

Zeitschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 24 · Heft 3 · 2017

ISSN 1021-9803

Preis: € 15

Imago Hominis

**Medizin in der
Defensive**
Medicine on the Defensive

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Astrid Chirari (Anästhesiologie & Intensivmedizin, Wien)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Andreas Gruber (Neurochirurgie, Wien)
Johannes A. Hainfellner (Neuropathologie & Neurobiologie, Wien)
Thomas Sören Hoffmann (Philosophie, Hagen)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Reinhard Lenzhofer (Innere Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Marktl (Physiologie, Wien)
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

IMABE • Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 als unabhängige wissenschaftliche Einrichtung in Wien gegründet, zeitgleich mit anderen wichtigen medizinethischen Instituten im deutschen Sprachraum. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz.

Von seiner Gründungsidee her arbeitet das Institut interdisziplinär, berufsübergreifend und fördert den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlich-humanistischen Menschenbildes.

Editorial	171	
Aus aktuellem Anlass	174	Enrique H. Prat Der Fall Charlie Gard
Schwerpunkt	181	Michael Memmer, Helga Willinger Führt das geltende Medizinrecht zu einer Defensivmedizin?
	191	Klaus Gahl Misstrauen und Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung
	201	Werner Waldhäusl Normen in der Medizin: Fortschritt oder Fessel?
	211	Marcus Schiltewolf Der Faktor Angst: Ärzte in der Defensive
	221	Harald Mang Prozessoptimierung im Krankenhaus: Chancen und Gefahren
Nachrichten	229	
Zeitschriftenspiegel	230	
Buchbesprechungen	231	
Imago Hominis	237	Jahresinhaltsverzeichnis des 24. Bandes (2017)

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,
T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4
eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des
Herausgebers.

Grundlegende Richtung: *Imago Hominis* ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle
ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung
und Praxis behandelt werden.

Layout: Factor, Schloßgasse 13, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Mag. Monika Feuchtnner

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH,
Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Feuchtnner

Einzelpreis: € 15,- zzgl. Versand
Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,
Studentenabo € 20, Förderabo € 80
Abo-Service: Mag. Monika Feuchtnner

Bankverbindung:

UniCredit Bank Austria AG, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800
IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: dreimal im Jahr, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen
der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln.
Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die
einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen
Sachexperten begutachtet.

Redaktionsschluss: 12. Oktober 2017

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des
Heftes.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die
gleichzeitige Verwendung männlicher und weib-
licher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Perso-
nenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

Die Medizin hat in den vergangenen 20 Jahren enorme Fortschritte zum Wohl der Patienten gemacht. Zugleich sind die Prozesse immer komplexer und weniger überschaubar geworden. Patienten nehmen immer häufiger eine Anspruchshaltung gegenüber einer Medizin ein, von der gefordert wird, alles unter Kontrolle haben zu müssen. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass Ärzte heute bei der Ausübung ihrer Tätigkeit bzw. Entscheidungsfindung mehrfach von Angst vor einer Strafrechtshaftung oder Schadensersatzforderungen beeinflusst sind. Ausgehend von den USA nimmt auch die Klagebereitschaft der Patienten zu, die von einem Misstrauen gegenüber der Medizin und der Redlichkeit der Ärzteschaft herrührt. Diese hängt auch mit einer geänderten Rechtslage in Bezug auf Aufklärungspflicht, Patientenrechte und der misslichen Beweislastumkehr zusammen. Die Rechtsanwälte haben jedenfalls viele Möglichkeiten, Schadenersatz zu erwirken. Parallel dazu ist eine Ökonomisierung der Medizin zu beobachten, die teils zu falschen Behandlungsanreizen führt. Daraus folgt, dass Ärzte manchmal zur eigenen Absicherung zu einer übervorsichtigen und oft sinnlosen Diagnostik neigen, aber auch zur Ablehnung der Behandlung „teurer und riskanter“ Patienten. Viele Ärzte bieten risikoreiche, komplikationsträchtige Behandlungen gar nicht mehr an, freilich zum Schaden der Patienten, um ja keinen Fehler zu machen.

Die Perspektive ändert sich in eine gefährliche Richtung: Der Arzt sieht schließlich nicht mehr den Patienten in Not, sondern einen potentiellen Kläger, gegen den man sich absichern muss. Verstärkt wird diese Tendenz durch eine oft ungehemmte Begierlichkeit mancher Patienten, was ebenfalls zu einer teuren Überdiagnostik verleitet, die der Arzt unter anderen Umständen gar nicht in Erwägung ziehen würde. Geschürt wird diese Entwicklung durch unverantwortliche Medienberichte, die den Patienten falsche Hoffnungen und Versprechungen über die heutigen Möglichkeiten der Medizin suggerieren. So gerät der Arzt immer mehr in die Defensive, und das ärztliche Berufsbild entwickelt sich langsam zu einer reinen Dienstleistungsmedizin.

Exemplarisch dafür steht das sukzessive Aussterben des klassischen Hausarztes.

Dieses Phänomen der Defensivmedizin schwächt das Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung und artet in einer „Dokumentationswut“ und „Aufklärungswut“ aus, über die sich beide Seiten, Arzt und Patient, schon bitter beklagen. Der Arzt ist in erster Linie vor seinem Bildschirm beschäftigt, während das direkte Gespräch zwischen Arzt und Patient auf der Strecke bleibt.

Die Frage lautet: Wie lassen sich die vielen positiven Entwicklungen in der Medizin zum Wohle der Patienten voranbringen, ohne in die Defensivfalle zu geraten? Wie gewinnt man das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zurück? Die partnerschaftliche Einbeziehung des Patienten in die Behandlungsentscheidungen, die Information über Nebenwirkungen, Behandlungsrisiken und Erfolgchancen sind oberstes Gebot. Darüber hinaus hat sich in den letzten Jahren als Stabilisierungsfaktor die Erstellung von Leitlinien als hilfreich etabliert. Andererseits könnten aber durch eine zu starre Fixierung auf Leitlinien die individuellen, auf den einzelnen Patienten zugeschnittenen Bedürfnisse vernachlässigt werden.

Diesen und ähnlichen Fragen geht die vorliegende Ausgabe von *Imago Hominis* nach.

Michael Memmer (*Universität Wien, Institut für Rechtswissenschaften*) und Helga Willinger (*Wiener Pflege-, Patientinnen und Patienten-anwaltschaft*) beleuchten das Thema Defensivmedizin aus der Perspektive des geltenden Medizinrechts. Sicherlich hat sich die Rechtslage zugunsten der Patientenrechte verändert. Die Frage bleibt, ob es tatsächlich eine überzogene Verrechtlichung der Arzt-Patient-Beziehung gibt und inwieweit Paragraphen die Patientenrechte stützen oder zu Missbrauch führen.

Marcus Schiltenwolf (*Universität Heidelberg, Klinikum für Orthopädie*) setzt den Fokus auf die Perspektive des Arztes und den Faktor Angst. Angst vor Fehlern kann ärztliches Handeln hemmen aber auch motivieren. Jedoch kann auch die Begegnung des Arztes mit der Krankheit seiner Patienten, mit eigenen Erwartungen, mit Schuld und Ohnmacht wie auch mit Verzerrungen durch wirtschaftliche Vorgaben angstbesetzt sein. Das Anerkennen dieser oft unbewussten Ängste kann das ärztliche Handeln und die Arzt-Patient-Beziehung stärken.

Der Internist Werner Waldhäusel (*Medizinische Universität Wien*) setzt sich mit der Frage auseinander, inwieweit Normen und verbindliche Leitlinien zum Fortschritt in der Medizin beitragen und wo deren Gefahren liegen. Grundsätzlich sind

Normen hilfreich und sollen vor allem im administrativ-technischen Vorfeld der Klinik Patienten vor Schäden bewahren. Auf der Ebene der unmittelbaren Arzt-Patient-Beziehung, müssen allerdings weiterhin – neben dem unverzichtbaren Fachwissen des Arztes – Empathie, Vertrauen und Vertraulichkeit vorherrschen. Diese lässt sich nicht in Algorithmen gießen, außer unter Zerstörung der Arzt-Patient-Beziehung.

Harald Mang (*Medizinische Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg, Medical Process Management*) schreibt über die Problematik bei der Einführung von betriebswirtschaftlichen Konzepten und von wirtschaftlichen Evaluierungskriterien in die Institutionen der Gesundheitsversorgung, insbesondere auch in Bezug auf die Arzt-Patient-Beziehung. Es wird dabei auf den Vorwurf eingegangen, inwieweit eine ökonomisch orientierte Prägung der Medizin die traditionelle Patientenfokussierung als Kern einer guten ärztlichen Behandlung beeinträchtigt. Die Frage stellt sich, welche Modelle sich zur optimalen Zusammenarbeit zwischen Ärzten bzw. Pflegekräften und Managern anbieten.

Der Kardiologe und Internist Klaus Gahl (*Klinikum Braunschweig, Viktor von Weizsäcker-Gesellschaft*) fokussiert das Thema Misstrauen und Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung. Der Arzt hat als Experte in der Arzt-Patient-Beziehung einen naturgegebenen Vorsprung gegenüber seinen Patienten (Asymmetrie). Dieses Spannungsverhältnis kann nicht allein durch eine umfassende Aufklärung überbrückt werden, sondern nur durch die Kultivierung eines echten Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Hier erwächst in erster Linie dem Arzt eine unaufhebbare Verantwortung, die er in hohem Maße wahrnehmen sollte.

Die Beiträge bieten wertvolle Anregungen und eine umfassende Analyse der Entwicklung im Verhältnis von Arzt und Patient in der gegenwärtigen Medizin.

J. Bonelli

Enrique H. Prat

Der Fall Charlie Gard

The Charlie Gard Case

Charlie Gard aus London starb am 28. Juli 2017 nach einem sehr kurzen Leben (elf Monate und 24 Tage) an einer unheilbaren, genetischen Krankheit (mitochondrial DNA-Depletionssyndrom, MDDS). Primäre Erkrankungsursache dieser Erkrankung sind Mutationen in Genen des Zellkernes, die Proteine kodieren, welche in den Mitochondrien für die Replikation und die Bereitstellung von DNA-Bausteinen benötigt werden. Bei dieser Krankheit werden die Körperzellen unzureichend mit Energie versorgt. Dadurch kommt es zu einer Muskelhypotonie in der frühen Kindheit mit Entwicklungsverzögerung. Die Muskelkraft reicht nicht zum Atmen, wodurch das Gehirn zu wenig Sauerstoff bekommt. Diese seltene schwere Stoffwechselstörung führt in der Regel innerhalb eines Jahres zum Tode.

Zwischen den behandelnden Ärzten und Charlies Eltern entstand ein heftiger Konflikt bezüglich der Behandlung. Dieser wurde an britischen Gerichten, am Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte und in der Weltöffentlichkeit ausgetragen. Von April bis Juli berichteten 2017 unzählige Zeitungen und Social Media-Informationskanäle darüber. Persönlichkeiten wie Donald Trump, Papst Franziskus oder Theresa May nahmen dazu Stellung. Britische und amerikanische Abgeordnete führten heftige Debatten. Die Diskussion über die ethischen Fragen, die der Fall aufgeworfen hat, verlief in der aufgeheizten Atmosphäre sehr emotional. Nun gilt es, diese Fragen nüchtern zu analysieren, um daraus für die Zukunft zu lernen. Zunächst sollen die wesentlichen Fakten, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, dargestellt werden.

1. Die Fakten¹

Charlie Gard wurde am 4. August 2016 geboren. In den ersten Wochen verlief seine Entwicklung normal. Bald merkten die Eltern jedoch, dass das Kind nicht an Gewicht zunahm und konsultierten einen praktischen Arzt. Es wurde mehrfach untersucht (ECG, MRI) und letztlich am 11. Oktober 2016 in das Great Ormond Street Hospital (GOSH) in London, eine Spezialklinik, transferiert. Zu diesem Zeitpunkt war das Kind bereits intubiert und künstlich beatmet.

Mitte November stand die Diagnose MDDS fest. Die behandelnden Ärzte wussten von einem Therapieansatz, der sich – laut seinem Entdecker, Dr. Michio Mirano, Leiter der Abteilung für Neuromuskuläre Krankheiten an der Columbia Universität, N.Y. – noch im Experimentalstadium befand, und wollten anfänglich diesen Behandlungsversuch unternehmen. Die Eltern stimmten zu. Die Frage des Kindeswohls (Beurteilung der Lebensqualität „von außen“) rief bald eine Kontroverse zwischen den Eltern und den behandelnden Ärzten hervor.

Das GOSH stellte im Dezember den Kontakt zu dem amerikanischen Forscher her. Mittlerweile traten epileptische Anfälle als Folge einer Gehirnschädigung auf. Der amerikanische Spezialist analysierte die Befunde und war bezüglich des zu erwartenden Erfolges seiner experimentellen Therapie skeptisch. Die behandelnden Ärzte stellten sich gegen eine weitere Therapie und empfahlen palliativmedizinische Maßnahmen.

Damit waren aber die Eltern nicht einverstanden, die sich für die experimentelle Therapie einsetzten. Sie starteten im Jänner 2017 eine Unterstützungskampagne, die bis April 2017 an die 1,3 Mill. Britische Pfund für die Behandlung in New

York einbrachte – dies ungeachtet der Tatsache, dass bereits im Februar der britische Oberste Gerichtshof auf Anfrage der Ärzte sein Einverständnis zum Behandlungsverzicht gegeben hatte.

Die Eltern erreichten, dass von dem US-Forscher eine Stellungnahme eingeholt wurde, die allerdings zu dem Ergebnis kam, dass nach Analyse aller Befunde jede weitere Therapie zu spät komme und nutzlos sei. Sie gaben sich mit diesem Urteil nicht zufrieden.

Die Anwälte der Eltern rieten zu einer Klage gegen GOSH und sein Team wegen des Verdachts auf strafbare Handlungen (Verweigerung einer Therapie). Die britische Rechtsprechung stützt sich auf die Wahrung des Kindeswohls („best of interests“) und kann auch gegen die Eltern entscheiden, wenn durch diese das Kindeswohl gefährdet ist (Children act 1989). GOSH argumentierte bereits im Februar 2017 – auf Basis des Entscheids des High Court – , dass nur ein rein palliatives Verfahren das Kindeswohl wahren könne. Nicht so die Eltern, deren Standpunkt für eine experimentelle Behandlung von einem Berufungsgericht unterstützt wurde.

Im April 2017 fand eine zweite Sitzung des High Courts statt, der nach Anhörung einer beträchtlichen Zahl von Behandlern und Sachverständigen feststellte, dass eine weitere Behandlung – selbst der Einsatz der diskutierten experimentellen Therapie – sinnlos sei, zumal das Gehirn des kleinen Patienten schwer und wohl irreversibel geschädigt sei. Auch der vom Gericht bestellte „Guardian“ (Sachwalter für das Kind) sprach sich für eine Therapiereduktion und palliative Begleitung aus. Die lebenserhaltenden Maßnahmen sollten sukzessive abgestellt werden.

Anfang Mai 2017 legten die Eltern erneut Berufung ein. Der zuständige Senat, der mit dem Fall bis dato nicht konfrontiert war, gab dieser Berufung statt mit der Begründung, das Recht der Eltern sei nicht verhandelbar. Es sei über die Argumente der Fachleute erhaben, und sie dürften auch in der Interpretation der „Wahrung des Kindeswohls“ selbst entscheiden. Dieser Beru-

fungsbescheid wurde jedoch vom High Court mit Hinweis auf die in extenso vorliegenden und ausverhandelten Fakten abgewiesen.

Fünf Wochen später (8. Juni 2017) fand eine Anhörung vor dem Höchstgericht (Supreme Court) statt, ebenfalls initiiert von den Eltern und deren Anwälten, zwecks Einforderung ihrer Rechte auf Mitbestimmung bei der Therapie ihres Kindes, sofern diese nicht zu einem schweren Schaden für das Kind führe. Nur die Eltern könnten die Interessen ihres Kindes am besten vertreten (Artikel 8 der MRK). Dem hielt das Gericht den Artikel 3.1 der UN-Konvention zur Wahrung der kindlichen Rechte entgegen und verwies die Eltern an den Guardian. Jetzt war der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg ihre letzte Hoffnung: Charlies Eltern wollten nicht akzeptieren, dass die lebenserhaltenden Maßnahmen für ihren Sohn beendet werden sollen. Die Straßburger Richter wiesen die Beschwerde der Eltern jedoch am 27. Juni zurück. Das Krankenhaus, in dem der kranke Bub liegt, sei nicht mehr verpflichtet, ihn künstlich am Leben zu erhalten.²

In der Folge entspann sich eine rege öffentliche Diskussion über das Recht eines todkranken Babys auf Leben bzw. zu sterben. Pro-Life Gruppen demonstrierten in New York und London. Anfang Juli boten sich zwei weitere Kliniken an, einen Therapieversuch an dem Kind vorzunehmen: das Presbyterian-Hospital in New York und das römische Kinderspital Bambino Gesù. Donald Trump sagte der Familie Hilfe zu, Papst Franziskus versicherte ihr öffentlich seinen Beistand.

Die Eltern forderten dennoch weitere Anhörungen aufgrund von „new evidence“. Dr. Michio Hirano hatte in einem Videolink von neuen Therapieerfolgen berichtet und in den Eltern neue Hoffnungen geweckt. Diese Vorgangsweise mutet eigenartig an, zumal er weder den kleinen Patienten je selbst gesehen hatte, noch über die dramatische Verschlechterung informiert war. Er arrangierte aber eine international besetzte Expertenrunde, die via Internet noch am 17. Juli konferierte. Angeb-

lich sei dabei ein hohes Maß an Konsens im gegenständlichen Fall erreicht worden, doch wolle man mit Empfehlungen warten bis gewisse Befunde (u. a. MRI) überprüft seien.

Dazu sollte es nicht mehr kommen. Als die Eltern am 21. Juli den Widerstand aufgegeben hatten, versuchten sie noch, das Kind nach Hause zu nehmen, damit es mindestens einige Tage (künstlich am Leben erhalten) im Schoß der Familie verbringen könne. Das wurde vom Spital und letztlich vom Gerichtshof mit der Begründung abgelehnt, dass zu Hause die notwendige intensive Betreuung nicht möglich wäre. Dies verstimmte die Eltern noch weiter.

Die Eltern begleiteten Charlie auf die Palliativstation, wo die lebenserhaltenden Maßnahmen reduziert wurden. Er starb am Morgen des 28. Juli 2017. Traurig und enttäuscht erhoben die Eltern bittere Vorwürfe gegen die Ärzte am GOSH.

2. Ethische Analyse

Aus ethischer Sicht geht es in diesem Fall um das Wohl eines Neugeborenen, das an einer genetisch bedingten, fortschreitenden, unheilbaren Krankheit leidet, die rasch zum Tod führt und das nur durch künstliche Ernährung und Beamtung eine Zeit lang am Leben erhalten werden kann.

Drei ethische Fragestellungen sollen hier besprochen werden:

1. War die Entscheidung zum Therapierückzug und für palliative Begleitung richtig?
2. Wäre es in dem Fall ethisch gerechtfertigt, einen kostspieligen Therapieansatz zu versuchen, der sich erst im Experimentalstadium befindet?
3. Wie ist die Einmischung von Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens, der beiden erwähnten Spitäler und die Berichterstattung der Medien ethisch zu beurteilen?

2.1 Die Subjekte und ihre Verantwortlichkeit

In diesen Fall sind mehrere Subjekte involviert, die nach drei Verantwortlichkeitsstufen klassifi-

ziert werden können:

a) primär verantwortliche Subjekte

- Charlie Gard ist nicht ansprechbar und nicht einwilligungsfähig.
- Die Eltern von Charlie Gard müssen stellvertretend für Charlie die Entscheidungen treffen.
- Die behandelnden Ärzte übernehmen nach Eingehen des Behandlungsvertrages eine Garantenpflicht gegenüber dem Patienten.

b) sekundär verantwortliche Subjekte

Sie sind jene Subjekte, die von den primär Verantwortlichen involviert wurden, um sie zu beraten bzw. Konflikte zwischen ihnen zu lösen:

- die Richter der verschiedenen Gerichtshöfe
- der US-Neurologe
- sonstige Experten, die vor allem von den Gerichten konsultiert wurden.

c) indirekt verantwortliche Subjekte

Gemeint sind jene an sich nicht berufenen Subjekte, die sich freiwillig in den Fall einmischen und dadurch in dem Ausmaß eine gewisse Verantwortung tragen, in dem sie den Verlauf beeinflussen. Ihr Einfluss kann ethisch positiv aber auch negativ sein. Diese Subjekte sind:

- Journalisten und Medien
- Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens und
- die beiden Spitäler, die einen Therapieversuch angeboten haben.

2.2 Die Erstverantwortlichen: Der Konflikt zwischen Eltern und Ärzteteam

Die Perspektiven der Ärzte und der Eltern sind in solchen Fällen klarerweise verschieden. Das Ärzteteam blickt nüchtern und professionell auf den schwerkranken Charlie, dem es keine Behandlung mit Aussicht auf Heilung anzubieten hat. Von seinem Auftrag zu heilen, zu trösten und zu lindern, bleiben nur die zwei letzten Aufgaben übrig. Aus dieser Perspektive soll alles getan werden, was dafür einen Nutzen bringt. Das Sterben jedoch darf

nicht verlängert oder zusätzliche Schmerzen und Risiken verursacht werden.

Charlies Eltern haben eine andere Perspektive: Es ist ihnen ein Bedürfnis, das Leben des Kindes zu verlängern, aber gleichzeitig ihrem einzigen Kind mit ihrer Liebe und Zuneigung die verbleibende Lebenszeit so glücklich wie möglich zu machen. Aus dieser Perspektive wollen sie den Tod von Charlie so lange wie möglich hinausschieben. Das Risiko einer Verlängerung des Sterbevorganges kommt in ihrem Wahrnehmungshorizont nicht vor.

Der Konflikt ist damit vorprogrammiert. Zunächst lässt sich das Ärzteteam auf den Vorschlag der Eltern ein, den experimentellen Therapieansatz zu versuchen und tritt mit dem Kollegen aus New York in Kontakt. Nachdem dieser die Befunde, die ihm geschickt wurden, geprüft hatte und sich skeptisch zur Anwendung seiner Therapie äußert, entscheiden sie sich gegen eine weitere Therapie und für palliativmedizinische Maßnahmen. Die Eltern verweigern die Zustimmung. Die Entscheidung wird den Gerichten übertragen; die Eltern gehen alle Instanzen durch und erreichen sogar eine Revision, nachdem der Forscher aus New York mit den letzten Resultaten neue Hoffnungen wecken konnte, die aber nicht realistisch waren, weil der Zustand von Charlie mittlerweile zu schlecht geworden ist.

War die vorgeschlagene experimentelle Therapie ethisch vertretbar?

Heute herrscht ein breiter Konsens³ darüber, dass gruppennützige Forschung an Minderjährigen folgende Voraussetzungen erfüllen muss:

- a. ein gewisser Nutzen für den Patienten ist zu erwarten bei keinem bzw. minimalem Risiko und minimaler Belastung;
- b. die Zustimmung der Eltern bzw. des Sorge innehabenden Elternteils bzw. Sachwalter liegt vor.

Das behandelnde Ärzteteam muss also den zu erwartenden Nutzen und die Belastungen beurteilen. Das tat es offensichtlich sorgfältig und ließ sich dabei auch von den Experten aus den USA beraten. Die Gerichte bestätigten dann die Entschei-

dung der behandelnden Ärzte. Der sehr kleine Nutzen, der hier versprochen werden konnte, steht in keinem Verhältnis zum ziemlich sicheren Schaden: eine leidvolle Sterbensverlängerung. Hier ist der Therapierückzug ethisch gerechtfertigt⁴.

Die Eltern akzeptierten weder die Entscheidung des Ärzteteams noch die Urteile der Gerichte. Obwohl sie wussten, dass keine Heilung möglich war und höchstens eine Lebens-/Sterbensverlängerung von Tagen oder Monaten erreicht werden konnte, meinten sie offensichtlich, dass es das Beste für das Kind sei, bis zur Grenze der lebensverlängernden Möglichkeiten zu gehen.

Zusammenfassend lässt sich aus den vorhandenen Fakten schließen:

1. Das Ärzteteam vom GOSH dürfte richtig gehandelt haben. Es hat medizinisch kompetent und nach den Prinzipien der ärztlichen Ethik gehandelt sowie den Konsens mit den Eltern redlich gesucht. Es hat sich zum Teil massiven inkompetenten Einmischungen und Forderungen von außen widersetzt. Ob sie nicht mehr hätten tun können, um das Vertrauen der Eltern zu gewinnen und den Bruch mit ihnen zu verhindern, ist schwer zu sagen, wenn man die Details nicht näher kennt.
2. Charlies Eltern haben keine Opfer gescheut, um das zu tun, was ihrer Meinung nach zum Besten des Kindes gewesen ist. Dass sie aus den Aussagen des US-Forschers Hoffnung geschöpft haben und deshalb auf der neuen experimentellen Therapie bestanden haben, ist nachvollziehbar. Sie konnten mit großer Unterstützung von Medien, Geldspendern (1,3 Mill. Pfund!) und angesehenen Persönlichkeiten rechnen. Auch hier ist schwer zu beurteilen, wie man den Eltern klar machen hätte können, dass das Beharren auf der experimentellen Therapie auch das große Risiko mit sich brächte, dem Kind Schaden zuzufügen und das Sterben zu verlängern.

2.3 Die sekundär Verantwortlichen aus ethischer Sicht

2.3.1 Die Richter und die Gerichtshöfe aus ethischer Sicht

Aus ethischer Sicht haben die Richter ihre Urteile fundiert argumentiert. Sie haben sich nicht durch den Druck der öffentlichen Meinung beeinflussen lassen, die mehrheitlich für das Recht der Eltern plädierte, in jedem Fall über das Wohl der eigenen Kinder zu entscheiden.

2.3.2 Der Experte aus New York

Dr. Michio Hirano leitet die Abteilung für Neuromuskuläre Krankheiten an der Columbia University und ist Fachmann für mitochondriale Krankheiten. Er wurde von Charlies Eltern oft kontaktiert und berichtete ihnen von einigen guten Ergebnissen seines experimentellen Therapieansatzes. Diese verwendeten die Eltern gegen GOSH und bei Gericht.

Dr. Hirano wurde auch vom Ärzteteam von GOSH kontaktiert. Er kannte die Befunde, hat den Patienten aber selbst nie gesehen, was vom Ärzteteam, aber auch von manchen Medien scharf moniert wurde. Schließlich trug er auch den Konsens aller mit, keine weiteren Therapien zu versuchen.⁵

Der Verdacht eines Interessenkonflikts bei Dr. Hirano liegt nahe – nämlich zwischen dem Wohl von Charlie und dem Fortkommen seines Forschungsvorhabens. Jeder Forscher hat naturgemäß ein großes Interesse daran, seinen experimentellen Ansatz zu testen. Im Fall von Dr. Hiranos ist dies allzu naheliegend, wenn man bedenkt, dass weltweit nur ein knappes Dutzend Kinder mit dieser Krankheit registriert sind. Charlie könnte seinem Forschungsprojekt zum Durchbruch verhelfen. Die Medien, besonders aus den USA, kritisierten das britische Gesundheitssystem und warfen den britischen Behörden vor, gegen den Willen der Eltern die Behandlung des Kindes in New York verhindert zu haben. Das Ärzteteam des GOSH beschuldigte

Dr. Hirano, finanzielle Interessen an diesem Fall zu haben. Diesen Vorwurf wies er prompt zurück: Er habe auf jede finanzielle Abgeltung verzichtet.⁶

2.3.3 Sonstige Experten, die vom GOSH und von den Gerichten konsultiert wurden

Gemäß der Faktendarstellung dürften diese Experten sich im Hintergrund gehalten haben, werden nicht namentlich erwähnt und dürften ihre Sorgfaltspflicht kompetent erfüllt haben.

2.4 Die indirekt Verantwortlichen aus ethischer Sicht

Am 22. Juli berichtete der Pressesprecher des Spitals von massivem Druck bis hin zu Drohungen, unter welchen das Personal in den Monaten davor litt.⁷ Die öffentliche Meinung, die sehr stark von den indirekt Verantwortlichen beeinflusst wurde, hat die Arbeit des behandelnden Ärzteteams und der Gerichte gestört.

2.4.1 Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens

Donald Trump, Theresa May, Papst Franziskus sowie andere Persönlichkeiten haben Stellung genommen, meistens, um Familie Gard zu trösten, was sehr löblich und legitim ist. Sie haben aber mit ihren Stellungnahmen die zum Teil mühsame Arbeit des behandelnden Teams, des Spitals und der Gerichte nicht gerade gefördert und vielleicht indirekt und unabsichtlich herabgesetzt. Diese unausgewogenen Einmischungen und Interventionen wurden auch mehrfach in der Öffentlichkeit als entbehrlich qualifiziert.⁸

2.4.2 Die beiden Spitäler, die einen Therapieversuch anboten

Zwei Spitäler, das New York Presbyterian Hospital und das Bambino Gesù Kinderspital in Rom (Vatikan) hatten sich angeboten, Charlie Gard zur Behandlung mit der erwähnten experimentellen Therapie aufzunehmen. Es ist üblich, dass Spitäler, die auf seltene Krankheiten spezialisiert sind und darin forschen, anderen Spitälern ihre Dienste an-

bieten. Normalerweise wird aber die Zusammenarbeit zwischen Spitälern diskret und unter strenger Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht abgewickelt. Das war hier nicht der Fall.

Das New Yorker Spital ist Teil des Columbia University Medical Center und auf mitochondriale Störungen spezialisiert. Dort ist auch Dr. Hirano tätig, der, wie bereits erwähnt, die genannte experimentelle Therapie entwickelt hat. Sicher ist er auf dem Gebiet eine erste Adresse. GOSH hat die Expertise dieses Spital genutzt. Es liegt dagegen kein Beleg dafür vor, dass das römische Kinderspital im Falle Charlie Gard vom GOSH einbezogen wurde. Sein Behandlungsangebot rief Verwunderung hervor, zumal es keine besondere Kompetenz auf diesem Gebiet aufweisen kann.⁹

Es ist offenkundig, dass zahlreiche Medien und auch Charlies Eltern kein Problem damit hatten, die Angebote dieser Spitäler zu instrumentalisieren, um mittels angeheizter öffentlicher Meinung Druck auf das Ärzteteam und auf die Gerichte auszuüben.

2.4.3 Journalisten und Medien

Die Medien haben im Fall Gard favorisiert, dass es das Recht der Eltern sei, in jedem Fall für ihr Kind Entscheidungen zu treffen. Dies hat wesentlich zur Verschlechterung der Vertrauensbasis zwischen dem behandelnden Team und den Eltern beigetragen. Mediale wurden sowohl die Entscheidungen vom GOSH als auch die Gerichtsurteile scharf kritisiert. Der große Erfolg der Geldsammelaktion wäre ohne mediale Unterstützung nicht denkbar gewesen, die vielen Zuschriften, die die Eltern erhielten, haben sie in ihrem Kampf ermuntert. Mit einem Wort: Die einseitige Beeinflussung der Medien war massiv. Die Aufheizung der öffentlichen Meinung gegen GOSH und die Gerichte war für den Verlauf der schwierigen Behandlung von Charlie Gard nicht hilfreich.

