft 44.
- Häussermann, Ekkehard. *Ausuferung der Arztzahlen - Auflösung des Arztbildes.* In: DÄ. 1984. Jg 81. Heft 16.
- Heinlein, Hartmut. *Arbeitsbedingungen schrecken viele ab - Leserbrief.* In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 25.
- Heiss, Hermann Wolfgang; Illhardt, Franz Josef; Dornberg, Martin. *Das ärztliche Wertbild - Unzeitgemäß oder Orientierung für heute?* In: DÄ. 1994. Jg 91. Heft 5.
- Hellpach, Willy. *Standeskampf als Gesellschaftsvorbild.* In: ÄM. 1949. Jg 34. Heft 1.
- Heuwing, Magdalena. *Ärztinnen: Überall und immer mehr.* In: DÄ. 1992. Jg 89. Heft 31/32.
- Hibbeler, Birgit. *2. Ärzteblatt-Wortwechsel.* In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 26.
- Hibbeler, Birgit. *Freiberuflichkeit - Einstimmiges Plädoyer für den freien Beruf.* In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 22.
- Hibbeler, Birgit. *Krankenhaus - Die Marke Arzt.* In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 33-34.
- Hibbeler, Birgit. *Krankenhäuser - Klinik der Zukunft hat mehr "arztfreie Zonen".* In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 39.
- Hibbeler, Birgit. *Medizinstudium - 4,8 Bewerber pro Studienplatz.* In: DÄ. 2012. Jg 109. Heft 32-33.
- Hibbeler, Birgit. *Nachwuchsmangel - Selbstkritik tut Not.* In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 1-2.
- Hibbeler, Birgit. *Zwischen Samaritertum und Ökonomie - Was ist ein "guter Arzt"?* In: DÄ. 2011. Jg 108. Heft 51-52.
- Hibbeler, Birgit; Korzilius, Heike. *Arztberuf - Die Medizin wird weiblicher.* In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 12.

- Hillmann, Gottfried. *Über das Ansehen der Ärzteschaft - Kollegiales Bewusstsein*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 24.
- Hinrichs, Ferdinand. *Das ärztliche Wirken in unserer Zeit*. In: ÄM. 1954. Jg 39. Heft 13.
- Ho. *Den ärztlichen Beruf ausüben heißt lebenslang Medizin studieren*. In: DÄ. 1972. Jg 69. Heft 47.
- Hoff, Bernhard. *Ärztliches Selbstverständnis: Teil eines lebendigen Basis-Solidarität -Leberbrief*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 11.
- Hoff, Ferdinand. *Wandlungen ärztlichen Denkens*. In: ÄM. 1954. Jg 39. Heft 13.
- Hoffmann, Hans. *Götter in Schwarz-Weiß gegen Halbgötter in Weiß*. In: DÄ. 1970. Jg 67. Heft 43.
- Hofmann, Friedrich. *"Bravo", "Mädchen", "Popcorn" & Co. - Medizinische Berichterstattung in der Jugendpresse*. In: DÄ. 1983. Jg 80. Heft 16.
- Hofmann, Friedrich. *Das Bild des Arztes in der Trivilliteratur*. In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 18.
- Honecker-Köddermann, Karin. *Für männliche Assistenten unzumutbar - Leserbrief*. In: DÄ. 1993. Jg 90. Heft 6.
- Hopf, G. *Zerrbild "Halbgott" im Spiegel der Meinungen*. In: DÄ. 1970. Jg 67. Heft 48.
- Hoppe, Jörg-Dietrich. *Besinnung auf ärztliche Werte - Moral ist wichtiger als Mammon*. In: DÄ. 2010. Jg. 107. Heft 1-2.
- Hoppe, Jörg-Dietrich. *Statt Programm-Medizin - Mehr Vertrauen in die ärztliche Urteilskraft*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 14.
- Ihlau, Olaf. *"Halbgott" - nach der Sendung*. In: DÄ. 1970. Jg 67. Heft 45.
- Institut der deutschen Wirtschaft. *Nichts geht über Ärzte*. In: DÄ. 1989. Jg 86. Heft 13.
- Institut für Demoskopie Allensbach. *Image der Berufe*. In: DÄ. 1993. Jg 90. Heft 49.
- Jachertz, Norbert. *1947/1997 Bundesärztekammer im Wandel: Im Namen des Patienten - und im eigenen Interesse*. In: DÄ. 1997. Jg 94. Heft 48.
- Jachertz, Norbert. *58. Bayrischer Ärztetag - Bürokratie überwuchert den Arztberuf*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 42.

- 
- Jachertz, Norbert. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 21.
- Jachertz, Norbert. *Arztberuf - Staatsmedizin, Marktmedizin*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 41.
- Jachertz, Norbert. *Bildung zur Arzt-Persönlichkeit*. In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 28.
- Jachertz, Norbert. *Der ärztliche Auftrag steht über der Kostendämpfung*. In: DÄ. 1987. Jg 84. Heft 22.
- Jachertz, Norbert. *Dr. Karsten Vilmar - Die Ärzte müssen über ihre Rolle nachdenken*. In: DÄ. 1983. Jg 80. Heft 21.
- Jachertz, Norbert. *Einkommen - Aktionismus*. In: DÄ. 1992. Jg 89. Heft 12.
- Jachertz, Norbert. *Redaktionspolitik: Unser Konzept*. In: DÄ. 1999. Jg 96. Beilage zu Heft 21.
- Jachertz, Norbert. *Wertebild der Ärzteschaft: Lehren aus einer üblen Vergangenheit*. In: DÄ. 1996. Jg 93. Heft 25.
- Jachertz, Norbert. *Besinnung auf Grundwerte einer demokratischen Gesellschaft*. In: DÄ. 1980. Jg 77. Heft 12.
- Jacob, Wolfgang. *Die Vertrauensbildung zwischen em Arzt und dem Kranken*. In: DÄ. 1983. Jg 80. Heft 19.
- Jaspers, Karl. *Die Idee des Arztes*. In: ÄM. 1953. Jg 38. Heft 18.
- Jonitz, Günther. *Genuine Aufgaben der Ärzte*. In: DÄ. 1999. Jg 96. Heft 30.
- Jores, Arthur. *Was ist Gesundheit?* In: DÄ. 1967. Jg 64. Heft 41.
- Josenhans, W. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. In: ÄM. 1959. Jg 44. Heft 9.
- Josenhans, W. *Vom Geist der Medizin, vom Ungeist der Zeit und vom Wanken der Arztthronen - Aussprache*. In: ÄM. 1961. Jg 46. Heft 30.
- Jungmann, Gerhard. *Der Arzt als Gesundheitserzieher*. In: DÄ. 1978. Jg 75. Heft 14.
- Jungmann, Gerhard. *Der Arzt im Spannungsfeld der Gesellschaftspolitik*. In: DÄ. 1972. Jg 69. Heft 39.
- Jungmann, Gerhard. *Medizin heute? - Eine kritische Betrachtung des Begriffs- und Bedeutungswandels*. In: DÄ. 1976. Jg 73. Heft 19.

- 
- Jungmann, Gerhard. *Politisierung der Medizin wäre verhängnisvoll*. In: DÄ. 1974. Jg 71. Heft 18.
- Jungmann, Gerhard. *Was ist Gesundheit? - Fragen und Antworten*. In: DÄ. 1976. Jg 73. Heft 46.
- Kamm, Stephan G. *Ausländische Ärzte schließen die Lücke - Leserbrief*. In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 14.
- Kamps, Harald. *Medizin in der Krise: Gedankenlose Ärzte - sprachlose Patienten*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 37.
- Kapfer, Ulrich. *Endlich Arzt - Keine Zeit für Euphorie*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 10.
- Karl, Martin. *Überaltert und zu wenig Nachwuchs - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 15.
- Kater, Hermann. *Unser Eid auf das Leben verpflichtet uns - wozu?* In: DÄ. 1984. Jg 81. Heft 17.
- Katholische Glaubensinformation. *Der Arzt hat Pflichten, der Patient nur Rechte*. In: DÄ. 1981. Jg 78. Heft 43.
- Kayser, Alexander. *Arztberuf - Vom Traumjob zum Albtraum - Leserbrief - Etwas Trost*. In: DÄ. 2001. Jg 98. Heft 50.
- KBV-Versammlung. *Entschießung zur Arztlahntwicklung*. In: DÄ1985. Jg 82. Heft 21.
- Kees, Helmut. *Der Nachwuchs bricht weg - Leserbrief*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 44.
- Kees, Helmut. *Überaltert und zu wenig Nachwuchs - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 15.
- Kieler Nachrichten. *Karten Vilmar: Medizinischer Fortschritt hat auch seine Risiken*. In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 8.
- Kienzle, Hans Friedrich. *Ärztinnen und Ärzte - Keine Dienstleister*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 26.
- Kirschning, Silke. *Der online informierte Patient - Offener Dialog gesucht*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 46.
- Klehn-Müller, Ute. *Wenn der Nachwuchs fremdgeht - Leserbrief*. In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 42.

- 
- Klinkhammer, Gisela. *Arztserie - Tägliche Dramen im OP*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 45.
- Klinkhammer, Gisela. *Berufe im Wandel der Generationen - "Heitere Resignation"*. In: DÄ. 2005. Jg. 102. Heft 15.
- Klinkhammer, Gisela. *Ethik in der Medizin - Der Arzt als "Steuermann"*. In: DÄ. 2000. Jg 97. Heft 43.
- Klinkhammer, Gisela. *Marburger Bund: Qualitätssicherung - ein ärztliches Anliegen ersten Ranges*. In: DÄ. 1991. Jg 88. Heft 44.
- Klinkhammer, Gisela. *Spielfilme und Serien - Der Arzt ordnet an, die Schwester führt aus*. In: DÄ. 2001. Jg 98. Heft 4.
- Klinkhammer, Gisela; Stüwe, Heinz. *Das Gespräch mit Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe*. In: DÄ. 2011. Jg 108. Heft 21.
- Koch, Friedrich. *Überfüllung des Arztberufes?* In: ÄM. 1953. Jg 38. Heft 6.
- Koch, Marianne. *Arzt-Patienten-Beziehung - In falsches Fahrwasser geraten*. In: DÄ. 2012. Jg 109. Heft 1-2.
- Kohnen, Norbert. *"Denn die Arztkunst ist der Anblick der Gesundheit" - Krankheit und Behandlung aus aristotelischer Sicht*. In: DÄ. 1978. Jg 75. Heft 28.
- König, Gerhard. *Patient und Arzt*. In: DÄ. 1964. Jg 61. Heft 18.
- Kopetsch, Thomas. *Ärzttestistik - Berufsanfänger: Mehr als die Hälfte sind Ärztinnen*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 11.
- Kopetsch, Thomas. *Ärzttestistik - Moderater Zugang, Überalterung setzt sich fort*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 20.
- Kopetsch, Thomas. *Ärzttestistik 2004 - Mehr ausländische Ärzte und mehr privat tätige Ärzte*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 11.
- Kopetsch, Thomas. *Ärztinnen - Potenziale werden (noch) nicht genutzt*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 14.
- Kopetsch, Thomas. *Arztzahlentwicklung - Hohe Abwanderung ins Ausland - sehr geringe Arbeitslosigkeit*. In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 16.
- Kopetsch, Thomas. *Arztzahlentwicklung - Immer mehr Frauen wenden sich der Medizin zu*. In: DÄ. 2011. Jg 108. Heft 20.

- Kopetsch, Thomas. *Bundesärztekammer-Statistik - Ärztemangel trotz Zuwachsraten*. In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 10.
- Kopetsch, Thomas. *Entwicklung der Arztzahlen - Zahl der angestellten Ärzte im ambulanten Bereich steigt*. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 19.
- Kopf, Sören. *Arbeitsplatz Krankenhaus - Was die jungen Wilden wollen*. In: DÄ. 2014. Jg 111. Heft 1-2.
- Korzilius, Heike. *Imagekampagne der Niedergelassenen - Im Fokus steht die Qualität der Arbeit*. In: DÄ. 2014. Jg 111. Heft 16.
- Korzilius, Heike. *KBV kontrovers - Ärzte rücken ihr Bild gerade*. In: DÄ. 2012. Jg 109. Heft 44.
- Korzilius, Heike. *Weiterbildung für die Generation Y - Sie fordern, was alle immer wollten*. In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 10.
- Korzilius, Heike; Rieser, Sabine. *Imagekampagne der niedergelassenen Ärzte - "Wir arbeiten für Ihr Leben gern"*. In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 16.
- Krämer, Walter. *Macht Medizin krank?* In: DÄ. 1985. Jg 82. Heft 37.
- Krauspe, Thomas. *Kaum Nachwuchs in Sicht - Leserbrief*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 44.
- Kreuter, Karl-Magnus. *Besinnung auf ärztliche Werte - Moral ist wichtiger als Mammon - Leserbrief*. In: DÄ. 2010. Jg 107. Heft 7.
- Krüger, Matthias. *Selbstkritik tut not - Leserbrief*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 4.
- Krüger-Brand, Heike E. *Arztbewertungsportal - Die Masse macht's*. In: DÄ. 2012. Jg 109. Heft 10.
- Krüger-Brand, Heike E. *Ärzteimage im Fernsehen - Abschied vom "Halbgott in Weiß"*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 45.
- Krüger-Brand, Heike E.; Klinkhammer, Gisela. *Günter Gerhardt - Der "Fernseh-Doc"*. In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 31- 32.
- Kuben, Marc. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 33.
- Kuberka. *Ärztemangel - Der Arztnotstand ist vorprogrammiert*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 39.
- Kühnel, W.; Leonhardt, H.; Platzer, W. *Die Inhumanität der Medizin und die Anatomie - Leserbrief*. In: DÄ. 1984. Jg 81. Heft 41.