Medien müssen naturgemäß über solche Fälle berichten. Das gehört zu ihren Aufgaben und ist ihr gutes Recht. Komplizierte medizinische und juristische Sachverhalte können jedoch in der

meist vereinfachenden oder oberflächlichen medialen Sprache nicht differenziert genug dargestellt werden. Vor allem emotionale Faktoren spielen dann in der Berichterstattung eine immer größere Rolle. Wesentlich ist die Tatsache, dass die Medien durch Selektion der Fakten und bewertende Kommentare die Macht haben, die öffentliche Meinung stark zu beeinflussen und eine neue medial beeinflusste Wirklichkeit zu schaffen (Inszenierung), die sich von den realen Vorgängen ablöst hat. Dafür ist der Fall Charlie Gard ein eindrückliches Beispiel. Es liegt nicht nur ein Fall für ärztliche Ethik vor, sondern auch ein sehr interessanter Fall für Medienethik.

Eine neutrale ausgewogene Berichterstattung hätte z. B. berücksichtigen müssen, dass Patienten oder Stellvertreter unbegrenzt Statements und Interviews für die Medien geben können – was Charlies Eltern umfassend genutzt haben (Social Media, Pressekonferenzen usw.) –, während den Spitälern, Ärzten und sonstigem Personal auf Grund des Berufsgeheimnis die Hände gebunden sind.

Die soziale Verantwortung der Medien sollte darin bestehen, richtig, wahrheitsgetreu und ausgewogen zu informieren d. h. die Information über komplizierte Sachverhalte so zu verarbeiten, dass die Informationsempfänger daraus angemessene Schlüsse ziehen können. Verzerrungen von Fakten zugunsten von Emotionalisierung sind bedauerlicherweise üblich geworden. Hier müssen Medien ihre ethische Kompetenz wiedergewinnen.

3. Antworten auf die drei ethischen Fragen in Kürze

Nun können wir abschließend die drei ethischen Fragen (vgl. 2.) folgendermaßen beantworten:

1. *War die Entscheidung zum Therapierückzug, also nur mehr palliative Betreuung angedeihen zu lassen, richtig?*

Antwort: Ein Therapierückzug ist ethisch gerechtfertigt, wenn eine Fortsetzung nicht mehr nützt und nur eine Belastung für den Patienten

darstellt. Bei einem möglichen hypothetischen, zukünftigen Nutzen wird man das Kriterium der Verhältnismäßigkeit anwenden, d. h. die aktuelle Belastung gegen den hypothetischen, wahrscheinlichen zukünftigen Nutzen abwägen. Diese Abwägung ist Aufgabe des Arztes. In Gards Fall scheint das Ärzteteam nach Anhörung von externen Experten dies sorgfältig durchgeführt zu haben. Die Gerichte haben diese Entscheidung auch gegen den Willen der Eltern bestätigt.

2. *Wäre es in dem Fall ethisch gerechtfertigt, einen kostspieligen Therapieansatz zu versuchen, der sich erst im Experimentstadium befindet?*

Antwort: Wenn das Ärzteteam nach Anhörung von Experten zum Schluss kommt, dass der experimentelle Therapieansatz für den nicht-einwilligungsfähigen Charlie nicht in Frage kommt und der Entwickler des Ansatzes nach eingehenden Prüfung aller Befunde sich diesem Urteil anschließt, kann aus ethischer Sicht gegen das negative Urteil des Ärzteteams nichts eingewendet werden.

3. *Wie ist die Einmischung von Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens, der beiden erwähnten Spitäler und die Berichterstattung der Medien ethisch zu beurteilen?*

Antwort: Indirekt verantwortliche Personen oder Institutionen können und müssen sich manchmal aus ihrer politischen, religiösen oder zivilgesellschaftlichen Verantwortung in öffentlich relevante medizinische Vorgänge einmischen. Doch gerade diese Verantwortung gebietet, dass sie sich nur mit großer Vorsicht und Klugheit äußern. Sonst könnten sie vielleicht unbedacht und mit bester Absicht mit einer inkompetenten Parteinahme ungerecht urteilen und großen Schaden anrichten.

Referenzen

1 Diese Zusammenstellung der ethisch relevanten Fakten stützt sich weitgehend auf die ausführliche und mit 120 Quellenangaben sehr gut dokumentierte Darstellung des Falles in Wikipedia, vgl. [https://](https://en.wikipedia.org/wiki/Charlie_Gard_case)

en.wikipedia.org/wiki/Charlie_Gard_case.

- 2 vgl. European Court of Human Rights, *Charles Gard and others v. the United-Kingdom*, 27.06.2017, no 39793/17, <http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-175359>
- 3 Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Stellungnahme *Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen – unter besonderer Berücksichtigung des Risikobegriffes* (2013)
- 4 Prat E. H., *Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch*, *Imago Hominis* (1999); 6(1): 11-31
- 5 Mr Justice Francis, *Approved Judgement*, 24.07.2017, <https://www.judiciary.gov.uk/wp-content/uploads/2017/07/gosh-v-gard-24072017.pdf>
- 6 Boseley S., *US doctor's intervention in Charlie Gard case 'raises ethical questions'*, *The Guardian*, 25.07.2017
- 7 Great Ormond Street Hospital, *Statement from Mary MacLeod, Chairman of Great Ormond Street Hospital*, Press release, 22.07.2017; *Charlie Gard: Death threats sent to Great Ormond Street staff*, *BBC News*, 22.07.2017; *Charlie Gard: Parents face 'backlash' over hospital threats*, *BBC News*, 23.07.2017
- 8 Boseley S., *US doctor's intervention in Charlie Gard case 'raises ethical questions'*, *The Guardian*, 25.07.2017
- 9 *Charlie Gard: Boris Johnson says baby cannot be moved to Vatican*, *BBC News*, 05.07.2017, <http://www.bbc.com/news/uk-england-london-40503842>

Letzter Zugriff auf sämtliche Internetseiten am 5. Oktober 2017.

Prof. Dr. Enrique H. Prat
IMABE

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
ehprat@imabe.org

Michael Memmer, Helga Willinger

Führt das geltende Medizinrecht zu einer Defensivmedizin?

Does Current Medical Law Lead to Defensive Medicine

Zusammenfassung

Die Medizin wird in zunehmendem Maße von rechtlichen Regelungen durchdrungen. Diese Verrechtlichung macht auch nicht vor dem Arzt-Patient-Verhältnis Halt. Die Folge dieser Entwicklung sind Befürchtungen, dass das Medizinrecht zu einer Defensivmedizin führen könnte. Der vorliegende Beitrag erörtert mögliche Probleme und zeigt Lösungsansätze auf. Dabei hat sich z. B. in den letzten Jahrzehnten besonders die außergerichtliche Streitbeilegung, bei der das Arzt-Patient-Verhältnis weniger stark beeinträchtigt wird als durch einen Prozess, als wirksames Mittel erwiesen. Die Analyse macht deutlich, dass das Medizinrecht versucht, defensivmedizinischen Tendenzen entgegenzuwirken.

Schlüsselwörter: Verrechtlichung, Arzt-Patient-Verhältnis, Behandlungsfehler, ärztliche Aufklärung, Lösungsansätze gegen Defensivmedizin

Abstract

Medicine is increasingly characterized by legal regulations, from which not even the doctor-patient relationship is immune. One consequence of this development is fear that medical law will lead to 'defensive medicine'. This paper discusses possible problems that this may cause and illustrates possible approaches to solving them. In recent decades, for example, out-of-court settlements have proven to be an effective method since the doctor-patient relationship is less affected than by a long draw-out legal process. The analysis shows that medical law tries to counteract trends toward defensive medicine.

Keywords: legalization, doctor-patient-relationship, malpractice, informed consent, legal strategies against defensive medicine

Univ.-Prof. Dr. Michael Memmer
Rechtswissenschaftliche Fakultät
der Universität Wien
Schenkenstraße 8-10, A-1010 Wien
michael.memmer@univie.ac.at

Dr. Helga Willinger
Wiener Pflege-, Patientinnen- und
Patientenanwaltschaft
Schönbrunner Straße 108, A-1050 Wien
helga.willinger@wien.gv.at

Die berufliche Tätigkeit des Arztes betrifft fundamentale Rechtsgüter des Menschen: Leben, Gesundheit, körperliche Unversehrtheit, Selbstbestimmung. Personen in Gesundheitsberufen tragen deshalb ein hohes Maß an Verantwortung, da schon kleine Unachtsamkeiten diese Rechtsgüter beeinträchtigen und gefährden können. Die prinzipielle Notwendigkeit einer staatlich-rechtlichen Regelung der ärztlichen Tätigkeit wird heute deshalb nicht bestritten.¹ Allerdings wirft die stetige Zunahme an rechtlichen Regelungen schon seit Jahrzehnten die Frage auf, ob die Verrechtlichung der Medizin bzw. der Arzt-Patient-Beziehung in eine Defensivmedizin führt. So fand z. B. 1997 in Salzburg ein Symposium statt, bei dem zahlreiche Wissenschaftler – damals insbesondere in Hinblick auf die Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärungspflicht – ihrer Besorgnis Ausdruck gaben, eine solche Rechtsprechung könnte der Wegbereiter zu einer Defensivmedizin sein und so zu „amerikanischen Verhältnissen“ im Arzthaftungsrecht führen.² Letztere Befürchtung ist schon seit längerer Zeit ausgeräumt, weil mannigfache Unterschiede zwischen den Rechtsordnungen in den USA und in Österreich diesem Phänomen entgegenstehen.³ Dennoch bleibt die Besorgnis, dass der Arzt in zunehmendem Maße in seinem Patienten nicht mehr „nur“ den Kranken sieht, sondern einen potentiellen Kläger, gegen den man sich absichern muss.

Verrechtlichung der Medizin

Der Grund für die wachsende Regelungsdichte⁴ liegt zum einen in der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und der Medizintechnik. In den 1980er Jahren führte ein Aufsehen erregender Prozess nach einer postmortalen Entnahme von Knochensplittern zur Drohung der Ärzte, angesichts der unklaren Rechtslage künftig keine Organtransplantationen mehr durchzuführen; in der Folge wurde die Widerspruchslösung im damaligen § 62a KAG verankert. Die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin erforderten eine Regelung mannigfacher Fragen, die letztlich im Fortpflan-

zungsmedizingesetz (FMedG) positiviert wurde. Die Gentechnik bedurfte einer gesetzlichen Klarstellung. Bestehende Berufsrechte mussten den modernen Verhältnissen angepasst werden; neue Berufsbilder, so z. B. der Kardiotechniker, erforderten eine gesetzliche Grundlage. Sensible Materien verlangten nach einer Regelung, wie z. B. die Lebendorganspende, die letztlich 2012 zum Organtransplantationsgesetz (OTPG) führte, oder die rechtliche Durchdringung der Schönheitschirurgie qua Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen (ÄsthOpG). Diese Beispiele ließen sich beliebig fortführen.

Mit der Zunahme von Gestaltungsmöglichkeiten wächst auch das Schutzbedürfnis des Patienten, der einer immer unüberschaubareren Medizin gegenübersteht, und jenes des Arztes, der angesichts der vielfältigen Handlungsmöglichkeiten einer normativen Anleitung bedarf. Parallel hierzu führt auch die Aufgabenteilung zur Notwendigkeit, eine mögliche „Schnittproblematik“ im Rahmen arbeitsteiliger Abläufe zu klären.

Seit den 1990er Jahren traten zunehmend die Patientenrechte in den Vordergrund der Diskussion. Signifikant hierfür ist die Aufnahme des Patientenrechtskatalogs in § 5a KAG (heute: KAKuG) im Jahr 1993 und die Patientencharta, die ab 1999 zwischen dem Bund und den einzelnen Bundesländern abgeschlossen wurde. Der Patientenrechtskatalog und die Patientencharta bieten eine Auflistung von Patientenrechten. In beiden Fällen wurden aber keine neuen Patientenrechte geschaffen, sondern nur bereits bestehende Rechte der Patienten, die in unterschiedlichen Gesetzen geregelt waren, kompiliert. Durch die Patientencharta, eine Art 15a-B-VG-Vereinbarung, sind nur die Vertragspartner gebunden. Die Patienten können hieraus keine unmittelbaren Rechte ableiten noch ergeben sich aus der Patientencharta Pflichten für den Arzt. Sie ist eine übersichtliche Zusammenstellung der wichtigsten Patientenrechte und signalisiert den politischen Willen, die bestehenden Patientenrechte zu sichern und weiter auszubauen.

Letztlich wurden aber nicht nur die Rahmenbedingungen medizinischen Handelns durch das Recht geregelt und die Patientenrechte „kodifiziert“, sondern auch das Arzt-Patient-Verhältnis immer mehr vom Recht durchdrungen. Gerade in dieser Beziehung, die sich vorrangig als Vertrauensverhältnis darstellt, werden die Funktionen des Rechts sichtbar. Um Spannungen und Unsicherheiten im Arzt-Patient-Verhältnis abzubauen, sind rechtliche Rahmenbedingungen und Regelungsmechanismen unverzichtbar, falls es zum Krisenfall kommt. Rechtsnormen machen den Arzt für sein fehlerhaftes Handeln verantwortlich, so wie die Rechtsordnung jeden Bürger für ein fehlerhaftes Verhalten zur Verantwortung zieht. Im Sinne dieser Schutz- und Missbrauchsabwehrfunktion lässt bereits das Wissen um diese Konsequenz ein rechtskonformes Verhalten entstehen: Der Arzt weiß, dass von ihm eine sachgerechte Behandlung, eine entsprechende Aufklärung etc. erwartet wird, so wie der Patient weiß, dass er bestimmte ärztliche Leistungen (die nicht von den Sozialversicherungsträgern übernommen werden) remunerieren muss.

Recht hat weiters die Aufgabe, die Freiheit der ihm unterworfenen Individuen zu gewährleisten und diese dort, wo es notwendig ist, sozialverträglich zu begrenzen. Diese friedens- und ordnungsstiftende Funktion bewirkt nicht nur eine Reglementierung des therapeutischen Handlungsspielraums, sondern entlastet auch den Arzt, indem sie bestimmte medizinische Methoden für rechtmäßig erklärt. Schließlich lässt die rechtliche Ausformung der Arzt-Patient-Beziehung diese erst zu einem Vertrauensverhältnis werden. Der Patient kann erwarten, in einer bestimmten Situation eine bestimmte Behandlung und Aufklärung zu erfahren, weil das ärztliche Handeln stets den gleichen Grundsätzen verpflichtet ist. Außerdem weiß er um die rechtliche Nachprüfbarkeit der Leistungen des Arztes. Da Vertrauen nur dort entstehen kann, wo es durch Verantwortung abgesichert ist, stabilisiert das Wissen um eine mögliche rechtliche

Durchsetzbarkeit des eigenen Anspruchs das Vertrauensverhältnis. Es entsteht jene „akzeptierte Abhängigkeit“, die für das Vertrauen zwischen Arzt und Patient wichtig ist.⁵

Verrechtlichung ist deshalb keineswegs von vornherein und per se eine negative Erscheinung, sondern „Ausdruck des Siegeszuges des modernen Rechtsstaates, der Herrschaft des Rechts über Machtausübung, Willkür und Rücksichtslosigkeit im zwischenmenschlichen und sozialen Umgang“.⁶

Verrechtlichung und Defensivmedizin

Die steigende Klagebereitschaft der Patienten wird von Seiten der Ärzte negativ erlebt. Die Zahl der gerichtlichen Entscheidungen mit medizinischen Inhalten hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht; dies darf nicht unterschätzt, aber auch nicht überbewertet werden. Die Gründe hierfür liegen nur zum Teil in der Juridisierung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Die Klagebereitschaft steht in einem direkten Zusammenhang mit der Mündigkeit und der Informiertheit des heutigen Patienten. In den 1970er Jahren trat ein markanter Wandel im Arzt-Patient-Verhältnis ein: Die Patientenautonomie löste den Paternalismus ab. Der Patient, der selbstbestimmt handelt, akzeptiert nicht mehr ungefragt die Autorität des Arztes. Diese Emanzipation des Patienten in den 1970er Jahren war allerdings kein Sonderfall, sondern Teil einer allgemeinen gesellschaftlichen Bewegung. Die „Strahlkraft natürlicher Autoritäten“ verblasste, die „Anerkennung von Autorität“ schwand. Auf das Arzt-Patient-Verhältnis bezogen bedeutete dies eine vermehrt rechtliche Deutung dieser besonderen Beziehung.⁷

Hinzu kommen heute die zahlreichen Informationen medizinischen Inhalts, die sich Patienten insbesondere via Internet besorgen. Qualitätsgesicherte Information für Patienten bietet Orientierungs- und Strukturierungshilfe bei auftretenden Fragen in gesundheitlichen bzw. gesundheitsrechtlichen Angelegenheiten. Richtige und verständliche Informationen über Gesundheit, Krank-

heit und Behandlung stellen die Grundlage für Gesundheitskompetenz dar. Durch diese wird es möglich, das selbständige Handeln der Patienten, die Entscheidungsfindung und auch den Behandlungserfolg zu fördern. Undifferenzierte Recherchen im Internet führen hingegen häufig zu einer Verunsicherung auf Seiten des Patienten und zum Glauben, es wäre etwas „schief gelaufen“, wenn das Ergebnis nicht den Wünschen entspricht. Die Folge der Patientenmündigkeit und des breiten Informationsangebots führen zu einer höheren Klagebereitschaft. Verstärkt wird diese Tendenz durch die Versicherungsbranche; wer rechtsschutzversichert ist, tendiert eher zu einer Klage, als ein Patient ohne Rechtsschutzversicherung, der das Prozesskostenrisiko in sein Kalkül einbezieht.

Die Gefahr, in einen Prozess gezogen zu werden, erzeugt ein defensivmedizinisches Denken. Beispielhaft hierfür steht ein Kommentar zum umstrittenen „Sie-gehen-jetzt-in-die-Risikoambulanz“-Erkenntnis (sog. Kind als Schaden-Urteil)⁸ eines Arztes in der österreichischen Tageszeitung „Der Standard“: „Ich werde ab sofort jedesmal, wenn ich im Ultraschall einen kleinen Fleck auf der Leber sehe, unter Hinweis auf einen möglichen Leberkrebs meine Patienten grundsätzlich zur MRT und zusätzlich zum PET-Scan schicken“.⁹

Eine solche Entwicklung ist bedauerlich. Sie betrifft aber nicht singulär das Arzt-Patient-Verhältnis, sondern auch andere Lebenssachverhalte. Die Organmitglieder einer Gesellschaft (Vorstand, Geschäftsführer, Aufsichtsrat) müssen laufend Entscheidungen treffen, ohne im Vorhinein zu wissen, ob die beschlossene Maßnahme wirklich die erhofften Vorteile bringt. Eine mögliche gerichtliche Nachprüfung, bei der die ex ante-Sicht mit der ex post-Sicht in einer unzulässigen, psychologisch aber nur schwer vermeidbaren Weise vermengt wird (sogenannter „Rückschaufehler“), kann zur Folge haben, dass Organmitglieder aus Furcht vor einer Haftung nur noch möglichst defensiv agieren und die mit unternehmerischen Wagnissen verbundenen Chancen nicht mehr

wahrnehmen.¹⁰ Dieses Phänomen der defensiven Haltung zeigt sich nicht nur in Bezug auf berufliche Tätigkeiten, sondern sogar im alltäglichen Leben, etwa bei der Baumhaftung: Um sich nicht dem Vorwurf, als Eigentümer konkrete Baumpflegemaßnahmen unterlassen zu haben, auszusetzen, kommt es zu einer Art Überreaktion, indem auch gesunde Äste beschnitten bzw. gesichert werden.¹¹

Aus Angst vor einem möglichen Behandlungsfehler werden bestimmte Behandlungen unterlassen oder zahlreiche (teilweise überflüssige) diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen ergriffen. Ein solcher Behandlungsfehler liegt in der Regel vor, wenn die Behandlung nicht dem medizinischen Standard entspricht. Dieser ist maßgeblich für die Beurteilung, welches Verhalten vom Arzt in der konkreten Behandlungssituation erwartet werden kann. Dieser anerkannte und gesicherte Stand der medizinischen Wissenschaft wird von den Ärzten selbst festgelegt. Der Richter muss folglich im konkreten Prozess mittels medizinischer Gutachter den medizinischen Standard eruieren. Bei der Prüfung dieses Standards ist jedoch auch die Therapiefreiheit zu berücksichtigen. So wird die Anwendung einer herkömmlichen bewährten Methode nicht schon wegen der Verfügbarkeit einer moderneren Methode zum Behandlungsfehler.¹² Auch wenn die Therapie dem Stand der Medizin entsprechen muss, wird nicht stets das jeweils neueste Therapiekonzept geschuldet. „Hier ist sowohl beim medizinischen Sachverständigen, der die Grundlagen für die Beurteilung des Behandlungsgeschehens liefert, als auch beim Richter, dem die rechtliche Bewertung obliegt, Augenmaß gefordert“.¹³ Der Sachverständige muss erstens klären, ob die Behandlung durch den Arzt den Regeln der medizinischen Wissenschaft entsprochen hat. Zweitens ist nachzuweisen, dass der derzeitige Gesundheitszustand des betroffenen Patienten von jenem abweicht, den er hätte, hätte der Arzt die Behandlung lege artis vorgenommen. Diese Feststellung wird auch dem sachverständigen Gutachter nicht immer möglich sein, da der hypo-

thetische Gesundheitszustand des Betroffenen (bei richtiger Behandlung) nachgewiesen werden muss. Manche Vorgänge im menschlichen Körper lassen sich jedoch nicht immer mit Sicherheit nachvollziehen. Kann der Patient nicht den erforderlichen Beweis für einen Behandlungsfehler erbringen, geht dies zu seinen Lasten.

Verrechtlichung und „Übermaßaufklärung“

In den letzten Jahrzehnten ist die Zahl der Arzthaftungsprozesse deutlich angestiegen, zugleich trat aber der Vorwurf eines Behandlungsfehlers immer mehr in den Hintergrund; die Klagen stützten sich zu einem hohen Prozentsatz auf die Behauptung, vom Arzt nicht oder nur unzureichend über die Risiken und möglichen Folgen der Behandlung aufgeklärt worden zu sein. Während es beim Behandlungsfehler um Mängel der ärztlichen Kompetenz geht, steht bei der Aufklärungspflicht das Spannungsverhältnis zwischen der fachlichen Kompetenz des Arztes und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Vordergrund.

Der Wandel des Arzt-Patient-Verhältnisses in den 1970er Jahren war von einem Paradigmenwechsel begleitet – an die Stelle der paternalistisch geprägten Medizin trat der Gedanke, dass jeder medizinische Eingriff vom informed consent des einsichts- und urteilsfähigen Patienten getragen sein muss. Dieses Modell ist heute unbestritten. Da aber kein Gesetzgeber alle möglichen Einzelheiten regeln kann, muss die Rechtsprechung klären und eingrenzen, wer wann in welchem Umfang den Patienten aufzuklären hat. Deshalb kann und wird die Diskussion gerade wegen der unscharfen Rahmenbedingungen nicht enden. Der Grund für die hohe Zahl an Aufklärungserkenntnissen liegt somit im Umstand, dass es sich bei der Aufklärung um eine von den Gerichten zu klärende Rechtsfrage handelt, wogegen die Relevanz bei Behandlungsfehlern auf der von Gutachtern zu klärenden Tatsachenebene liegt.¹⁴

Zudem bevorzugt in einem Aufklärungsverfahren die Beweislast den klagenden Patienten. Macht

der Patient im Arzthaftungsprozess einen Behandlungsfehler geltend, muss er als derjenige, der für sich ein Recht in Anspruch nimmt, die rechtsbegründenden Tatsachen beweisen. Der Patient hat also unter Beweis zu stellen, dass das Verhalten des Arztes einen Behandlungsfehler darstellt und dieses Fehlverhalten kausal für den erlittenen Nachteil war. Im Aufklärungsprozess muss hingegen der Arzt den Nachweis erbringen, dass er den Patienten ordnungsgemäß aufgeklärt hat. Diese Beweislastverteilung ergibt sich aus dem Umstand, dass jede mit einem Eingriff in die körperliche Integrität einhergehende Heilbehandlung, in die der Patient nicht rechtswirksam eingewilligt hat, eigenmächtig und daher rechtswidrig ist. Der Arzt muss folglich beweisen, dass er die „Berechtigung“ zum medizinischen Eingriff hatte, d. h. dass der Patient seine Einwilligung, die eine Aufklärung voraussetzt, gegeben hat. Diese Lösung bevorzugt den Patienten; sie eröffnet ihm aber Chancengleichheit, da er andernfalls beweisen müsste, dass er vom Arzt über dieses Risiko nicht aufgeklärt wurde. Ein Negativbeweis wäre aber faktisch kaum erbringbar.¹⁵

Diese Beweislastverteilung führte zum Eindruck einer „patientenfreundlichen“ Judikatur. Dies bedeutet aber nicht, dass die klagenden Parteien mehrheitlich durchdringen – klagsstattgebende und klagsabweisende Entscheidungen „halten sich in etwa die Waage, vielleicht mit leichter Tendenz zu Gunsten der klagenden Parteien“.¹⁶ Dabei zeigt die höchstgerichtliche Judikatur in den letzten Jahren keine Brüche, die langjährige Rechtsprechung wird konsequent fortgesetzt. Die Printmedien vermitteln aber nicht immer diesen Eindruck. Großes Echo fand z. B. jenes bereits erwähnte Erkenntnis, das unter dem Leitsatz „Sie gehen mir jetzt in die Risikoambulanz“¹⁷ bekannt geworden ist. Dieses Erkenntnis wurde sogar als „der Aufreger des Jahres 2006 schlechthin“ bezeichnet, in dem der OGH „den Bogen bei weitem überspannt“ hätte.¹⁸ Ein Facharzt für Gynäkologie hatte die werdende Mutter nach der Ultraschalluntersuchung in die Risikoambulanz geschickt, ohne

ihr den Grund hierfür zu nennen und auf die Möglichkeit einer chromosomalen Fehlentwicklung hinzuweisen. Die Frau kam dieser Aufforderung zunächst nicht nach, worauf ihr der Gynäkologe bei den beiden nächsten Arztbesuchen Vorwürfe machte – laut wiedergegebenem Sachverhalt ohne die Frau auf die Bedeutung der angeordneten Untersuchung hinzuweisen. Spätestens jetzt, nachdem der Arzt erkannt hatte, dass die werdende Mutter aus welchen Gründen auch immer dieser Aufforderung nicht nachgekommen war, hätte er der Patientin die Gründe für diese Untersuchung klarmachen müssen. Gerade diese späteren Unterlassungen sind in der öffentlichen Diskussion nicht berücksichtigt worden. Der OGH betonte, dass ein Arzt im Bewusstsein der erforderlichen Maßnahmen „den Patienten auf diese Notwendigkeit und die Risiken der Unterlassung hinzuweisen [hat]. Dabei hat die Belehrung umso ausführlicher und eindringlicher zu sein, je klarer für den Arzt die schädlichen Folgen des Unterbleibens sind“. Im konkreten Fall wies der OGH den Fall an das Erstgericht zurück, das nun auch darüber zu entscheiden hatte, ob der Mutter ebenfalls ein Fehlverhalten vorzuwerfen war. Dieser zweite Rechtsgang endete mit einem Vergleich zwischen den Prozessparteien,¹⁹ der nahelegt, dass es auf beiden Seiten zu Fehlern gekommen war. Dieser Fall war ein Musterbeispiel, wie mit einzelnen Erkenntnissen „Politik gemacht [wird], sie werden vergrößert und damit unrichtig kolportiert und sie werden missverstanden, weil sie nicht in die Judikaturlinien eingebettet, sondern isoliert betrachtet werden“.²⁰

In der Zwischenzeit ist ein zweites Erkenntnis zu einem ähnlich gelagerten Fall ergangen, das den negativen Eindruck in der Öffentlichkeit hätte zurecht rücken können.²¹ Der Hinweis, dass „Blutungen, Krämpfe und Folgen für das Kind“ bei Nichtbefolgung der Krankenhauseinweisung drohen, wurde in diesem Fall vom OGH als ausreichend angesehen, damit die Patientin die begründete Notwendigkeit des Aufsuchens einer Krankenanstalt erkennt. Vom Arzt zu verlangen,

überdies auf eine lebensbedrohende Situation ausdrücklich hinzuweisen, „hieße daher, den konkret anzuwendenden Sorgfaltsmaßstab zu überspannen“. Einer Überspannung der Aufklärungspflichten wurde – wie schon in vielen früheren Erkenntnissen²² – ausdrücklich eine Absage erteilt. Auch dieses Erkenntnis ist in den Printmedien besprochen worden,²³ hat aber, da es offenkundig zu wenig spektakulär war, kaum Resonanz in der Öffentlichkeit gefunden.