- Kulike, Katharina. *Das sagen die Ärzte*. In: DÄ. 2011. Jg 108. Heft 51-52.
- Kwirant, Friedhelm. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 26.
- Langhorst, H. *Überaltert und zu wenig Nachwuchs - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 15.
- Laske, Dorothee. *Zur Reform des Gesundheitssystems*. In: DÄ. 1992. Jg 89. Heft 50.
- Last, Günter. *Der Arzt im Konflikt*. In: DÄ. 1983. Jg 80. Heft 40.
- Lempp, Reinhart. *Das Arzt-Patienten-Verhältnis im modernen Krankenhaus*. In: DÄ. 1989. Jg 86. Heft 27.
- Ley, Christoph. *Standpunkt - Organisation*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 3.
- Lippert, Herbert. *Die Inhumanität der Medizin und die Anatomie - Teil 1: Die Präparationen an der Leiche*. In: DÄ. 1984. Jg 81. Heft 36.
- Lippert, Herbert. *Die Inhumanität der Medizin und die Anatomie - Teil 2: Die lateinische Nomenklatur*. In: DÄ. 1984. Jg 81. Heft 37.
- Lippert, Herbert. *Die Inhumanität der Medizin und die Anatomie - Teil 3: Das Lehrer-Student-Verhältnis*. In: DÄ. 1984. Jg 81. Heft 38.
- Litten, Freddy. *Arztfilme - Das Ende des "Goldenen Zeitalters"*. In: DÄ. 2012. Jg 109. Heft 6.
- Loos, Heiner. *Ärztliches Selbstverständnis: Teil einer lebendigen Basis-Solidarität - Leserbrief*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 11.
- Lösche, Wilhelm. *"Jede Ideologie ist lebensfeindlich"*. In: DÄ. 1975. Jg 72. Heft 35.
- Luban-Plozza, Boris. *Bildung zum Arzt*. In: DÄ. 1979. Jg 76. Heft 43.
- Luft, Robert. *Die Begehrlichkeit der Menschen wieder umsteuern - Vorschläge, um die Krise des Gesundheitswesens zu überwinden*. In: DÄ. 1976. Jg 73. Heft 35.
- Lukowsky, Arthur. *Arzt und Kranker - Wahrheitspflicht und Führungsanspruch des Arztes in der Antinomie der sittlichen Werte*. In: ÄM. 1956. Jg 41. Heft 3.
- Lukowsky, Arthur. *Das Bildungsideal des Arztes - Schlußwort*. In: ÄM. 1958. Jg 43. Heft 33.

- 
- Lukowsky, Arthur. *Gedanken über den Arzt in unserer Zeit - Betrachtungen über den Aufsatz von Prof. D. Dr. Neuffer*. In: ÄM. 1958. Jg 43. Heft 20.
- Lukowsky, Arthur. *Über das Bildungsideal des Arztes*. In: ÄM. 1958. Jg 43. Heft 25.
- Lüth, Paul. *Was heißt: Mündig für Heilung? - Die Reformpolitik, die Patienten und die Ärzte*. In: DÄ. 1978. Jg 75. Heft 12.
- Lützner, H. *Die Begehrlichkeit des Menschen wieder umsteuern - Leserbrief*. In: DÄ. 1977. Jg 74. Heft 6.
- Macha, F. *Vom Geist der Medizin, vom Ungeist der Zeit und vom Wanken der Arztthronen - Aussprache*. In: ÄM. 1961. Jg 46. Heft 30.
- Machens, Roman. *Zur Diskussion - Soll ein guter Arzt gutes Geld verdienen?* In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 12.
- Maio, Giovanni. *Gesundheitswesen - Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell?* In: DÄ. 2012. Jg 109. Heft 16.
- Malzahn, Jürgen; Stosch, Christoph. *Diagnose Ärztemangel - Freie Stellen und steigende Arztzahlen*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 31-32.
- Manstein, Bodo. *Von der Ehrfurcht des Arztes*. In: ÄM. 1950. Jg 35. Heft 22.
- Martin, Wolfgang. *Arbeitsmarkt für Ärztinnen und Ärzte - Der Ärztemangel nimmt weiter zu*. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 16.
- Martin, Wolfgang. *Arbeitsmarkt für Ärztinnen und Ärzte - Die Lage spitzt sich weiter zu*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 43.
- Maurer, Bernhard. *Verantwortung und Freiheit in der Krankheit aus theologischer Sicht*. In: DÄ. 1987. Jg 84. Heft 15.
- Maus, Josef. *Ärzte-Einkommen - Und die Leistung?* In: DÄ. 1992. Jg 89. Heft 5.
- Maus, Josef. *EMNID-Umfrage - Niedergelassene Ärzte genießen hohes Ansehen*. In: DÄ. 1993. Jg 90. Heft 28/29.
- May, Uwe; Ries, Marion. *Umfrage - Beim Arzt gut aufgehoben*. In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 31- 32.
- Mayer, August. *Vom Geist der Medizin, vom Ungeist der Zeit und vom Wanken der Arztthronen*. In: ÄM. 1961. Jg 46. Heft 10.
- Mayer, August. *Vom Geist der Medizin, vom Ungeist der Zeit und vom Wanken der Arztthronen - Schlußwort*. In: ÄM. 1961. Jg 46. Heft 30.

- 
- Mayer, Manfred. *Der Arzt in der öffentlichen Meinung*. In: ÄM. 1953. Jg 38. Heft 25.
- Mayr, Thomas M. *Arztgeschichte - Die Illusion, ein Engel zu sein*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 14.
- Methfessel, Birgit; Scholz, Albrecht. *Ärzte in der NSDAP - Regionale Unterschiede*. In: DÄ. 2006. Jg. 103. Heft 16
- Meinhardt, Johannes. *Der Arzt als Pädagoge*. In: DÄ. 1977. Jg 74. Heft 36.
- Merten, Martina. *Arztberuf in der Krise - Den Kern getroffen*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 50.
- Mertens, Joachim. *Patient und Arzt in Deutschland - heute*. In: DÄ. 1974. Jg 71. Heft 2.
- Merz, Brigitte; Oberlander, Willi. *Berufszufriedenheit - Ärztinnen und Ärzte beklagen die Einschränkung ihrer Autonomie*. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 7.
- Michel, Marion. *Für männliche Assistenten unzumutbar - Leserbrief*. In: DÄ. 1993. Jg 90. Heft 5.
- Mitscherlich, Alexander. *Rollenkonflikte im Beruf des Arztes*. In: ÄM/DÄ. 1962. Jg 47/ 59. Heft 35.
- Mohl, Hans. *Das Image des Arztes - Ergebnisse einer Repräsentativerhebung*. In: DÄ. 1969. Jg 66. Heft 25.
- Möhring, Peter. *Gesucht: Auswege aus dem Dilemma*. In: DÄ. 1979. Jg 76. Heft 50.
- Möhrle, Katja. *Umfrage - Ausstieg aus dem Arztberuf*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 45.
- Montgomery, Frank Ulrich. *Nachgefragt*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 3.
- Mörk, Sven A. *Funktionsärs geschrei steht auf tönernen Füßen - Leserbrief*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 31-32.
- Mrowietz, Ulrich. *Die Inhumanität der Medizin und die Anatomie - Leserbrief*. In: DÄ. 1984. Jg 81. Heft 42.
- Müller, Pius. *Die personalen Rechte des Kranken als Grundlagen und Grenzen ärztlichen Handelns*. In: ÄM. 1956. Jg 41. Heft 4.

- 
- Müller, Ralph. *Perspektiven im Arztberuf - Die Stimmung ist schlechter als die Lage - Leserbrief*. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 6.
- Müller-Braunschweig, H. *Braucht die Medizin ein neues Bild vom Menschen? - Leserbrief*. In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 47.
- Müller-Lobeck, Lutz. *Ärztliche Versorgung: Frühzeitige Signale für den drohenden Ärztemangel - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 25.
- Muschallik, Hans Wolf. *Patient und Arzt im sozialen Wandel*. In: DÄ. 1979. Jg 76. Heft 23.
- Nagel, Eckhard. *Arzt-Patient-Beziehung aus christlicher Sicht - Nächstenliebe und Mitmenschlichkeit*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 25.
- Nagel, Eckhard. *Arzt-Patient-Beziehung aus christlicher Sicht - Nächstenliebe und Mitmenschlichkeit*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 25.
- Nedbal, Dagmar. *Medizin, Recht und Ethik*. In: DÄ. 2010. Jg 107. Heft 14.
- Netz, Ludwig. *Gedanken zum Arztberuf - Leserbrief*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 48.
- Neuffer, Hans. *Ärztliches Wirken heute und morgen*. In: ÄM. 1959. Jg 44. Heft 28.
- Neuffer, Hans. *Die Stellung des Arztes in der heutigen Gesellschaft*. In: ÄM. 1953. Jg 38. Heft 18.
- Neuffer, Hans. *Die Stellung des Arztes in der heutigen Gesellschaft*. In: ÄM. 1953. Heft 18.
- Neuffer, Hans. *Gedanken über den Arzt in unserer Zeit*. In: ÄM. 1958. Jg 43. Heft 15.
- Neuffer, Hans. *Soldschreiber und ärztliche Berufswürde*. In: ÄM. 1952. Jg 37. Heft 12.
- Neukirchen, Manfred. *"Besser gar keine als schlechte Ärzte"*. In: DÄ. 1979. Jg 76. Heft 32.
- Nickel, Albrecht. *Die Begehrlichkeit des Menschen wieder umsteuern - Leserbrief*. In: DÄ. 1977. Jg 74. Heft 6.
- Nolte, Stephan Heinrich. *Arzt oder Mediziner - Empathie statt Aktionismus*. In: DÄ. 2010. Jg 107. Heft 31- 32.

- 
- O'Donovan, Leo J. *Ärztliche Berufung - Vom transzendenten Horizont des Heilens*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 51- 52.
- Oelemann, Carl. *Geleitwort*. In: ÄM. 1949. Jg 34. Heft 1.
- Oelemann, Carl. *Große und wichtige Aufgaben für das neue Jahr - In Einigkeit und Geschlossenheit müssen wir für ihre Erfüllung kämpfen und arbeiten*. In: ÄM. 1950. Jg 35. Heft 1.
- Oeter, Ferdinand. *Gehört die Zukunft der kollektiven Medizin?* In: ÄM. 1960. Jg 45. Heft 48.
- Ohlenschläger, Ulrich. *Dem (Zahle-)Mann lacht das Herz - Leserbrief*. In: DÄ. 1994. Jg 91. Heft 16.
- Oksaar, Els. *Arzt-Patienten-Begegnung: "Alles Verhalten ist Kommunikation..."*. In: DÄ. 1995. Jg 92. Heft 45.
- Olberding, Helmut. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 25.
- Olivet, A. W. *Antiärztliche Propagandahetze im Deutschen Fernsehen*. In: DÄ. 1973. Jg 70. Heft 12.
- Osebeck, Bettina. *Dem (Zahle-)Mann lacht das Herz - Leserbrief*. In: DÄ. 1994. Jg 91. Heft 16.
- Osterloh, Falk. *Ärztemonitor - Ärzten macht ihre Arbeit Spaß*. In: DÄ. 2012. Jg 109. Heft 24.
- Osterloh, Falk. *Ärzttestatistik - Mehr Ärztinnen, mehr Angestellte*. In: DÄ. 2014. Jg 111. Heft 16.
- Osterloh, Falk. *KBV-Versichertenbefragung: Patienten loben ihre Ärzte*. In: DÄ. 2014. Jg 111. Heft 33-34.
- Osterloh, Falk. *NAV-Virchow-Bund*. In: DÄ. 2011. Jg 108. Heft 46.
- Osterloh, Falk. *Skandalisierung des Arztes in den Medien - Den Wind aus den Segeln nehmen*. In: DÄ. 2014. Jg 111. Heft 15.
- Osterwald, Gustav. *100 Jahre Kaiserliche Botschaft - Die Entwicklung des ärztlichen Berufsbildes*. In: DÄ. 1981. Jg 78. Heft 46.
- Osterwald, Gustav. *100 Jahre Kaiserliche Botschaft - Die Entwicklung des ärztlichen Berufsbildes - Fortsetzung und Schluß*. In: DÄ. 1981. Jg 78. Heft 47.

- 
- Osterwald, Gustav. *Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung*. In: DÄ. 1983. Jg 80. Heft 29.
- Peters, Wolfgang. *Der Arzt in unserer Zeit*. In: ÄM. 1956. Jg 41. Heft 12.
- Pförringer, Wolfgang. *Die Euphorie ist verflogen - Leserbrief*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 21.
- Pia, Hans-Werner. *Der Auftrag des Arztes*. In: DÄ. 1968. Jg 65. Heft 5.
- Pichlmaier, Heinz. *Herausforderung für den Arzt - Wahrheit und Wahrhaftigkeit am Krankenbett*. In: DÄ. 1999. Jg 96. Heft 9.
- Pillau, Helmut. *Arztberuf - Idealisiertes Bild*. In: DÄ. 1990. Jg 87. Heft 43.
- Poettgen, Herwig. *Moralische Doktrinen gegen gesellschaftlichen Wandel*. In: DÄ. 1987. Jg 84. Heft 41.
- Praetorius, Frank. *Am Beispiel der Mediziner: Agonie der Friedensbewegung*. In: DÄ. 1984. Jg 81. Heft 35.
- Prümmer, Nico. *Der Nachwuchs bricht weg - Leserbrief*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 44.
- Rabbata, Samir. *Arbeitssituation von Ärztinnen und Ärzten - Mehr Zeit für die Familie gewünscht*. In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 10.
- Rabbata, Samir. *Ärztmangel - "Probleme nicht verharmlosen"*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 30.
- Rabbata, Samir. *Arztzahlstudie - Kaum Nachwuchs in Sicht*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 40.
- Rabbata, Samir. *Das Gespräch mit dem CSU-Gesundheitsexperten Wolfgang Zöllner - "Die Honorare der Ärzte müssen aufgestockt werden"*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 44.
- Rabbata, Samir. *Studie - Ärzte mögen ihren Beruf - sind aber frustriert*. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 44.
- Reifferscheid, Gerd; Kunz, Gerhard. *Unterschiedliches Rollenverhalten - Arztberuf und soziales Geschlecht*. In: DÄ. 1999. Jg 96. Heft 40.
- Richter, Hans-Peter. *Arztberuf - Widerspruchsgeist als kreatives Element fördern*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 39.
- Richter, Horst Eberhard. *Braucht die Medizin ein neues Bild vom Menschen - Leserbrief*. In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 47.

- 
- Richter-Kuhlmann, Eva A. *Arztberuf - Umfrage zeigt mangelnde Attraktivität*. In: DÄ. 2012. Jg 109. Heft 20.
- Richter-Kuhlmann, Eva A. *Ärztemangel trotz Rekordzahl*. In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 18.
- Richter-Kuhlmann, Eva A. *Arzt-Patienten-Beziehung*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 40.
- Richter-Kuhlmann, Eva A. *Arztzahlentwicklung - Mehr als eine Rechenaufgabe*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 42.
- Richter-Kuhlmann, Eva A. *Medizinstudierende: Frust - statt Lust zum Heilen*. In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 3.
- Richter-Kuhlmann, Eva A. *Zukunftsperspektiven für Ärzte - Der schönste Beruf der Welt*. In: DÄ. 2012. Jg 109. Heft 45.
- Rieser, Sabine. *Ärztemangel - Der Nachwuchs bricht weg*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 36.
- Rieser, Sabine. *Ärzteonitor: Zufrieden - aber es fehlt an Zeit*. In: DÄ. 2014. Jg 111. Heft 29-30.
- Rink, Alexandra. *Arzt-Patienten-Kommunikation - Stresstest im Sprechzimmer*. In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 18.
- Ripke, Thomas. *Der kranke Arzt - Chance zum besseren Verständnis des Patienten*. In: DÄ. 2000. Jg 97. Heft 5.
- Ritgen, Gothard. *Selbstkritik tut not - Leserbrief*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 4.
- Robold, Christine. *Gedanken zur Situation der Ärzte unter den Bedingungen der Gesundheitsreform - Leserbrief*. In: DÄ. 1995. Jg 92. Heft 37.
- Roeßler, Wilhelm; Viefhues, Herbert. *Glanz und Elend der Medizinsoziologie*. In: DÄ. 1976. Jg 73. Heft 19.
- Roloff-Stachel, Stephan. *Ärztlicher Lebenszyklus*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 31-32.
- Ronald, Hans. *"Expedition" in die ärztliche Berufswelt*. In: DÄ. 1991. Jg 88. Heft 14.
- Ronneberger, Klaus-A. *Arzt oder Mediziner - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 23.

- 
- Rose, Wolfgang. *Arztberuf: Ausbildung an der Schwelle eines neuen Jahrhunderts*. In: DÄ. 1996. Jg 93. Heft 22.
- Rüdiger, Jan & Oda. *Arztum - Ausbildung statt Ausbeutung*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 27.
- Ruebsam-Simon, Ekkehard. *Arztberuf in der Krise - Veränderung beginnt im Kopf*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 43.
- Sauter-Servaes, Hannes. *Begegnung zwischen Arzt und Patient*. In: DÄ. 1986. Jg 83. Heft 31/32.
- Sauter-Servaes, Hannes. *Die Sorge um den Kranken - gemeinsame Aufgabe von Ärzten, Seelsorgern, Pflegeberufen*. In: DÄ. 1977. Jg 74. Heft 36.
- Sauter-Servaes, Hannes. *Gesundsein und Lebenssinn*. In: DÄ. 1978. Jg 75. Heft 37.
- Sauter-Servaes, Hannes. *Verbürgt der Fortschritt die Zukunft?* In: DÄ. 1973. Jg 70. Heft 46.
- Schadewaldt, Hans. *Medicus politicus: Medizin zwischen Utopie und Realität*. In: DÄ. 1973. Jg 70. Heft 48.
- Schadewaldt, Hans. *Medicus politicus: Medizin zwischen Utopie und Realität*. In: DÄ. 1973. Jg 70. Heft 48.
- Schadewaldt, Hans. *Spezialisten zwischen Mensch und Wissenschaft - eine Krise des Arzt-Berufes?* In: DÄ. 1974. Jg 71. Heft 6.
- Schadewaldt, Hans. *Spezialisten zwischen Mensch und Wissenschaft - eine Krise des Arzt-Berufes?* In: DÄ. 1974. Jg 71. Heft 6.
- Schaefer, Hans. *Die medizinische Nemesis - eine Häresie*. In: DÄ. 1975. Jg 72. Heft 25.
- Schaefer, P.; Herholz, Harald. *Qualitätssicherung - eine Herausforderung für Ärzte*. In: DÄ. 1996. Jg 93. Heft 5.
- Schäffler, Arne. *Der Nachwuchs bricht weg - Leserbrief*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 44.
- Schaffner, Herbert. *Ärztliche Pflicht*. In: DÄ. Berlin. 1985. Jg 82. Heft 31/32.
- Schell, F. Jürgen. *Ärztmangel - Gesundshrumpfen*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 5.

- 
- Schell, F. Jürgen. *Ausländische Ärzte schließen die Lücke - Leserbrief*. In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 14.
- Schipperges, Heinrich. *Gesundheitsvorsorge und Kranken-Versorgung in historischer Sicht*. In: DÄ. 1973. Jg 70. Heft 24.
- Schirmer, Horst Dieter. *Fortbildung in Europa - Element der ärztlichen Sorgfaltspflicht*. In: DÄ. 1995. Jg 92. Heft 27.
- Schmahl, Friedrich W.; von Weizsäcker, Carl Friedrich. *Moderne Physik und Grundfragen der Medizin*. In: DÄ. 2000. Jg 97. Heft 4.
- Schmedt, Michael. *aerzteblatt.de: Eine feste Größe im Internet*. In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 49.
- Schmidt, Klaus. *Allgemeinmedizin - Plädoyer für ein neues Arztbild*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 44.
- Schmidt, Wolfgang. *Die Ärzteschaft im Blickpunkt der Gesellschaft*. In: DÄ. 1973. Jg 70. Heft 16.
- Schmitz-Formes, Josef. *Der ideologische Kern der Regierungspläne ist unübersehbar*. In: DÄ. 1977. Jg 74. Heft 15.
- Schneider, Thomas. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 25.
- Schneider, Thomas. *Diagnose Ärztemangel - Freie Stellen und steigende Arztzahlen - Leserbrief*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 44.
- Schors, Rainer und Brigitte. *Der kalte Krieg zwischen Juristen und Ärzten - Beispiel einer "negativen Gegenseitigkeit" - Leserbrief*. In: DÄ. 1979. Jg 76. Heft 28.
- Schreiber, Georg. *Was ist Wahrheit in der Medizin?* In: DÄ. 1978. Jg 75. Heft 37.
- Schretzenmayr, Albert. *Leben, Krankheit und Heilung*. In: DÄ. 1969. Jg 66. Heft 6.
- Schriewer, Hilko. *Versuch einer Standortbestimmung - Arzt zwischen Tradition und Wertewandel*. In: DÄ. 1998. Jg 95. Heft 43.
- Schuchmann, Lothar. *Diagnose Ärztemangel - Freie Stellen und steigende Arztzahlen - Leserbrief*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 44.
- Schulten, Hans. *Der praktische Arzt und seine heutige Bedeutung*. In: ÄM. 1956. Jg 41. Heft 30.

- 
- Schulze-Nassau, Hartmut. *Halbgötter in Schwarzweiß*. In: DÄ. 1971. Jg 68. Heft 20.
- Schumacher, Joseph. *Arztum und Arztideal - Hermann Berger zum Gedächtnis*. In: ÄM. 1959. Jg 44. Heft 1.
- Schumann, Claudia. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 27.
- Schüßler, Roland. *"Ganzheit" und das Paradigma der Medizin*. In: DÄ. 1988. Jg 85. Heft 3.
- Schwall, Gunther. *EuGH-Urteil - Leserbrief*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 47.
- Schwarz, Sabine; Schaefer, Corinna; Ollenschläger, Günter. *Arztbewertungsportale im Internet - Nachholbedarf beim Umgang mit Ärzten*. In: DÄ. 2011. Jg 108. Heft 5.
- Seger, Gabriele. *5. Via medici Kongress - Unter neuen Vorzeichen*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 30.
- Seger, Gabriele. *6. Via medici Kongress - Arzt: Beruf mit Zukunft*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 28-29.
- Selter, H. *Zerrbild "Halbgott" im Spiegel der Meinungen*. In: DÄ. 1970. Jg 67. Heft 48.
- Sewering, Hans J. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. Dachau. 2002. Jg 99. Heft 33.
- Sewering, Hans Joachim. *Die Ärzteschaft im politischen Spannungsfeld*. In: DÄ. 1976. Jg 73. Heft 22.
- Sich, Dorothea. *Die medizinische Bedeutung der Kultur*. In: DÄ. 1990. Jg 87. Heft 46.
- Sonnenmoser, Marion. *Gestörte Patienten - Ärzte als Stalkingopfer*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 24.
- Sonnenmoser, Marion. *Selbstmotivation - Innere Anreize setzen*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 6.
- Späte, Christian. *Ärzte und informierte Patienten: Ambivalentes Verhältnis - Leserbrief*. In: DÄ. 2011. Jg 108. Heft 10.
- Speckin, Gabriele. *Verantwortung und Freiheit in der Krankheit aus theologischer Sicht - Leserbrief*. In: DÄ. 1987. Jg 84. Heft 24.

- Sperling, Paul. *Der Arzt unter dem Einfluss seiner Epoche*. In: ÄM. 1955. Jg 40. Heft 15.
- Sperling, Paul. *Vom schiefen Bild des Arztes*. In: ÄM. 1954. Jg 39. Heft 19.
- Spielberg, Petra. *Mythos Medizin und die Macht der Medien*. In: DÄ. 1995. Jg 92. Heft 25/26.
- Spieß, Hermann; Hübner-Liebermann, Bettina. *Folge des Ärztemangels - Kommt jetzt der "War for Talents"?* In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 38.
- Sprunkel, Rüdiger. *Erfolgsformel für das Verlagsmarketing: Die richtige Balance zwischen Leser- und Inserentengunst*. In: DÄ. 1999. Jg 96. Beilage zu Heft 21.
- Sradj, Nadim. *Hippokrates: Zum Arzt gehört Autorität*. In: DÄ. 1971. Jg 68. Heft 1.
- Starke, Herbert. *Die Begehrlichkeit des Menschen wieder umsteuern - Leserbrief*. In: DÄ. Duisburg. 1977. Jg 74. Heft 6.
- Steinbach, Peter. *"Halbgott" - Nach der Sendung*. In: DÄ. 1970. Jg 67. Heft 45.
- Steinebach. *Ärztliche Aufgaben - gestern und heute*. In: ÄM. 1956. Jg 41. Heft 12.
- Steiner. *Doc + Doctrix mit Gastzeichner. Arzt im Krankenhaus*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 5.
- Steiner. *Doc + Doctrix. Das lustige Spiel des Vorwärtkommens*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 6.
- Steiner. *Doc + Doctrix*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 23.
- Stern, Erich. *Arzt und Weltanschauung*. In: ÄM. 1959. Jg 44. Heft 39.
- Stiller, Jeannine; Kulka, Kristin. *Ärztlicher Nachwuchs - Ernüchternder Berufseinstieg*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 9.
- Stöbe, Tankred. *Das sagen die Ärzte*. In: DÄ. 2011. Jg 108. Heft 51- 52.
- Stobrawa, Franz F. *Qualitätssicherung - eine originäre ärztliche Aufgabe*. In: DÄ. 1983. Jg 80. Heft 49.
- Stockhausen, Josef. *Arzt und Medizin - Strukturen und Tendenzen - Erste Fortsetzung*. In: DÄ. 1969. Jg 66. Heft 31.