Hat der Arzt tatsächlich nicht über jenes Risiko aufgeklärt, das sich später verwirklicht hat, kann er sich von der Haftung befreien, indem er nachweist, dass der Patient dem Eingriff auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung zugestimmt hätte. In diesem Fall war ja die Unterlassung der Aufklärung nicht kausal für den Schaden des Patienten. Nach M. Neumayr ist die Tendenz erkennbar, dass die Gerichte zunehmend klagenden Patienten „keinen Glauben dahingehend schenken, dass sie bei rechtmäßiger Aufklärung den Eingriff abgelehnt hätten. Auf diese Weise wird die Problematik auf der Tatsachenebene gelöst“.²⁴

Die Dominanz der Aufklärungserkenntnisse löst vielfach Unbehagen aus, das sich in einer defensivmedizinisch bedingten Übermaßaufklärung äußern kann. Ärzte klären dann lieber zuviel als zu wenig auf und überfordern den Patienten mit Informationen, die einen informed consent nicht erleichtern, sondern erschweren.²⁵ Im Extremfall kann die Übermaßaufklärung sogar das Gegenteil des gewünschten Erfolges bewirken: Der Arzt, der sich gegen einen Vorwurf wegen mangelhafter Aufklärung absichern will, löst möglicherweise gerade durch die Totalaufklärung eine Haftung aus.²⁶

Maßnahmen gegen defensivmedizinische Ansätze

Defensivmedizin infolge einer Verrechtlichung ist ein von allen Seiten ungewolltes Ergebnis. Die Rechtsordnung hat bewusst Maßnahmen gesetzt, die dieser Entwicklung entgegensteuern sollen. Mit der Ärztegesetz-Novelle BGBl 61/2010 wurde

eine obligatorische Berufshaftpflichtversicherung vorgeschrieben (§ 52d ÄrzteG). Eine freiberufliche ärztliche Tätigkeit darf erst nach Abschluss und Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer aufgenommen werden. Die Berufshaftpflichtversicherung soll den finanziellen Druck aus dem Arzt-Patient-Verhältnis nehmen: „Das nützt zum einen dem Patienten, der im Ernstfall auf einen Deckungsfonds greifen kann. Das nützt aber auch und umso mehr dem einzelnen Arzt, der vor ruinösen und existenzbedrohenden Ansprüchen bis zu einem gewissen Grad geschützt wird. Das trägt letztlich auch zur Entspannung gestörter Patienten-Arzt-Beziehungen bei, weil die Abwicklung von Schäden über die gesetzliche Haftpflichtversicherung de-eskalierend wirkt.“²⁷ Wie wichtig diese Maßnahme war, zeigt eine 2015 publizierte Umfrage,²⁸ wonach das Herstellen einer vertrauensvollen Beziehung im niedergelassenen Bereich eine wesentlich wichtigere Rolle als im Krankenhaus spielt. Dennoch findet sich gerade bei niedergelassenen Ärzten ein stärkeres Absicherungsbedürfnis als bei angestellten Ärzten; dies hängt mit ihrer Haftung aus dem Behandlungsvertrag zusammen, während angestellte Ärzte den „Schutz“ durch den jeweiligen Krankenanstaltenträger genießen.²⁹

Ein überzeugender Beweis für den Versuch, der Defensivmedizin entgegenzuwirken, ist die außergerichtliche Streitbeilegung, die sich in letzten Jahrzehnten etabliert hat und auch durch entsprechende gesetzgeberische Maßnahmen gefördert wurde. Die Rechtsentwicklung zeigt gerade in den letzten beiden Jahrzehnten eine verstärkte Tendenz, Konflikte im Verhältnis Arzt-Patient möglichst gerichtsfern zu lösen und über allfällige Ansprüche aus möglichen Behandlungsfehlern eine außergerichtliche Entscheidung zu erzielen.³⁰ Eine Möglichkeit besteht in einer Fallprüfung durch die gemäß § 11e KAKuG eingerichteten Patientenvertretungen. Zu ihren Hauptaufgaben zählen die Beratung und die Information der Patienten über ihre Rechte sowie deren Unter-

stützung bei der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen in Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen und der Schadensregulierung. Der Vorteil einer außergerichtlichen Klärung liegt in der Vermeidung eines lang dauernden Prozesses mit ungewissem Ausgang für beide Seiten. Oft stellt sich ein vermuteter Behandlungsfehler im Zuge der Prüfung durch die Patientenvertretungen als ein Problem im zwischenmenschlichen Bereich heraus. Es sind vielfach Informations- und Kommunikationsdefizite und keine Behandlungsfehler, die sich ereignet haben. Hier kommt es bereits durch die Aufklärung des Sachverhalts seitens der Patientenanwaltschaft zu einer Streitbeilegung; ein nachfolgender Prozess wird vermieden. Stellt die Patientenvertretung nach Einholung der Krankengeschichte und einer Stellungnahme des behandelnden Arztes fest, dass u. U. die Beschwerde „berechtigt“ sein könnte, wird eine Direktverhandlung mit dem Spitalsträger oder dessen Haftpflichtversicherung oder der Versicherung des behandelnden Arztes in die Wege geleitet; in den meisten Fällen kommt es dann in Absprache mit den Versicherungen zur Einholung eines Gutachtens. Wird vom Gutachter ein Behandlungsfehler attestiert, wird eine Entschädigung des Patienten durch die Versicherung angestrebt. Ziel eines solchen Vergleichs ist die vollständige Schadensabgeltung; es ist eine einverständliche Neufestlegung strittiger oder zweifelhafter Rechte. Durch ihn wird die Unsicherheit, ob oder inwieweit ein Schaden verursacht wurde, beseitigt. Wurde im Gutachten aber ein Behandlungsfehler ausgeschlossen, erhält der Patient wichtige Informationen über die medizinische und rechtliche Beurteilung des Sachverhalts durch die Patientenvertretung bzw. im Hinblick auf ein gerichtliches Verfahren; in den meisten Fällen unterbleibt dann eine Klage.

Wie sehr die Institution der Patientenanwaltschaften heute von allen Beteiligten akzeptiert ist, zeigt die Tatsache, dass bereits auch Ärzte bzw. Krankenanstalten nach einem möglichen Fehler, der zu einem Personenschaden geführt hat, an die jeweilige Patientenanwaltschaft herantreten, um

ihr Tätigwerden ersuchen und so eine in einen Prozess mündende Eskalation vermeiden wollen.

Ferner kommt ein Verfahren vor den Schlichtungsstellen der Ärztekammern in Betracht. Eine außergerichtliche Streitbeilegung ist freilich nur in beiderseitigem Einvernehmen möglich, es besteht kein rechtlicher Zwang zur Teilnahme an einem solchen Schlichtungsversuch. Sind die Parteien hierzu bereit, kann durch das fortgesetzte Gespräch eine weitreichende Beschädigung des Arzt-Patient-Verhältnisses vermieden werden. Dass die Mitwirkung des Arztes vom Gesetzgeber sogar gewünscht wird, zeigen § 58a Abs. 2 ÄrzteG und § 48 Abs. 4 ZÄG: Ein Arzt, der an einem Schlichtungsverfahren teilnimmt, begeht keine Obliegenheitsverletzung in Bezug auf den Haftpflichtversicherer, wenn er aktiv an der objektiven Sachverhaltsfeststellung mitwirkt, mit der Schlichtungsstelle kooperiert und seine persönliche Stellungnahme zum Streitfall abgibt. Er verliert hierdurch nicht den Leistungsanspruch aus der Haftpflichtversicherung. Verwehrt ist ihm lediglich – gemäß den üblichen Versicherungsvertragsbedingungen – die Abgabe eines Schuldanerkenntnisses.

Als ergänzende Form der Konfliktlösung ist die Befassung der Patienten-Erschädigungsfonds zu nennen. Da § 27a KAKuG einen sehr weiten Spielraum offen lässt, unterscheiden sich die ausführenden Landesregelungen in verschiedenen Punkten. Gemeinsam ist allen Regelungen, dass eine finanzielle Unterstützung nur dann zugesprochen wird, wenn u. a. der Streit nicht bei Gericht anhängig ist und eine erfolgreiche Durchsetzung der Schadenersatzansprüche nur mit einem aufwändigen und lange dauernden Beweisverfahren möglich oder nicht mit Sicherheit zu erwarten ist. Die Fondslösung soll nicht das geltende Schadenersatzrecht ersetzen, sondern im Graubereich von nicht eindeutig gegebener Haftung und schwerwiegenden Komplikationen ergänzen und somit ein Prozessgeschehen vermeiden.

Eine Verunsicherung im Gefolge einer Verrechtlichung lässt sich jedoch am besten durch

die Kenntnis der wesentlichen rechtlichen Grundsätze des Medizinrechts vermeiden. Die verstärkte Vermittlung von Rechtskenntnissen in der Ausbildung der Gesundheitsberufe ist ein Gebot unserer Zeit: Ärzte, die mit einem juristischen Grundwissen ausgestattet sind, können mit ihren juristischen Berufsrisiken weitaus sachlicher und professioneller umgehen, als dies heute noch bisweilen geschieht.³¹ In den Standeszeitungen gibt es immer wieder Beiträge zu Rechtsfragen, aber diese gehen oft auf spezielle Probleme ein oder besprechen „aufsehenerregende“ Urteile. Wichtig wäre aber ein rechtliches Basiswissen, die Vermittlung der großen Judikaturlinien und der richtige Umgang mit diesen Erkenntnissen; nur so lässt sich ein falscher Eindruck, der zur Verunsicherung der Ärzte führt, verhindern. Diese Forderung ist nicht neu. Bereits 1893 – in einer Zeit, in der die rechtliche Durchdringung der Medizin noch relativ gering war – war in der Wiener Medizinischen Wochenschrift zu lesen: „Der junge in die Praxis tretende Arzt hat absolut keine Kenntniss der ihm vom Staate auferlegten Verpflichtungen; an der Universität lernt er sie nicht kennen, nicht selten erst durch unangenehme Erfahrungen in der Praxis. Für den Arzt aber ist die Kenntniss der Sanitätsgesetze dringend nothwendig, weil er oft genug zu ihrer Durchführung direkt oder indirekt herangezogen wird.“³²

Resümee

Unbestrittenermaßen nimmt die rechtliche Durchdringung der Medizin stetig zu. Die Rechtslage ist einem ständigen Wandel unterworfen, sie muss sich notwendigerweise an soziale, technische und berufsspezifische Gegebenheiten anpassen. Andernfalls verliert sie an Effektivität, hinkt Entwicklungen hinterher und ist nicht mehr geeignet, regulierend einzugreifen. Daher ist eine Verrechtlichung nicht von vornherein und per se eine negative Erscheinung. Das Recht muss einen Ausgleich zwischen den Parteien schaffen. Die Festlegung der Voraussetzungen, unter denen der Eingriff in

ein fremdes Rechtsgut zulässig ist, kann nicht Sache der Ärzteschaft oder des einzelnen Arztes sein. Wie jeder andere Lebensbereich hat sich in einem Rechtsstaat auch die Medizin einer Außenkontrolle durch nichtärztliche Instanzen zu unterwerfen.³³

Das Kernanliegen der gerichtlichen Entscheidungen, nämlich die informierte Zustimmung des Patienten zur Behandlung, wird in der medizinischen Praxis zunehmend gelebt; das Ziel der Rechtsprechung ist damit erreicht. Im Rahmen der schon erwähnten Umfrage wurde als Hauptgrund für die Aufklärung von den befragten Ärzten „die rechtliche Verpflichtung“ angegeben, gefolgt vom Wunsch, den Patienten in den Behandlungsprozess einzubinden, und vom Herstellen einer Vertrauensbeziehung zum Patienten. Nur 8,8% der befragten Ärzte ging es um die Verwirklichung des Patientenrechts auf Selbstbestimmung; dennoch hat die mögliche Haftung zur Stärkung der Selbstbestimmung durch die Patienten beigetragen.³⁴ Erstaunlicherweise gaben nur 6,6% der Befragten an, aufzuklären, um sich rechtlich abzusichern.³⁵ Dies spricht eigentlich gegen eine defensivmedizinisch begründete „Übermaßaufklärung“.

In der Regel wird auch nicht die zunehmende Normendichte negativ erlebt, sondern die Rechtsprechung in Bezug auf die ärztliche Aufklärungspflicht. Ausgelöst wurde diese Rechtsprechung durch ein Erkenntnis im Jahr 1982, wonach die ärztliche Aufklärung eine Rechtsfrage ist, die der Nachbeurteilung durch die Gerichte unterliegt; verstärkt wurde die Klagebereitschaft der Patienten durch die Beweislastverteilung zugunsten der Patienten. Bisweilen wird diese Entwicklung pointiert zusammengefasst, dass sich der „mündige“ zum „findigen“ Patienten entwickelt.³⁶ Dies mag in manchem Einzelfall richtig sein, heißt aber noch lange nicht, dass der klagende Patient Recht bekommt. Heute haben sich die Judikaturlinien im Großen und Ganzen gefestigt; mehr kann das Recht nicht anbieten, weil es bei der Entscheidung, wie intensiv aufzuklären ist, immer auf die „Umstände des Einzelfalls“ ankommt.

Die rechtliche Analyse zeigt, dass das geltende Medizinrecht keinen Anlass zu einem defensivmedizinischen Verhalten gibt. Besonders die Möglichkeiten einer außergerichtlichen Streitbeilegung und die obligatorische Haftpflichtversicherung des niedergelassenen Arztes können den finanziellen Druck aus dem Arzt-Patient-Verhältnis nehmen und wieder dessen Charakter als Vertrauensverhältnis stärken.

Referenzen

- 1 Katzenmeier Ch., *Verrechtlichung der Medizin*, in: Katzenmeier Ch., Bergdolt K. (Hrsg.), *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg (2009), S. 45-59 (47)
- 2 siehe Kossak W., *Arzthaftung zwischen Politik und Rechtsprechung*, RZ (1999): 258-262
- 3 Aigner G., *Risiko und Recht der Gesundheitsberufe*, RdM (2004): 35-40 (35); Kletecka A., *Referat über Haftung im Gesundheitswesen*, in: Kröll Th., *Haftung im Wirtschaftsrecht. Symposiumsbericht*, ÖZW (2011); 56-57 (56); Neumayr M., *Zur Rolle der Gerichte bei der Entwicklung des Medizinrechts*, RdM (2014): 51-57 (52)
- 4 Zu den Gründen der Verrechtlichung der Medizin z. B. Memmer M., *Das Arzt-Patienten-Verhältnis: Vertrauensbeziehung und Rechtsverhältnis*, Imago Hominis (1997); 4(2): 109-114 (110)
- 5 z. B. ebd., S. 113 f.; Katzenmeier Ch., siehe Ref. 1, S. 47 f.
- 6 Katzenmeier Ch., siehe Ref. 1, S. 47
- 7 Mazal W., *Zum Verhältnis Arzt-Patient aus juristischer Sicht*, in: Kampits P. (Hrsg.), *Medizin – Ethik – Recht*, Zentrum für Ethik und Medizin Krems (1994), S. 107-113 (110)
- 8 OGH 7.3.2006, 5 Ob 165/05h
- 9 *Gynäkologen diskutieren umstrittenes OGH-Urteil*, Der Standard, 29. Jänner 2007, <http://derstandard.at/2515384/Gynaekologen-diskutieren-umstrittenes-OGH-Urteil> (letzter Zugriff am 19.7.2017)
- 10 Karollus M., *Gesellschaftsrechtliche Verantwortlichkeit von Bankorganen bei Kredit- und Sanierungsentscheidungen – zugleich ein Beitrag zur Business Judgment Rule (§ 84 Abs 1a AktG und § 25 Abs 1a GmbHG)*, ÖBA (2016); 252-264 (252)
- 11 Kerschner F., *Grenzen der Baumhaftung*, Sachverständige (2015); 12-17 (12)
- 12 Müller G., *Ärztliche Kompetenz und Patientenautonomie*, in: Katzenmeier Ch., Bergdolt K. (Hrsg.), *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*, Springer-Verlag, Berlin/Hei-

- delberg (2009), S. 75-86 (77 f.)
- 13 ebd., S. 78
- 14 Neumayr M., siehe Ref. 3, S. 52
- 15 Neumayr M., siehe Ref. 3, S. 54
- 16 Kathrein G., *Verbindlichkeit von Aufklärungsrichtlinien*, in: Kröll W., Schaupp W. (Hrsg.), *System – Verantwortung – Gewissen in der Medizin*, Manz-Verlag, Wien (2012), S. 120-129 (121)
- 17 OGH 7.3.2006, 5 Ob 165/05h
- 18 Leitner M., *Arzthaftung – Lockert der OGH die Aufklärungspflicht?* <https://www.infoueraerzte.at/index.php/2011/04/arzthaftung> (letzter Zugriff am 19.7.2017)
- 19 *Gynäkologen diskutieren umstrittenes OGH-Urteil*, siehe Ref. 9
- 20 Kathrein G., siehe Ref. 16, S. 123
- 21 OGH 4.8.2009, 9 Ob 64/08i
- 22 z.B. OGH 12.7.1990, 7 Ob 593/90; 18.10.1991, 8 Ob 620/91; 7.9.1993, 10 Ob 503/93; 12.3.1996, 10 Ob 1530/96; 25.10.1996, 1 Ob 2318/96f; 22.12.1997, 8 Ob 261/97h; 14.4.1998, 10 Ob 137/98i; 16.11.1999, 10 Ob 286/99b; 17.1.2001, 6 Ob 318/00h; 18.4.2002, 6 Ob 63/02m; 7.4.2003, 2 Ob 313/01w; 13.2.2004, 7 Ob 15/04p; 27.9.2006, 9 Ob 76/06a; 28.3.2007, 7 Ob 50/07i; 10.6.2008, 4 Ob 87/08k; 27.1.2009, 5 Ob 290/08w; 23.2.2010, 4 Ob 203/09w; 25.1.2012, 7 Ob 228/11x; 30.4.2012, 9 Ob 41/11m; 12.2.2013, 4 Ob 241/12p; 29.1.2015, 6 Ob 214/14k; 30.6.2015, 10 Ob 40/15b; zuletzt 29.11.2016, 9 Ob 55/16b; 20.12.2016, 4 Ob 256/16z; 29.3.2017, 1 Ob 38/17w
- 23 z. B. Kommenda B., *Arzthaftung: OGH begrenzt Aufklärungspflicht*, Die Presse, 26. Oktober 2017, http://diepresse.com/home/recht/rechtallgemein/517462/Arzthaftung_OGH-begrenzt-Aufklaerungspflicht (letzter Zugriff am 19.7.2017)
- 24 Neumayr M., siehe Ref. 3, S. 52 [Univ.-Prof. Dr. M. Neumayr ist Hofrat des Obersten Gerichtshofs]
- 25 z. B. Willinger H., *Ethische und rechtliche Aspekte der ärztlichen Aufklärungspflicht*, Peter Lang Verlag, Frankfurt/Main (1996), S. 205 ff.; Wallner J., *Health Care zwischen Ethik und Recht*, facultas, Wien (2007), S. 105
- 26 siehe z. B. Schmoller K., *Strafrechtliche Folgen einer unterlassenen oder übermäßigen ärztlichen Aufklärung*, in: Mayer-Maly Th., Prat E. H. (Hrsg.), *Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung*, Springer-Verlag, Wien (1998), S. 75-116
- 27 Kathrein G., siehe Ref. 16, S. 123
- 28 Panosch R., *Der Arzt im Spannungsfeld von personalisierter Aufklärung und Absicherungsmedizin*, RdM (2015); 164-168
- 29 ebd., S. 167
- 30 siehe z. B. Willinger H., *Die Wiener Patientenanwalt-*
schaft – ein erfolgreiches Modell alternativer Konfliktlö-
sung, Die Krankenversicherung (2005); 138-141; Jahn B., *Außergerichtliche Konfliktlösung im Gesundheitswesen*, Manz-Verlag, Wien (2009); Memmer M., *Modelle einer Entschädigung nach Behandlungsfehlern*, Imago Hominis (2011); 18(1): 29-38
- 31 Aigner G., siehe Ref. 3, S. 39; vgl. auch Kathrein G., siehe Ref. 16, S. 123
- 32 N. N., *Die Aufgaben der Aerztekammern*, WMW (1893); 43/3: Sp. 130-132 (131)
- 33 Schreiber H.-L., *Notwendigkeit und Grenzen rechtlicher Kontrolle der Medizin*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (1984), S. 29, 34 f.; Katzenmeier Ch., siehe Ref. 1, S. 47
- 34 Kathrein G., siehe Ref. 16, S. 124
- 35 Panosch B., siehe Ref. 28, S. 167
- 36 vgl. z. B. Heidinger A., *Die ärztliche Aufklärungspflicht in der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes*, in: Harrer F., Graf A.-H. (Hrsg.), *Ärztliche Verantwortung und Aufklärung*, Orac, Wien (1999), S. 17-53 (18)

Klaus Gahl

Misstrauen und Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung

Mistrust and Trust in Doctor-Patient Relationships

Zusammenfassung

Wer um seine Gesundheit besorgt ist, fühlt eine grundsätzliche Bereitschaft, sich einem Arzt oder einer medizinischen Institution anzuvertrauen. Allerdings können Vorurteile, schlechte Erfahrungen vermischt mit Skeptizismus, Misstrauen oder krasser Ablehnung ärztlicher Empfehlungen dieses Vertrauen untergraben. Eine solche Haltung kann sich (1) gegen einen bestimmten Arzt, (2) gegen den komplexen medizinischen „Apparat“ oder (3) gegen ökonomische Strukturen der öffentlichen Gesundheit richten.

Schlüsselwörter: Arzt-Patient-Beziehung, Zweitmeinung, Verantwortung, Gegenseitigkeit, Vertrauen

Abstract

Anyone concerned about their health has a fundamental willingness to trust a physician or medical institution. However, such trust and confidence in a physician may be undermined by prejudice or previous bad experiences, mixed with scepticism, mistrust, or even a sharp rejection of a doctor's recommendation or treatment. Such an attitude can be directed against (1) specific individual doctors, (2) the complex medical 'apparatus', or (3) the economic system of health care.

Keywords: doctor-patient relationship, second opinion, responsibility, reciprocity, trust

Prof. Dr. med. Klaus Gahl
Bültenweg 4, D-38106 Braunschweig
klaus.gahl@t-online.de

Die Beziehung zwischen dem Kranken und dem Arzt¹ ist unvermeidbar asymmetrisch: auf der persönlichen Ebene existenzieller Betroffenheit und Abhängigkeit des Kranken und der sachlichen Ebene der rationalen Wissensdifferenz und Handlungskompetenz des Arztes. Diese konstitutive Ungleichheit begünstigt per se Bedingungen für Misstrauen. Oft bringt der Ratsuchende oder Kranke nicht nur seine Vertrauensbereitschaft, sondern – vielleicht untergründig – eine gewisse Skepsis in die Begegnung mit dem Arzt und der Medizin als Versorgungsinstitution mit. Angesichts dieser Ausgangssituation sollen hier im Blick auf das Thema zunächst (A) drei Problemfelder der Entwicklung von Misstrauen des Kranken gegenüber dem Arzt bedacht werden:

1. Misstrauen in der unmittelbaren Arzt-Patient-Beziehung;
2. Misstrauen gegenüber der „institutionalisierten technischen Medizin“;
3. Misstrauen im Feld der Ökonomie der Medizin.

Im zweiten (kürzeren) Teil (B) geht es um das die Beziehung fundierende Vertrauen, das sich zwischen den beiden Partnern der Dyade entwickeln kann und das der Kranke (oft blind) auch der Institution „Medizin“ entgegenbringt.

1. Misstrauen in der Beziehung zwischen dem Kranken und dem Arzt

Der durch seine gesundheitliche Sorge beeinträchtigte Ratsuchende oder aktuell Kranke ist – aus seinem normalen Selbstgefühl und -befinden herausgerückt – verunsichert. Es ist die sachliche, wissens- und erfahrungsgestützte Überlegenheit des Arztes, die das Gefühl der Unterlegenheit und Abhängigkeit beim Kranken, beim Ratsuchenden hervorrufen und ihn unsicher und (potenziell) misstrauisch machen kann. Er erwartet Hilfe im weiteren Sinne vom Arzt und von „der Medizin“, dieser hochkomplexen Versorgungseinrichtung, deren Sachwalter der Arzt ist. Er vertraut sich dem Arzt/der Ärztin mit sachlichen und oft auch sehr persönlichen, intimen Informationen über

sein aktuelles Befinden an, auch mit Auskünften über seine krankheits- oder gesundheitsbezogene Vergangenheit, über mögliches Risikoverhalten oder Risikofaktoren. Oft beinhalten sie Informationen über seine Familie, sein Arbeitsfeld, seine Freizeitbeschäftigungen etc. Kann aber der Arzt – so mag sich der Kranke fragen – mit der Offenheit und der Bereitschaft des Patienten, sich verbal und praktisch, d. h. auch körperlich dem Arzt anzuvertrauen, angemessen umgehen? Wird er die unabdingbare Vertraulichkeit des Gesprächs und der Untersuchung, die Verschwiegenheit und die gebotene Sachlichkeit und Neutralität bewahren? Wird er die körperliche Untersuchung auf das sachlich erforderliche Maß beschränken und das persönliche und personale Selbstempfinden des Kranken in dessen Leiblichkeit und Subjekthaftigkeit achten? Missbrauchsfälle gibt es zuhauf: die „gründliche“ Untersuchung der Brüste bis zum Blasenkatheterismus bei jungen Frauen oder der den Kranken verdinglichende Umgang als einer „Sache“, der einer sorgfältigen Diagnostik geschuldet sei. Die alltägliche Untersuchung der Patienten kann jederzeit zur Versuchungssituation werden. Auch Verletzungen der persönlich wie juristisch gebotenen Schweigepflicht können zu Misstrauen seitens des Kranken Anlass geben. „Die Behandlung des Anderen als Sache macht uns selbst zur Sache, und das wirkt als Selbstzerstörung.“²

Die Unsicherheit des Kranken hinsichtlich möglicher Ursachen, Bedingungen und des Verlaufs seiner Erkrankung, seines Krankseins kann auch Anlass zu Skepsis geben, ob denn der Arzt erkennen und die „Unpässlichkeit“, das Übel abwenden kann. So mag die Sorge des Ratsuchenden zu Zweifeln und gar zum Misstrauen gegenüber der fachlichen Kompetenz des Helfers werden. Sofern der Kranke den Grund der Störung seines (Wohl-) Befindens selbst-attributiv in dingfest zu machenden Faktoren sieht – seien es äußere Einwirkungen oder als Noxen erlebte Einflüsse oder Verhaltensweisen oder aber seelische Belastungen –, die der Arzt entweder als medizinisch kausal-ana-

lytisch plausibel oder aber als völlig abwegig eingeschätzt, kann sich die Skepsis des Kranken, sein Misstrauen gegen die Unangemessenheit, gegen eine so oder so reduktionistische Einseitigkeit im Verständnis seiner Sorge richten.

Das Unbehagen bezüglich des vom Arzt in sein Handeln umgesetzten Krankseins- und Krankheitsverständnisses, das vom Kranken widergespiegelt = reflektiert (in zweifacher Bedeutung!) wird, rührt an eine weitere zu beobachtende Dimension der Einstellung vieler Kranker zu ihren Ärzten und zu „der Medizin“: Das mehr und mehr ambivalente Verhältnis zur Medizin als Technik und als Wissenschaft, ja zur Wissenschaft als solcher. Die Medizin wird von den in ihr ausgebildeten und sozialisierten „Schulmedizinern“ als Wissensinstanz gesehen, an der sich alternative Methoden der Diagnostik und der Behandlung³ messen und rechtfertigen lassen müssen.⁴ Die wissenschaftsgestützte und auf kollektive Erfahrung basierte Medizin (EbM) ist ihnen Richtschnur und ggf. Rechtfertigung ihres ärztlichen Handelns. Diese strikte Orientierung des Arztes kann vom Kranken als Ablehnung von seiner eigenen Erfahrung gesehen werden. Das mag Misstrauen gegen eine vermeintlich mangelhafte Einfühlung des Arztes in Gang setzen. Eine „rein wissenschaftliche Medizin“ wird mit dem Vorwurf der Entpersönlichung, der De-individualisierung, der unangemessenen Verallgemeinerung, der Ignoranz gegenüber inter-individuellen Unterschieden im Kranksein und Krankheitserleben abgewehrt. Die Rat Suchenden, die Kranken erwarten vom Arzt und von „der Medizin“ mehr als eine sachlich-fachliche Hilfe, sie suchen vielleicht praktische Lebensratschläge und Verhaltensempfehlungen in Gesundheitsfragen. Ärztliche Hilfe müsse ihrem Bedürfnis nach mehr sein als angewandte Naturwissenschaft.

Andererseits erwarten viele Kranke und verlangen geradezu in unserer „Wissensgesellschaft“ exakte Erklärungen zur Entstehung, Ausprägung und des zu erwartenden Verlaufes, einschließlich

der qualitativen und quantitativen Prognose ihrer Krankheit. Sie werden misstrauisch bezüglich des Wissens und der Erfahrung des Arztes, wenn dieser nicht die gewünschten Informationen geben kann. Die emotionale mehr als rationale Ambivalenz von Wissenschaftsgläubigkeit und Skepsis gegenüber der Medizin prägt die Erwartungen vieler Kranker oder des medizinischen Rates Bedürftiger.

2. Wie äußert sich das Misstrauen des Kranken gegenüber dem Arzt?

Das Spektrum möglicher Manifestationen ist vielfältig: von dem subtilen Unbehagen, der Untersucher könnte vielleicht nicht offen und nicht sachbezogen und nicht ehrlich sein in der Mitteilung medizinischer Befunde, besonders bei letztlich nicht behandelbaren, zum Tode führenden Erkrankungen, bis zum unverhohlenen, gar aggressiven Vorwurf der fachlichen oder menschlichen Inkompetenz. Das mag zur Suche nach einer „zweiten Meinung“ bezüglich Diagnostik/Diagnose oder Therapie veranlassen. Womöglich wird diese von einem oder gar mehreren Ärzten („doctor hopping“) oder aber im Internet bei „Dr. Google“ gesucht.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde in Deutschland 2015 „ein Rechtsanspruch auf eine (Einholung einer) Zweitmeinung bei [vom G-BA festgelegten] planbaren Leistungen ... eingeführt, bei denen ‚die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen‘ ist.“⁵ Dieser Schritt markiert sozusagen die Spitze eines Eisbergs eines weit über den Umfang der mit der Regelung erfassten Leistungen hinausgehenden Trends, der auch bei Kranken mit chronisch-rheumatologischen, kardiovaskulären, neurologischen oder onkologischen Erkrankungen anzunehmen ist. „Mein Hausarzt kann ja nicht alles wissen.“ Zweit-Meinungen werden für diagnostische und therapeutische Maßnahmen gesucht; sie sollten nicht nur im Blick auf die Indikationsausweitung, sondern auch auf mögliche Diskrepanzen der Beurteilung klinisch-funktioneller und

morphologischer Befunde ausgerichtet sein. Sie können – auch ohne Vertrauensverlust – im Interesse von Arzt und Krankem eingeholt und in den Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung einbezogen werden. Die damit zu erreichende objektive Annäherung an geltende Standards im diagnostisch-therapeutischen Prozess kann – sofern sie im gegenseitigen Einvernehmen verfolgt – das Vertrauen beider Partner stärken.

3. Misstrauen gegenüber der institutionalisierten technischen Medizin

Ein zweites Problemfeld erwächst aus der Einfügung der Arzt-Patient-Beziehung in die hochkomplexe Institutionalisierung der Medizin: von den technischen Untersuchungen und der Behandlung im weiteren Sinne über die erforderliche personelle und organisatorische Strukturierung bis zu anonymen informations-technologischen Steuerungs- und Kontrollsystemen.

Mit der apparativen Diagnostik rückt der Kranke (temporär und partiell) aus der unmittelbaren Beziehung zum Arzt in eine unpersönliche, funktionsbestimmte, passive Rolle gegenüber einer ihm mehr oder weniger fremden „Welt“. Diese Welt ist personell meist von vielen dem Kranken unbekannt Personen mit unterschiedlicher Zuständigkeit und Verantwortung bestimmt, die in zum Teil zeitlich festgelegten Organisationsstrukturen arbeiten. Die durch das Arbeitszeitgesetz mitgeprägte Regelung der klinischen Versorgung der Kranken lässt wegen der immer kürzeren Kontaktzeiten des Arztes mit dem Patienten kaum noch Zeit für eine persönliche Vertrauensentwicklung. Der Kranke wird in diesem Räderwerk zum Objekt, dessen Vertrauen in das Funktionieren des Systems – gedankenlos – vorausgesetzt wird. Wo aber aus Mangel an persönlicher Begegnung kein Vertrauen aufgebaut werden kann, entwickelt sich leicht Unbehagen, ja Misstrauen in den Nutzen und die Risiken, die Aussagefähigkeit und Verlässlichkeit der Methoden technischer Diagnostik und Therapie. Auch mögen Gedanken hochkommen,

- ob nicht Eigeninteressen der handelnden Akteure in diesem System (z. B. Amortisation von Geräten, Kostendeckung im Krankenhaus, Gewinnmaximierung etc.) mitspielen;
- oder ob (um der ggf. haftungsrechtlichen Absicherung willen) nicht eigennützige Doppeluntersuchungen oder Zusatzbehandlungen vorgenommen werden, die einer strengen medizinisch-sachlichen Begründung, der einsehbar begründbaren sachlichen Indikation nicht standhalten;
- oder ob die rechtlich vorgeschriebene Informations- und Aufklärungspflicht sachlich und der persönlichen Situation entsprechend befolgt wird oder nicht doch auch Sachverhalte zweckbezogen verzerrt dargestellt werden, um einer plausiblen Begründung eigennütziger Zielsetzungen willen.