- 
- Stockhausen, Josef. *Arzt und Medizin - Strukturen und Tendenzen - Zweite Fortsetzung*. In: DÄ. 1969. Jg 66. Heft 32.
- Stockhausen, Josef. *Arzt und Medizin - Strukturen und Tendenzen*. In: DÄ. 1969. Jg 66. Heft 30.
- Stockhausen, Josef. *Arzt und Medizin im Wandel der Zeit*. In: DÄ. 1968. Jg 65. Heft 52.
- Stockhausen, Josef. *Das Arztbild der Zukunft - Probleme der Gegenwart*. In: DÄ. 1970. Jg. 67. Heft 14.
- Stockhausen, Josef. *Vom Leitbild des Arztes*. In: ÄM. 1958. Jg 43. Heft 44.
- Stockhausen, Josef; Wolff, Gerhard. *Die deutsche Ärzteschaft heute - Statistische-sozialpolitische Betrachtungen*. In: ÄM. 1955. Jg 40. Heft 1.
- Stoffel, M. *Überaltert und zu wenig Nachwuchs - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 15.
- Stolte, Jürgen. *Vertrauensverhältnis Patient-Arzt - Feine Risse im Fundament*. In: DÄ. 1984. Jg 81. Heft 48.
- Stork, Gereon. *Arztberuf - Vom Traumjob zum Albtraum*. In: DÄ. 2001. Jg 98. Heft 42.
- Storm, Wolfgang. *Arztberuf im Wandel - Marionetten im Dienst der Bürokratie*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 37.
- Strauß, Franz Josef. *Grußworte an den 83. Deutschen Ärztetag*. In: DÄ. 1980. Jg 77. Heft 22.
- Strohmeyer, Gilda. *Kongress Operation Karriere: Hab' Spaß - werd' Arzt! - Leserbrief*. In: DÄ. 2014. Jg 111. Heft 10.
- Stula, Martin. *Arzttum - Verwaltungsmedizin*. In: DÄ. 2001. Jg 98. Heft 11.
- Stunder, Wolfgang A. *Die Asymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis bei der Visite*. In: DÄ. 1987. Jg 84. Heft 15.
- Stüwe, Heinz. *Ärzte in den Medien - Die schlimme Wahrheit*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 20.
- Stüwe, Heinz. *Ärzte in den Medien - Neues Wohlwollen*. In: DÄ. 2014. Jg 111. Heft 45.
- Stüwe, Heinz. *Ärzte in den Medien - Wie es wirklich ist*. In: DÄ. 2012. Jg 109. Heft 21.

- Stüwe, Heinz. *Ärzte und Patienten - Die Systemfrage*. In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 13.
- Stüwe, Heinz. *Berufsprestige - Ärzte weiter ganz vorn*. In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 37.
- Stüwe, Heinz. *Medizin und Recht - Arzt - der durchnormierte Beruf*. In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 13.
- Stüwe, Heinz. *Vor dem 116. Deutschen Ärztetag - "Tue Gutes..."*. In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 21.
- Szutrely, H. Peter. *Arzt oder Mediziner - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 23.
- Templin, Klaus. *Standpunkt - Verbündete*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 13.
- Terbeck, Günther. *Wer eignet sich fürs Medizinstudium?* In: DÄ. 1978. Jg 75. Heft 39.
- Terzioglu, Peri; Jonitz, Britta; Schwantes, Ulrich; Burger, Walter. *Kommunikative und soziale Kompetenzen - Vermittlung muss im Medizinstudium beginnen*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 36.
- Thormann, Thomas. *Imagekampagne der niedergelassenen Ärzte - Wir arbeiten für Ihre Leben gern - Leserbrief*. In: DÄ. 2013. Jg 110. Heft 25.
- Tölle, Rainer. *Über den persönlichen Umgang mit dem Patienten*. In: DÄ. 1986. Jg 83. Heft 40.
- Tuffs, Annette. *Arztserien - Mehr Angst vor der OP, unzufriedener mit der Visite*. In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 1-2.
- Tuffs, Annette. *Arztserien - Von Dr. House kann man lernen*. In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 30.
- Ulatowski, Heike. *Ökonomisierung des Gesundheitssystems - Patient bleibt sich selbst überlassen*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 5.
- Ullrich, Heiner. *Zwischen Heilkunst und Heillehre*. In: DÄ. 1988. Jg 85. Heft 25/26.
- Ungeheuer, Edgar. *Position der Medizin und Verantwortung der Ärzte in unserer Gesellschaft*. In: DÄ. 1979. Jg 76. Heft 21.
- Unschuld, Paul U. *Geschichte der Medizin - Der Patient als Leidender und Kunde*. In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 17.

- 
- Unschuld, Paul U. *Geschichte der Medizin - Der Patient als Leidender und Kunde*. In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 17.
- Unschuld, Paul U. *Geschichte der Medizin - Der Patient als Leidender und Kunde*. In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 17.
- Unschuld, Paul U. *Standesberuf Arzt - Medizin als "profession"*. In: DÄ. 1999. Jg 96. Heft 1-2.
- Via Medici. 5. *Via medici Kongress - Arztberuf muss attraktiver werden*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 28-29.
- Vilmar, Karsten. *Grenze der Belastbarkeit - auch Grenze der Medizin?* In: DÄ. 1977. Jg 74. Heft 18.
- Vilmar, Karsten. *Qualitätssicherung - Eine ärztliche Daueraufgabe*. In: DÄ. 1990. Jg 87. Heft 27.
- Vogl, August. *Krise und Zukunft der Medizin*. In: DÄ. 1977. Jg 74. Heft 40.
- Voigt, Ullrich. *Das Rollenbild des Hausarztes*. In: DÄ. 1977. Jg 74. Heft 26.
- von Mettenheim, Philipp. *Arztbewertungsportale im Internet - Ärzte müssen sich nicht alles gefallen lassen*. In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 30.
- von Weizsäcker, Viktor. *Arzt und Patient*. In: ÄM. 1956. Jg 41. Heft 12.
- Voncken, Jules. *Humanitätsrecht und internationale Solidarität*. In: DÄ. 1967. Jg 64. Heft 48.
- Waciewski, M.J. *Für männliche Assistenzen unzumutbar - Leserbrief*. In: DÄ. 1993. Jg 90. Heft 6.
- Wagner, Klaus. *Zerrbild "Halbgott" im Spiegel der Meinungen*. In: DÄ. 1970. Jg 67. Heft 48.
- Walter, G. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 26.
- Walz, Bastian. *Arbeitsbedingungen schrecken viele ab - Leserbrief*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 25.
- Wannagat, Georg. *Arzt und Gesellschaft*. In: DÄ. 1977. Jg 74. Heft 28.
- Wannagat, Georg. *Arzt und Gesellschaft*. In: DÄ. 1977. Jg 74. Heft 28.
- Warkentin. *Die Freiheit des Arztes und seine Stellung in der Gesellschaft - Aussprache*. In: ÄM. 1961. Jg 46. Heft 27.

- Wasilewski, Rainer; Keil, Günther. *Das Bild des Arztes in der Presse - Fortsetzung und Schluß*. In: DÄ. 1978. Jg 75. Heft 42.
- Wattenberg, Klaus. *Die Freiheit des Arztes und seine Stellung in der Gesellschaft - Schlußwort*. In: ÄM. 1961. Jg 46. Heft 27.
- Watz, Ch. *Arzt und Patient im Gespräch: Wirklichkeit und Wege - Leserbrief*. In: DÄ. 1989. Jg 86. Heft 10.
- Wedig, Martin P. *Vom transzendenten Horizont des Heilens - Leserbrief*. In: DÄ. 2004. Jg 101. Heft 4.
- Weichmann, Herbert. *Die Ausbeutung aller durch alle muß endlich aufhören*. In: DÄ. Die Welt. 1980. Jg 77. Heft 11.
- Weidenhöfer, Horst. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 25.
- Weinhold, Ernst-Eberhard. *Berufsethik und Sparpolitik - Zeitlose Grundsätze*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 17.
- Weinhold, Ernst-Eberhard. *Berufsethik und Sparpolitik - Zeitlose Grundsätze - Diskussion*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 27.
- Weinhold, Ernst-Eberhard. *Kulturberuf Arzt*. In: DÄ. 2000. Jg 97. Heft 33.
- Weisbach, Wolf-Rüdiger. *Hausarzt - Kein Fossil einer vergangenen Zeit*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 48.
- Weiß, Helmar. *Lemminge*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 46.
- Wengenroth, Mareile. *Arzt und Geschäft - Gesundheitsladen - Leserbrief*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 33.
- Wenig, Hans-Günter. *Die Inhumanität der Medizin und die Anatomie - Leserbrief*. In: DÄ. 1985. Jg 82. Heft 4.
- Westdeutsche Zeitung. *Das Interesse am Medizinstudium nimmt weiter zu*. In: DÄ. 1991. Jg 88. Heft 88.
- Wettig, Jürgen. *Arzt-Patienten-Verhältnis - Die Melancholie des Psychiaters*. In: DÄ. 2011. Jg 108. Heft 5.
- Wiegand, Annemarie. *Ärztliche Versorgung - Frühzeitige Signale für den drohenden Ärztemangel*. In: DÄ. 2002. Jg 99. Heft 20.
- Wiesing, Urban. *Ärztliche Arbeitszeit - Eine Frage der Ethik*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 39.

- 
- Wilfart, Juliane. *Kaum Nachwuchs in Sicht - Leserbrief*. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 44.
- Winn, Kuno. *Aktionismus - Leserbrief*. In: DÄ. 1992. Jg 89. Heft 21.
- Witzel, Kai; Hipp, Tanja; Kaminski, Cornelia. *Arztbild in den Medien - Dr. Stefan Frank hätte sich mehr Zeit genommen*. In: DÄ. 2003. Jg 100. Heft 45.
- Witzmann, Rupert. *Der Tod des Hippokrates*. In: DÄ. 2000. Jg 97. Heft 15.
- Wolff, Christoph. *Damit befaßten sich die Zeitungen - Januskopf der Medizin*. In: DÄ. 1967. Jg 64. Heft 7.
- World Medical Journal. *Krankheit als Abweichung von der Norm*. In: DÄ. 1975. Jg 72. Heft 6.
- Zenner, Hans-Peter. *Die Physik und Grundfragen ärztlichen Handelns*. In: DÄ. 2000. Jg 97. Heft 4.
- Zip. *Umfrage - Ärzterolle im Wandel*. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 4.

**Monographien und Sammelbände**

Ackerknecht, Erwin. *Geschichte der Medizin*. Stuttgart. Ferdinand Enke Verlag. 1989.

Arnold, Michael. *Der Arztberuf. Eine Einführung in das Studium und in die Probleme der Medizin für den Arzt von morgen*. Stuttgart. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 1988.

Baar, Fabian; Faulstich, Werner (Hrsg.). *Von der Abendunterhaltung zum Leitmedium - vom Familienzentrum zur Geräuschkulisse: Funktionswandel der Medien Fernsehen und Radio*. München. Fink. 2003.

Bogdal, Klaus-Michael (Hrsg.); Kammler, Clemens. *Neue Literaturtheorien. Eine Einführung - Historische Diskursanalyse (Michel Foucault)*. Opladen. Vandenhoeck & Ruprecht. 1990.

Bruchhausen, Walter; Schott, Heinz. *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht. 2008.

*Bürgerliches Gesetzbuch*. München. Deutscher Taschenbuchverlag. 2008.

Capra, Fritjof. *Wendezeit : Bausteine für ein neues Weltbild*. Bern. Scherz. 1983.

Conze, Eckart. *Die Suche nach Sicherheit - Eine Geschichte der Bundesrepublik Deutschland von 1949 bis in die Gegenwart*. München. Siedler Verlag. 2009.

Czada, Roland; Süß, Werner (Hrsg.). *Zwischen Stagnation und Umbruch. Die politisch-ökonomische Entwicklung nach 1989. In: Deutschland in den neunziger Jahren*. Opladen. Springer. 2002.

Davies, Gill (Hrsg.). *Die Zeittafel der Medizingeschichte*. Köln. Könenmann Verlag. 1999.

Deneke, J. F. Volrad; Sperber, Richard E. *1872-1972: Einhundert Jahre Deutsches Ärzteblatt, Ärztliche Mitteilungen*. Köln. Deutscher Ärzteverlag. 1973.

*Der Brockhaus in fünfzehn Bänden - Band 2*. Mannheim. F.A. Brockhaus. 1997.

*Der Brockhaus in fünfzehn Bänden - Band 3*. Mannheim. F.A. Brockhaus. 1997.

*Der Brockhaus in fünfzehn Bänden - Band 8*. Mannheim. F.A. Brockhaus. 1997.

- Descartes, René. *Discours de la méthode pour bien conduire sa raison/ Von der Methode des richtigen Vernunftgebrauchs und der wissenschaftlichen Forschung*. Hamburg. 1960 (Erstauflage 1637).
- Die Bibel - Einheitsübersetzung*. Stuttgart. Katholische Bibelanstalt. 1980.
- Dörner, Klaus. *Der gute Arzt*. Stuttgart. Schattauer Verlag. 2001.
- Duden. *Duden Band 5 - Das Fremdwörterbuch*. Mannheim. Dudenverlag. 1990.
- Duden. *Duden Band 7 - Das Herkunftswörterbuch*. Mannheim. Dudenverlag. 2006.
- Duden. *Duden Band 8 - Das Synonymwörterbuch*. Mannheim. Duden. 2010.
- Eckart, Wolfgang U. *Illustrierte Geschichte der Medizin - Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart*. Heidelberg. Springer. 2011.
- Eckart, Wolfgang. *Geschichte der Medizin*. Heidelberg. Springer. 2009.
- Faulstich, Werner (Hrsg.). *Einleitung - zu den politischen, wirtschaftlichen und sozialen Konturen*. In: *Die neunziger Jahre*. München. Fink. 2010.
- Faulstich, Werner (Hrsg.). *Einleitung*. In: *Die Kultur der fünfziger Jahre*. München. Fink. 2002.
- Faulstich, Werner (Hrsg.). *Einleitung*. In: *Die Kultur der sechziger Jahre*. München. Fink. 2003.
- Faulstich, Werner (Hrsg.). *Gesellschaft und Kultur der siebziger Jahre: Einführung und Überblick*, In: *Die Kultur der siebziger Jahre*. München. Fink. 2004.
- Faulstich, Werner (Hrsg.). *Überblick: Wirtschaftliche, politische und soziale Eckdaten des Jahrzehnts*. In: *Die Kultur der achtziger Jahre*. München. Fink. 2005.
- Foucault, Michel; Defert, Daniel / Ewald, Francois (Hrsg.). *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits, Bd. 4: 1980-1988*. Frankfurt a. Main. Suhrkamp. 2005.
- Frenzel, Ivo (Hrsg.). *Friedrich Nietzsche - Werke in zwei Bänden - Band I - Menschliches, Allzumenschliches - Ein Buch für freie Geister - Erster Band*. München. Carl Hanser Verlag. 1967 (Erstpublikation 1878).
- Goethe, Johann Wolfgang. *Faust. Der Tragödie Erster Teil*. Stuttgart. Reclam. 2000 (Erstveröffentlichung 1808).

- 
- Goethe, Johann Wolfgang. *Faust. Der Tragödie Zweiter Teil*. Stuttgart. Reclam. 2001 (Erstveröffentlichung 1832).
- Graus, František (Hrsg.). *Mentalität - Versuch einer Begriffsbestimmung. In: Mentalitäten im Mittelalter. Methodische und inhaltliche Probleme*. Sigmaringen. Thorbecke. 1987.
- Günther-Arndt, Hilke (Hrsg.). *Geschichtsmethodik - Handbuch für die Sekundarstufe I und II*. Berlin. Cornelsen. 2007.
- Habermas, Jürgen. *Die neue Unübersichtlichkeit. Kleine Politische Schriften V*. Frankfurt am Main. Suhrkamp. 1985.
- Hahn, Michael; Emminger, Hamid; Kia, Thomas (Hrsg.). *Exaplan - Das Kompendium der klinischen Medizin - Band 2 - Kapitel Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. München. Urban & Fischer Verlag, Elsevier. 2011.
- Halter, Hans (Hrsg.). *Vorsicht Arzt! Krise der modernen Medizin*. Hamburg. SPIEGEL-Verlag. 1981.
- Heisenberg, Werner. *Der Teil und das Ganze. Gespräche im Umkreis der Atomphysik*. München. Piper. 1969.
- Hilger, Hans H. (Hrsg.). *Der Arztberuf im Wandel der Zeit*. Stuttgart. Schattauer. 1990.
- Iggers, Georg Gerson. *Geschichtswissenschaft im 20. Jahrhundert. Ein kritischer Überblick im internationalen Zusammenhang. Mit einem Nachwort*. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht. 1993.
- Jaddo. *Blutige Anfänger - Eine junge Ärztin packt aus*. Berlin. Ullstein Buchverlage GmbH. 2012.
- Jäger, Siegfried; Keller, Reiner/ Hirseland, Andreas/ Schneider, Werner/ Viehöver, Willy (Hrsg.). *Diskurstheorie und Geschichtswissenschaft. In: Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden*. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2006.
- Jetter, Dieter. *Geschichte der Medizin - Einführung in die Entwicklung der Heilkunde aller Länder und Zeiten*. Stuttgart. Thieme. 1992.
- Jütte, Robert (Hrsg.); Gerst, Thomas. *Die Geschichte der deutschen Ärzteschaft - Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert*. Köln. Deutscher Ärzte-Verlag. 1997.

- Jütte, Robert (Hrsg.); Gerst, Thomas. *Die Geschichte der deutschen Ärzteschaft - Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert*. Köln. Deutscher Ärzte-Verlag. 1997.
- Kant, Immanuel; Brandt, Horst D. (Hrsg.). *Kritik der praktischen Vernunft*. Hamburg. Meiner. 2003 (1788).
- Kant, Immanuel; Brandt, Horst D.(Hrsg.). *Kritik der praktischen Vernunft*. Hamburg. Meiner. 2003 (1788).
- Kater, Michael H; Lehmann, Hartmut; Oexle, Otto Gerhard (Hrsg.). *Nationalsozialismus in der Kulturwissenschaften* - Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht. 2004.
- Kater, Michael H. *Physicians in Crisis at the End of the Weimar Republic*. Basingstoke. 1986.
- Katzenmeier, Christian; Bergdolt, Klaus (Hrsg.). *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*. Köln. Springer Verlag. 2009.
- Keil, Günther. *Das Bild des Arztes bei politischen Entscheidungsträgern und in der Presse*. Köln. Deutscher Ärzteverlag. 1978.
- Kirn, Paul. *Einführung in die Geschichtswissenschaft*. Berlin. Walter de Gruyter. 1968.
- Knopp, Guido; Berkel, Alexander. *Die Bilder des Jahrhunderts: 100 Jahre*. München. Econ. 1999.
- Kühn, C. *Hippocratis liber de decenti habitu, aut decoro. In: Magni Hippocratis opera omnia*. Leipzig. Tomus I. 1825.
- Landwehr, Achim. *Historische Einführungen - Historische Diskursanalyse*. Frankfurt/Main. Campus. 2008.
- Liek, Erwin. *Der Arzt und seine Sendung*. München. J.F. Lehmanns Verlag. 1926.
- Mann, Thomas. *Der Zauberberg - In der Fassung der Großen kommentierten Frankfurter Ausgabe*. Frankfurt. Fischer. 2013 (Erstausgabe 1924).
- Marx, Karl. *Werke. Bd. 8. Der achtzehnte Brumaire des Louis Bonaparte*. Berlin/DDR. Dietz. 1972.
- Nietzsche, Friedrich. *Unzeitgemäße Betrachtungen - Teil 2: Vom Nutzen und Nachtheil der Historie für das Leben. In: Werke in drei Bänden. Band 1*. München. Carl Hanser Verlag. 1954.

- 
- Noack, Thorsten; Fangerau, Heiner; Vögele, Jörg. *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. München. Elsevier. 2007.
- Noelle, Elisabeth; Neumann, Erich Peter (Hrsg.). *Jahrbuch der öffentlichen Meinung 1947-1955*. Allensbach. 1956.
- Ortlieb, H. D.; Bolte, Karl Martin; Dörge, F. W. *Beiträge zur Sozialkunde*. In: Opladen. 1963.
- Plewnia, Christian Gerhard. *Wandel der Arztideale - Entwicklungen in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit*. Münster. 1999.
- Pollak, Kurt. *Die Jünger des Hippokrates*. Wien. Econ. 1963.
- Riha, Ortrun. *Grundwissen - Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin*. Bern. Huber. 2008.
- Robert-Bosch-Stiftung, Murrhardter-Kreis. *Das Arztbild der Zukunft: Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt; Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform*. Gerlingen. Bleicher. 1995.
- Rohde, Johann Jürgen; Kaupen-Haas, Heidrun (Hrsg.). *Die Selbsteinschätzung des Arztes und seine Einschätzung in der modernen Gesellschaft*. In: *Soziologische Probleme medizinischer Berufe*. Opladen. Westdeutscher Verlag. 1968.
- Sarasin, Philipp. *Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse*. Frankfurt/Main. Suhrkamp. 2003.
- Sarasin, Philipp; Keller, Reiner/ Hirseland, Andreas/ Schneider, Werner/ Viehöver, Willy (Hrsg.). *Diskurstheorie und Geschichtswissenschaft*. In: *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden*. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2006.
- Schäfers, Bernhard. *Gesellschaftlicher Wandel in Deutschland. Ein Studienbuch zur Sozialstruktur und Sozialgeschichte der Bundesrepublik*. Stuttgart. Deutscher Taschenbuchverlag. 1995.
- Schäfers, Bernhard; Schildt, Axel (Hrsg.). *Die westdeutsche Gesellschaft: Strukturen und Formen*. In: *Modernisierung im Wiederaufbau - Die westdeutsche Gesellschaft der 50er Jahre*. Bonn. Dietz. 1998.
- Schildt, Axel (Hrsg.); Siegfried, Detlef; Lammers, Karl Christian. *Dynamische Zeiten - Die 60er Jahre in den beiden deutschen Gesellschaften*. Hamburg. Hans Christians Verlag. 2000.

- Schildt, Axel. *Modernisierung und Wiederaufbau: Die westdeutsche Gesellschaft der fünfziger Jahre. In: Die Kultur der fünfziger Jahre.* München. Fink. 2002.
- Schlemmer, Johannes. *Der Arzt im Spiegel der Öffentlichkeit. In: Das Bild des Arztes - Referate gehalten anlässlich der Klausurtagung der Bezirksärztekammern Nordwürttemberg und Südwürttemberg am 7./8. Oktober 1989 in Donaueschingen.* Tübingen. Bezirksärztekammer Südwürttemberg. 1989.
- Schneck, Peter. *Geschichte der Medizin systematisch.* Bremen. UNI-MED. 1997.
- Schulten, Hans. *Der Arzt.* Stuttgart. Thieme Verlag. 1966.
- Schulze, Anke. *Tötende Ärzte: Mediziner im Nationalsozialismus; eine soziologische Studie.* Peine. Drasch. 2012.
- Schwab-Trapp, Michael; Bohnsack, Ralf/Winfried, Marotzki/Meuser, Michael (Hrsg.). *Diskursanalyse. In: Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung.* Opladen. Verlag Barbara Budrich. 2011.
- Sellin, Volker. *Einführung in die Geschichtswissenschaft.* Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht. 1995.
- Sigerist, Henry Ernest. *Von der primitiven und archaischen Medizin bis zum Goldenen Zeitalter in Griechenland.* Zürich. Europa Verlag. 1963.
- Simon, Steffen (Hrsg.). *Der gute Arzt im Alltag - Anleitung zur ärztlichen Grundhaltung in Klinik und Praxis.* Köln. Deutscher Ärzte-Verlag. 2005.
- Süß, Werner (Hrsg.). *Deutschland in den neunziger Jahren. Politik und Gesellschaft zwischen Wiedervereinigung und Globalisierung.* Opladen. Springer. 2002.
- Tendick, Alfred. *Arztbild ohne Wandel? Massenpublikationen als Quelle von Vorstellungen und Meinung.* Duisburg. Sankt Augustin: Richarz. 1983.
- Tümmers, Hennig. *AIDS und die Mauer. Deutsch-deutsche Reaktionen auf eine komplexe Bedrohung. In: Infiziertes Europa - Seuchen im langen 20. Jahrhundert.* München. Oledenbourg Wissenschaftsverlag. 2014.
- von Troschke, Jürgen. *Die Kunst, ein guter Arzt zu werden.* Bern. Verlag Hans Huber. 2001.
- Waigand, Beate. *Antisemitismus auf Abruf - Das Deutsche Ärzteblatt und die jüdischen Mediziner 1918-1933.* Frankfurt am Main. Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften. 2001.

- 
- Wegner, Wolfgang; Gerabek, Werner E; Haage, Bernhard D; Keil, Gundolf.  
*Arzt. In: Enzyklopädie Medizingeschichte Band 1.* Berlin. de Gruyter.  
2007.
- Wegner, Wolfgang; Gerabek, Werner E; Haage, Bernhard D; Keil, Gundolf.  
*Arzt. In: Enzyklopädie Medizingeschichte Band 1.* Berlin. de Gruyter.  
2007.
- Wiesing, Urban. *Kunst oder Wissenschaft? Konzeptionen der Medizin in der  
deutschen Romantik.* Stuttgart-Bad Cannstatt. frommann-holzboog.  
1995.
- Wilke, Jürgen; Faulstich, Werner (Hrsg.). *Die Tagespresse der sechziger Jahre:  
Krisensymptome und Selbstbehauptung.* München. Fink. 2003.
- Winko, Simone; Arnold, Heinz Ludwig/ Detering Heinrich (Hrsg.).  
*Diskursanalyse, Diskursgeschichte. In: Grundzüge der  
Literaturwissenschaft.* München. Deutscher Taschenbuch Verlag. 1997
- Zeller, Eberhard. *Arztstimmen - Hundert Lesestücke.* Stuttgart. Hippokrates-  
Verlag. 1937.