Insofern geht es um das Verhältnis des Kranken zur apparativ-technischen (auch für die sachgemäße Behandlung des Kranken unabdingbare) Seite des Gesundheitssystems, und um die Technisierung der Medizin, der eine mehr oder weniger starke Skepsis entgegengebracht wird. Ihr stehen viele Kranke ambivalent kritisch, misstrauisch gegenüber.

Die zunehmende Verrechtlichung der Medizin und des ärztlichen Handelns (Schweigepflicht, Dokumentation, Datenschutz, vielfältige Aufklärungspflichten etc.) mit diversen Perspektiven von Persönlichkeits- und Schutzrechten seitens des Kranken (Einwilligungs- und Verweigerungsrecht, Behandlungsansprüche etc.) ist zum Teil auch als Reaktion auf mögliche Misstrauensquellen zu sehen. Die im vor-rechtlichen Raum verorteten ethischen Grundsätze ärztlichen Handelns wie auch Motivation und Haltung inkl. der Achtung der Person des Kranken in seiner Leiblichkeit. Subjekthaftigkeit könnten durch die rechtlichen Normierungen von Behandlungspflicht im weiteren Sinne und -anspruch geschwächt oder überspielt werden. Die Juridifizierung kann – so sie zum Schutz und Recht beider Seiten nötig ist –

dem Kranken das Gefühl geben, der Arzt orientiere sich vorwiegend an juristischen Vorschriften und Regelungen und weniger am moralisch verpflichtenden Ethos. Hier mögen nicht nur zwischen dem vor-rechtlichen und dem juristisch Verfassten, sondern auch innerhalb des Rechtsrahmens konfliktreiche Grenzen liegen, die zu überschreiten einen Vertrauensbruch für den Kranken bedeuten kann. Wie ist es z. B. mit den Ergebnissen der Ermittlung von krankheitsbezogenem Risikoverhalten oder der genetischen Diagnostik? Bleibt sie im vertrauensbestimmten Verborgen der engen Beziehung zwischen dem Kranken und dem Arzt oder werden Daten an Familienangehörige, Arbeitgeber oder Krankenversicherungen weitergegeben? Hier können Versicherungsklauseln oder Verpflichtungen von Kranken gegenüber ihren Angehörigen fordern, die Grenzen der Schweigepflicht zu überschreiten.

Entrückt der Kranke durch die apparative Medizin der unmittelbaren Beziehung zu „seinem“ Arzt, so droht ihm die institutionsbezogene Verpflichtung zu umfangreicher Dokumentation zu verschlingen. Er wird zur elektronischen Akte, die innerhalb des Systems – für ihn undurchschaubar – verfügbar ist: für die Abrechnung und Kostenvergleiche, für die Erfassung von Krankenstand und epidemiologischen Erhebungen u. v. a. Die wachsende Informationstechnologie bietet dazu das Werkzeug. Sie ist es auch, deren Nutzung mehr und mehr die Haltung vieler Kranker oder des medizinischen Rates Bedürftiger zum eigenen Kranksein und zum Arzt prägt: die Möglichkeit, vor dem Besuch beim Haus- oder Facharzt „Vorab- oder Überprüfungsinformationen“ zu gewinnen. Weiß doch „Dr. Google“ immer besser und ausführlicher in Frage stehende Beschwerden oder Befunde zu deuten, diagnostisch einzuordnen, ja sogar mit der Prognose und Therapie den „Infonauten“ zu beraten. Diese auf eine breite, dem einzelnen Arzt gar nicht überschaubare Datenbasis gestützte Computermedizin – unabhängig vom persönlichen Kontakt zwischen dem Arzt und dem Kranken – prägt

mehr und mehr das Verhalten und das Wissen der Laien, ihre Erwartungen, Hoffnungen und Ansprüche. Diese werden in Zukunft weiter rechtlich gedeckt, indem daran bemessene Diagnostik- und Therapierichtlinien als standardgemäße Basisversorgung erklärt werden. Der IT-informierte Kranke weiß aber oft die Aussagen, die Antworten von „Dr. Google“ nicht zu werten, selbst wenn er das eigene Beschwerdebild auf dem Bildschirm wiederfindet. Der Kranke wird wegen der selten gegebenen Eindeutigkeit zugleich verunsichert hinsichtlich der Ursachen und des prognostischen Verlaufs seiner Krankheit – sei er durch das Internet der Cyberhypochonder, der Schweigsame oder der Besserwisser gegenüber seinem Arzt.⁶

4. Misstrauen im Feld der Ökonomie der Medizin

Ein drittes Feld möglichen Misstrauens seitens des Kranken gegenüber dem Arzt oder der Medizin ist mit dem Stichwort der „Ökonomisierung im Gesundheitswesen“ benannt. Aus der Sicht des (potenziell) Kranken lässt es sich auf die Frage reduzieren: „Bekomme ich die für mich erforderliche Behandlung?“ – Behandlung im Sinne der begründbaren medizinischen Maßnahmen zur Erkennung und Heilungsförderung meines Krankheitszustandes.

Ohne dass im folgenden Probleme der distributiven oder ausgleichenden Gerechtigkeit und der Wirtschaftlichkeit individueller und kollektiver Gesundheitsversorgung im Einzelnen dargelegt werden (könnten), sollen wenige Maßnahmen der Steuerung der Kostengestaltung im Blick auf Einzelfallentscheidungen und auf der Ebene biologischer, krankheitsbezogener oder sozialer Stratifizierung genannt werden, soweit sie dem Kranken Anlass zu Misstrauen der Medizin oder ihrem Arzt gegenüber geben können.

Die demographische und sozio-ökonomische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt mit den wachsenden Kosten für das Gesundheitswesen zwingen zu nationalen wie globa-

len strukturellen und distributiven Prozessen der Ressourcenverteilung:

- von arbeits-, organisations- und technisch-ökonomischen Rationalisierungsprogrammen („bessere Nutzung vorhandener Güter!“),
- zur Rationierung, verbunden mit Priorisierung und Posteriorisierung („Begrenzung der Einschätzung von Notwendigem und Möglichem, von Grund-, Standard- und Wahlleistungen im Rahmen der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherungen“)

Hier können die dem Kranken oft nicht transparenten und sozial ungleichen und uneinheitlichen Kriterien für seine Zuordnung zu Versorgungsgruppen sein. Misstrauen wecken: Werden mir basale oder Standarduntersuchungen oder -behandlungen vorenthalten? Gehöre ich aufgrund meines niedrigen Einkommens zu einer niederen Klasse der Gesellschaft? Fließen Erwägungen von Kosten-Nutzen-Relationen, von Diagnostik-Therapie-Kostenverhältnissen in die Einschätzung der Dringlichkeit meiner bedrohten gesundheitlichen Verfassung und in die Beurteilung, ob und ggf. wann und welche Behandlung im weiteren Sinne gewählt wird?

An solche Fragen kostenbezogener Zuordnung kann sich die psychische Verunsicherung des Kranken hinsichtlich der Einschätzung seitens des Arztes, der Einsatz medizinischen Bemühens sei – ungeachtet der Kosten – vergeblich, anschließen. „Ist mir denn nicht mehr zu helfen? Gibt es keine Rettung, keine Lebensverlängerung? Wird denn wohl wirklich alles für mich getan oder ist den Ärzten der Preis für meine Gesundheit zu hoch?“ Die medizinisch-praktisch begründete Entscheidung des Arztes zum Therapieabbruch wird implizit mit der handlungsnormativen Beurteilung von sozialem und anthropologischem Lebenswert verbunden. „Ist denn mein Leben nichts mehr wert?“ – Lebenswert, der nicht nur monetär, sondern mehr noch: als individuell erlebtes Geschenk, als mein Lebenswille gilt? In diesem

Zweifel, in diesem Misstrauen gegen den Arzt, gegen die Medizin und gegen das Sozialsystem kann dann ein Leben zu Ende gehen.

Wenn schon die Entscheidung zum Therapieverzicht möglicherweise von Kostenfragen mitbestimmt werden kann, ohne dass der Kranke oder ggf. sein rechtmäßiger Vertreter in die Überlegungen einbezogen wird, kann auch die mögliche Missachtung des mutmaßlichen Willens oder einer Vorausverfügung Skepsis seitens des Kranken wachrufen. Zumal unter Ärzten die Diskussion um die Beachtlichkeit der Patientenverfügung (trotz ihrer rechtlichen Verbindlichkeit) noch immer nicht zur Ruhe gekommen ist, ist für viele Kranke die Sorge, ja das Misstrauen groß, eine praktisch rechtsgültige Vorausverfügung könne vom Hausarzt oder behandelnden Ärzten in der Klinik nicht beachtet werden.

5. Vertrauen in der Beziehung zwischen dem Kranken und dem Arzt

Vertrauen ist – wie die darauf antwortende Verantwortung in der Beziehung zwischen dem Kranken und einem Arzt – fundamental eine personale Kategorie. Es gilt – unabhängig von der gegenseitigen Sym- oder Antipathie – der Person des jeweiligen Gegenübers. Vorgängig der konkreten Erfahrung, die ein Kranker mit einem Arzt oder umgekehrt ein Arzt mit einem Kranken gemacht hat, gründet das Vertrauen in der Bereitschaft beider Personen, sich auf die gegenseitige Offenheit, Anerkennung, Zuverlässigkeit verlassen zu wollen und zu können. Darauf gründet das Vertrauen, d. h. die Annahme, das Gegenüber werde sich künftig so verhalten, dass sich beide Partner in ihrem Handeln uneingeschränkt aufeinander verlassen können – auch angesichts eines ungewissen, vielleicht risikobelasteten Ausgangs einer letztlich zum Wohle vorzunehmenden Handlung im weiteren Sinne. Diese nicht zu garantierende Situation ist es, die Viktor von Weizsäcker mit der *Zone der Gefahr* meint, in der sich Therapie wie auch Diagnostik abspielt. In ihr den möglichen Schaden,

die mögliche Verletzung so gering wie möglich zu halten, gehört zur sachlichen und persönlichen Verantwortung, zur *Realität der persönlichsten Verantwortung*.⁷ So sind Vertrauen und Verantwortung miteinander verflochten, aneinander gebunden: auf der sachlich-fachlichen wie der persönlichen und der überindividuellen personalen Ebene.

Der personale Charakter von Vertrauen und Verantwortung deckt sich nicht mit dem persönlichen, individuellen, dem einzelnen Kranken bzw. Arzt entgegengebrachten Grundgefühl. Er ist aber konstitutiv für die wechselseitige Bestimmung. Nicht nur der Kranke vertraut seinem Gegenüber, sondern auch der Arzt. Wenn der Patient auch in der aktuellen Not seines Krankseins oder der Rat- oder Hilfsbedürftigkeit mehr oder weniger außer Stande ist, die Verlässlichkeit prüfen oder kontrollieren zu können und zu wollen, sind es doch benennbare Bedingungen, die der Kranke voraussetzt für sein Vertrauen gegenüber dem Arzt: Sittlichkeit, Verschwiegenheit, Zuverlässigkeit, Gewissenhaftigkeit, die Achtung der Scham und der Würde des Kranken. Hinzu kommen fachliche Kompetenz und Dialogfähigkeit. Ebenso die offene Zuwendung des Arztes, wie er auf das Anliegen, die Sorge, die Not des Kranken eingeht, seine Wahrhaftigkeit und Plausibilität, die Kohärenz und Konsistenz im Gespräch, in der Aufklärung und im Handeln. Alle diese rationalen, emotionalen und habituellen Verhaltens- und Handlungsweisen des Arztes fördern oder – bei Missachtung – gefährden das persönliche Vertrauen des Kranken. Sie zu beachten, gehört in den Verantwortungshorizont des Arztes.

Der Arzt seinerseits bringt dem Kranken das Vertrauen in dessen Ehrlichkeit, Offenheit, seinen Willen zur Befolgung des ärztlichen Rates (Compliance) und seinen Willen, gesund zu werden, entgegen. Das rechtlich vorausgesetzte Vertragsvertrauen stützt sich lediglich auf ein potentiell einklagbares Anspruchsrecht seitens des Kranken und ein Sanktionsrecht des Arztes im Falle der Nichtbefolgung der Patientenpflichten. Vertrauen ist aber mehr: Es stellt auch einen moralischen Anspruch.

Die Reziprozität des Vertrauens sieht Fritz Hartmann in der Angewiesenheit des Kranken auf das Vertrauen des Arztes. Darin habe Vertrauen [seinen] *instrumentellen, funktionalen Charakter*.⁸ Sie entspricht subjektiv wie objektiv der gegenseitigen persönlichen und fachlichen Verlässlichkeit, der Vertrauenswürdigkeit. „... [E]inseitiges Vertrauen [ist] gar kein wirksames [...], also echtes Vertrauen ist immer eine Gegenseitigkeit.“⁹ Das „Vertrauen ... erwächst nicht aus Denken, sondern aus dem Sein“¹⁰. „... [E]ine theoretische Erkenntnis – [das heißt im Zusammenhang der Arzt-Patient-Beziehung: Erkenntnis über die Situation des Krankseins in seiner biologischen, biographischen und sozialen Dimension] – kann als solche eine [personale] Gemeinschaft nicht stiften, es sei denn, dass mit ihr mehr gestiftet wird als Erkenntnis, nämlich überdies Vertrauen, Überzeugung oder Interesse.“¹¹

Nach dem personalen und persönlichen ist mit dem funktionalen Charakter von Vertrauen und Verantwortung ein Spezifikum der Arzt-Kranken-Beziehung angesprochen: das auf das medizinische und (davon zu unterscheiden) ärztliche Handeln für den Kranken bzw. die Hilfsbereitschaft gerichtete Vertrauen. Auch hier gilt es wieder reziprok: Beide Partner müssen sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten aufeinander verlassen können und bestrebt sein, ihrer spezifischen Rolle oder Funktion gerecht zu werden. Die Funktionalität der Beziehung ist ein Kennzeichen der Asymmetrie der Beziehung zwischen dem Kranken und dem Arzt. Die Wahrung der Angemessenheit und die Begrenzung der Beziehung auf ihre genuine Funktion der Hilfeleistung gebieten den Respekt des wechselseitigen Schamgefühls. Hier fundieren einander persönliches Vertrauen und personale, der Person qua Person geltende Verantwortung.

Über den funktionalen Charakter von Vertrauen und Verantwortung hinausgehend ist deren Einordnung in den vielfach vernetzten, personell und z. T. organisationshierarchisch strukturierten, institutionellen Versorgungs- und Wissenschaftsbereich zu beachten. Dieses hochkomplexe System

kann weder von den Akteuren des Systems, geschweige denn von Laien – zumal in deren Betroffenheit als Kranke – durchschaut werden. „Krankwerden vergrößert diese Komplexität der Daseinszusammenhänge oder deckt die verborgenen auf.“⁴² Auch dieser sozialen Komplexität, den individuellen und organisatorisch-institutionellen Strukturen gegenüber entwickelt der Kranke sein Vertrauen und behält doch dabei ein mehr oder weniger ausgeprägtes Misstrauen. „Systeme wie das Gesundheitssystem, das Krankenhaus, die Versichertengemeinschaft, die Kranker-Arzt-Verhältnisse müssen Vertrauen und Misstrauen als koexistierend vorsehen.“⁴³

In dem komplexen System der medizinischen Versorgung verlangen die persönlichen Bedingungen von Vertrauensentwicklung und Verantwortungswürdigkeit eine Erweiterung sowohl auf die meist große Zahl an der Betreuung beteiligter Personen als auch auf vielschichtige Teilinstitutionen. Es kommt einerseits zu einer Vertrauensdiffusion auf zum großen Teil anonyme Personen und Partialbereiche und auf der anderen Seite zu einer Verantwortungsfragmentierung in unterschiedliche Zuständigkeiten und Kompetenzen. Hier wächst die Gefahr eines zunehmenden Misstrauens in die Verlässlichkeit beteiligter Personen und zugleich einer Dehumanisierung der Medizin: Spezialisierung führt zu Arbeits- und Verantwortungsteilung. Die unmittelbare Beziehung persönlichen und personalen Vertrauens und der Verantwortung ist bedroht.

Vertrauen wie Verantwortung sind als dynamisch, dialogisch zu kennzeichnen. Vertrauen entwickelt sich aus einer primär vielleicht von zurückhaltendem Vorbehalt und Misstrauen mitgeprägten Haltung heraus zu einem individuellen und mehr oder weniger allmählich sich annähernden „Einander-Vertrauen“. Die „zweiseitige Offenheit“ ist die Voraussetzung für „wechselseitige Selbst-Verständigung.“⁴⁴ Besonders in einer längerfristig tragenden Arzt-Patient-Beziehung, in der Betreuung chronisch Kranker vollzieht sich

diese wechselseitige „Ver-änderung“ (sic!) von Arzt und Krankem.¹⁵ „Mit dem Sich-Anderen-Anvertrauen gibt er [der Kranke] aber auch Selbstverantwortung ab. Selbstvertrauen und Selbstverantwortung bleiben ... im Vorgang der Übertragung eng aneinander gekoppelt.“⁴⁶ In dieser Entwicklung des Vertrauens zeigt sich ein Aspekt seines zeitlichen Charakters. Ein weiterer ist seine auf Zukunft gerichtete Dimension, die Hoffnung auf Hilfe, auf Leidensminderung durch den Arzt.

6. Vertrauen im Wissenschaftssystem ‚Medizin‘

Die zunehmende Aufgliederung der medizinischen Versorgung – besonders im wachsenden Feld der Diagnostik – geht mit einer vielfältigen Verantwortungsteilung einher: von den meist eng begrenzten Möglichkeiten des in einer allgemein-ärztlichen Praxis niedergelassenen Arztes bis zu der labortechnisch und apparativ hoch aufgerüsteten Diagnostik der Hochleistungsmedizin. Dieser neuen, sich rasant erweiternden Medizin und den verbesserten therapeutischen Möglichkeiten bringt der Kranke auch ein hohes Maß an Vertrauen – gepaart mit einem Quantum von Misstrauen und Angst – entgegen. Das gilt auch für die interkollegiale und interinstitutionelle Kooperation innerhalb der medizinischen Disziplinen und disziplinübergreifend. Es besteht weithin ein großes Vertrauen in die wissenschaftlichen Möglichkeiten, die heutzutage Behandlungsaussichten erlauben, die noch vor 20 bis 30 Jahren oder in anderen Gesundheitssystemen nicht denkbar (gewesen) wären. Zu beachten sind aber zunehmende, berechtigte Vorbehalte, verunsichernde Ambivalenzen oder ausdrückliche Kritik an der „Apparate-Medizin“ mit der Verleitung zur Überdiagnostik und Übertherapie mit der Verteuerung der Medizin.

Das zeigt die Kehrseite der wachsenden Möglichkeiten der Medizin: die stetig steigenden Erwartungen und Forderungen des einzelnen Kranken und der Gesellschaft an dieses System sowie die medizinisch-fachliche Verfügbarkeit des groß-

en Arsenal diagnostischer, therapeutischer, präventiver und rehabilitativer Angebote und der finanziellen Sicherstellung der Versorgung. Hier hat der Arzt die schwierige Aufgabe der zweiseitigen Verantwortung: der sachlichen und situativen Abwägung der individuellen Notwendigkeit und der sozialen Vertretbarkeit. Das schließt auch die verantwortliche Erziehung zu einer (auch vom Arzt zu leistenden) selbstbestimmten Selbstbegrenzung moralischer Ansprüche und zur Bereitschaft, im „chronischen Kranksein“ auch ein (medizinisch ermöglichtes) „bedingtes Gesundsein“ anzunehmen.¹⁷ Es ist die Verantwortung für den einzelnen Kranken und für die Solidargemeinschaft, die hier wiederum beiden Partnern auferlegt wird.

Die Medizin als Versorgungs- und Wissenschaftsinstitution mit kollektiver, sozialer Verantwortung ist Vertrauensobjekt des Kranken. „Die Eigenschaft aber der Wissenschaft [...] ist ihre Unpersönlichkeit, ihr abstrakter, kollektiver und objektiver Charakter.“¹⁸ Dennoch ist die Wissenschaft als Richtlinie der Sachlichkeit, des Standards, der naturwissenschaftlichen Objektivität auch als Rückhalt für das ärztliche Handeln unabdingbar. Standesethik und (ein erwartetes) ärztliches Ethos und eine (ambivalente) Wertschätzung der Wissenschaft sind dem Kranken Versicherungen der Rechtschaffenheit und der Möglichkeit von Vertrauenswürdigkeit in die ärztliche Gewährleistungsverantwortung in diesem System.

„Das der individuellen Behandlungssituation sozusagen angeborene Missverhältnis von einseitigem Vertrauen und einseitiger Superiorität wird ... durch Rückgriffe auf dritte, unpersönliche Instanzen zu beseitigen versucht. Und unter diesen Instanzen hat unser Interesse besonders die wissenschaftliche festzuhalten, deren objektive, besonders naturwissenschaftliche Form solche Dienste besonders gut bietet. ... weil es ein Vertrauensdefizit war, welches auszugleichen war, darum belastet sich gerade die objektive Wissenschaft mehr und mehr mit einem Misstrauenskonto, dessen Folgen ins Unabsehbare auslaufen können. ... diese Bedrohung

der Wissenschaft [ist] eigentlich eine Bedrohung des Vertrauens...“¹⁹

Wenn auch für den Bereich der Naturwissenschaft, soweit sich die kausalanalytisch vorgehende medizinische Wissenschaft auf sie stützt, potenzielle Reproduzierbarkeit ihrer Daten und Verallgemeinerbarkeit kennzeichnend sind, so können diese Kriterien dem ärztlichen und personalen Vertrauenswissen, das der Kranke erwartet, nicht genügen. Dieses gilt vielmehr der Einmaligkeit, Unwiederholbarkeit des Kranken als Person in der biographischen Situation seines Krankseins.

7. Zusammenfassung

Der grundsätzlichen Bereitschaft des Kranken, sich in gesundheitlicher Not voller Vertrauen an einen Arzt oder eine Klinik zu wenden, ist stets – als Vorurteil oder aus eigener Erfahrung – ein Quäntchen Skepsis oder Misstrauen beigemischt, das sich bis zu schroffer Ablehnung steigern kann. Dieses kann sich gegen den einzelnen Arzt oder gegen die komplex institutionalisierte Medizin oder gegen das sie tragende, ökonomisch orientierte Versicherungssystem richten:

- gegen das verbale oder praktische Verhalten und Handeln des Arztes im Gespräch über die Krankheit, das Kranksein, die Aussicht auf Heilung oder mindestens Linderung der Krankheit, über die notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen und deren Begründung;
- gegen die (Indikation für die) Nutzung der apparativen Medizin, der anonymen Informationstechnologie und der unpersönlichen, de-individualisierenden Standardisierung und Verrechtlichung der Medizin
- und gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens.

Zu beachten ist, dass Misstrauen sich häufig als ein gegenseitiges, reziprokes Verhältnis entwickelt. Auch der Arzt kann gegenüber dem Kranken bezüglich seiner Offenheit, Ehrlichkeit, seiner Folgsamkeit (Compliance) misstrauisch werden.

Grundlegend ist aber bei aller Skepsis doch die Bereitschaft zu gegenseitigem Vertrauen in die menschliche und fachliche Verlässlichkeit, die Zuverlässigkeit des „Gesundheitswesens“ und des tragenden Versicherungssystems.

Vertrauen und Misstrauen sind wechselseitige emotional-affektiv und rational-kognitiv sich entwickelnde Haltungen der beiden Partner zueinander und zum „System“ der Gesundheitsversorgung.

Referenzen

- 1 Wenn im Folgenden der Arzt wie der Kranke allein in der maskulinen Form genannt wird, ist dennoch die Ärztin bzw. die kranke Person mitgedacht. Wo ausdrücklich auf geschlechtsspezifische Unterschiede für die Überlegungen relevant sind, wird darauf hingewiesen.
- 2 Weizsäcker V. von, *Pathosophie* (1956), in: Achilles P., Janz D., Schrenk M.†, Weizsäcker C. F. von (Hrsg.), *Viktor von Weizsäcker Gesammelte Schriften* (GS), Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1986 – 2005, Bd. 10, S. 57
- 3 „Behandlung“ meint hier nicht allein die medizinische Therapie i. e. S. sondern den methodischen Umgang des Arztes mit dem Kranken und der Krankheit.
- 4 „Alternative“ oder „Komplementärmedizin“ oder „die Andere Medizin“ fasst hier sehr pauschal nicht schulmedizinisch-wissenschaftlich gelehrte und praktizierte Behandlungsformen zusammen; sie haben einen sehr unterschiedlichen individuellen Erfahrungs- und Sicherheitshintergrund und bedürfen für eine genauere Wertung gegenüber der „Schulmedizin“ einer ausführlicheren Darlegung, die weit über den Rahmen unseres Themas hinausginge. – Vgl. Wikipedia, *Alternativmedizin*, <https://de.wikipedia.org/wiki/Alternativmedizin> (letzter Zugriff am 28. April 2017); Federspiel K., Herbst V., *Die Andere Medizin – Alternative Heilmethoden für Sie bewertet*, Schlussgutachter Prof. Edzard Ernst, Stiftung Waren-test Berlin (Hrsg.), 5. Auflage (2005)
- 5 Osterloh F., *Zweitmeinung: Uneinheitliches Angebot*, Deutsches Ärzteblatt (2017); 114(25): A-1224, B-1018, C-996
- 6 Gießelmann K., *Gesundheit im Internet: Krank gegoogelt*, Deutsches Ärzteblatt (2017); 114(8): A-382, B-328, C-320
- 7 Weizsäcker V. von (1926), *Seelenbehandlung und Seelenführung. Nach ihren biologischen und metaphysischen Grundlagen betrachtet*, in: Achilles P., Janz D., Schrenk M.†, Weizsäcker C. F. von (Hrsg.), *Viktor von Weizsäcker Gesammelte Schriften* (GS), Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1986 – 2005, Bd. V, S. 67-141, hier S. 141
- 8 Hartmann F., *Geschichtliche Formen der Vertrauens- und Verantwortungs-Beziehungen zwischen Kranken und ihren Ärzten und Pflegern*, Vortrag am Virchow Klinikum der FU Berlin im WS 1995/96, S. 14
- 9 Weizsäcker V. von, siehe Ref. 2, S. 66
- 10 Weizsäcker V. von, siehe Ref. 7, S. 124
- 11 ebd., S. 99; (Einfügungen in [] K.G.)
- 12 Hartmann F., siehe Ref. 8, S. 15
- 13 ebd., S. 18
- 14 ebd., S. 15
- 15 Hartmann F., *Das Leiden des Anderen – Wie können wir es verstehen, wie ihm gerecht werden?* Z Rheumatol (2002); 61: 73-85, hier S. 76
- 16 Hartmann F., siehe Ref. 8, S. 19
- 17 Hartmann F., *Chronisch krank oder bedingt gesund? in: Hammer C., Schubert V. (Hrsg.), Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung*, Verlag R. S. Schulz GmbH, Wolter Kluwer Gruppe VRK (1992), S. 35-68
- 18 Weizsäcker V. von, siehe Ref. 2, S. 382
- 19 ebd. S. 383

Werner Waldhäusl

Normen in der Medizin: Fortschritt oder Fessel?

Norms in Medicine: Progress or Shackles?

Zusammenfassung

Normen bieten Struktur und finden sich überall: In der Sprache als Grammatik, im Rechtswesen, in der Politik als *political correctness*, in der Technik als prozesssteuernde Algorithmen und Checklisten. Standardisierung und Normen durchdringen heute, getrieben von betriebswirtschaftlichem Denken und der Entwicklung von Großrechnern, selbst Dienstleistungen wie das Gesundheitswesen. Hier helfen Normen vor allem im administrativ-technischen Vorfeld der Klinik, Patienten vor Schäden zu bewahren. Auf der Ebene der unmittelbaren Arzt-Patientenbeziehung müssen allerdings weiterhin – *salus aegroti suprema lex* – neben dem unverzichtbaren Fachwissen des Arztes Empathie, Vertrauen und Vertraulichkeit vorherrschen, da diese – ohne die Arzt-Patientenbeziehung zu zerstören – nicht in Algorithmen zu gießen sind.

Schlüsselwörter: Normen, Medizin, Gesundheitswesen, Digitalisierung

Abstract

Norms provide structure and are found everywhere: in language as grammar; in systems of law; in politics as political correctness; in technology as algorithms and checklists that determine and guide technical processes. Today norms and standardization, driven by business thinking and the development of large computers, have penetrated other areas as well, including health care. Here norms help to protect patients from harm, particularly as they seek to standardize administrative and technical tasks in the lead-up to point of care. At the level of personal doctor-patient interactions, however, the only norm is *salus aegroti suprema lex*, which must necessarily depend on the medical expertise of the doctor, empathy, and mutual trust. These cannot and may not be replaced by algorithms without destroying the doctor-patient relationship.

Keywords: norms, medicine, health services, digitalization

o. Univ.-Prof. em. Dr. Werner Waldhäusl
Ehem. Vorstand der Univ. Klinik für Innere
Medizin III
Medizinische Universität Wien
Dollnergasse 10, A-1190 Wien
werner.waldhaeusl@meduniwien.ac.at

Einleitung

Normen. Normen (lat. *norma*: Richtschnur, Winkelmaß) sind allgemein verbindliche Regeln.¹ Sie basieren auf dem Wissen um Zusammenhänge innerhalb eines Systems, bestimmen umgekehrt aber auch dessen Struktur und Richtung. Sie sind daher eine ideale Grundlage für die Standardisierung technischer Arbeitsabläufe und steuern auf der Basis entsprechender Algorithmen und Checklisten u. a. Fließbänder, Analysen in medizinischen Laboratorien und Flugzeugstarts. Zudem ermöglichen sie die Standardisierung und Kontrolle von Produktionsprozessen, machen diese sicherer und kostengünstiger, reduzieren ihre Fehleranfälligkeit und schützen vor unnötigen Kosten.

Das Spektrum von Normen ist aber breiter. Es umfasst neben den angesprochenen technischen Abläufen auch die Struktur von Sprachen (*Grammatik*), Werteordnungen (*political correctness*), kulturelle Vereinbarungen (*Rechtswesen, Religion, normative Ethik*), die Regelung wirtschaftlicher Märkte und Anderes.

Normen sind somit Teil des Fortschritts, ermöglichen neue Organisationsformen und lenken die Umsetzung von Wissen durch verbindliche Fesseln in gewollte Bahnen, um unerwünschte Abweichungen von vorgegebenen Zielen zu verhindern.

Dieser Prozess durchdringt, getrieben von betriebswirtschaftlichem Denken, neben technischen Prozessen zunehmend auch Dienstleistungen wie das Gesundheitswesen.

Normen im Gesundheitswesen

Normen haben sich heute bewusst und unbewusst bereits in vielen Bereichen unseres hochkomplexen Gesundheitswesens etabliert, um Patienten vor Gefahren zu schützen, indem sie Rahmenbedingungen für Diagnostik und Behandlung, aber auch ethische Bedingungen für die medizinische Forschung festlegen. Wesentliche Dokumente in diesem Zusammenhang sind u. a. die Richtlinien für gute klinische Praxis der Europäischen Gesundheitsbehörde,² die Regeln für korrekte Produkti-

onsprozesse in der Pharmazeutischen Industrie seitens der Weltgesundheitsorganisation³ und die Deklaration von Helsinki der Weltärzteorganisation.⁴ Sie alle normieren wichtige organisatorische, technische, ärztliche und bürokratische Abläufe im Umgang mit Patienten, überwiegend schon im Vorfeld der Klinik und helfen auf diese Weise, Patienten vor Schäden zu bewahren.

Normen in der Medizin dienen, unmittelbar oder mittelbar auch zur Vermeidung (Prävention: z.B. Impfpfehlungen) und Heilung (z.B. Checklisten im Vorfeld von Operationen) von Krankheiten sowie dazu, Kosten zu vermindern, wobei die Arzt-Patienten-Interaktion vor übermäßiger Bürokratisierung zu schützen ist und nicht beeinträchtigt werden darf.

Die meisten Normen im Gesundheitswesen sind dem *Point of care* vorgelagert. Sie betreffen u. a. das medizinische Rechtswesen, Qualitätsmanagement (ISO-9001 Zertifizierungen; SOPs, Standard Operating Procedures), Verwaltung und technische Infrastruktur, weniger aber die Ebene der persönlichen Arzt-Patientenbegegnung, wo, – *salus aegroti suprema lex* – neben unverzichtbarem Fachwissen Empathie, Vertrauen und Vertraulichkeit vorherrschen müssen, deren Algorithmisierung jede Arzt-Patientenbeziehung zerstören würde.

Die Formulierung gesundheitsrelevanter Normen wird jedoch immer dann schwierig, wenn die lebensschützenden Inhalte des oft zitierten, aber an keiner Universität geschworenen Hippokratischen Eides, entweder unbekannt sind oder als gesellschaftlich nicht aktuell, inhaltlich abgelehnt und von den Medizinischen Fakultäten/Universitäten nur in ausgedünnter Form von ihren Absolventen eingefordert bzw. in Fakultätsstatuten formuliert werden.⁵

Normierungen im Gesundheitswesen scheitern oft an dessen Größe, die es mittlerweile in vielen Industriestaaten nicht nur zum größten Wirtschaftsbetrieb, sondern auch zum größten Arbeitgeber eines Landes macht. In Österreich wurden für dessen Unterhalt 2014 10,1% und in den USA 16,4%

des Bruttonationalprodukts aufgewendet.⁶ Das bedeutet, dass jeder Versuch einer Normierung trotz wohlgemeinter Intentionen Kräfte auf den Plan rufen kann, die eigene Interessen (Versicherung, Stadt, Land, Personal etc.) und nicht ausschließlich jene der Patienten vertreten. Dazu gehören vom jeweiligen Zeitgeist getragen politische und wirtschaftliche Interessen, ideologische Prägungen und nicht zuletzt – so gewachsene Strukturen verändert werden müssen – der Widerstand der Akteure innerhalb der gewachsenen Strukturen und ihre Angst vor dem Verlust von Privilegien und wohlerworbenen Rechten.

Diese Gemengelage der Interessen verstärkt den Druck, medizinische Dienstleistungen nicht nur auf administrativ-technischer Ebene, sondern generell, das heißt auch am *Point of care*, zu normieren. Treibende Kräfte sind die Entwicklung von Informatik und Großrechnern sowie die damit verbundene Möglichkeit einer Digitalisierung und Kontrolle der Arbeitswelt. Diese Entwicklung betrifft nicht nur das Gesundheitswesen, sondern eine Vielzahl von Berufen (Betriebswirte, Rechtsanwälte, Richter).

Voraussetzung für die Digitalisierung von Dienstleistungen, also auch der Medizin, ist, so sagen ihre Protagonisten, lediglich deren möglichst wirklichkeitsnahe Abbildung in einem Algorithmus, um sie dann von billigen Hilfskräften ‚korrekt‘ umsetzen zu lassen. Vorbereitet und gezielt unterstützt wird dieser Prozess durch die Erstellung einschlägiger Regulative, von Checklisten und klinischen Leitlinien.

Digitalisierung im Gesundheitswesen

Aufgabe des Gesundheitswesens ist die bestmögliche medizinische Versorgung der Bevölkerung bei gleichzeitiger Vermeidung iatrogenen Schäden durch Arzneimittelinterferenzen, Verwechslungen, Kunstfehler und Polypragmasie. Diese Aufgaben sind durch Digitalisierung programmgesteuert zu lösen, ähnlich wie dies schon seit längerer Zeit bzgl. der Bildanalyse von mittels

Computer- oder Magnetresonanztomographie erhobenen Befunden gelungen ist.

Die Digitalisierung patientennaher Bereiche wie auch der dazugehörigen Dokumentation ist allerdings nur solange unproblematisch, als dadurch die Arzt-Patienteninteraktion nicht beeinträchtigt wird und die Betreuung des Patienten am *Point of care* nicht zu einem technologischen Serviceprozess verkümmert.

Das bedeutet, dass die Verortung von Normen im Gesundheitssystem (Tabelle 1) in den patientenfernen Bereichen von Infrastruktur und Ausbildungswesen einfacher umzusetzen ist als am *Point of care*, wo gut ausgebildete Ärzte und allenfalls Checklisten wichtiger sind als algorithmisierte Lexika der Medizin oder Behandlungsleitlinien. Wird die Qualität der Betreuung am *Point of care* allerdings von der Öffentlichkeit als unzureichend wahrgenommen, besteht die Gefahr, dass Behandlungsnormen, z. B. für Sepsis, staatlich verordnet werden, und das Nichteinhalten der Norm kriminalisiert wird.⁷ Eine Entwicklung, der im Zeitalter der Digitalisierung nur durch eine hohe Qualität der ärztlichen Ausbildung Einhalt geboten werden wird können.

Soweit Leitlinien zur Anwendung kommen, ist zu bedenken, dass diese oft lediglich einen Minimumkonsens unter Meinungsbildnern reflektieren, die mehrheitlich auf den Honorarlisten von *Speaker bureaus* der pharmazeutischen Industrie stehen, sodass Marketingeinflüsse und Interessenskonflikte nicht auszuschließen sind. Leitlinien können aber auch als Defensivmedizin verstanden werden und dazu dienen, ärztliches Unwissen zu verbergen, um im Ernstfall Schadenersatzansprüche zu verhindern. Oder in anderen Worten: Gute Leitlinien sind schwer zu erstellen und kein Ersatz für eine gediegene ärztliche Ausbildung.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass auch die Anwendung korrekter, vertraglich vereinbarter und punktuell festgelegter Normen in der Praxis, z. B. in Pflegeheimen und REHA-Kliniken, jedenfalls regelmäßiger Überprüfungen bedarf (wofür dzt. jég-

INFRASTRUKTUR

- *Versicherungswesen* (Krankenkassen)
- *Träger des Gesundheitswesens* (Gewichtung: öffentlich/ privat)
- *Krankenhauswesen* (Gewichtung: Standard-, Schwerpunktkrankenhäuser; Universitäts-, Tageskliniken; Ambulatorien; REHA-Kliniken)
 - *Normativ*
 - » Gewichtung: stationärer vs. niedergelassener Bereich
 - » Kurative Medizin: Operationskataloge
 - » Labormedizin: Fehlermeidung ISO 15189
- *Präventivmedizin*: Impfempfehlungen; Hygiene; Sozialmedizin

POINT OF CARE (Widmung: Saluti et solatio aegrorum)

- *Patientenversorgung*
 - *Ordinationen*
 - *Primärversorgungseinheiten*
 - *Krankenhäuser*
 - » Ausstattung und Versorgungsdichte
 - » Organisatorische Abläufe
 - » Medikamenteneinkauf
 - » Dokumentation
- **PATIENT**
 - Betreuung, Ausbildung und *Empowerment* von Kranken
 - *Supportiv*: Checklisten > Robotik > Leitlinien

AUSBILDUNGSWESEN

- *Charakterbildung*: Familie, Schulen, soziales Engagement, Hobbies...
 - *Ärzteausbildung*: universitär, postgraduell
 - *Ärzteangebot*
 - » Quotient: *Ärzte/Einwohner*
 - » Quotient: *Allgemeinärzte/Fachärzte*
 - » Verteilung: *Stadt/Land*
- *Krankenpflegeschulen*
 - *Krankenhauspflege*
 - *Altenpflege*
- *Medizinisch-technische Schulen*
- *Arbeitsrecht*

Tabell 1: Wesentliche Komponenten des Gesundheitswesens. Auswahl von für die Qualität der medizinischen Behandlung entscheidenden Aufgaben und für eine Normierung teilweise geeigneten Bereichen des Gesundheitswesens.

liche Struktur fehlt), wenn der potentiell Patienten gefährdenden Dominanz wirtschaftlicher Überlegungen vorgebeugt werden soll.

Zudem ist bei der Digitalisierung von Teilen des Gesundheitswesens immer zu beachten, dass bereits jetzt die hohe Komplexität der modernen Medizin von vielen als Apparatedizin wahrgenommen wird und damit Kranke verängstigt werden. Jede (weitere) Entpersönlichung des *Point of care* kann somit den Behandlungserfolg unmittelbar gefährden und ist daher zu vermeiden.

Infrastruktur

Versicherungswesen

Grundvoraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitswesens ist ohne Zweifel eine effiziente Krankenversicherung, da Kranksein mit hohen Kosten verbunden ist, den einzelnen und sein Umfeld wirtschaftlich gefährden und für viele unbezahlbar sein kann. Die dafür erforderlichen Krankenversicherungen und -kassen können entweder als Pflichtversicherung (hoheitlich,

Österreich), als Versicherungspflicht (subsidiär, Schweiz) oder steuerfinanziert (Großbritannien) gestaltet werden und müssen allen Bürgern ausreichend Schutz im Falle einer Erkrankung bieten. Sie können zudem zur Deckung von Bequemlichkeiten (Hotelkomponente eines Krankenhausaufenthaltes) außerhalb der Versicherungspflicht durch private Versicherungen ergänzt werden. Normierbar sind hier das Leistungsprofil, die Anzahl von Krankenkassen je Million Einwohner, das Vermeiden von Doppelgleisigkeiten, der zulässige Verwaltungsaufwand, aber auch das Verhältnis von öffentlichem und privatem Gesundheitsaufwand, das 2015 seitens der Statistik Austria für Österreich mit 3:1 angegeben wird.⁸

Krankenhauswesen

Krankenhäuser sind komplexe Unternehmen. Ihre Aufgaben sind inhaltlich einfach normierbar, wenn man sich auf die Festlegung der im Einzelnen zu betreuenden Fachgebiete, deren Aufgabenspektrum und technische Ausstattung, das Medikamentenwesen (Einkauf und Disposition) beschränkt und festhält, dass hochspezialisierte Aufgaben, wie Organtransplantationen oder die Betreuung seltener Erkrankungen, unbedingt der Zentralisierung bedürfen.

Strukturierung (z. B. Krankenhaus, Schwerpunktkrankenhaus, Universitätsklinik) und Verortung von Krankenhäusern sind weitere wichtige Aspekte des Gesundheitswesens, wo Normierungen helfen können, die Versorgungssicherheit zu optimieren. Ziel ist in diesem Fall die Sicherstellung einer breiten medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung einerseits, wie auch die Vorhaltung der nötigen Expertise für die Behandlung seltener Erkrankungen und für hochkomplexe Eingriffe („Spitzenmedizin“) andererseits. In diesem Zusammenhang ist, abgestimmt auf das regionale Gesundheitssystem, auch die vorzuhaltende Bettenzahl zu definieren, die in den Industriestaaten bei nahezu gleicher Lebenserwartung mit 2,7 (Schweden) bis 16,5/1000 Einwohner (Mo-

naco) sehr unterschiedlich ausfällt und in Österreich seit 2006 konstant mit 7,6 angegeben wird.⁹

Diesen einfach zu formulierenden Anforderungen gegenüber steht die Realität des Gesundheitswesens, das oft aufgrund punktueller Initiativen natürlich gewachsen ist, sodass neben exzellenten unvermeidlich auch nicht mehr zeitgerechte Strukturen bestehen. Dazu gehört u. a. die oft zu enge Verortung von Krankenhäusern innerhalb eines Landes, die zum Teil noch aus einer Zeit stammt, in der die Straßen schlecht und Patienten viele Stunden mit der Pferdekutsche zum Arzt oder zu einem Krankenhaus transportiert werden mussten, während heute dieselbe Strecke mit dem Rettungswagen binnen 30 min oder mit dem Helikopter noch rascher zurückgelegt werden kann.

Hier sind neue Normen erforderlich. Es muss die Frage gestellt werden: Wie viele und welche Krankentypen werden in welchem Abstand (30 min oder 60 min Transportzeit?) regional benötigt und wie können sie zu den Besuchszeiten an das öffentliche Verkehrsnetz angebunden werden, damit auch Angehörige mit vertretbarem Zeitaufwand Krankenbesuche machen können?

Parallel dazu müssen neue Aufgaben für ‚überflüssige‘ Altkrankenhäuser, z. B. durch Umwandlung in Rehabilitationskliniken oder Pflegeheime, gefunden werden, um einen regionalen Verlust von Arbeitsplätzen zu vermeiden.

Ähnlich unvoreingenommen sind auch andere gewachsene Strukturen, wie die Größe des stationären (Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken) und des niedergelassenen Bereiches (Quotient Praktische Ärzte (FÄ für Allgemeinmedizin)/ Fachärzte) in Frage zu stellen. Kostensparend wäre hier u. a. eine weitere Konzentration chronisch Kranker mit Zivilisationskrankheiten in Rehabilitationskliniken, die dzt. etwa nur ein Fünftel der in Österreich verfügbaren Betten bereit stellen.¹⁰ Dort könnten viele Patienten mit Typ 2 Diabetes, Bluthochdruck, Adipositas und rheumatischen Erkrankungen im Falle einer notwendigen Hospitalisierung hotelartig, gezielter und kostengünstig

tiger betreut werden als in Krankenhäusern aller Art, wo die gleichen Patienten bis zu 10% der konservativen Betten belegen.

Normierbar sind aber auch Teile der Präventivmedizin durch Festlegung von Impfpflichten und Hygienestandards.

Ähnliches gilt für Ausbildungsanforderungen, wobei in diesem Fall darauf zu achten ist, dass die Qualität etwas zu können, nicht durch die Quantität zu erfüllender Anforderungskataloge (z. B. Operationskataloge), ersetzt wird. Denn: Etwas absolviert zu haben, heißt noch lange nicht, es auch zu beherrschen.

Normen sind zudem wichtig zur Fehlervermeidung in der Laboratoriumsmedizin, da jeder vierte Laborfehler patientenwirksam wird¹¹ und mittelbar oder unmittelbar zur hohen Zahl spitalbasierter Todesursachen beitragen kann.

Von einer Normierung kann aber auch das Dokumentationswesen profitieren, so Datenqualität und Datensicherheit gewährleistet sind. Hier ist jedoch Überdokumentation und *sloppy reporting* zu vermeiden, da Arztbriefe, nur wenn genau formuliert, für den Leser informativ und wertvoll sind, ungenaue Arzt- und Konsiliarbriefe hingegen wertlos. Gleiches gilt für die Datenqualität im Dokumentationswesen, die größter Aufmerksamkeit bedarf, wenn Alibistatistiken und falsche Aussagen vermieden werden sollen.

Sicherzustellen wäre zudem, dass Behandlungserfolge eines Krankenhauses in einer für den Patienten einsehbaren Form dokumentiert¹² und Befunde wie Arztbriefe und Röntgenbilder, die noch nach Jahrzehnten benötigt werden können, wieder auffindbar archiviert werden.¹³

Point of care

Bei der Gestaltung des *Point of Care*, dem eigentlichen Ort der Arzt-Patienteninteraktion und der Patientenversorgung (in Ordinationen, Primärversorgungszentren, Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Ambulatorien usw.), ist mit größter Sorgfalt darauf zu achten, dass Normierung und

Digitalisierung nicht zur Entpersönlichung der Arzt-Patientenbeziehung führen.

Werden hier Leitlinien und Lehrbuchwissen in Computeralgorithmen gegossen, können diese in Zukunft möglicherweise digital mittels Symptomanalyse einfache Diagnosen erstellen und Behandlungen vorschlagen, die dann den Arzt ersetzen und quasi am Fließband von Hilfspersonal ohne jegliche medizinische Kenntnis und Eigenverantwortung umgesetzt werden. Dies mag kostengünstig sein, ist aber menschenverachtend und führt den Auftrag des Arztes, dem *Heil und Trost der Kranken* (*Saluti et solatio aegrorum*) zu dienen, wie es seit 1784 über dem Haupteingang des Wiener Allgemeinen Krankenhauses steht, ad absurdum.

Dass eine Digitalisierung am *Point of care* die Arzt-Patientenbeziehung entpersönlicht, ist heute schon dort zu erkennen, wo der Arzt während einer Konsultation seinem Bildschirm mehr Zeit widmet als seinem Rat suchenden Patienten. Dass dieser, die Empathie seines Arztes vermissend, vereinsamt, zunehmend und verstärkt durch Marketing in die Hände von Quacksalbern (Marktgröße 2009, weltweit 60 Milliarden US\$)¹⁴ getrieben wird, ist den Betreibern einer überspitzten Digitalisierung medizinischer Dienstleistungen am *Point of care* entweder nicht bewusst oder gleichgültig. Hier ist Wachsamkeit im Interesse der Patienten dringend geboten, um einer Entpersönlichung der Arzt-Patientenbeziehung und deren Folgen vorzubeugen.

Die Umsetzung von Normen am *Point of care* stößt somit an Grenzen, da die zu erbringende ärztliche Dienstleistung nicht ein mechanischer Prozess wie etwa ein Autoservice ist, sondern die persönliche Arzt-Patientenbeziehung mitbeinhaltet, ja voraussetzt. Am *Point of care* sind die fachliche und interpersonale Komponente, denen, neben einer Vielzahl anderer Faktoren (Tabelle 1), eo ipso wesentliche Bedeutung für den Erfolg der Behandlung einer Erkrankung zukommt, untrennbar miteinander verbunden. Dies gilt gleichermaßen für die Interaktion von Patienten mit ihren Operateuren oder im Fall von chronischen Erkrankungen – wie Bluthoch-

druck, Diabetes oder rheumatoider Arthritis – mit dem jeweils behandelnden Arzt. Dieser muss die für eine Langzeitbetreuung unverzichtbare Motivation zur Selbstbetreuung (*Empowerment*), die weit über eine tägliche Tabletteneinnahme hinausgeht, zwischen zwei Arztbesuchen aufrecht erhalten. Dem Arzt-Patientengespräch kommt in diesem Zusammenhang höchste Bedeutung zu und muss als *Spitzenmedizin* gewertet werden.

Die Vorstellung, dass *Empowerment* durch Apps, etwa bei der Diabetesbehandlung, ersetzt werden kann, mag für Technikbegeisterte gelten, nicht aber für die große Zahl der Patienten, die ärztliche Betreuung suchen. Dort wo *Empowerment*, d. h. Selbstbetreuung und Übernahme von Eigenverantwortung zwischen zwei Arztbesuchen erforderlich sind, helfen möglicherweise ergänzend erfolgsabhängige materielle Anreize, die Bereitschaft von Patienten zur Mitarbeit zu erhöhen.¹⁵ Eine derartige Norm könnte u. a. bei der Behandlung und Prävention von Zivilisationskrankheiten große Bedeutung erlangen.

Ausbildung im Gesundheitswesen

Dass Qualität der Ausbildung die wichtigste Norm für *alle* Schulen sein muss, die medizinisches Personal ausbilden, sollte für die betroffenen Institutionen (Medizinische Fakultäten/Universitäten, Krankenpflegesschulen, Schulen für das medizinisch-technische Personal) außer Zweifel stehen.

Ärzteausbildung

Die Prägung des zukünftigen Arztes beginnt oft schon in der Familie, vor allem wenn sich dort Ärzte oder ein besonderes soziales oder wissenschaftliches Interesse an biologischen Fragen finden. Inwieweit sich allerdings solche frühe, durch das familiäre Umfeld begünstigte Prägungen später umsetzen lassen, hängt nicht zuletzt von den Aufnahmenormen der jeweils gewählten universitären Ausbildungsstätte ab.

So korrelieren die auf der Suche nach sozialer, akademisch-naturwissenschaftlicher oder ökonomischer

Begabung von Massenuniversitäten häufig eingesetzten Multiple-Choice-Tests lediglich mit dem Studienerfolg der ersten beiden Studienjahre, nicht jedoch mit dem im klinischen Studienabschnitt oder mit der Beurteilung der klinischen Kompetenz eines Studenten durch den jeweiligen Lehrkörper. *Auswahl-Scores* – ohne ergänzende persönliche Beurteilung – ermöglichen somit nur eine Vorauslese an Begabungen, verwehren aber gleichzeitig so mancher großen ärztlichen Begabung den Zugang zum Medizinstudium.¹⁶

Um dieses Risiko zu reduzieren, sehen die Medizinischen Fakultäten von Spitzenuniversitäten daher zusätzlich zu formalen Checks in ihren Aufnahmeverfahren als Norm einen persönlichen Vorstellungstag für Studienwerber mit kurzen (mit Mitarbeitern der Fakultät) und langen Interviews (mit Mitgliedern der Auswahlkommission) vor, um so ergänzend, neben der Beurteilung von Zeugnissen und dem Ergebnis von Vorprüfungen die Eignung ihrer Bewerber für das Medizinstudium und den Arztberuf im persönlichen Gespräch zu erfassen.¹⁷

Aufgabe jedes Aufnahmeverfahrens zum Medizinstudium ist aber auch die Sicherstellung einer ausgewogenen Rekrutierung von praktisch-ärztlich (Ziel: etwa 4/5) und wissenschaftlich-ärztlich (Ziel: etwa 1/5) begabten Studenten, damit diese nach Absolvierung ihres Studiums, in ausreichender Zahl und hochqualifiziert, die ärztliche Versorgung der Bevölkerung und die dafür erforderlichen medizinische Forschungsleistungen (dt. Wissenschaftsrat: Bedarf etwa 13% der Absolventen) am Krankenbett und in der Grundlagenforschung erbringen können.

Ist die Hürde des Aufnahmeverfahrens geschafft, ist der Studienanfänger mit den Normen des jeweiligen Ausbildungsmodus konfrontiert, die entweder durch Verschulung des Curriculums Unselbständigkeit begünstigen oder durch ausreichend Freiräume dem Studierenden und zukünftigen Arzt erlauben, sich auf die Übernahme von Verantwortung, zunächst für die eigene Aus-

bildung und Bildung, und später für den Patienten vorzubereiten.

Ärztliches Angebot

Für eine gute ärztliche Versorgung ist nicht nur die Anzahl der verfügbaren Ärzte wichtig, sondern auch der Quotient Ärzte/Einwohner (Ö: 1/204) und jener von Praktischen Ärzten (FÄ für Allgemeinmedizin)/Spezialisten (Ö: 0,62/1) sowie die Verteilung der Ärzte zwischen Stadt und Land.¹⁸

Werden hier keine Normen gesetzt, kommt es dazu, dass (i) Städte ärztlich übertersorgt und (ii) der ländliche Bereich ärztlich unterversorgt sind sowie (iii) beträchtliche Kosten dadurch entstehen, dass teure Fachärzte Leistungen anbieten, die auch gut ausgebildete Allgemeinärzte erbringen können bzw. in Regionen mit zu viel Ärzten vermehrt Leistungen erbracht werden als notwendig.

Um eine solche Fehlentwicklung und die mit dem Besuch verschiedener Spezialisten verbundene additive Polypragmasie und deren Folgen zu verhindern, bedarf es als Norm vor allem einer ausreichenden Zahl gut ausgebildeter ärztlicher Koordinatoren (Hausärzte), die, wenn nötig, korrigierend eingreifen können.

Die Erfüllung dieser für Patienten extrem wichtigen Aufgabe des Hausarztes als Koordinator verlangt eine breite ärztliche Ausbildung und sollte mehrheitlich in konservativen Fächern (z. B. Allgemeinmedizin, Innere Medizin) verankert und in der Praxis respektiert werden. Nur so wird es möglich sein, der grassierenden Polypragmasie Einhalt zu gebieten, die Patienten vor gefährlichen Arzneimittelinteraktionen zu schützen und unnötige Kosten zu sparen. Der damit verbundene Zeitaufwand bedarf einer gerechten Finanzierung und ist der prozeduralen Eingriffsmedizin gleichzuhalten.

Zu den wichtigen Fragen eines modernen Gesundheitssystems gehört daher auch die Diskussion der anzustrebenden Größe von niedergelassenem und stationärem Bereich oder des sinnvollsten Quotienten Allgemeinärzte/Fachärzte. Bzgl. der Allgemeinärzte stellt sich in diesem

Zusammenhang insbesondere die Frage nach der in Zukunft für sie erforderlichen Ausbildungsqualität und -tiefe. Sie sollte hoch sein, denn gut ausgebildete Allgemeinärzte sind keine altmodischen Einzelkämpfer, wie immer wieder herablassend angemerkt wird, sondern Fachleute (z. B. FÄ für Allgemeinmedizin oder Internisten) und Teamplayer der Primärversorgung. Sie verdienen Wertschätzung und können viele wichtige Aufgaben entweder allein oder im Team oder auch im Wettbewerb mit einem Primärversorgungszentrum übernehmen,¹⁹ so man sie lässt, und im Bedarfsfall Spezialisten beiziehen.

Eine teilweise Redimensionierung der Anzahl von Allgemeinärzten und Fachärzten ist also von großer Wichtigkeit, da viele medizinische Leistungen im niedergelassenen Bereich durch gut ausgebildete Hausärzte in gleicher Qualität und kostengünstiger zu erbringen sind, als durch Großeinrichtungen, wie kostspielige Primärversorgungszentren oder in Krankenhäusern verankerte Ambulanzen. Normen dieser Art sind zeitgerecht und würden bald dazu führen, die Zahl der Krankenhausbetten zu senken.

Zudem ist zu bedenken, dass sich die Zahl der Ärzte in Österreich in den letzten 50 Jahren nahezu vervierfacht hat (1960: 11.232; 2016: 44.002. Q: Statistik Austria), während die Bevölkerungszunahme lediglich knapp ein Viertel (Ö, 1962: 7,13; 2016: 8,75 Millionen. Q: Weltbank) betrug. Dies entspricht nach Berücksichtigung des Bevölkerungszuwachses für den Zeitraum 1960 bis 2016 in etwa einer Zunahme an ärztlicher Expertise um das 3,19-fache.

Krankenpflege

Krankenpflege war ursprünglich eine Aufgabe der Familie und ist mittlerweile zu einer hochdifferenzierten Disziplin geworden, die mehr Wissen und Können verlangt als in der Vergangenheit. Die Systematisierung der Pflege ist im 19. Jh. untrennbar mit dem Namen von Florence Nightingale und fast 100 Jahre später mit jenem von Hildegard Peplau, beide aus Berufung leidenschaftliche Kran-

kenschwestern, verbunden, wobei Peplau höchst modern die zwischenmenschlichen Beziehungen in das Zentrum ihrer Betrachtungen stellte.²⁰

Die heute steigenden Dokumentationspflichten und die Tendenz zu einer Akademisierung der Pflege verdrängen allerdings immer mehr die wichtigen Gedanken Peplaus, die auch das ‚dem Patienten dienen wollen‘ enthalten. Hier inne zu halten und über Normen und Gewichtungen im Pflegeberuf neu nachzudenken, ist dringend angezeigt, wenn der Patient am *Point of care* nicht auch seitens der Pflege weiter vereinsamen soll.

Altenpflege

Diese wichtige Aufgabe, die meist die letzten zwei bis vier Lebensjahre, wenn auch in sehr unterschiedlichem Ausmaß, betrifft, wurde lange Zeit zur Gänze von den Familien übernommen. Mittlerweile wurde die Altenpflege jedoch bis zur Hälfte in das Gesundheitswesen ausgelagert, was 2015 in Österreich bei 452.601 Anspruchsberechtigten, davon etwa die Hälfte älter als 81 Jahre, für 70.219 Pflegebedürftige einen Pflegekostenbeitrag von 2,5 Milliarden € erforderte.²¹

Die Dimension des Pflegebedarfs wird mit der Alterung der Bevölkerung weiter zunehmen, sodass der Zeitpunkt absehbar ist, wo das dzt. Angebot von Tagesbetreuung, Pflegeberatung, mobiler, (teil-)stationärer Pflege und Kurzzeitpflege an seine Grenzen stößt und die Bereitschaft der Öffentlichkeit, weitere Kosten zu übernehmen, erlahmt. Dem und den damit verbundenen Folgen vorzubeugen, ist ein Gebot der Stunde und der Menschlichkeit und verlangt neue Normen: Eine davon ist der Ausbau der familiären Solidarität bei der Altenpflege Anverwandter. Diese sollte als Norm hohe gesellschaftliche Anerkennung finden und gefördert werden.

Arbeitsrecht

In den letzten Jahren wurde die ärztliche Arbeitszeit neu normiert und schrittweise der üblichen 40 h-Woche angenähert. Diese neue Norm hatte zur Folge, dass die Kontinuität der Patien-

tenbetreuung in Krankenhäusern nicht mehr gewährleistet werden konnte, und Patienten von verschiedenen Ärzten aufgenommen, behandelt und entlassen werden müssen. Der damit verbundene Qualitätsverlust am *Point of care* wurde durch Verkürzung der Krankenhausaufenthalte in den letzten Jahren teilweise abgepuffert, bedarf aber weiterhin großer Aufmerksamkeit und kann wahrscheinlich nur durch eine genormte Form der Dienstübergabe weiter verbessert werden.