**Internetartikel**

2014. *Journal and Article Metrics*. München: Elsevier.  
<http://www.elsevier.com/editors/journal-and-article-metrics#impact-factor>  
(29.08.2014).
- Bauer, Axel (Hrg.). 2008. *Warum der hippokratische Arzt nicht den Göttern gleichen wollte*. Deutsch-Griechischer Club Bamberg.  
<http://www.awbauer.uni-hd.de> (30.10.2008).
- Bauer, Axel (Hrg.). *Der Hippokratische Eid*. [http://www.dr-ross.de/Hippokrates\\_Eid.html](http://www.dr-ross.de/Hippokrates_Eid.html) (03.03.2012).
- Bauer, Axel. 2008. *Der "Schwarze Tod" - Die Pest im Spätmittelalter und Früher Neuzeit*. Mannheim. <http://www.awbauer.uni-hd.de> (30.10.2008).
- Bauer, Axel. 2008. *Medizin in der Griechischen Antike*. Mannheim.  
<http://www.awbauer.uni-hd.de> (30.10.2008).
- BR2. 2010. *Der Arztberuf im Wandel: Vom Halbgott in Weiß zum Dienstleister - Susanne Merkle im Gespräch mit Dr. Christoph Emminger*. München.  
<http://www.ardmediathek.de/tv/radioWissen-Bayern-2/Der-Arztberuf-im-Wandel-vom-Dienstleis/Bayern-2/Audio-Podcast?documentId=20337204&bcastId=5945518&mpage=page.moreclips> (18.12.2014).
- Bundesärztekammer. 2010. *Anteil der unter 35-jährigen Ärzte an allen berufstätigen Ärzten*.  
<http://www.bundesaerztekammer.de/specialdownloads/Stat10Abb07.pdf>  
(12.04.2014).
- Bundesärztekammer. 2012. *Ärztestatistik 2012*. Berlin.  
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.11372>  
(24.04.2014).
- Bundesärztekammer. 2013. *Ärztestatistik 2013*. Berlin.  
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13Abbildungsteil.pdf>  
(16.04.2014).
- Bundesärztekammer. 2014. *Ärztestatistik 2013*. Berlin.  
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002>  
(30.10.2014).
- Bundesärztekammer. 2015. *Musterberufordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte*. Frankfurt.  
[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO\\_02.07.2015.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_02.07.2015.pdf) (14.07.2016).

- Bundesärztekammer. 2016. *Träger der Paracelsus-Medaille*. Berlin.  
<http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/geschichteauszeichnungenn/traeger-der-paracelsus-medaille/> (11.08.2016).
- Bundesgesundheitsministerium. 2012. *Daten des Gesundheitswesens*. Bonn.  
[http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten\\_des\\_Gesundheitswesens\\_2012.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2012.pdf) (29.12.2014).
- BVMD. 2005. *Wie wünscht ihr euch eure Arbeitsbedingungen im Krankenhaus?*  
<http://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=1558> (13.04.2014).
- BVMD. 2007. *"Ja" zum Arztberuf - "Nein" zu deutschen Verhältnissen*. Berlin.  
<http://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=1850> (16.04.2014).
- Deutscher Ärzte-Verlag. 2014. *Chronik*. Köln.  
<http://www.aerzteverlag.de/default.asp?docid=19> (21.7.2014).
- Deutsches Ärzteblatt. 2014. *Mediadaten*. Köln.  
<http://www.aerzteblatt.de/service/mediadaten> (20.07.2014).
- Deutsches Ärzteblatt. 2016. *Media-Information 2016*. Köln.  
[http://www.aerzteverlag-media.de/fileadmin/media/mediadaten/medizin/Verkaufsunterlagen/Media-Informationen\\_DAE\\_deutsch\\_2016.pdf](http://www.aerzteverlag-media.de/fileadmin/media/mediadaten/medizin/Verkaufsunterlagen/Media-Informationen_DAE_deutsch_2016.pdf) (25.07.2016).
- Doc Check Flexicon. 2014. *Morbus Mohl*.  
[http://flexikon.doccheck.com/de/Morbus\\_Mohl](http://flexikon.doccheck.com/de/Morbus_Mohl) (03.06.2014).
- Faller, Heike. 2012. *Gesundheitsreform - Das Ende der Schweigepflicht*. Hamburg.  
<http://www.zeit.de/2012/21/Klinik-Gesundheitsreform> (22.04.2014).
- FAZ. 2009. *Jahresrückblick 2009*. Frankfurt.  
<http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/jahresrueckblick-2009/> (04.07.2016).
- FAZ. 2010. *Jahresrückblick 2010*. Frankfurt.  
<http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/jahresrueckblick-2010/> (04.07.2016).
- FAZ. 2011. *Jahresrückblick 2011*. Frankfurt.  
<http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/jahresrueckblick-2011/> (04.07.2016).
- FAZ. 2012. *Jahresrückblick 2012*. Frankfurt.  
<http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/jahresrueckblick-2012/> (04.07.2016).

- FAZ. 2013. *Jahresrückblick 2013*. Frankfurt.  
<http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/jahresrueckblick-2013/>  
(04.07.2016).
- FAZ. 2014. *Jahresrückblick 2014*. Frankfurt.  
<http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/jahresrueckblick-2014/>  
(04.07.2016).
- Follmer, Robert; Leinert, Johannes. 2012. *ÄrzteMonitor 2012*. Berlin. [http://nav-virchowbund.de/uploads/live/aktuelles/dokumente/1218/infas\\_praesentation\\_aerztemonitor\\_langfassung.pdf?PHPSESSID=0d2912a30839688c8e7706bb6dd0cbf8](http://nav-virchowbund.de/uploads/live/aktuelles/dokumente/1218/infas_praesentation_aerztemonitor_langfassung.pdf?PHPSESSID=0d2912a30839688c8e7706bb6dd0cbf8) (22.04.2014).
- Fuchs, Christoph. 2010. *Ärztliche Verantwortung und medizinisches Handeln zwischen Medizin, Recht und Ethik*. Tutzing. <http://web.ev-akademie-tutzing.de/cms/index.php?id=576&part=downloads&lfidnr=1523>  
(22.04.2014).
- Gerst, Thomas. 2005. *50 Jahre Kassenarztrecht: „... dass wir allen Grund haben, uns zu freuen“*. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/47622/50-Jahre-Kassenarztrecht-dass-wir-alen-Grund-haben-uns-zu-freuen>  
(14.11.2014).
- Gesellschaft der deutschen Sprache. *Wort des Jahres*. Wiesbaden.  
<http://gfds.de/aktionen/wort-des-jahres/> (06.08.2016).
- Golnik, Thomas. 2001. *Der Arzt im Altertum*. <http://www.thomas-golnik.de/orbis/realien/arzt.html> (03.03.12).
- Hartmannbund. 2012. *Der Arztberuf von morgen - Erwartungen und Perspektiven einer Generation*. Berlin.  
[http://www.hartmannbund.de/uploads/2012\\_Umfrage-Medizinstudierende.pdf](http://www.hartmannbund.de/uploads/2012_Umfrage-Medizinstudierende.pdf) (22.04.2014).
- Institut für Demoskopie Allensbach. 2003. *Allensbacher Berichte - Ärzte weiterhin vorn*. Allensbach. [http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx\\_reportsdocs/prd\\_0307.pdf](http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/prd_0307.pdf) (07.04.2014).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1961*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/140325/60-x-deutschland-das-jahr-1961>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1968*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/891/60-x-deutschland-das-jahr-1968>  
(02.05.2016).

- 
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1949*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/895/60-x-deutschland-das-jahr-1949>  
(03.01.2015).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1950*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/928/60-x-deutschland-das-jahr-1950>  
(03.01.2015).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1951*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/874/60-x-deutschland-das-jahr-1951>  
(03.01.2015).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1952*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/875/60-x-deutschland-das-jahr-1952>  
(03.01.2015).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1953*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/872/60-x-deutschland-das-jahr-1953>.  
(14.09.2015)
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1954*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/877/60-x-deutschland-das-jahr-1954>.  
(14.09.2015)
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1955*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/73444/60-x-deutschland-das-jahr-1955>.  
(14.09.2015)
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1956*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/878/60-x-deutschland-das-jahr-1956>.  
(14.09.2015)
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1957*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/143282/60-x-deutschland-das-jahr-1957>.  
(14.09.2015)

- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1958*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/879/60-x-deutschland-das-jahr-1958>.  
(14.09.2015)
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1959*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/880/60-x-deutschland-das-jahr-1959>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1960*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/893/60-x-deutschland-das-jahr-1960>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1962*. Bonn.  
<http://www.60xdeutschland.de/1962-jahresschau/> (02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1963*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/886/60-x-deutschland-das-jahr-1963>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1964*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/887/60-x-deutschland-das-jahr-1964>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1965*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/888/60-x-deutschland-das-jahr-1965>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1966*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/889/60-x-deutschland-das-jahr-1966>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1967*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/890/60-x-deutschland-das-jahr-1967>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1969*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/892/60-x-deutschland-das-jahr-1969>  
(02.05.2016).

- 
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1970*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/852/60-x-deutschland-das-jahr-1970>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1971*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/849/60-x-deutschland-das-jahr-1971>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1972*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/856/60-x-deutschland-das-jahr-1972>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1973*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/896/60-x-deutschland-das-jahr-1973>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1974*. Bonn.  
<https://www.bpb.de/mediathek/858/60-x-deutschland-das-jahr-1974>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1975*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/859/60-x-deutschland-das-jahr-1975>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1976*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/860/60-x-deutschland-das-jahr-1976>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1977*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/861/60-x-deutschland-das-jahr-1977>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1978*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/866/60-x-deutschland-das-jahr-1978>  
(02.05.2016).

- 
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1979*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/867/60-x-deutschland-das-jahr-1979>  
(02.05.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1980*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/898/60-x-deutschland-das-jahr-1980>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1981*. Bonn.  
<https://www.bpb.de/mediathek/902/60-x-deutschland-das-jahr-1981>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1982*. Bonn.  
<https://www.bpb.de/mediathek/901/60-x-deutschland-das-jahr-1982>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1983*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/897/60-x-deutschland-das-jahr-1983>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1984*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/899/60-x-deutschland-das-jahr-1984>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1985*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/900/60-x-deutschland-das-jahr-1985>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1986*. Bonn.  
<https://www.bpb.de/mediathek/907/60-x-deutschland-das-jahr-1986>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1987*. Bonn.  
<https://www.bpb.de/mediathek/840/60-x-deutschland-das-jahr-1987>  
(06.06.2016).

- 
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1988*. Bonn.  
<https://www.bpb.de/mediathek/904/60-x-deutschland-das-jahr-1988>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1989*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/905/60-x-deutschland-das-jahr-1989>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1990*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/906/60-x-deutschland-das-jahr-1990>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1991*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/903/60-x-deutschland-das-jahr-1991>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1992*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/908/60-x-deutschland-das-jahr-1992>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1993*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/909/60-x-deutschland-das-jahr-1993>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1994*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/910/60-x-deutschland-das-jahr-1994>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1995*. Bonn.  
<https://www.bpb.de/mediathek/911/60-x-deutschland-das-jahr-1995>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1996*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/913/60-x-deutschland-das-jahr-1996>  
(06.06.2016).

- 
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1997*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/915/60-x-deutschland-das-jahr-1997>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1998*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/916/60-x-deutschland-das-jahr-1998>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 1999*. Bonn.  
<https://www.bpb.de/mediathek/917/60-x-deutschland-das-jahr-1999>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 2000*. Bonn.  
<https://www.bpb.de/mediathek/918/60-x-deutschland-das-jahr-2000>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 2001*. Bonn.  
<https://www.bpb.de/mediathek/914/60-x-deutschland-das-jahr-2001>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 2002*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/919/60-x-deutschland-das-jahr-2002>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 2003*. Bonn.  
<https://www.bpb.de/mediathek/920/60-x-deutschland-das-jahr-2003>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 2004*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/922/60-x-deutschland-das-jahr-2004>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 2005*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/923/60-x-deutschland-das-jahr-2005>  
(06.06.2016).

- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 2006*. Bonn.  
<http://www.bpb.de/mediathek/924/60-x-deutschland-das-jahr-2006>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 2007*. Bonn.  
<https://www.bpb.de/mediathek/925/60-x-deutschland-das-jahr-2007>  
(06.06.2016).
- Kirstein, Romina; Kolano, Peter; Schwade, Esther. Bundeszentrale für politische Bildung. 2014. *60 x Deutschland - Das Jahr 2008*. Bonn.  
<https://www.bpb.de/mediathek/926/60-x-deutschland-das-jahr-2008>  
(06.06.2016).
- Köcher, Renate. 2013. *MLP Gesundheitsreport 2012/13*. Berlin.  
<http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/534846/data/praesentation.pdf>  
(22.04.2014).
- Köcher, Renate; Schroeder-Wildberg, Uwe. 2014. *MLP-Gesundheitsreport 2014*. Berlin. <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/586006/data/praesentation.pdf>  
(03.12.2014).
- Kopetsch, Thomas. 2003. *Alles wird gut oder: Droht in den neuen Bundesländern doch kein Ärztemangel?*  
<http://www.aerzteblatt.de/download/files/2004/07/x0001142.pdf>  
(07.04.2014).
- Kopetsch, Thomas. 2007. *Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends*. <http://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=1906>  
(13.04.2014).
- Kopetsch, Thomas. 2010. *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!* Berlin.  
[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie\\_03092010.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf) (12.05.2014).
- Kopetsch, Thomas. 2010. *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!* Berlin. [http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie\\_2010.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf)  
(27.11.2014)
- Landwehr, Achim. 2010. *Docupedia Zeitgeschichte: Diskurs und Diskursgeschichte*.  
[http://docupedia.de/docupedia/images/5/52/Diskurs\\_und\\_Diskursgeschichte.pdf](http://docupedia.de/docupedia/images/5/52/Diskurs_und_Diskursgeschichte.pdf) (21.07.2014).

- 
- Lehner, Monika. 2004. *Diskursanalyse*. Wien. [www.univie.ac.at](http://www.univie.ac.at) (21.07.2014).
- Marckmann, Georg. 2010. *Der Anspruch der Ethik und seine Bedeutung für die Medizin*. Tutzing. <http://web.ev-akademie-tutzing.de/cms/index.php?id=576&part=downloads&lfidnr=1523> (22.04.2014).
- Möller, Frank. 2007. *Historische Methode*. Greifswald. [http://www.phil.uni-greifswald.de/fileadmin/mediapool/general\\_studies/MethodenWS07-08.pdf](http://www.phil.uni-greifswald.de/fileadmin/mediapool/general_studies/MethodenWS07-08.pdf) (23.07.2014).
- OECD. 2007. *Physicians per 1000 population 1960 - 2007 - Country Rankings*. Paris. [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/practising-physicians-doctors\\_20758480-table4](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/practising-physicians-doctors_20758480-table4) (21.12.2014).
- Rein. *Historische Diskursanalyse*. Düsseldorf. <https://www.uni-due.de/einladung/Vorlesungen/methoden/histdiskurs.htm> (08.09.2014).
- Rüger, Till. 2000. *Das Arztbild in Film und Fernsehen aus der Sicht eines Journalisten*. München. <http://www.schloss-offenberg.de/s-vortr6.htm> (15.10.2014).
- Schwantes, Ulrich. 2009. *Wandel der Arztbildes in der Öffentlichkeit*. Berlin. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1865921709003663> (15.10.2014).
- Statistisches Bundesamt. 2012. *Entwicklung der Gesamtbevölkerung Deutschlands von 1871 bis 2010*. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1358/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-deutschlands/> (22.06.2012).
- Statistisches Bundesamt. 2014. *Bevölkerungsentwicklung*. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html> (28.12.2014).
- Statistisches Bundesamt. 2014. *Studierende der Medizin*. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html> (29.12.2014).
- Süddeutsche Zeitung. 2012. *Wie Krankenhausserien das Bild vom Arzt beeinflussen - Zehn Mythen über Ärzte*. München: Süddeutsche Zeitung. <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/krankenhausserien-zehn-mythen-ueber-aerzte-1.408007-10> (08.08.2012).
- Witte, Felicitas. 2013. *Arztberuf im Wandel - Der Patient weiß Bescheid*. München. [http://www.sueddeutsche.de/karriere/arztberuf\\_im\\_wandel\\_der\\_patient\\_weiss\\_bescheid-1.1713216](http://www.sueddeutsche.de/karriere/arztberuf_im_wandel_der_patient_weiss_bescheid-1.1713216) (06.10.2014).

**Zeitschriftenartikel**

- Deneke, J. F. Volrad. *Das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit - Teil 1.* In: Monatskurse für die Ärztliche Fortbildung. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. 1977. Jg 27. Heft 10.
- Deneke, J. F. Volrad. *Das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit - Teil 2.* In: Monatskurse für die ärztliche Fortbildung. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. 1977. Jg 27. Heft 11.
- Deneke, J. F. Volrad. *Das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit - Teil 3.* In: Monatskurse für die ärztliche Fortbildung. Köln. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. 1977. Jg 27. Heft 12.
- Haenggi, David. *Hier zerbröseln ein gewaltiges Potential an Idealismus.* In: Synapse. 2013.
- Inkeles, Alex; Rossi, Peter Henry. *National Comparisons of Occupational Prestige.* In: The American Journal of Sociology. 1956. LXI.
- Keating, Nancy L; Green, Diane C; Kao, Audiey C; Gazmararian, Julie A; Wu, Vivian Y; Cleary, Paul D *How Are Patients' Specific Ambulatory Care Experiences Related to Trust, Satisfaction, and Considering Changing Physicians?* In: Journal of General Internal Medicine. 2002. Jg. 17. Heft 1.
- Kleining, Gerhard; Glass, David W.; König, René (Hrsg.). *Über soziale Images.* In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen. Westdeutscher Verlag. 1974. Sonderheft 5.
- Maio, Giovanni. *Der Arzt als Ingenieur für den Menschen?* In: Psychologische Medizin. 2013. Jg. 24. Nr. 2.
- Maio, Giovanni. *Über die Umprogrammierung der inneren Identität der Ärzte durch die Ökonomie.* In: Chirurgie. 2013.
- Meyer-Larsen, Werner. *Die fetten Jahre sind vorbei.* In: Spiegel. 1980. Jg. 34/ Heft 37.
- Müller-Seidel, Walter. *Arztbilder im Wandel - Zum literarischen Werk Arthur Schnitzlers - Vorgetragen am 3. November 1995.* In: Bayrische Akademie der Wissenschaften - Philosophisch-historische Klasse: Sitzungsberichte München: Verlag der Bayerischen Akademie der Wissenschaften. 1997. Jahrgang 1997, Heft 6.
- Nager, Frank. *Die komplementäre Wirklichkeit des Arztes.* In: Praxis. 1993. Jg. 82.

- Naunyn, Bernhard. *Aerzte und Laien*. In: Deutsche Revue. 1905. Jg. 30, Heft 1.
- Robinson, Geoffrey *Do patients want patient centred care?* In: British Medical Journal. 2001. 322.
- Rohde, Johann Jürgen. *Ausmaß und Bedeutung der Mithilfe von Familienangehörigen in der Praxis des Kassenarztes*. In: Materialien aus der empirischen Sozialforschung. 1967. Heft 7.
- Roter, Debra L; Hall, Judith A; Aoki, Yutaka. *Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review*. In: Journal of the American Medical Association. 2002. 288.
- Schönhoven, Klaus. *Aufbruch in die sozialliberale Ära. Zur Bedeutung der 60er Jahre in der Geschichte der Bundesrepublik*. In: Geschichte und Gesellschaft. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht. 1999. Bd. 25. Heft 1.
- Schrauth, Markus; Kowalski, Axel; Weyrich, Peter; Begenau, Jutta; Werner, Anne; Zipfel, Stephan; Nikendai, Christoph. *Selbstbild, Arztbild und Arztideal: Ein Vergleich Medizinstudierender 1981 und 2006*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. Thieme. 2009. Heft 59.
- Schröder, Erich. *Arzt sein zwischen Ethik, Recht und Ökonomie*. In: Ärztepost. 2012.
- Schröder, Erich. *Wandel im ärztlichen Selbstverständnis*. In: Ärztepost. 2010.
- Spiegel. *Aids: "Eine Epidemie, die erst beginnt"*. In: Der Spiegel. 1983. Ausgabe 23.
- Spiegel. *Wie die Pest*. In: Der Spiegel. 1983. Ausgabe 28.
- Toellner, Richard. *Ein guter Arzt - was ist das?* In: Berliner Ärzte. 1997. 5.
- Unbekannt. *Jungärzte - Es gibt zu viele*. In: Der Spiegel. 1950. Ausgabe 30.

### **Seminarunterlagen**

- Stahl, Roland 2011. Seminar für Gesundheitspolitik der Friedrich-Thieding-Stiftung am 17.09.2011- Medien und Ärzte

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Artikelanzahl zum Arztbild 1949-1969 .....	29
Abbildung 2: Artikelanzahl zum Arztbild 1970-1989 .....	31
Abbildung 3: Artikelanzahl zum Arztbild 1990-2014 .....	32
Abbildung 4: Vorgehensweise der historischen Diskursanalyse.....	40
Abbildung 5: Interesse am Medizinstudium .....	177
Abbildung 6: Auf einer Skala von 1 bis 10. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?.....	210
Abbildung 7: Anzahl der angestellten Ärzte im niedergelassenen Bereich.....	217
Abbildung 8: Anteil der Frauen in der Medizin.....	252
Abbildung 9: Anteil der Frauen auf den verschiedenen Stufen der medizinischen Berufskarriere (Ein-Zeitpunkt-Betrachtung) .....	253
Abbildung 10: Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland.....	271
Abbildung 11: Anteil der unter 35-Jährigen und über 59-Jährigen .....	272
Abbildung 12: Anzahl der gemeldeten, ausländischen Ärzte .....	273
Abbildung 13: Arztlentwicklung, in Tausend .....	275
Abbildung 14: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland, in Mio.....	276
Abbildung 15: Einwohner pro Arzt.....	276
Abbildung 16: Interesse am Medizinstudium .....	277
Abbildung 17: Verhältnis Bewerber/Studienplatz.....	278
Abbildung 18: Anzahl der Studierenden im Fach Humanmedizin in Deutschland zum jeweiligen WS.....	278
Abbildung 19: Berufsprestigeskala: Wer Beruf hat für Sie das höchste gesellschaftliche Ansehen.....	293

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Arztlentwicklung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts .....	260
Tabelle 2: Arztlentwicklung der 1950er und -60er Jahre.....	263

---

## Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
Abschn.	Abschnitt
AG	Aktiengesellschaft; Arbeitsgemeinschaft
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AiP	Arzt im Praktikum
ÄK	Ärztekammer
ÄM	Ärztliche Mitteilungen
AMA	American Medical Association
Anh.	Anhang
Anm.	Anmerkung
anon.	anonym
ARD	Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland
Art.	Artikel bei Gesetzen und in Enzyklopädien
Aufl.	Auflage
Ausg.	Ausgabe
B	Belgien
BÄK	Bundesärztekammer
Bd.	Band
BER	Flughafen Berlin Brandenburg
betr.	betreffend
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BR	Bayrischer Rundfunk
BVMD	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland

---

CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
cme	continuing medical education (Fortbildung für Ärzte)
CSU	Christliche-Soziale Union in Bayern (Schwesterpartei der CDU)
D	Deutschland
DÄ	Deutsches Ärzteblatt
DDR	Deutsche Demokratische Republik
ders.	derselbe Autor
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DM	Deutsche Mark
DMP	Disease-Management-Program
dpa	Deutsche Presseagentur GmbH
DRG	diagnose related groups (pauschalisiertes Abrechnungsverfahren)
e.g.	zum Beispiel
EKG	Elektrokardiogramm
ESC	Eurovision Song Contest
ESM	European Stability Mechanism
et. al	und andere
etc.	et cetera = und so weiter
EuGH	Europäischer Gerichtshof
evtl.	eventuell
F	Frankreich
f.	die angegebene und die folgende Seite
ff.	die angegebene und die folgenden Seiten
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FDP	Frei Demokratische Partei
FH	Fachhochschule

---

GAU	größter anzunehmender Unfall
GB	Großbritannien
gen.	genannt
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GUS	Gemeinschaft unabhängiger Staaten (Nachfolge der UdSSR)
h	Stunde(n)
HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Hrsg.	Herausgeber
I	Italien
ibid.	am angegebenen Ort/ebenda
i.e.	das heißt
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
IS	sog. Islamischer Staat (Terrororganisation)
JFK	John Fitzgerald Kennedy
Jg.	Jahrgang
Jh.	Jahrhundert
Kap.	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KPdSU	Kommunistische Partei der Sowjetunion
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität München
LUX	Luxemburg
min	Minute(n)
Mio.	Million(en)

---

MLP	Marschollek, Lautenschläger und Partner AG, Finanzberatung für Akademiker
NäPa	Nicht-ärztliche Praxisassistentin
NATO	North Atlantic Treaty Organization
NAV	Verband der niedergelassenen Ärzte
NB	Nota Bene
NDR	Norddeutscher Rundfunk
NL	Niederlande
NS	Nationalsozialismus
NS-	nationalsozialistisch
NSAR	Nichtsteroidale Antirheumatika (Schmerzmittel)
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NSU	Nationalsozialistischer Untergrund (Terrororganisation)
NYC	New York City
o.J.	ohne Jahresangabe
o.O.	ohne Ortsangabe
OP	Operation(ssaal)
PDS	Partei des Demokratischen Sozialismus
PJ	Praktisches Jahr (letztes Ausbildungsjahr im Medizinstudium)
RAF	Rote Armee Fraktion (Terrororganisation)
RTL	Radio Télévision Luxemburg (deutschsprachiger Privatsender)
s.	siehe
S.	Seite
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
sic	Hinweis, dass in einem Text etwas wirklich so steht, wie es wiedergegeben ist

---

sog.	sogenannt
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SS	Sommersemester
Tab.	Tabelle
UdSSR	Union der sozialistischen Sowjetrepubliken = Sowjetunion
UNO	United Nations Organization
USA	United States of America
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
Verf.	Verfasser
vgl.	vergleiche
VLK	Verband der leitenden Krankenhausärzte
Vol.	Volume (Band)
vs.	versus (im Gegensatz zu)
WDR	Westdeutscher Rundfunk
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WM	Weltmeisterschaft
WS	Wintersemester
WTC	World Trade Center
ZDF	Zweites Deutsches Fernsehen
ZVS	Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen

---

## Anhang

### I. Der Hippokratische Eid

Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und bei Asklepios, Hygieia und Panakeia sowie unter Anrufung aller Götter und Göttinnen als Zeugen, dass ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil diesen Eid und diesen Vertrag erfüllen werde:

Denjenigen, der mich diese Kunst gelehrt hat, werde ich meinen Eltern gleichstellen und das Leben mit ihm teilen; falls es nötig ist, werde ich ihn mitversorgen. Seine männlichen Nachkommen werde ich wie meine Brüder achten und sie ohne Honorar und ohne Vertrag diese Kunst lehren, wenn sie sie erlernen wollen. Mit Unterricht, Vorlesungen und allen übrigen Aspekten der Ausbildung werde ich meine eigenen Söhne, die Söhne meines Lehrers und diejenigen Schüler versorgen, die nach ärztlichem Brauch den Vertrag unterschrieben und den Eid abgelegt haben, aber sonst niemanden.

Die diätetischen Maßnahmen werde ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil zum Nutzen der Kranken einsetzen, Schädigung und Unrecht aber ausschließen.

Ich werde niemandem, nicht einmal auf ausdrückliches Verlangen, ein tödliches Medikament geben, und ich werde auch keinen entsprechenden Rat erteilen; ebenso werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel aushändigen.

Lauter und gewissenhaft werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.

Auf keinen Fall werde ich Blasensteinkranke operieren, sondern ich werde hier den Handwerkschirurgen Platz machen, die darin erfahren sind.

In wie viele Häuser ich auch kommen werde, zum Nutzen der Kranken will ich eintreten und mich von jedem vorsätzlichen Unrecht und jeder anderen Sittenlosigkeit fernhalten, auch von sexuellen Handlungen mit Frauen und Männern, sowohl Freien als auch Sklaven.

Über alles, was ich während oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre und das man nicht nach draußen tragen darf, werde ich schweigen und es geheim halten.

---

Wenn ich diesen meinen Eid erfülle und ihn nicht antaste, so möge ich mein Leben und meine Kunst genießen, gerühmt bei allen Menschen für alle Zeiten; wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, dann soll das Gegenteil davon geschehen.<sup>1</sup>

## II. Das Genfer Ärztegelöbnis

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten. Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein. Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Dies alles verspreche ich feierlich und frei auf meine Ehre.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Bauer. (2008). [http://www.dr-ross.de/Hippokrates\\_Eid.html](http://www.dr-ross.de/Hippokrates_Eid.html) (03.03.12).

<sup>2</sup> Weltärztebund. (1948). [www.bundesaerztekammer.de/downloads/Genf.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Genf.pdf) (19.06.2012).

### III. Auszüge aus der Berufsordnung für Ärzte in Deutschland

#### A) Grundsätze

##### § 1 Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte

- (1) Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.
- (2) Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

##### § 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten

- (1) Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.
- (2) Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.
- (3) Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.
- (4) Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen. [...]

### § 3 Unvereinbarkeiten

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist neben der Ausübung ihres Berufs die Ausübung einer anderen Tätigkeit untersagt, welche mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufs nicht vereinbar ist. Ärztinnen und Ärzten ist auch verboten, ihren Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke herzugeben. Ebenso wenig dürfen sie zulassen, dass von ihrem Namen oder vom beruflichen Ansehen der Ärztinnen und Ärzte in solcher Weise Gebrauch gemacht wird.
- (2) Ärztinnen und Ärzten ist untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter ihrer Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.

### § 4 Fortbildung

- (1) Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. [...]

### § 5 Qualitätssicherung

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen. [...]

## **B) Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten**

### § 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

- (1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren.
- (2) Ärztinnen und Ärzte achten das Recht ihrer Patientinnen und Patienten, die Ärztin oder den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln. Andererseits sind – von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen – auch Ärztinnen und Ärzte frei, eine Behandlung abzulehnen. Den begründeten Wunsch der Patientin oder des Patienten, eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.
- (3) Ärztinnen und Ärzte haben im Interesse der Patientinnen und Patienten mit anderen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten. Soweit dies für die Diagnostik und Therapie erforderlich ist, haben sie rechtzeitig andere Ärztinnen und Ärzte hinzuzuziehen oder ihnen die Patientin oder den Patienten zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen.
- (4) Ärztinnen und Ärzte dürfen eine individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.  
[...]
- (6) Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegen zu bringen und mit Patientenkritik und Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt umzugehen. [...]

### § 8 Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedürfen Ärztinnen und Ärzte der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen. Die Aufklärung hat der Patientin oder dem Patienten insbesondere vor operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihnen verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen. Insbesondere vor diagnostischen oder operativen Eingriffen ist, soweit möglich, eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten. Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrücklicher sind Patientinnen oder Patienten über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären.

### § 9 Schweigepflicht

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen der Patientin oder des Patienten, Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.
- (2) Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes einschränken, soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten darüber unterrichten.
- (3) Ärztinnen und Ärzte haben ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.

- 
- (4) Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

#### § 10 Dokumentationspflicht

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für die Ärztin oder den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.
- (2) Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen in die sie betreffende Dokumentation Einsicht zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte der Ärztin, des Arztes oder Dritter entgegenstehen. Auf Verlangen sind der Patientin oder dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben. [...]

#### § 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- (1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte den Patientinnen und Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.
- (2) Der ärztliche Berufsauftrag verbietet es, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patientinnen und Patienten anzuwenden. Unzulässig ist es auch, Heilerfolge, insbesondere bei nicht heilbaren Krankheiten, als gewiss zuzusichern.

### § 12 Honorar und Vergütungsabsprachen

- (1) Die Honorarforderung muss angemessen sein. Für die Bemessung ist die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten. Ärztinnen und Ärzte dürfen die Sätze nach der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten. Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung haben Ärztinnen und Ärzte auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der oder des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.
- (2) Ärztinnen und Ärzte können Verwandten, Kolleginnen und Kollegen, deren Angehörigen und mittellosen Patientinnen und Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.  
[...]
- (4) Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärztinnen und Ärzte die Patientinnen und Patienten schriftlich über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist.

## **C) Besondere medizinische Verfahren und Forschung**

### § 13 Besondere medizinische Verfahren

- (1) Bei speziellen medizinischen Maßnahmen oder Verfahren, die ethische Probleme aufwerfen und zu denen die Ärztekammer Empfehlungen zur Indikationsstellung und zur Ausführung festgelegt hat, haben Ärztinnen und Ärzte die Empfehlungen zu beachten.
- (2) Soweit es die Ärztekammer verlangt, haben Ärztinnen und Ärzte die Anwendung solcher Maßnahmen oder Verfahren der Ärztekammer anzuzeigen.

- (3) Vor Aufnahme entsprechender Tätigkeiten haben Ärztinnen und Ärzte auf Verlangen der Ärztekammer den Nachweis zu führen, dass die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen entsprechend den Empfehlungen erfüllt werden.

#### § 14 Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch

- (1) Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Ärztinnen und Ärzte können nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen oder ihn zu unterlassen.
- (2) Ärztinnen und Ärzte, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen oder eine Fehlgeburt betreuen, haben dafür Sorge zu tragen, dass die tote Leibesfrucht keiner missbräuchlichen Verwendung zugeführt wird.

#### § 15 Forschung

- (1) Ärztinnen und Ärzte, die sich an einem Forschungsvorhaben beteiligen, bei dem in die psychische oder körperliche Integrität eines Menschen eingegriffen oder Körpermaterialien oder Daten verwendet werden, die sich einem bestimmten Menschen zuordnen lassen, müssen sicherstellen, dass vor der Durchführung des Forschungsvorhabens eine Beratung erfolgt, die auf die mit ihm verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen zielt und die von einer bei der zuständigen Ärztekammer gebildeten Ethik-Kommission oder von einer anderen, nach Landesrecht gebildeten unabhängigen und interdisziplinär besetzten Ethik-Kommission durchgeführt wird. Dasselbe gilt vor der Durchführung gesetzlich zugelassener Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe.
- (2) In Publikationen von Forschungsergebnissen sind die Beziehungen der Ärztin oder des Arztes zum Auftraggeber und dessen Interessen offenzulegen.

- (3) Ärztinnen und Ärzte beachten bei der Forschung am Menschen nach § 15 Absatz 1 die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes in der Fassung der 64. Generalversammlung 2013 in Fortaleza niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.

#### § 16 Beistand für Sterbende

Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.

### **D) Berufliches Verhalten**

#### § 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis

[...]

- (4) Der Praxissitz ist durch ein Praxisschild kenntlich zu machen. Ärztinnen und Ärzte haben auf ihrem Praxisschild
- den Namen,
  - die (Fach-) Arztbezeichnung,
  - die Sprechzeiten sowie
  - ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 18a anzugeben. Ärztinnen und Ärzte, welche nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihres Praxissitzes durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies der Ärztekammer anzeigen.

[...]

#### § 21 Haftpflichtversicherung

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern.

[...]

### § 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse haben Ärztinnen und Ärzte mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind oder die auszustellen sie übernommen haben, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben.

[...]

### § 27 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

- (1) Zweck der nachstehenden Vorschriften der Berufsordnung ist die Gewährleistung des Patientenschutzes durch sachgerechte und angemessene Information und die Vermeidung einer dem Selbstverständnis der Ärztin oder des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufs.
- (2) Auf dieser Grundlage sind Ärztinnen und Ärzte sachliche berufsbezogene Informationen gestattet.
- (3) Berufswidrige Werbung ist Ärztinnen und Ärzten untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Ärztinnen und Ärzte dürfen eine solche Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Eine Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit ist unzulässig. Werbeverbote aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.
- (4) Ärztinnen und Ärzte können 1. nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen, 2. nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen, 3. als solche gekennzeichnete Tätigkeitsschwerpunkte und 4. organisatorische Hinweise ankündigen. Die nach Nummer 1 erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden. Ein Hinweis auf die verleihende Ärztekammer ist zulässig. Andere Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen nur angekündigt werden, wenn diese

Angaben nicht mit solchen nach geregelter Weiterbildungserwerbten Qualifikationen verwechselt werden können.

[...]

#### § 29 Kollegiale Zusammenarbeit

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten. Die Verpflichtung, in einem Gutachten, auch soweit es die Behandlungsweise einer anderen Ärztin oder eines anderen Arztes betrifft, nach bestem Wissen die ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen einer Ärztin oder eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen sind berufswidrig.
- (2) Es ist berufswidrig, eine Kollegin oder einen Kollegen aus ihrer oder seiner Behandlungstätigkeit oder aus dem Wettbewerb um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen.

[...]

- (4) In Gegenwart von Patientinnen und Patienten oder anderen Personen sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch im Verhältnis von Vorgesetzten und Mitarbeitern und für den Dienst in den Krankenhäusern. [...]

#### § 30 Ärztliche Unabhängigkeit

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.

### § 31 Unerlaubte Zuweisung

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.
- (2) Sie dürfen ihren Patientinnen und Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärztinnen oder Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen.

### § 32 Unerlaubte Zuwendungen

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, von Patientinnen und Patienten oder Anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. Eine Beeinflussung ist dann nicht berufswidrig, wenn sie einer wirtschaftlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise auf sozialrechtlicher Grundlage dient und der Ärztin oder dem Arzt die Möglichkeit erhalten bleibt, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen. [...]³

---

<sup>3</sup> Bundesärztekammer. (2015).  
[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO\\_02.07.2015.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_02.07.2015.pdf) (14.07.2016).

**IV. Erklärung zum Eigenanteil**

Die Arbeit wurde im Institut für Ethik und Geschichte der Medizin unter Betreuung von Prof. Dr. Dr. U. Wiesing durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Dr. U. Wiesing und PD Dr. H. Tümmers

Ich versichere, das Manuskript selbständig nach Anleitung durch PD Dr. Tümmers verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

**V. Danksagung**

Mein Dank gilt allen, die die Entstehung dieser Arbeit mit Hilfe und Zuspruch, aber auch mit Verzicht begleitet haben.

Bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing für die Überlassung des Themas und die Betreuung bei dieser Arbeit.

Besonderen Dank gebührt Herrn PD Dr. Henning Tümmers, der mir stets mit gutem Rat und kritischer Anmerkung zur Seite stand.