Kommentar und Ausblick

Wenn unser Bemühen dazu dient, dem Mitbürger medizinische Leistungen von höchster Qualität mit einer möglichst geringen Fehlerquote anzubieten und zu gewährleisten, dann ist für das Erreichen dieses Ziels eine Normierung vieler, wenn auch nicht aller Komponenten des Gesundheitssystems notwendig. Dies wird in den dem *Point of care* vorgelagerten Bereichen umso eher gelingen, je mehr Ähnlichkeit der zu gestaltende Bereich oder Prozess mit einem Fertigungsprozess oder einem gesetzlichen Regulativ hat.

Das bedeutet im Umkehrschluss, dass die Formulierung eines therapeutischen Algorithmus umso schwieriger, ja zum Teil sogar unmöglich wird, je vielfältiger und komplexer das zur Anwendung kommende therapeutische Konzept ist. Am Beispiel der Sepsis zeigt sich, wie der staatliche Eingriff in die Behandlung diese nicht überzeugend verbessert, sondern lediglich behandelnde Ärzte kriminalisiert hat.²²

Es ist somit entscheidend, dass am *Point of care* hohe Qualität an ärztlichem Fachwissen, Ethos und Empathie dominieren und verfügbar bleiben. Dies verlangt ausreichend Zeit für Arzt-Patienten-Gespräche und *Empowerment* von chronisch Kranken zur Mitarbeit bei der Betreuung ihrer Leiden, aber auch für die ärztliche Begleitung von Kranken und Familien bei langwierigen Erkrankungen, die durch keinen Algorithmus und keine Digitalisierung ersetzt werden können.

Referenzen

- 1 Duden. *Rechtschreibung der deutschen Sprache und Fremdwörter*, Band I, Bibliographisches Institut, Mannheim (1980)
- 2 European Medicine Agency, *Guidelines for good clinical practice*, E6 (R2), July 2015
- 3 World Health Organization (WHO) *good manufacturing practice for pharmaceutical products: main principles*, WHO Technical Report Series, No. 961 (2011), Annex 3
- 4 World Medical Association (WMA) *Deklaration von Helsinki – Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen*. 64. Generalversammlung, Oktober 2013, Fortaleza (Brasilien)
- 5 Leven K. H., (1997). *Die Erfindung des Hippokrates – Eid, Roman und Corpus hippocraticum*, in: Tröhler U., Reiter-Theil S., *Ethik und Medizin 1947 – 1997*, Wallstein-Verlag, Göttingen (1997), S. 19-40; Waldhäusl W., *Natürliches Sterben, künstliche Lebensverlängerung und Euthanasie*, in: Bonelli J., Prat E. H., *Leben – Sterben – Euthanasie*, Springer-Verlag, Wien/ New York (1999), S. 113-123
- 6 OECD (Stat 2014)
- 7 Hershey T. B., Kahn J. M., *State Sepsis Mandates – A New Era for Regulation of Hospital Quality*, *N Engl J Med* (2017); 376: 2311-13
- 8 Statistik Austria (2017), 13.2.2017
- 9 Index Mundi, CIA World Fact Book, 1.1.2014
- 10 BMFG (2017) *Betten nach Versorgungsform*, IX/2016
- 11 Green S. F., *The cost of poor blood specimen quality and errors in preanalytical processes*, *Clinical biochemistry* (2013); 46: 1175-9
- 12 Cassel C. K., Conway P. H., Delbanco S. F., Jha A. K., Saunders R. S., Lee T. H., *Getting More Performance from Performance Measurement*, *N Engl J Med* (2014); 371: 2145-2147
- 13 WKO, *EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO): Datenschutzrechtliche Pflicht zur Datenübertragbarkeit*, <https://www.wko.at/service/wirtschaftsrecht-gewerberecht/EU-Datenschutz-Grundverordnung:-Datenschutzrechtliche-Pflicht.html> (letzter Zugriff am 18. August 2017)
- 14 Tanaka M. M., Kendal J. R., Laland K. N., *From Traditional Medicine to Witchcraft: Why Medical Treatments Are Not Always Efficacious*, *PLoS ONE* (2009); 4(4): e5192, doi:10.1371/journal.pone.000519; de Barra M., Eriksson K., Strimling P., *How feedback biases give ineffective medical treatments a good reputation*, *J Med Internet Res* (2014); 16(8): e193, Published online 2014 Aug 21, doi:10.2196/jmir.3214
- 15 Waldhäusl W., *Motivation needed to cure lifestyle diseases*, *Nature* (2007); 450: 945
- 16 Barr D. A., *The art of medicine. Science as superstition: selecting medical students*, *The Lancet* (2010); 376: 678-679
- 17 M.D. Admissions. Univ. of Michigan Medical School, Ann Arbor, USA
- 18 Türk S., *Aktuelle Zahlen zum Ärztestand und zur Ärzteausbildung Stand 5/2016*, Bundesministerium für Gesundheit (2016)
- 19 Bodenheimer T., *Lessons from the Trenches – A High-Functioning Primary Care Clinic*, *N Engl J Med* (2011); 365: 5-8
- 20 Peplau H. E., *Interpersonal relations in nursing*, G. P. Putnam & Sons, New York (1952)
- 21 BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015*, Wien (2016)
- 22 vgl. Hershey T. B., Kahn J. M., siehe Ref. 7

Marcus Schiltewolf

Der Faktor Angst: Ärzte in der Defensive

The Fear Factor: Doctors on the Defensive

Zusammenfassung

Das ärztliche Handeln wird durch Ängste bedroht, aber auch motiviert. Die Angst vor Fehlern ergibt sich aus den normativen Vorgaben des ärztlichen Standards. Sie wird zwar häufig thematisiert, jedoch kann auch die Begegnung des Arztes mit der Krankheit seiner Patienten, mit eigenen Erwartungen und mit Entwertungen, mit Schuld und Ohnmacht wie auch mit Verzerrungen durch wirtschaftliche Vorgaben angstbesetzt sein. Anerkennen dieser oft unbewussten Ängste kann das ärztliche Handeln und die Arzt-Patient-Beziehung stärken.

Schlüsselwörter: Angst, Arzt-Patient-Beziehung, Behandlungsfehler, Entwertung, Resilienz

Abstract

Medical actions are threatened, yet also motivated, by fear. The fear of malpractice results from normative guidelines and medical standards. Although often addressed, fear may also be associated with the physician's encounter with his patient's illness, with his own expectations and disappointments, with guilt and powerlessness, as well as with distortions caused by economic conditions. Recognizing these oftentimes unconscious fears may help to improve and strengthen medical actions and the doctor-patient relationship.

Keywords: fear, doctor-patient-relationship, malpractice, debasement, resilience

Prof. Dr. Marcus Schiltewolf
Sektion konservative Orthopädie
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Universitätsklinikum Heidelberg
Schlierbacher Landstraße 200a,
D-69118 Heidelberg
marcus.schiltewolf@med.uni-heidelberg.de

Angst vor Behandlungsfehlern, Angst vor äußerer Bedrohung

Jedes Handeln ist angstbegleitet, so auch das ärztliche. 2012 erschien dazu eine Titelgeschichte im Deutschen Ärzteblatt:¹ „Eine Geschichte, wie aus einem Alptraum: Eine 27-jährige Ärztin absolviert in einem Kölner Krankenhaus einen 24-Stunden-Dienst – zum Abschluss einer 62-Stunden-Woche. Erschöpft und allein auf der Station verwechselt die Assistenzärztin zwei Blutkonserven und gibt einem an Leberzirrhose leidenden Patienten die falsche. Obwohl die Ärztin den Irrtum bemerkt und die Transfusion stoppt, kann das Leben des Mannes nicht mehr gerettet werden. So geschehen im Sommer 2011. Der Chefarzt zeigte Verständnis für die junge Frau, der ein nicht mehr gutzumachender Fehler unterlaufen ist und die mit diesem Bewusstsein nun weiterleben muss. Wen die meiste Schuld trifft – Krankenhaus oder Ärztin –, gibt reichlich Stoff zur Diskussion. Leben mit der individuellen Last der Schuldgefühle muss nach diesem Vorfall vor allem aber die junge Ärztin.“ Als Kollege würde ich ihr wünschen, dass sie sich irgendwann selbst vergeben könne.

Die Angst des Arztes vor dem Behandlungsfehler wurde hier gleichgesetzt mit der Angst vor der Schuld. Gemeint war vordergründig die juristische Schuld, also dem schuldhaften Verletzen des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Das ethische Desiderat, als Arzt richtig zu handeln, wird durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten armiert. Die erlernte und geübte Grundüberzeugung des Arztes, ärztlich richtig zu handeln, wird durch das Machtmonopol des Staates juristisch normiert, der auf Antrag über den Arzt richtet. Ärztliche Selbstverwaltungen wie die Ärztekammern versuchen mit Schlichtungsstellen Vorklärungen zu übernehmen und bestätigen den einzuhaltenden Rechtsrahmen.

Die Angst vor ärztlichen (Be)Handlungsfehlern und möglichen rechtlichen Konsequenzen ist eine Angst vor von außen gegebenen Normen, denen sich jeder Arzt mit der Approbation zu unterwer-

fen hat. Zwar sind solche Normen Ausdruck der aktuellen Rechtslage und damit auch dem Wandel unterworfen, der für alle Gesetze und deren Interpretation gilt. Jedoch ist der Einfluss des einzelnen Arztes darauf unerheblich. Rechtliche Normen bleiben im Außen des Arztes.

So wie der Mensch in die Welt eingebunden ist und damit begrenzt wird, wird ärztliches Handeln nicht nur durch die organischen und seelischen Bedingungen seiner Patienten, sondern auch in seinen diagnostischen und therapeutischen Prozessen stets durch die normativen Regeln des rechtlich einzufordernden Facharztstandards begrenzt.² Kein Arzt kann einfach drauf losagieren. Diese Regeln sollen die Patienten schützen und gelten für alle Ärzte gleichermaßen. Ob die Regeln einen Arzt allgegenwärtig unter Druck setzen, er mehr Hemmung als Antrieb spürt, hängt mehr von dessen Distanzierungsvermögen ab als von der äußeren Einengung. Die Einsicht in die Notwendigkeit der Regeln mag dabei ebenso hilfreich sein wie die ärztliche Resilienz gegenüber der Angst vor der Möglichkeit fehlerhaften Handelns.

Die Angst des Arztes vor dem Fehler wird in der Öffentlichkeit am häufigsten thematisiert, auch weil sich darin das Sicherheitsbedürfnis der Patienten widerspiegelt. Diese Angst ist damit zwar offensichtlich, jedoch begegnet jeder Arzt auch in seinem Handeln auch anderen Ängsten, inneren und unbewussten.

Was macht den Arzt ängstlich? Die inneren Ängste

Resilienz beschreibt die Widerstandskraft, z. B. angstausslösende Situationen abzuwehren, also keine Angst zu spüren oder sich zumindest auf Dauer nicht angstvoll daran zu erinnern. Das Ereignis kann dann neutral ohne angstbesetzte Assoziation bleiben.

Bei fehlender Resilienz des Arztes geht es also um seine internale Angstbereitschaft, die sich unbewusst aus seiner Person als Arzt an sich ergibt. Denn: „Eine Studie aus Nordamerika belegte

zudem, dass 61 Prozent der befragten Ärzte, die in Fehlerereignisse involviert waren, eine stärkere Angst als vorher haben, Fehler zu begehen. 44 Prozent büßten das Vertrauen in ihre ärztlichen Fähigkeiten ein, und 42 Prozent litten unter schwerwiegenden Schlafproblemen.“³ Manche Ärzte können sich selbst Angst machen, werden ihr eigener Stressor.

Es bietet sich dazu eine fiktionale Angstwanderung an:

Angst zu versagen

Hinter der Angst des Arztes vor dem Fehler vor der äußeren Norm steht die Angst, vor sich zu versagen.

Kaum hat ein junger Assistenzarzt seine erste Stelle angetreten, werden bislang zwar eventuell doch bekannte, jedoch ungeübte Leistungen erwartet. Mit seiner Approbation hat der Arzt die formale Kompetenzbescheinigung erlangt und wird dementsprechend eingesetzt. Schon ein Aufklärungsgespräch über eine Operation wird zum Gang durch unbekanntes Gelände, gefolgt von der ersten selbstständigen Visite, und später kleineren invasiven Maßnahmen wie Gelenk- oder Liquorpunktionen. Die abverlangten technischen Fertigkeiten, aber auch die eigenverantwortlich erlangten Entscheidungen nehmen an Gewicht kontinuierlich zu. Immer wieder muss Unbekanntes mit Unkenntnis und Unerfahrenheit zum Erfolg zusammengebracht werden. Routine der häufig wiederholten Leistungen wird von neuen Erprobungsherausforderungen überholt. Neugierde und ängstliches Beharren konkurrieren um die Motivation.

Wird sich je ein Gleichgewicht einstellen, so dass das Versagen nicht mehr droht? Bei manchem Arzt will diese Angst nie weichen, neurotisch kleben sie am Selbstvorwurf nicht zu genügen. Dabei ist nicht nur von einfachen Konditionierungen auszugehen. Auch Unterschiede des Temperaments eines jeden Arztes machen eher offensive oder defensive Eigenschaften aus. Bei diesen epigenetisch deter-

minierten Persönlichkeitsmerkmalen der unteren limbischen Strukturen führen die Begegnungen mit Angst zu recht unterschiedlichen Erfahrungen und Anpassungen. Welche Angst ist das, die bei den meisten der Ärzte ja doch im Weiteren glücklicherweise nachlässt?

Dem jungen Arzt mag durch den Kopf gehen: „Mein Patient könnte von mir denken,...“, „mein Oberarzt könnte von mir denken,...“, „mein Chefarzt könnte von mir denken“, „alle könnten denken, dass ich ein unfähiger Arzt bin, wenn ich versage“. Wie viele Versuche gesteht meine Abteilung mir zu, ehe das Verdikt des Versagers gefällt wird? Dieser Arzt nimmt das Urteil der Anderen vorweg. Sein Unvertrauen zu sich selbst ist die Vorwegnahme seiner professionellen Erfahrungen, er macht aus den Erfahrungen mit seinen Patienten die projizierte Meinung seiner Vorgesetzten. Wenn er sich dessen bewusst wäre, dann würde er erkennen, dass als Introjekt aus seinen Beziehungserfahrungen schon vor Beginn der ärztlichen Tätigkeit seine innere Ansprache lautet: „Wie viel Vertrauen in mich werde ich aufbringen, um durch Fehler zu irrlichtern, ehe ich zur Fertigkeit gelangt bin?“

Im Internet war dazu in einem Blog der Eintrag eines Gymnasiasten zu finden, den ich unter: „Angst, ein schlechter Arzt zu werden!“ fand.

„Ich besuche die 11. Klasse eines Gymnasiums und beschäftige mich deshalb mit verschiedenen Berufen. Zur Info: Ich möchte zwar seit 6 Jahren Pilot werden, aber es ist so unwahrscheinlich da rein zu kommen, dass ich eine Alternative brauche.

Allerdings ist mir bei dem Beruf des Arztes eine Frage in dem Sinn gekommen: Was ist, wenn ich nach dem Physikum bemerke, dass ich ein be***** Arzt werde. Ich habe bei keinem anderen Beruf diese Angst... Was ist, wenn ich dem ganzen Kram nicht gewachsen bin? Wenn ich bemerke, dass der Stress einfach zu stark wird. Außerdem bin ich handwerklich nicht gerade eine Granate (was nicht heißt, dass ich grottenschlecht bin). Mein Vater meint, dass deswegen Chirurgie nicht zu mir passen würde.“⁴

Also ist die Angst des Arztes zu versagen gerade dadurch etwas Arztspezifisches, weil die Person, die Arzt wird, sich größere Verantwortung als in anderen Berufen zumuten möchte, weil sie zu mehr Druck bereit ist? Ist das Arbeiten an der Krankheit anderer Menschen mit dem hehren Ziel, Gesundheit zu erreichen, doch eine Aufgabe, die weit über die Empathie durchschnittlicher Beziehungsgestaltung hinausreicht?

Bei jedem Geburtstag, bei jedem Silvesterfest münden viele der guten Wünsche früher oder später in: „Vor allem Gesundheit“, so als wäre alles menschliche Streben auf die Abwesenheit von Krankheit gezielt. Wenn dies ein Kardinalwunsch unserer Zeitgenossen ist, dann wird der ärztlichen Kunst die Krankheitsabschaffung zugewiesen.

Der Schüler in dem Blog hat den Arztberuf neben dem des Piloten genannt. Von einem Piloten wird erwartet, dass er seine Passagiere wohlbehalten an den Zielflughafen bringt. Dies scheint machbarer und wahrscheinlicher als die Heilung von Krebs und Niereninsuffizienz oder von Schmerz. Der Pilot arbeitet mit einem Flugzeug und dessen technischer Ausstattung, die für einen vielleicht 15-stündigen Langstreckenflug auch lokalen Wetterturbulenzen trotzen wird. Der Arzt hingegen arbeitet mit Menschen und deren – trotz Bildtechnik und Labor – so schlecht kontrollierbaren, dauerhaften Lebensdynamik mit einer Vielzahl von weichen Einflussfaktoren wie deren Fähigkeit zu Zufriedenheit und Wohlbefinden, aber auch der Dauerwirkung von beruflichen Anpassungszwängen und Stress. Einen Dauerflug in einem krebsselasteten, angsterfüllten und sinnentleerten Flugzeug würde niemand erwarten, dann bleiben die Passagiere lieber zu Hause. Die Erwartungen an die Gesundheit sind jedoch mit den unstrittigen Gewinnen an Lebenszeit und Lebensqualität nicht beruhigt worden, sondern gestiegen. Der materielle Zuwachs bedeutet Zuwachs an Hedonie und Narzissmus, der das Gesundheitseigentum kränkbar bewacht, was die Angst vor (Gesundheits-)Verlusten wachsen lässt.

Die Medizin hat sich zum Gesundheitsdauerkrisenmanager stilisiert. Sie hat sich dazu bereitwillig stilisieren lassen, dient diese Aufgabe doch auch der Selbstwerterhöhung. Die Erwartung an die Erfüllung der ärztlichen Heilungsangebote ist auf Patientenseite schier grenzenlos. Erwartungen und Angebote treffen sich implizit und betreiben Kollusion. Aus Heilungserwartung wird Heilserwartung, Heilung erlangt transzendente Bedeutung. Das Versagen bei Nichterfüllung der hohen Erwartung ist umso schlimmer. Davor drohen Ärzte Angst zu haben.

Die Angst vor Fehlern haben alle, auch die Nichtärzte. Aber die Erwartungen an das Gelingen des Arztes sind umfassender als an die Kompetenz des Piloten. Es sind Erwartungen, gegen die Angst vor dem Verlust des Gesundheitseigentums erfolgreich zu sein, vor der Kränkung des Patienten durch Krankheit. Das Anrecht auf Gesundheit ist ein Grundrecht, für das der Arzt einzustehen hat. Dieses Grundrecht wiegt so stark, dass das Versagen in der ärztlichen Arbeit daran tabuisiert ist. Während in technischen Berufen wie dem des Piloten die Diskussion um Fehler, Fehlerbewältigung und Fehlervermeidung institutionalisiert wurde, fristet Fehlerkultur im Arztberuf eher ein Nischendasein, das in medizinethischen Diskursen verwaltet wird.

Dazu steht in einem Bericht zum Fehlermanagement im Krankenhaus: „Während des Studiums präsentiert sich das medizinische Handeln scheinbar fehlerfrei und folgt vermeintlich einer ungeheuren Präzision.“⁵ In einem Seminar mit Medizinstudenten habe ich die Frage aufgeworfen, ob sie sich denn vorstellen können, dass auch ihr Oberarzt, ihr Chefarzt Angst haben mögen. Keiner der Anwesenden konnte diese Frage bejahen. Alle gingen davon aus, dass mit der Erfahrung die Angst schwinden werde. Im weiteren Gespräch folgten sie meiner Beschreibung des Werdegangs in einer Krankenhauskarriere vom Assistenzarzt zum Chefarzt folgen. In diesem Werdegang ist diese Angst nicht nur eine persönliche, sondern auch die Angst

der zeitgeistlichen Bedingtheit des ärztlichen Berufs. Diese Angst wird auch in die Lebensphase des berufserfahrenen Arztes mitgenommen, weil die Erwartungen an das Gesamtsystem des Medizinischen gerichtet werden, was durch Aus- und Weiterbildung zu medizintypischer Sozialisierung des einzelnen Arztes führt.

Die ganze Medizin soll die Erwartungen der ganzen Gesellschaft erfüllen. Die Ärzte personalisieren in jeder Arzt-Patient-Beziehung diese Erwartungen. Autonomie-Hoffnung der Patienten trifft auf Autonomie-Versprechen der Medizin im Ganzen und des einzelnen Arztes im Speziellen oder: Die Angst der Patienten vor dem Verlust des Gesundheitsbesitzes wird in Erwartungen an den Arzt gepackt. Das sind so hohe Ansprüche, dass manchem Arzt schwindelig werden kann, dass er es mit der Angst zu tun bekommt. Chef- und Oberarzt können bisweilen den Assistenzarzt zur Projektionsfläche der Angst vor dem Scheitern machen. Die Medizinstudenten konnten dann verstehen, dass die Angst der erfahrenen Vorgesetzten vor der mangelnden Anerkennung der Abteilung, vor der Kritik in der Öffentlichkeit, vor leerstehenden Betten dieselben Ängste wie die des jungen Kollegen sind, es sind immer die Ängste des Versagens. Nur dass seine Position dem Vorgesetzten erlaubt, seine Angst mit viel Druck auf den jungen Mitarbeiter zu übertragen, dass er so seine Angst abwehren kann. Manche Bloßstellung junger Ärzte kommt dann mit den vordergründigen Hinweisen auf schuldhaftes Verhalten und die allgegenwärtigen juristischen Konsequenzen daher. Es geht aber auch um Angst des aus der Froschperspektive vermeintlich so mächtigen Vorgesetzten vor dessen Bloßstellung und Entwertung.

Die Angst zu versagen bleibt also, keine Erfahrung lässt Ärzte abbrühen, nur die Versagensobjekte ändern sich. Es ist immer dieselbe Angst, dem Anspruch an die verinnerlichte Pflichterfüllung als Arzt nicht zu genügen. Statt sich mit Fehlern auseinanderzusetzen, sie zu erörtern, zu diskutieren, entsteht eine Neigung, Fehlerlosig-

keit anzuordnen. Dieser Fehlerlosigkeit entbehrt aber eines eingeübten Diskurses, bleibt daher abstrakt und sui generis angstbesetzt, da jeder Betroffene Fehler vermeiden soll, deren Entstehung und Hintergründe er nicht kennt. So bleiben alle in einem System der Abwehr des Eingeständnisses der Fehlerhaftigkeit. Statt die Neigung zu Fehlern zu thematisieren und damit eine Fehlerkultur zu etablieren, müssen immer wieder Schuldige für Fehler erhalten, seien es die Mitarbeiter oder die Arbeitsbedingungen. Die anderen machen Fehler, wobei man die selben bei sich nicht anerkennt.

Dem Anspruch der Fehlerlosigkeit ist letztlich nicht zu genügen: Auch der Arzt macht Fehler. Er kann nicht, er muss nicht perfekt sein. Das eingestehen und anzuerkennen hilft mehr als der verbliche und sinnlose Kampf um die Fehlerlosigkeit. Dazu Günther Jonitz, Präsident der Berliner Ärztekammer und Gründungsmitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit: „Das oberste Ziel auf dem Weg zu mehr Patientensicherheit ist eine Fehlerkultur, in der der Arzt keine Angst hat zu sagen, wenn etwas schief- oder beinahe schiefgegangen ist“.⁶ Es ist aber noch ein Desiderat, dass der Arzt seine Fehlerbehaftung thematisieren darf, damit sie durch institutionelle wie auch kollegiale Erörterung verändert, wenn möglich verringert werden kann.

Angst vor dem ethischen Vergehen

Die ärztliche Arbeitswelt hat sich verändert. Das medizinische System hat sich geändert. Ökonomen reden nicht nur mit, das erfolgreiche Wirtschaften ist zum Primat geworden. Wirtschaftlichkeitsressourcen wurden schon vor gut 20 Jahren gemutmaßt, sie mündeten in ein verändertes Abrechnungssystem der Krankenhäuser ein, Fallzahlen und CaseMix-Indices, Patienten werden operationalisiert, kategorisiert, Zielvereinbarungen mit Leistungsträgern geschlossen. Schon die Semantik ist nicht ärztlich. In diesem ökonomischen Kontext wird der Arzt zum Dienstleister und der Patient zum Kunden. Das Rollenbild

von Arzt und Patient wird verändert. Die Magie des Ärztlichen wird von Algorithmen entzaubert. Der Patient als Leistungskunde wird banalisiert, die Arzt-Patient-Beziehung hinter Leistungszahlen stratifiziert und zerlegt.

Damit wird der Verlust an Zauber auch ein Verlust an positiver Gegenübertragung, die der Patient beim Arzt erwarten darf. Doch die Versachlichung der ärztlichen Arbeit führt auch in die Schuld des Arztes, sich am ärztlichen Ethos zu vergehen. Diese Schuld im Kontakt mit Patienten in den Ambulanzen oder auf Station ist für den Arzt kaum zu ertragen, wenn er nicht ärztlich, sondern kaufmännisch entscheiden und diese Entscheidung wiederum ärztlich begründen soll. Nur noch Dienstleister zu sein für den Geschäftsführer und den Krankenhaus-träger, führt weit weg von der Überzeugung, auf der Seite des Patienten gegen die Krankheit zu stehen. Das ärztliche Gewissen aus der Überzeugung der Berufung meldet sich. Der Arzt hat Angst vor seinem Gewissen, das die Berufung begleitet, die die Hinwendung zum Patienten ummantelt und schützt.

Ärzte werden zum Büttel der Wirtschaftlichkeitsgebote, die gerne einen medizinischen Begründungsanstrich erhalten. Damit werden Ursache und Wirkung verkehrt, denn der längst wirkende Primat der Wirtschaft im Gesundheitswesen macht das ärztliche Denken und Handeln zum nachgeordneten Zweck des Wirtschaftens. Wenn die Kommerzialisierung ärztlichen Handels Entgelte und Renditen über ärztliche Grundüberzeugungen stellt, wird das gewinnunabhängige Ethos verschwinden, der Arzt kommt in die Defensive.

Ärzte mit einer stärkeren Gebundenheit im ärztlichen Selbstverständnis werden unter der wirtschaftlichen Umdeutung des ärztlichen Handelns mehr leiden als jene Kollegen, denen kaufmännisches Denken näher liegt. Der Angst, sich selbst aufzugeben, um im Wohlwollen des wirtschaftlichen Erfolgs überleben zu dürfen, kann Zynismus folgen. Doch kann diese Angst auch eine Triebfeder sein, sich gegen die Wirtschaftlichkeitsdoktrin zu wehren. Letztlich wird dann die Gebun-

denheit, die das Leiden ermöglicht, auch den Rückhalt gegen die Verführbarkeit durch materielle Vergünstigung stärken.

Angst vor Entwertung

Zum Einfluss des Ökonomischen zählen Benchmarking und Allzeittransparenz: Ärzte, Krankenhäuser werden öffentlich bewertet und bisweilen schamlos vorgeführt. Bewertungsportale sollen der Stärkung der Patientenrechte dienen. Jeder Arzt muss sich biegen und dehnen, um zu gefallen und schlechte Presse abzuwehren. Die ärztliche Unabhängigkeit wird zum Opfer der Algorithmen der sozialen Medien und von Meinungsmache überrollt. Jeder Arzt kann unabhängig von der Erfahrung und der Stellung durchfallen. Und entwertet werden.

Es geht um sehr viel. Es geht um die Gesundheit. Die Gesundheit wird von der Angst vor Krankheit begleitet, auch vor der Angst vor eventueller Krankheit, vor der Krankheitsmöglichkeit. Als Patient sucht man den Arzt, der Arzt wird der Angstlöser.

Verschiedene Haltungen zum Arzt sind denkbar: Einerseits mag die Angst vor dem Angstlöser größer sein als die Hoffnung auf Beruhigung, Behandlung und Heilung. Es geht um die Iatrophobie, das Vermeiden des Arztes, um die Wahrheit über die angegriffene Gesundheit nicht zu hören. Kommen solch angstvolle Patienten doch zum Arzt, weil ihre eigenen Möglichkeiten am Ende sind, weil ein Unfall sie zwangsweise zum Arzt bringt, dann können sie meist schlecht auf die Hilfeangebote des Arztes vertrauen, sie wehren die Beziehung zum Arzt ab. Vielleicht kommt es zur Entwertung, sie rufen im Arzt das Gefühl hervor, kein guter Arzt und nicht kompetent zu sein. Entwertung ist ein schlimmes Gefühl: „Ich fühle mich ausgegrenzt aus der Gemeinschaft jener, die es doch geschafft haben, anerkannt zu werden, strahlende Sieger sind, ich dagegen fühle mich als armer Tropf.“ Entwertung soll nicht sein. Wenn eine Umfrage unter Ärzten erfolgen würde, so wie

Patienten gefragt werden, was in einer gelingenden Therapie auf keinen Fall geschehen soll, so würden sich Ärzte wünschen, ohne Entwertung als Arzt arbeiten zu dürfen.

Angst vor dem Placeboeffekt

Wenn gute randomisierte Studien belegen, dass manche ärztliche Maßnahme nicht besser ist als eine Scheinmaßnahme, kommt es meist zu einem Aufschrei der Empörung der ärztlichen Fachkreise. Denn was wäre ein Arzt, der durch den Schein agiert? Ein Placebo! Dann wäre all das Studieren, Lernen, Üben, erfahren Werden unnötig, gar unsinnig gewesen. All die Plackerei umsonst. Sisyphos im Arztkittel. Der Aufschrei der Empörung gilt der Abwehr der Angst, dass der Arzt nicht durch Wissen und technische Fertigkeit gedeelt wird, sondern auch ein Produkt der Genesungswünsche und auch der Genesungsneigung der Patienten ist. Die Genesungsneigung braucht aber einen ärztlichen Katalysator, der die Patientenangst vor dem eigenen autonomen Handeln zur Gesundheit und Reifung überwindet. Nicht viel anders sind die Wirkungen der vielen Placebo-Maßnahmen der Medizin. Obwohl gerade das doch die Heilkunst bedeutet, muss die Technisierung der Medizin sich abgrenzen, muss beweisen, dass der technische Fortschritt zu belegbaren und spezifischen Folgen und Fortschritten führt. Der Placebo-Effekt wird nicht als real wirkende und belegbare Magie positiver Übertragung anerkannt, sondern er führt zur scheinbaren Unterlegenheit gegenüber der evidenzfaktischen Wissenschaftlichkeit kontrollierter Studien. Der Arzt wirkt nicht als Arzt, sondern über die Anwendung der Studie und bringt sich selbst damit in die Defensive.

Die Angst vor dem Placeboeffekt ist ein Bemühen um die Validierung des Fortschritts. Da es um Gesundheit, um das überhöhte Ringen um Leib und Leben geht, ist gerade bei Ärzten, gerade bei wissenschaftlich verpflichteten Ärzten diese Angst groß, sie rüttelt am ärztlichen Selbstbild. Forschen als Trotz gegen den drohenden Verlust an Macht

und Ansehen. Damit wäre das Forschen ein Versuch gegen Selbstwertkrisen.

Paradoxerweise oder ironischerweise setzt gerade die ärztliche Wissenschaftlichkeit mit ihren Studien das technokratische Selbst des Arztes immer neuen Erosionen aus. Der Versuch der Angstabwehr durch Wissenschaft gebärt mit manchen Ergebnissen, in denen Verum nicht besser ist als Placebo, neue Entwertung und neue Angst. Neue Forschung muss her, um auch diese Angst wieder zu beruhigen. Es ist die immerwährende Negation alles Strebens, die zu neuem Streben, die immerwährende Angst vor der Entwertung, die zu neuer Forschung führt. Diese Forschung begründet zudem den technischen Fortschritt. Die Magie der Technik ersetzt die Magie des Ärztlichen.

Die Angst vor der Entwertung macht das Ärztliche kleiner. Das war nicht beabsichtigt und kam als Nebenwirkung der wissenschaftlich begründeten Selbstbehauptung. Umso mehr Angst ein Phänomen auslöst, umso stärker ist die Gegenübertragung in der Forschung. Krankheit und Tod sind stark angstauslösende Phänomene des Seins, die Forschung selbst wird zur agierten Gegenübertragung, also zu Angstabwehr.

Es wird für den Behandlungserfolg oft wesentlich sein, da und nicht dem Patienten überlegen zu sein, sein zu müssen. Durch die Entwertung kann jeder Arzt doch nur auf die Höhe seines Patienten stürzen. Das kann dem Arzt und dem Patienten helfen. Nicht als Arzt geehrt zu werden, sich auch als Placebo anzuerkennen, ist eine wichtige Übung. Es ist auch eine Übung, als Arzt authentisch zu agieren, nämlich als die Person, die vom Patienten aufgesucht wird.

Angst vor eigener Krankheit

Einerseits haben manche Patienten zu viel Angst vor dem Arzt. Andererseits haben die meisten Deutschen gar keine Angst vor dem Arzt. Die Deutschen gehen gerne zum Arzt, im Schnitt über 18 Mal im Jahr, das ist weltmeisterlich. Sind die Deutschen Weltmeister im Keine-Angst-vor-dem-

Arzt-Haben? Hier mag es um andere Ängste gehen. Um die Angst vor dem Älterwerden, vor dem Verlust der Leistungsfähigkeit, vor Beziehungsverlust und vor der Einsamkeit. In einer technisierten Umgebung geht es dann um den Patienten-Anspruch, dass durch den Arzt zu bewerkstelligen sei, was sonst der Miele- oder der Mercedesmechaniker beim technischen Problemen allzeit an Spülmaschine und Pkw erledigen. Der Anspruch wird gegen die Angst des Funktionsverlustes, im weitesten Sinne des Lebensverlustes gesetzt. Wenn der Gang zum Arzt mit Angst belastet ist, wenn der Patient seine Angst als Kranksein zum Arzt trägt, dann ist sein Thema beim Arzt angstvoll, dann muss diese Angst vom Arzt beherrscht werden. Angst sucht nach Erlösung und der Arzt wird zum Erlöser, gewinnt etwas Messianisches. Überspitzt gesprochen haben sich frühere Betgänge teilweise in heutige Arztgänge transformiert. Der Gang zum Arzt als säkulare Folklore. Dorthin wird die Angst getragen, dass die Anforderungen nicht zu erfüllen sind, Strukturen und Funktionen der menschlichen Kreatur endlich sind.

Endlichkeit passt nicht zum Dogma, dass alles mehr wert ist und stetig steigenden Anforderungen gerecht werden muss. Diese Diskrepanz ist eine permanente narzisstische Kränkung. Überhaupt bedroht schon die Möglichkeit der Krankheit die narzisstische Selbstliebe, die unsere Gegenwart ausmacht. Die Gegenwart braucht zur Abwehr der Bedrohung die Hochleistungsmedizin. Der Anspruch des Patienten steigt mit dem Anspruch an die Medizin.

Dem Anspruch des Patienten muss also erst mal vom Arzt standgehalten werden. Diese Angst der Patienten, Funktionen, Leistungsfähigkeit und dann das Leben zu verlieren, wird ja nicht angesprochen, sondern nur angedeutet, quasi transformiert, vielleicht somatisiert, in Erwartungen, in Verlangen, in Druck in der Arzt-Patient-Beziehung. Ärzte können davor kapitulieren und sich abwenden: „Suchen Sie sich einen anderen Arzt, ich kann Ihnen nicht helfen“. Sie wären durch

Abbruch der Beziehung dann vor der Angst geflohen, dem Patienten nicht standhalten zu können. Sie können auch Gegendruck aufbauen, um die Angst zu scheitern durch eigenes drangvolles Handeln zu unterdrücken, würden in aggressiver Gegenübertragung mit überzogenen Therapien die Angst des Patienten und dessen Forderungen bestrafen. Nur der sehr geübte Arzt kann stattdessen in die Angst des Patienten blicken und ihm Unterstützung anbieten.

Den Patienten wahrnehmen heißt, des Patienten Angst wahrnehmen, ohne davor Angst zu haben. Zumindest diese Angst sollte der Arzt kennen und nicht kontraphobisch von sich geben, dass man alles im Griff habe und beherrschen könne.

Dennoch, die Wahrnehmung der eigenen Angst ist in vielen Situationen nicht angebracht. Bei jedem Notfall, jedem Unfall, jeder Katastrophe, wo schnelles Handeln gefordert wird, hilft die heilsame Angstabwehr. Dem Arzt, dem Ersthelfer soll das Ausblenden sowohl der eigenen wie auch der Patientenängste gelingen, so dass er handeln kann. Hier wird eine Kontrolle über die innewohnende Empathie hilfreich sein, um wichtige und eingeübte Schritte der Abwicklung setzen zu können.

Im Allgemeinen wünscht jedoch der Arzt das Gelingen der Beziehung zu seinen Patienten. Er hat selbst Angst vor Krankheit, zu sterben.⁷ Die Angst des Patienten weckt in ihm die eigene Angst, die eine besondere, da akademisch ausgebildete, professionell geübte Empathie in Gang setzt. Zuerst im Studium und in der frühen Krankenhaustätigkeit werden diffuse Ängste anhand gelernter Krankheitsmöglichkeiten konkretisiert und geschürt, ehe dann die ärztliche Tätigkeit die Möglichkeit schafft, sie an den Patienten wieder abzuarbeiten und zu lockern. Im Eifer des Helfen- und Heilens kann die eigene Angst beruhigt werden.

Jeder Arzt kann also an seinen Patienten Angstarbeit leisten. Auch dies mag wie die Angst vor Entwertung die medizinische Forschung motivieren. Die Angst vor eigener Krankheit, eigener Begrenztheit und Vergänglichkeit ist Bedingung

wissenschaftlichen Handelns. Die dritthäufigste Angst der Deutschen ist die vor dem Pflegefall im Alter, die fünfthäufigste die Angst vor schwerer Erkrankung.⁸ Die Angst vor Erkrankung beseelt auch jeden Arzt. Ärzte werden paradigmatisch in Studium und Weiterbildung eingewiesen in die Forderung, alles dafür zu tun, länger und besser zu leben, dafür zu forschen. Diese Angst bleibt unbewusst, bis der Arzt sie als das ärztliche Sein begleitend anerkennt. Die Kenntnis um die eigene Verletzlichkeit, Hinfälligkeit kann die therapeutische Beziehung zwischen Übertragung und Gegenübertragung beruhigen.

Angst, schuldig und ohnmächtig zu werden

Die Angst vor Schuld trägt weit über die Angst vor juristischen Konsequenzen hinaus. Der Arzt begegnet in der Krankheit seiner Patienten nicht nur der Angst vor eigener Krankheit, sondern auch der Erkenntnis, dass er zwar dem Patienten in dessen Krankheit begegnet, aber doch im Allgemeinen dessen Krankheit fern bleiben darf. Er muss Geschwüre, Eiter, Gerüche zwar mittragen, doch er kann die Tür hinter dem Patienten schließen und den Patienten alleine lassen. Er wird sich immer wieder die Frage stellen: „Warum er, warum nicht ich?“ Es ist eine ähnliche Angst vor der Schuld, die Überlebende einer Katastrophe spüren, vor der Überlebensschuld. Die Distanz, die der Arzt aufbauen kann, aufbauen muss, um selbst weiterleben zu können, wird die Schuldfrage nach sich ziehen. Bevor sie gespürt wird, muss Neues geschehen oder Ablenkung wirken. Die ständige Wiederholung existenzieller Bedrohung führt zur Kenntnis der seelischen Belastung, die kaum zu ertragen ist. Die Angst vor der Schuld begleitet den Arzt, der die Distanz findet, die sein Arztsein rettet. Distanz zum Schicksal seiner Patienten bringt den Arzt zwangsläufig immer wieder in die Defensive.

Die Beziehung zum Patienten ist also stets geprägt von Nähe und Ferne, von Todesnähe mit dem Patienten und Weiterleben ohne ihn. Statt Schuld in der Distanz ergibt sich für den Arzt, der

in seiner Empathie versinkt, die Ohnmacht, den Gefühlen seiner Patienten, dessen Ängsten nicht standhalten zu können. Vielleicht wird er eben diesen Patienten, der sich an ihn klammert, nicht mehr los. Vielleicht wird dieser Patient mächtig und mächtiger, und der Arzt wird Angst haben manipuliert zu werden. Aber wenn er dem Patienten doch standhalten könnte, wenn er dessen Forderungen nach Hilfe dann nicht entsprechen würde, dann würde sich der Patient vom Arzt abwenden, der Arzt wäre verlassen. Und der Arzt würde selbst bedürftig und Patient.

Die Angst zwischen Schuld und Ohnmacht, zwischen Distanz und Nähe, mag an Skylla und Charybdis erinnern. Er wäre gut, wenn sie dem Arzt bekannt und auch bewusst wäre, damit er nicht nur in Abwehr agieren müsste. Oder süchtig wird. Bekanntermaßen sind Ärzte – auch wegen des vereinfachten Zugangs – in besonderem Maße von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bedroht⁹. Jedoch: „Schuldgefühle und Scham haben aber auch eine positive Seite. Obwohl sie für den Betroffenen negativ besetzt sind, sind sie doch ein Beweis dafür, dass die Person ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein besitzt.“¹⁰ Sie haben etwas Reinigendes. Und: Zwischen Schuld und Ohnmacht gibt Mitgefühl die angemessene Nähe in der Beziehung.

Resümee

Ängste gehören zum Arztberuf dazu und sind nicht abzuschaffen. Dabei kann die ärztliche Angst lähmen wie auch motivieren. Dazwischen ergibt sich eine ausgeglichene Bedingungen für eine gelingende Arzt-Patient-Beziehung.

Diese Gratwanderung ist eine Angstwanderung, die nur durch Offenlegung und Anerkennung, nicht durch Tabuisierung gelingen mag. Wenn Ärzte ihre Ängste kennen, dann haben sie viel gewonnen. Sie kommen in Kontakt mit der *vocatio interna*, dem inneren Ruf, der sie zum Arztsein gebracht hat und der ihnen auch in den vielen Anfechtungen der ärztlichen Praxis nicht verloren

gehen darf, weil er ihnen dabei Rückhalt vor der Defensive gibt.

Gemäß einer Zeile von Ralph Waldo Emerson: „Wenn die Halbgötter gehen, kommen die Götter“.¹¹

Referenzen

- 1 Protschka J., *Behandlungsfehler: Die Angst vor der Schuld*, Deutsches Ärzteblatt (2012) 109(51-52): A-2574
- 2 Glanzmann P., Schiltenswolf M., *Die Bedeutung des medizinischen Sachverständigengutachtens*, Dtsch Ärztl (2017); 114(1-2): A-21/ B-18/ C-18
- 3 nach: Rosentreter M., *Der persönliche Umgang mit Fehlern im Krankenhaus – Aspekte der sozialen Wahrnehmung und Patientensicherheit*, in: Kurt W. Schmidt et al. (Hrsg.), *Zum Umgang mit Behandlungsfehlern*, Tagungsband der ELSA-Klausurwoche 2012, S. 113
- 4 <http://www.medi-learn.de/foren/archive/index.php/t-17125.html> (letzter Zugriff am 7. August 2017)
- 5 Seifart C., *Unbeachtete „innere“ Hürden eines effizienten Fehlermanagements: der individuelle Umgang mit Behandlungsfehlern im Krankenhaus?* in: Kurt W. Schmidt et al. (Hrsg.), *Zum Umgang mit Behandlungsfehlern*, Tagungsband der ELSA-Klausurwoche 2012, S. 100
- 6 Günther Jonitz, Präsident der Berliner Ärztekammer und Gründungsmitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit
- 7 Grotjahn A., *Ärzte als Patienten. Subjektive Krankengeschichten in ärztlicher Selbstschilderung*, Thieme, Berlin (1929)
- 8 R+V-Versicherung, *R+V-Studie: Die Ängste der Deutschen*, http://www.ruv.de/de/presse/r_v_infocenter/studien/aengste-der-deutschen.jsp, 2014 (letzter Zugriff am 7. August 2017)
- 9 Gieseke S., *Abhängigkeitserkrankungen: „In der Sucht sind wir alle gleich“* DtschArztebl (2009); 106(34-35): A-1658
- 10 Rosentreter M., *Der persönliche Umgang mit Fehlern im Krankenhaus – Aspekte der sozialen Wahrnehmung und Patientensicherheit*, in: Kurt W. Schmidt et al. (Hrsg.), *Zum Umgang mit Behandlungsfehlern*, Tagungsband der ELSA-Klausurwoche 2012, S. 113
- 11 Ralph Waldo Emerson (1803-1882)

Harald Mang

Prozessoptimierung im Krankenhaus: Chancen und Gefahren

Improvement of Hospital Processes: Opportunities and Threats

Zusammenfassung

Papierlose Krankenhäuser und Digitalisierung von Prozessen sind heute schon die Realität. Es ist nicht vorstellbar, dass die Behandlung im Krankenhaus davon ausgeschlossen bleibt. Immer mehr unternehmerisch denkende Menschen wollen und werden die Vorteile an Geschwindigkeit, Qualität und Kosten einer möglichst großen Zahl von Patienten zugänglich machen. Ob die Politik diese Entwicklung nur mit Rahmenbedingungen, z. B. für die Qualitätssicherung und den Datenschutz, begleitet oder darin eine volkswirtschaftliche Chance erkennt, hängt vom Kräfteverhältnis zwischen den konservativen Angehörigen der Gesundheitsberufe und dem Zuwachs an objektivem und bezahlbarem Patientennutzen ab.

Schlüsselwörter: Klinische Pfade, Krankenhäuser, Organisation, Prozessmanagement, Prozessoptimierung

Abstract

Paperless hospitals and the digitalization of processes are already a reality today. It is unimaginable to think that the treatment of patients in hospitals will somehow be immune to such developments. More and more entrepreneurs want to and will take advantage of process optimization – to improve speed, quality, and costs, and be more accessible to a larger number of patients. Whether public policies follow such developments – for example, with legislation addressing quality assurance and data protection – or take advantage of the economic opportunities will depend on the balance of power between conservative health care professionals and the increase in the use of such evidence-based and affordable services by patients.

Keywords: clinical pathways, hospitals, organization, process management, process optimization

Prof. Dr. med. Harald Mang
Kordinator Medical Process Management
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-
Nürnberg
Krankenhausstraße 12, D-91054 Erlangen
Harald.Mang@uk-erlangen.de

Zum Thema Prozessoptimierung im Krankenhaus fällt fast jedem, der einmal als Patient oder Besucher im Krankenhaus war, ein Handlungsfeld ein, z. B. Wartezeiten, Redundanzen, fehlende Informationen, schlechte Kommunikation oder veraltete Informationstechnik. In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, in welchen Bereichen und für welche Aufgaben das Prozessmanagement und die Prozessoptimierung in Krankenhäusern eingesetzt werden können, um die Effizienz und Effektivität bestehender Kern-, Unterstützungs- und Managementprozesse kontinuierlich zu verbessern. Der Faktor Mensch, Zielkonflikte der internen Stakeholder und eine gewachsene Organisationsform stehen einer prozessorientierten Betrachtungsweise der betrieblichen Abläufe im Krankenhaus grundsätzlich entgegen. Deshalb sollen zunächst durch die Betrachtung der Organisationsformen von Krankenhäusern die Felder für das Prozessmanagement identifiziert werden. Die Analyse der unterschiedlichen Interessenlagen der internen Stakeholder – Ärzte, Pflege, Manager und Träger bzw. Eigentümer – zeigt, dass eine Prozessoptimierung Chancen und Gefahren sowohl für die Patienten als auch für die Krankenhäuser selbst birgt. Am Ende sind es dann gut ausgebildete, professionell motivierte und engagierte Mitarbeiter, die in dynamischen oder schwierigen Situationen improvisieren bzw. Komplexität reduzieren und Krankenhäuser zu effektiven, effizienten und menschlichen Organisationen machen.

Organisationsformen von Krankenhäusern

Im Mittelpunkt organisatorischer Fragestellungen steht der Begriff der Aufgabe. Sie ist auf das Erreichen eines Ziels ausgerichtet, das sich durch Systematisierung in Teilaufgaben gliedern lässt (Aufabengliederung); diese wiederum verteilen sich durch eine Verknüpfung auf verschiedene Stellen (Stellenbildung). Eine Stelle ist die kleinste arbeitsteilige Einheit innerhalb eines Betriebes. Ihr Inhaber bewältigt die dieser Stelle zugeordneten und sinnvoll zusammengefassten Aufgaben. Meh-

rere Stellen lassen sich zu einer Abteilung oder einem Bereich zusammenfassen. Sie können nach Verrichtungen (funktionale Organisation) oder nach Objekten (divisionale Organisation) gegliedert werden. Das Funktionsprinzip zeichnet sich durch vergleichbare Tätigkeiten an verschiedenen Objekten aus, das Objektprinzip durch unterschiedliche Tätigkeiten an einem Objekt.

Bei der Verknüpfung der Teilaufgaben lassen sich zwei Dimensionen unterscheiden: die aufbaubezogene und die ablaufbezogene. Die Aufbauorganisation beschreibt die Form der Institution, die Struktur der Stellen, ihr Verhältnis untereinander, die Organisationsebenen und die Struktur ihrer Führung. Die Ablauforganisation koordiniert mehrere Teilaufgaben zu einem Arbeitsprozess und beschreibt dessen Ausführung. Das Ziel einer guten Ablauforganisation ist die effiziente Gestaltung von Arbeitsabläufen. Die Aufbau- und Ablauforganisation muss durch eine Informations- und Kommunikationsstruktur ergänzt werden, damit sich die Menschen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben abstimmen können.

Die Kirche und weltliche Orden gründeten die ersten Armenpflegehäuser, aus denen im ausgehenden Mittelalter Einrichtungen zur Krankenversorgung hervorgingen. Die Führung dieser Krankenhäuser war durch die Regeln und Denkweisen des christlichen Glaubens geprägt. Die strenge klerikale Denk- und Führungsordnung, die mit der durch Gott verliehenen Macht gerechtfertigt wurde, war charakterisiert durch Barmherzigkeit, Seelsorge und Religiosität. Der Aufstieg der Wissenschaften im 19. Jahrhundert relativierte die Autorität des Klerus. Das naturwissenschaftliche Denken und die rasche technologische Entwicklung verhalfen auch der Medizin zu großem Erfolg. Dieser verlieh den Ärzten neue Macht, weil sie aufgrund ihres Wissens befähigt waren, den als verloren geltenden Kranken zu retten. Der ärztliche Patriarch mit seiner Fachkompetenz auf seinem Gebiet bestimmte nun die Geschicke des Krankenhauses. In der Folge bildeten sich auch die verschie-

denen Fachabteilungen des Krankenhauses heraus. Die Hierarchie im ärztlichen Dienst und die funktionale Organisationsform, welche die Krankenhäuser bis heute prägt, hatten ihren Ursprung in dieser Zeit. Der Pflegedienst als zweiter Hauptleistungserbringer ist bis heute in ähnlicher Weise, d.h. hierarchisch und funktional, organisiert.

Die früheren Krankenhausverwaltungen wurden durch die Einführung und jährliche Wartung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)¹ sowie zusätzlicher gesundheitspolitischer Anforderungen (v. a. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement) zu einem betriebswirtschaftlich dominierten Krankenhausmanagement transformiert. In der Folge sind heute im Vorstand vieler Krankenhäuser die Medizin, Pflege und Verwaltung durch einen Ärztlichen Direktor, einen Pflegedirektor und einen Kaufmännischen Direktor vertreten. Da die Interessen der Vertreter dieser drei Professionen in vielen Fragen zwangsläufig divergieren, ist stets ein erhebliches Konfliktpotenzial vorhanden. Dieses Problem haben viele Krankenhausträger erkannt und anstatt eines mehrköpfigen Vorstands einen Geschäftsführer an die Spitze des Krankenhauses gesetzt, der von den Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen beraten wird, aber allein verantwortlich entscheidet. In der Mehrzahl handelt es sich bei den Geschäftsführern von Kliniken um Kaufleute, aber es sind auch ehemalige Ärzte und Krankenpfleger – meist mit einer zusätzlichen betriebswirtschaftlichen Qualifikation – darunter.

Bis ins 19. Jahrhundert baute man die Krankenhäuser mit großen Krankensälen, in denen die Kranken versorgt und alle Leistungen – auch die ärztlichen – erbracht wurden. Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts entstanden in den Krankenhäusern Räumlichkeiten für bestimmte Aufgaben, z. B. Operationssäle, Laboratorien und Infektionsstationen, später auch Kinder- und Intensivstationen. Bei der Planung eines Krankenhauses beachtete man immer stärker eine funktionale Bauweise, um die Leistungen in ihren Abläufen effizient kombi-

nieren zu können. Die funktional gebauten Krankenhäuser des 20. Jahrhunderts sind, bedingt durch die stetige medizinische Spezialisierung, charakterisiert durch eine ständige Zunahme der Leistungsstellen. Im Vergleich mit der Leistungsstelle Krankensaal erhöhte dies die Zahl der Schnittstellen und damit den Koordinationsaufwand. Ein Hauptproblem, das man bei der Existenz von vielen Schnittstellen beobachtet und heute noch in vielen Krankenhäusern findet, ist die mangelnde Abstimmung durch unzureichende Informationsweitergabe und schlechte Kommunikation.

Die unmittelbare Folge fehlender Informationen ist ein Zeitverlust, denn der Patient wird in der Regel weder nicht noch falsch behandelt, sondern dann, wenn die notwendigen Informationen vorliegen. Welche Informationen im Einzelfall notwendig sind, ist Fachleuten bekannt oder in Leitlinien, Arbeitsanweisungen (engl. Standard Operating Procedure, SOP) und Checklisten hinterlegt. Das Beschaffen dieser Informationen bedeutet für Patienten längere Wartezeiten und Verweildauern im Krankenhaus und unter Umständen auch Redundanzen.

Für die Krankenhäuser sind immer höhere Kosten und manchmal unzufriedene Patienten die Folgen der mangelnden Verfügbarkeit klinischer Informationen. Professionssoziologische Unterschiede in Medizin, Pflege und Verwaltung² sowie striktes Abteilungsdenken sind gleichermaßen Ursachen einer schlechten Kommunikation, die charakterisiert ist durch einseitige Durchsetzung von Lösungen, Ad-hoc-Entscheidungen und gegenseitige Schuldzuweisungen anstatt gemeinsamer Gestaltung der Prozesse.

Prozessmanagement und Prozessoptimierung

Funktionale Organisationsformen, wie sie aus der industriellen Fertigung bekannt sind, bewähren sich bei standardisierten Arbeitsabläufen mit konstanten Rahmenbedingungen und einem hohen Aufkommen gleichartiger Nachfrage. Je komplexer das Umfeld und je individueller die

Kundenbedürfnisse sind, desto schneller werden die Grenzen der Organisation erreicht und desto ineffizienter und teurer werden die Gesamtprozesse. Für Krankenhäuser, deren Rahmenbedingungen sich in den letzten Jahren rapide geändert haben und die sich den Herausforderungen neuer Versorgungsformen stellen (ambulante Leistungen, integrierte Versorgung, Kooperationen und Zentrenbildung), bedeutet dies, dass neue Organisationsformen entwickelt werden müssen. Hinzu kommt, dass – infolge der wachsenden Zahl alter Menschen und des Angebots medizinischer Leistungen – die Anlässe für deren Inanspruchnahme immer heterogener werden, so dass auch mit Blick auf den Patienten eine flexiblere Organisation gefordert ist, die sowohl seine individuellen Bedürfnisse (z. B. Wartezeiten und Ergebnisqualität) unterstützt als auch hohe Anforderungen an die Leistungserstellung (z. B. Transparenz, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit) erfüllt und die sich damit am Markt gegenüber anderen Anbietern durchsetzen kann. Das Problem der mangelnden Kundenorientierung und Produktivität konnten viele Wirtschaftsunternehmen in den letzten 25 Jahren erfolgreich meistern durch einen Perspektivenwechsel von der vertikalen hierarchischen Sichtweise zu einem horizontalen ganzheitlichen Blick auf die betrieblichen Abläufe. Die Konzentration auf seine Wertschöpfungsprozesse ermöglicht es einem Unternehmen, diese gezielt zu verbessern. Während die Prozessoptimierung über lange Zeit als Aufgabe des Qualitätsmanagements betrachtet wurde, ist sie heute zum Bestandteil eines umfassenden integrierten Prozessmanagements von Unternehmen und Einrichtungen geworden.

In der Praxis müssen die zu verbessernden Abläufe zuerst im Rahmen der Prozessanalyse zum Beispiel mittels Prozessmodellierung erfasst und klassifiziert werden. Um die Qualität und Leistungsfähigkeit der so zu beschreibenden Prozesse zu bewerten, müssen geeignete Leistungskennzahlen (engl. Key Performance In-

dicator, KPI) eingeführt werden. Mit Hilfe einer so gewonnenen Prozessbeschreibung lässt sich eine Prozesslandkarte (Prozessogramm im Gegensatz zum Organigramm) des Betriebes erstellen, die als Bezugsbasis für weitere Optimierungen dient. Betroffen können hiervon alle Krankenhausbereiche sein, beginnend mit Kernprozessen (Forschung, Lehre und Krankenversorgung) über die medizinischen Supportprozesse (z. B. Apotheke, Labor, Röntgen) bis zu den nicht-medizinischen Supportprozessen (z. B. Patientenverwaltung, Materialwirtschaft, Informationstechnik).

Für die Beherrschung komplexer betrieblicher Prozesse und deren Optimierung werden heutzutage zahlreiche mehr oder weniger geeignete Software-Werkzeuge angeboten, die immer an die jeweiligen betrieblichen Erfordernisse angepasst werden müssen. Die Analyse der definierten Prozesse und ihrer Kennzahlen dient v. a. der Einordnung ihres Beitrages zur Wertschöpfung. Auf Basis der daraus gewonnenen Erkenntnisse sollen mit Hilfe dieser Werkzeuge die betrieblichen Ressourcen sodann auf Schlüsselprozesse konzentriert und Zielgrößen für deren Optimierung entwickelt werden. Im Rahmen softwaretechnisch realisierter Simulationen können die gewonnenen Ergebnisse auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.³ Den Anstoß zur Gestaltung von Prozessen in Krankenhäusern haben die Implementierung von Standard-Software- (z. B. SAP®) und Qualitätsmanagement-Systemen, die Prozesskostenrechnung sowie die elektronische Arzneimittelverordnung (engl. Computerized Physician Order Entry, CPOE) geliefert.

Heutzutage werden im Krankenhaus überwiegend nur die medizinischen und nicht-medizinischen Supportprozesse hinsichtlich Kosten und Durchlaufzeiten optimiert. Um hingegen eine systemübergreifende Prozessorientierung zu erreichen, ist die konsequente Verzahnung betriebswirtschaftlich ausdifferenzierter therapeutischer und pflegerischer Funktionsbereiche mit Blick auf den Behandlungserfolg und die Pa-

tientenzufriedenheit notwendig. Bei der Prozessoptimierung werden alle Arbeitsvorgänge, die nicht zum gewünschten Ergebnis beitragen, sondern abteilungsinternen Zielvorgaben dienen, als Verschwendung angesehen. Dies führt dazu, dass die Ziele der Teilbereiche nicht mehr hinsichtlich der Effizienzoptimierung der Teilaufgaben, sondern aus der Perspektive des Gesamtprozesses definiert und vereinbart werden. Da sich einseitig ökonomische Ziele, insbesondere finanzielle Anreize, vor allem zum Nachteil von Patienten auswirken,⁴ wird eine komplette Ausrichtung der Gesundheitsversorgung am Nutzen der Patienten (Value-based Healthcare) gefordert.⁵ Das Verhältnis aus dem Patientennutzen (= medizinisches Ergebnis + Servicequalität) und den dafür verursachten Kosten ist die Wertschöpfung, die Zielgröße der Prozessoptimierung.

Die bekanntesten Beispiele für unter diesem Blickwinkel gestaltete, abteilungs-, berufsgruppen- und professionsübergreifende, medizinisch und ökonomisch abgestimmte Ablaufpläne sind Klinische Pfade, die viele Krankenhäuser in den letzten 15 Jahren für den gesamten Behandlungsablauf der am häufigsten vorkommenden Krankheitsbilder bzw. Fälle entwickelt haben. Ergänzt wird das prozessorientierte Fallmanagement anhand von Klinischen Pfaden durch eine interdisziplinäre Aufnahmestation und ein zentrales Belegmanagement.

Beispiel 1: Klinische Pfade und Standards

Der Nutzen Klinischer Pfade konnte in mehreren systematischen Übersichtsarbeiten gezeigt werden. Ein systematischer Review zur Ergebnismessung der Wirksamkeit konnte positive Auswirkungen Klinischer Pfade auf die Outcomekriterien Versorgungsqualität, Sicherheit und Ressourcenverbrauch zeigen.⁶ Ein Cochrane-Review konnte nachweisen, dass durch den Einsatz von Klinischen Pfaden weniger Komplikationen, kürzere Liegezeiten und geringere Kosten erreicht werden.⁷ Eine Single-Center-Studie aus

Deutschland kam zu dem Ergebnis, dass sich die Implementierung eines Klinischen Pfades für die Fast-Track-Chirurgie bei Dickdarmoperationen zwar positiv auf die Prozessqualität auswirkt, aber nicht signifikant auf die Verweildauer und Sterblichkeit der Patienten sowie die Rate an Komplikationen, Reoperationen und Wiederaufnahmen in das Krankenhaus.⁸ Offensichtlich lassen sich eher positive Auswirkungen von Klinischen Pfaden auf den Ressourcenverbrauch als auf den Patientennutzen nachweisen. Das Gefühl, zum Nachteil der Patienten zu sparen und immer unter Zeitdruck arbeiten zu müssen, ließ v. a. in der Pflege Stimmen laut werden, die Klinische Pfade als Instrumente einer zunehmenden Ökonomisierung und „Industrialisierung“ der Medizin sehen.⁹ Aktuell muss offen bleiben, ob Klinische Pfade, die mit Hilfe integrierter EDV-Systeme den gesamten Behandlungsablauf von der Aufnahme bis zur Entlassung beschreiben, dokumentieren, kalkulieren und steuern, eine Zukunft haben.

Allgemein durchgesetzt haben sich hingegen die so genannten SOPs (Standard Operating Procedures), Standardvorgehensweisen, die häufig wiederkehrende Arbeitsabläufe mit dem Ziel, Abweichungen zu vermeiden, beschreiben. SOPs können Teil Klinischer Pfade oder festgelegter Prozesse eines Krankenhauses sein oder Leitlinien- und evidenzbasierte Standards für das Vorgehen bei bestimmten Krankheitsbildern, klinischen Problemen und Komplikationen. Während Standards in der Medizin früher, auch international, als „Kochbuchmedizin“ abgetan wurden, ist heute allgemein anerkannt, dass durch diese Standardisierung eine Verbesserung der Patientensicherheit erreicht wird – ganz ähnlich wie z. B. durch Checklisten in einem Flugzeugcockpit die Flugsicherheit erhöht werden konnte. Aktualität und Umfang der Informationen sowie die Zugänglichkeit via Smartphone haben den Klinikstandards innerhalb kurzer Zeit zum Durchbruch verholfen.¹⁰

Beispiel 2: Die interdisziplinäre Aufnahme-station

Eine interdisziplinäre Aufnahme-station dient der Optimierung der Behandlung im Krankenhaus. Ziel ist die Übernahme des Patienten in die richtige Fachabteilung. Dies führt zu einer Verkürzung des Patientenaufenthaltes, da der Patient nicht in einer nicht zuständigen Fachabteilung diagnostiziert wird. Spätere Verlegungen wegen unzureichender Diagnostik im Aufnahmebereich führen zu einer längeren Verweildauer des Patienten und höheren Kosten. Auf der interdisziplinären Aufnahme-station wird frühzeitig die richtige Behandlungsform geklärt.¹¹ Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit werden Fehlbelegungen ausgeschlossen und die Aufnahme in eine „falsche“ Abteilung verhindert. Der Patient wird auf dieser Station aufgenommen und von einem Ärzte-Team unterschiedlicher Fachgebiete untersucht. Hier werden alle diagnostischen Maßnahmen ausgeführt oder veranlasst und organisiert. Dies beinhaltet außer der Anamnese und körperlichen Untersuchung auch Labor- und die meisten bildgebenden Untersuchungsverfahren. Erst wenn die Diagnose gestellt ist und damit die Behandlung feststeht, wird der Patient in die entsprechende Abteilung verlegt. Auch eine Verlegung direkt in den OP und von dort in die entsprechende Abteilung ist möglich. Für die allgemeinen Pflegestationen kann die Aufnahme-station als Puffer dienen. Nur bei Vollbelegung der Aufnahme-station erfolgt die Aufnahme in einer „zuständigen“ Fachabteilung.

Beispiel 3: Zentrales Belegungsmanagement

Im Rahmen des prozessorientierten Fallmanagements stellt das zentrale Belegungsmanagement die logistische Ergänzung zur interdisziplinären Aufnahme-station dar. Seine Aufgabe ist die Steuerung aller Aufnahmen (geplanter und ungeplanter Patienten), Verlegungen und Entlassungen mit dem einzigen Ziel, den Patienten zur richtigen Zeit einen entsprechenden stationären Behandlungsplatz zur Verfügung zu stellen und dabei die vorhandenen Ka-

pazitäten optimal zu nutzen. Die vorrangigen Steuerungsziele sind Planungssicherheit für Mitarbeiter und Patienten während des Behandlungsverlaufs im Krankenhaus und nachfrageorientierte Bereitstellung von Kapazitäten. Die klassische Trennung der medizinischen Fachbereiche ist hierbei aufgehoben, die Belegung der nach dem Pflegeaufwand unterschiedenen Stationen ist interdisziplinär. Voraussetzungen hierfür sind das Vorhandensein von Echtzeitdaten, z. B. online verfügbare Patientendaten oder freie Bettenkapazitäten, und eine Entscheidungskompetenz des aufnehmenden Arztes, der aufgrund der medizinischen und ökonomischen Bedeutung seiner Entscheidungen entsprechend qualifiziert sein muss.¹²

Chancen und Gefahren durch Prozessoptimierung im Krankenhaus

Das Verbesserungspotential in den Prozessen besitzt grundsätzlich zwei Dimensionen: Zum einen können die Durchlaufzeiten verkürzt werden, indem auf einzelne Teilprozesse ganz verzichtet wird, Teilprozesse zusammengefasst oder ausgelagert und Wartezeiten verkürzt werden. Zum anderen können Schnittstellen abgebaut werden, indem parallel laufende Teilprozesse nur noch einem Prozessverantwortlichen zugeordnet werden. Die Gewinne von Prozessoptimierung im Krankenhaus sind dabei (direkte Auswirkung auf die Parameter der Wertschöpfung jeweils in Klammer):

- die Kürzung der Verweildauer (Kosten),
- die Reduktion der Wartezeiten (Servicequalität),
- die Vermeidung von Redundanzen (Kosten, Servicequalität und u. U. medizinisches Ergebnis),
- die Reduktion der Behandlungsvariabilität (medizinisches Ergebnis) und
- die Verankerung des organisationalen Lernens (medizinisches Ergebnis, Servicequalität und Kosten).

Schon in dieser kurzen Aufzählung wird deutlich, dass die Prozessoptimierung praktisch immer

alle Parameter der Wertschöpfung positiv beeinflusst. Wäre dann in den Krankenhäusern noch eine Informationstechnik nach dem aktuellen Stand verfügbar, kämen weitere Vorteile hinzu. So könnte aus einer Hinterlegung aller Prozesselemente mit Kosten jederzeit eine verursachungsgerechte Prozesskostenrechnung abgeleitet werden, die die Grundlage für ein Kostenbewusstsein und die Elimination von Verschwendung wäre. Die Abbildung klinischer Pfade im Krankenhausinformationssystem würde die Dokumentationsqualität und -effizienz verbessern. Anstelle der bisherigen Praxis, sämtliche Maßnahmen zu erfassen, würden nur die Abweichungen vom Soll-Prozess dokumentiert. Die verständliche Aufbereitung der Prozesse würde es ermöglichen, den Patienten besser über seine Behandlung zu informieren und aufzuklären. Durch diese Partizipation würden das Vertrauen in die sowie auch die Zufriedenheit mit der Behandlung gesteigert werden.

Um Prozessmanagement erfolgreich in Kliniken einzuführen, muss sich das Krankenhausmanagement mit der Methodik auskennen, es den anderen Akteuren im Krankenhaus vorleben und die Umsetzung von Prozessmanagement maßgeblich unterstützen. Dazu gehört auch, die Grenzen der Prozessorganisation zu kennen und zu beachten. Ist eine Aufgabe durch ein hohes Maß sowohl an Differenziertheit als auch Dynamik charakterisiert, sollte man sie als Projekt betrachten und mit den Instrumenten des Projektmanagements angehen. Ebenso häufig treten in Krankenhäusern plötzlich Probleme mit hoher Dynamik auf, die nur mit Improvisation („Ad-hoc-Organisation“) zu lösen sind.¹³ Die Fähigkeit, in Abhängigkeit von Dynamik und Komplexität der Aufgabenstellung, den „idealen“ Organisationstyp zu wählen, verlangt gut ausgebildete und professionell motivierte und engagierte Mitarbeiter.

Dies soll genügen um aufzuzeigen, wie die Prozessoptimierung im Krankenhaus das medizinische Ergebnis und die Servicequalität für den Patienten verbessert und gleichzeitig Verschwen-

dung und Kosten reduziert. Ebenso wie aus dem Küchenmesser durch Zweckentfremdung ein gefährliches Werkzeug werden kann, lässt sich die Prozessoptimierung auch einseitig zur Kostenreduktion einsetzen, dann natürlich um den Preis einer Verschlechterung der Ergebnisqualität. Offensichtlich sieht diese Gefahr auch die deutsche Gesundheitspolitik und steuert mit verschiedenen Gesetzesinitiativen zur Qualitätssicherung gegen,¹⁴ was kein gutes Licht auf das Verantwortungsbewusstsein und die Professionalität des Führungspersonals von Krankenhäusern wirft.

Führung

Hierarchische, statusbewusste Führungsstrukturen im Krankenhaus begünstigen einseitiges Zuschneiden von Arbeitsprozessen auf die Bedürfnisse von Führungskräften. Dieses kann ihnen eine angenehme und effiziente Arbeitsweise ermöglichen, dem stehen jedoch Zeit-Kosten auf Seiten der Mitarbeiter gegenüber, so dass das vermeintlich effiziente Verhalten Einzelner zur Ineffizienz der Gesamtorganisation führt. Berner rechnet die Kosten der „Hierarchie des Wartens“ vor: So führt eine zehnminütige Verspätung eines Oberarztes bei sechs wartenden Mitarbeitern zu einem Zeitverlust von 60 Minuten. Noch gravierender wirkt sich dies bei einer Chefarztvisite mit 15 Teammitgliedern aus. Eine zehnminütige Verspätung des Chefarztes summiert sich zu einem 150-minütigen Arbeitszeitverlust für die gesamte Station mit entsprechend negativen Konsequenzen für das Arbeitsklima und den Ablauf funktionsbereichsübergreifender Prozesse.¹⁵

Die Umsetzung einer organischen Organisationsform zählt zu den aktuellen Herausforderungen des Krankenhausmanagements. Sowohl für Führungskräfte als auch für Mitarbeiter im Krankenhaus erfordert dies die Entwicklung zusätzlicher Kompetenzen in der Arbeitsorganisation, Kooperation und Koordination, Delegation bzw. Übernahme von Entscheidungsbefugnissen und Verantwortung sowie in den Bereichen Kom-

munikation und soziale Interaktion. Studien über die Belastungen und Lebenszufriedenheit von Krankenhausärzten belegen, dass lange Arbeitszeiten verbunden mit hohen Erwartungen der Patienten und unzureichender Unterstützung die psychosoziale Gesundheit von Ärzten beeinträchtigen. Hinzukommt, dass sich viele Ärzte unzureichend für Kommunikation und Führungsaufgaben ausgebildet fühlen. Seitens der Krankenhausleitungen ist dieses Problem bislang vernachlässigt worden. Die Bundesärztekammer hat den Handlungsbedarf erkannt und mit ihrem „Curriculum Ärztliche Führung“ den Betroffenen eine Hilfestellung an die Hand gegeben.¹⁶

Die konsequente Ausrichtung der Krankenhäuser an den Herausforderungen der Zukunft darf daher nicht auf der organisatorischen Ebene verhaftet bleiben, sondern muss die Ebene des Managements und der Führungskultur einschließen. Ziel ist es, das Krankenhaus wieder zu einem attraktiven Arbeitgeber zu machen. Dies erfordert sowohl strukturierte Personalentwicklungskonzepte als auch eine systematische Analyse der Strukturen und Aufgabenfelder auf der Führungsebene.¹⁷ Im Krankenhaus kommt es darauf an, dass die Mitarbeiter als Mediziner und Manager Fachleute sind und als Ärzte und Pfleger kreative und empathische Menschen.

Referenzen

- 1 Hagenbichler E., *Das österreichische LKF-System*, Bundesministerium für Gesundheit, Wien (2010), S. 13-36
- 2 Vogd W., *Management im Krankenhaus – Eine Fallstudie zur Bearbeitung der Innen- und Außenspannungen unter den Bedingungen des deutschen DRG-Systems*, Berlin J Soziol (2017); <https://doi.org/10.1007/s11609-017-0332-8>
- 3 Kühn K., Schmid W., *VAO-Simulation im Gesundheitswesen*, mt | medizintechnik (2013); 133: 143-149
- 4 Jörg J., *Ethik und Ökonomie in der Medizin*, in: Jörg J., *Berufsethos kontra Ökonomie*, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, (2015); S. 8-21
- 5 Jonitz G., *Value Based Healthcare*, Ärzte Woche (2016); Ausgabe 42, Springer-Verlag GmbH, Wien
- 6 Mad P., Johanson T., Guba B., Wild C., *Klinische Pfade, Systematischer Review zur Ergebnismessung der Wirksamkeit klinischer Pfade*, Endbericht, Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien, (2008), S. 21-38
- 7 Rotter T., Kinsman L., James E. L., Machotta A., Gotthe H., Willis J., Snow P., Kugler J., *Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review)*, Cochrane Database of Systematic Reviews (2010); Issue 3, Art. No.: CD006632, DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2
- 8 Schwarzbach M., Hasenberg T., Linke M., Kienle P., Post S., Ronellenfitsch U., *Perioperative quality of care is modulated by process management with clinical pathways for fast-track surgery of the colon*, Int J Colorectal Dis (2011); 26: 1567-1575
- 9 Becker K., Lenz S., Thiel M., *Pflegearbeit zwischen Fürsorge und Ökonomie, Längsschnittdanalyse eines Klassikers der Pflegeausbildung*, Berlin J Soziol (2016); 26: 501-527
- 10 siehe <https://www.klinikstandards.de/> und <https://www.medstandards.ch/> (letzter Zugriff am 31. Juli 2017)
- 11 Muehlenberg K., Wiedmann K. H., Rey G., *Interdisziplinäre Aufnahmestation, Effektives Instrument zur Behandlungssteuerung*, Deutsches Ärzteblatt (2002); 99: A 3452-3454
- 12 Morton A., Brunkhardt A., *Zentrales Belegungsmanagement, Optimierung der Kapazitätensteuerung*, BDO AG, Köln (2016), S. 1-3
- 13 Daniel K., *Managementprozesse und Performance*, Gabler Verlag, Wiesbaden, (2008), S. 1-15
- 14 Bundesministerium für Gesundheit, *Qualitätssicherung im Krankenhausbereich*, Referat I „Internet, Soziale Netzwerke“, Bonn Berlin (2017), <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/qualitaetssicherung.html> (letzter Zugriff am 31. Juli 2017)
- 15 Berner W., *Zeitmanagement im Krankenhaus, Versteckte Produktivitätsreserven*, Deutsches Ärzteblatt (2006); 103: A 1924
- 16 Bundesärztekammer, *Curriculum Ärztliche Führung, Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung*, Berlin (2007), Band 26
- 17 Vogd W., siehe Ref. 2

Studie: Zeit für Patientengespräche stärkt Vertrauen und Behandlungserfolg

Wenn Ärzte ihren Patienten einfühlsam begegnen, kann das den Therapieverlauf positiv beeinflussen. Wann aber werden Ärzte, Therapeuten und Pflegende von Patienten als empathisch erfahren? Eine Meta-Analyse der Patientenbewertungen von 64 Studien aus 15 Ländern zeigt: Zeit, Geschlecht und Herkunft spielen eine Rolle für den „Empathie-Faktor“.

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist ein wichtiger Empathie-Faktor. Je länger es dauert, umso mehr fühlen sich Patienten verstanden. Ärzte, die sich zehn Minuten oder länger Zeit nahmen, wurden mit 15 Prozent mehr Punkten bewertet. Das medizinische Hilfspersonal (Arzthelferin, MTA etc.) hatte mit 45,29 Punkten den besten Draht zu den Patienten, Medizinstudierende wurden mit 41,35 Punkten als emphatischer erlebt als ausgebildete Ärzte (39,98 Punkte). Generell wurden Frauen besser beurteilt als Männer. Am besten schnitten Mediziner in den USA, Australien und Großbritannien ab.

Die Empathiefähigkeit des Arztes ist mittlerweile zu einem eigenen Forschungsgegenstand geworden. Die sog. CARE-MEASURE (*Consultation and Relational Empathy*) ist ein Instrument, mit dem die Patienten die Empathiefähigkeit ihres Arztes beurteilen können. Der 10-Punkte-Fragebogen gibt u. a. Auskunft, ob die Patienten ihre „Geschichte“ ohne unterbrochen zu werden vortragen konnten, ob der Arzt wirklich zugehört, sie als ganze Person wahrgenommen und ihre Bedenken verstanden hat und ob ein Behandlungsplan gemeinsam entworfen wurde.

Studienleiter Jeremy Howick von der *Universität Oxford* und seine Mitarbeiter können auf Studien verweisen, in denen die Patienten weniger Schmerzen und Angst angaben, wenn sie ihren Arzt als besonders einfühlsam empfunden hatten. Vorangegangene Forschung hatte bereits versucht zu erklären, wie Vertrauen Gesundheitsergebnisse beeinflussen kann, etwa durch mehr Offenheit der Patienten, durch einen möglichen Placebo-Effekt oder aufgrund einer zuverlässigeren Befolgung ärztlicher Anweisungen. In einigen Fällen scheint Ärzten jedoch Einfühlungsvermögen zu fehlen oder im Laufe ihrer beruflichen Praxis abzunehmen, stellen die Wissenschaftler fest. Als möglichen Ursachefaktor nennen die Autoren die Belastung durch bürokratisches Arbeiten.

BMC Medical Education (2017); 17: 136

Deutsches Ärzteblatt, 25.8.2017 (online)

Kritik an Netflix-Serie: Verharmlosende Suizid-Darstellung führt zu Nachahmung

Anlässlich des Welttages für Suizidprävention am 10. September mehrte sich scharfe Kritik an der umstrittenen Netflix-Serie *Tote Mädchen lügen nicht* (Originaltitel: *13 Reasons Why*). Die Serie mit dem Zielpublikum Jugendliche startete am 31. März 2017. Bereits in den ersten 19 Tagen nach Beginn der Ausstrahlung gab es 900.000 bis 1,5 Millionen zusätzliche Online-Suchanfragen zu Suizid und Suizidmethoden (z. B. „Wie begeht man Selbstmord?“). Dies zeigt eine kürzlich in *JAMA Intern Med* veröffentlichte Studie. Wenn Suizide verharmlost und als Lösung von Problemen dargestellt werden, bringt dies für vulnerable Menschen ein potentiellies Risiko der Nachahmung („Werther-Effekt“) mit sich. Die Ausstrahlung von *Tote Mädchen lügen nicht* wurde in Deutschland bereits verboten, der *Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)* fordert nun auch ein „dringendes Verbot“ für Österreich.

Im Mittelpunkt der Netflix-Serie steht der Selbstmord der 17-jährigen Hannah, der in einer dreiminütigen Szene bis ins Detail dargestellt und als letzter Ausweg präsentiert wird. Anfang Mai 2017 wurde die Produktion einer 13-teiligen zweiten Staffel der Netflix-Serie bestätigt, die 2018 ausgestrahlt werden soll.

„Die Darstellung der Suizid-Problematik im Fernsehen ist wichtig für die Entstigmatisierung. Aber es kommt auf das ‚Wie‘ an“, schreiben Wissenschaftler des *Zentrums für Public Health, Unit Suizidforschung*, an der *MedUni Wien* im Editorial des *British Medical Journals*. Tenor der Experten: Es wäre besser zu zeigen, wie man nach einem Suizidversuch weiter leben kann, wie es gelingt, danach sein Leben zu managen. Es gäbe immer einen Ausweg. Das Team um Thomas Niederkrotenthaler hat auch maßgeblich an der Überarbeitung der WHO-Empfehlungen für die Darstellung von Suizid in Medien mitgewirkt. Diese werden anlässlich des Welttages für Suizidprävention in Genf präsentiert (vgl. *Kurier*, online, 23.8.2017). Präventive Angebote in Österreich gibt es auf der Website der *Suizidprävention Austria (SUPRA)*. *JAMA online July 31 (2017)*, doi:10.1001/jamainternmed.2017.3333

Deutsches Ärzteblatt, 31.8.2017 (online)

BMJ (2017); 358, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j3876>, Published 22 August 2017

RdU Recht der Umwelt**Wien, Zeitschrift in Deutsch**

24. Jahrgang, Heft 4, 2017

Wilhelm Bergthaler, Eva Schu-
lev-Steindl, Ferdinand Kerschner:
Editorial: Klimaschutz - nicht
einmal mehr in Niederösterreich
Schwerpunkt: Abfall und Wasser-
recht;

Rainer Weiß: Die Rechtsprechung
des EuGH zum Abfall- und Wasser-
recht in den Jahren 2015 und 2016;
Ferdinand Kerschner: Nachbar-
rechtlicher Ausgleichsanspruch für
Betriebsentgang wegen ortsunüb-
licher Staubimmissionen beim Bau
eines Wasserkraftwerks. OGH 25. 1.
2017, 7 Ob 128/16y.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

63, 3/2017

Abhandlungen:

Anette Riedel, Anne-Christin

Linde: Menschen mit Demenz im
Krankenhaus - Exemplarische ethi-
sche Konfliktfelder und situative
Effekte;

Benjamin Volmar, Michael Löhr,
Axel von Bierbrauer zu Brennstein:
Menschen mit Demenz im Allge-
meinkrankenhaus - Die Heraus-
forderung der ökonomisierten
Behandlung und der notwendigen
Individualität;

Andrea Newerla: Demenz als
kritisches Moment: Ordnungsver-
suche im Akutkrankenhaus;

Michael Wunder: Selbstbestim-
mung und Demenz - Herausforde-
rung für die Behandlung dementer
Patienten im Krankenhaus;

Verena Wetzstein: Menschen mit
Demenz im Krankenhaus. Eine
Frage der Ethik.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in
Deutsch

25. Jahrgang, Heft 3 2017

Leitartikel:

Robert Deinhammer SJ: Das Ver-
hältnis von Moral und Religion;
Joachim Güntzel: Der Mensch
agiert immer als Ganzes - oder: Ein
philosophisch fundiertes Men-
schenbild für die ökonomische
Theorie;

Markus Moling: Darf der Mensch
Wildtiere jagen? Ethische Reflexi-
onen zum Thema Jagd;
Angelika Walser: Zwischen
reproduktiver Autonomie und
Vulnerabilität. Theoretisch-ethi-
sche Anmerkungen zu (Social) Egg
Freezing/Eizellenspende.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
Band 29, Heft 3, 2017

Editorial:

Gerald Neitzke, Daniel Strech: Qua-
lität und Ethik - Beiträge zur guten
Gesundheitsversorgung;

Originalarbeiten:

Settimo Monteverde, Cornel
Schluss: Der Umgang mit „second
victims“ als organisationsethische
Aufgabe;

Christoph Rehmann-Sutter: PID auf
Aneuploidie des Embryos? Ethische
Überlegungen zur Auslegung des
§ 3a des Embryonenschutzgesetzes
in Deutschland;

Daniel Kersting: Tod des Körpers
oder Tod der Person? Philoso-
phisch-anthropologische Unter-
suchungen zu einem integrativen
Todeskonzept.

**The National Catholic Bioethics
Quarterly**

Philadelphia, Zeitschrift in
Englisch

17 Jahrgang, Heft 1, 2017

Articles:

David A. Prentice: The Genetic
Engineering of Animals and Plants
and the Boundaries of Stewardship;
David Albert Jones: Editing Out the

Embryo. The Debates over Human
Genome Editing in the United
Kingdom and the United States;
Rev. Kevin Fitzgerald, SJ: Human
Genome Editing. A Catholic Per-
spective

Menschenwürde als Prinzip des Rechts. Eine rechtsphilosophische Rekonstruktion

Markus Rothhaar
 Perspektiven der Ethik 4
 Verlag Mohr Siebeck, Tübingen 2015
 364 Seiten
 ISBN 978-3-16-153558-1

Nicht anders denn als ein Grundlagenwerk, das lange diese Bedeutung als Fundament einer schlüssigen Argumentation in Fragen des Menschen- und Lebensschutzes behalten wird, wird man Markus Rothhaars maßgebliches Buch über *Die Menschenwürde als Prinzip des Rechts* bezeichnen müssen. Der Verfasser ist Inhaber der Stiftungsprofessur für Bioethik an der Katholischen Universität Eichstätt und seit langer Zeit ausgewiesener Fachmann auf seinem Gebiet. Er kennt auf eine bewundernswerte Weise gleichermaßen die politische, juristische und philosophische Debatte über den heute so um- und bestrittenen Begriff der Menschenwürde, so dass in seinem hier vorzustellenden Buch drei Betrachtungsweisen zusammengeführt werden, die gemeinhin kaum voneinander Kenntnis nehmen, weil sie sich in den Grenzen des jeweiligen eigenen Faches bewegen. Nicht zuletzt darin besteht der Gewinn für den Leser, der einen hervorragenden – drei Disziplinen umfassenden – Gesamtüberblick erhält. Kein anderes mir bekanntes Buch zum Thema leistet das in einer vergleichbaren Tiefe. Gewinn bringt diese Zusammenschau jedoch auch in einer ganz anderen Hinsicht: Rothhaar ist in der Lage, Schwachstellen der jeweiligen – herkömmlicherweise in den Grenzen der drei genannten Disziplinen geführten – Diskussion auszumachen und aufzudecken. Und macht davon zur Freude und zum Gewinn des Lesers reichlichen Gebrauch.

Der Verfasser plädiert mit zahllosen, gewichtigen Argumenten gegen die heute übliche Abkoppelung des Grundsatzes der Menschenwürde von den aus ihm genährten und abgeleiteten Feststellungen der Menschenrechte – mit der weitreichenden Schlussfolgerung: „Verletzungen der Menschenwürde haben stets die Gestalt der Ver-

letzung eines konkreten Menschenrechts.“ (S. 327) Dass Rechte – Grundrechte – miteinander in Widerstreit geraten können, hält Rothhaar für eine Phantomdebatte, die sich allerdings dann – und nur dann – einstellt, wenn Grundrechte vorrangig als Anspruch auf Güter missverstanden werden. Das aber sind sie in erster Linie genau nicht, sondern sie sind allem voran Ansprüche auf die ausschließliche Verfügung über bestimmte Güter, also Befugnisse, andere von der ihnen zurechenbaren Verfügung über diese – meine – Rechtsgüter auszuschließen. (S. 329) Das Recht auf körperliche Unversehrtheit zum Beispiel eröffnet nicht den Anspruch auf die staatlich zu gewährleistende und zu befördernde Unversehrtheit des Leibes, sondern ist das Recht, alle anderen Menschen von jedweder Verfügung über den eigenen Leib auszuschließen (ebd.) Dass heute die herrschende Meinung in der deutschen Rechtswissenschaft dem falschen Verständnis eines Anspruchsrechtes folgt, führt in eine Fülle hausgemachter, am Ende unlösbarer (Schein-) Probleme, die gleichwohl tagtäglich Gesetzgebung und Rechtsprechung herausfordern und in Anspruch nehmen – wenn zum Beispiel behauptet wird, zwischen dem Lebensrecht von Embryonen und der Freiheit der Forschung sei eine Abwägung erforderlich, die nur und nur dann zugunsten des Lebensschutzes ausfalle, wenn man auf die – immer wieder in ihrer Bedeutung umstrittenen – Menschenwürde als Instrumentalisierungsverbot zurückgreift (S. 331): jene klassisch gewordene Objektformel, die auf Günter Dürigs Kommentierung zurückgeht und in deren Licht der erste Absatz des ersten Artikels der deutschen Verfassung nach verbreiteter Meinung zu verstehen sei.

Rothhaar schreibt dazu, auf die eigene Argumentation Bezug nehmend, unmissverständlich: „Im Rahmen der hier vorgestellten Theorie der Rechte ist ein solcher Rückgriff aber überhaupt nicht erforderlich.“ (S. 331) Ein Beispiel dazu aus der aktuellen Debatte: Es gibt kein Recht auf Forschungsfreiheit, das erlauben könnte, die körperliche Unversehrtheit eines anderen Menschen

zu verletzen. Das Scheinproblem einer Kollision entsteht gar nicht erst, wenn man von vorne herein ein subjektives Recht so bestimmt, wie es die Verfassung vorsieht: als Verbot einer Verfügung seitens Dritter. Ähnlich verhält es sich bei der Rettungsfolter: „Die Durchsetzung eines Rechts gegenüber einem Rechtsverletzer kann in keiner denkbaren Hinsicht ein Recht des Rechtsverletzers verletzen. Denn jedem Recht korrespondiert analytisch eine Befugnis, die Achtung dieses Rechts zu erzwingen.“ (S. 331 f.) Und es ist nicht zu begründen, dass ein Rechtsverletzer ein Recht hätte, nicht von seiner Rechtsverletzung abgehalten zu werden – denn anderenfalls hätte er ja ein Recht, die Rechte seines Opfers zu verletzen. Welche Absurdität zeigt sich in diesem Denken, das heute gleichwohl herrschende Meinung der Rechtsprechung in Deutschland ist! Eine Notwehr- oder Nothilfehandlung kann, so Rothhaar, niemals eine Rechtsverletzung, geschweige denn gar eine Menschenwürdeverletzung sein. (S. 332)

Und schließlich, schlussgefolgert im Blick auf den vielleicht strittigsten Fall, für den solche scheinbaren Kollisionen zwischen zwei angeblich widerstreitenden Grundrechten – dem eines Ungeborenen und dem seiner Mutter – immer wieder geltend gemacht wird: „Wenn die Auffassung des Bundesverfassungsgerichtes richtig ist“ – woran mit guten Gründen gar nicht gezweifelt werden kann –, dass „ungeborene menschliche Lebewesen bereits als Träger von Menschenwürde und Menschenrechten anzuerkennen sind, dann würde es den vermeintlichen ‚Konflikt‘ zwischen dem Lebensrecht des Embryos bzw. Fötus und der Menschenwürde der Schwangeren – oder gar zwischen der Menschenwürde des Ungeborenen und der Menschenwürde der Schwangeren –, der zuweilen behauptet wird, überhaupt nicht geben. Das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren würde dann nämlich von vornherein gar kein Recht implizieren, über das Leben des Embryos bzw. Fötus zu verfügen, und damit würde auch die strafrechtliche Durchsetzung des Lebensrechts des Ungebo-

renen keinerlei Recht auf Seiten der Schwangeren beeinträchtigen.“ (S. 332) Denn da das „Leben eines Subjekts nichts anderes ist als das Sein der Subjektivität selbst, stellt jeder Angriff auf das Leben eines anderen Subjekts eine Form der Anerkennungsverweigerung dar, die in ihrer Radikalität und Grundsätzlichkeit von keiner anderen Rechtsverletzung erreicht wird.“ (S. 333) Das Lebensrecht eines jeden Menschen kann nicht anders denn als unantastbar – und somit nicht verhandelbar – begriffen werden: als Fundament und Prinzip aller übrigen, sich aus ihm nachfolgend ergebenden Rechte.

Die Menschenwürde, wie sie in Art. 1 Abs. 1 GG festgeschrieben wird, ist ein Prinzip: der Geltungsgrund der Menschenrechte und der Maßstab jeglicher Abwägung zwischen Rechtsansprüchen. Sie ist kein eigenes Recht, das den anderen Rechten – gleichsam als Einzelrecht – übergeordnet ist und entsprechend für sich auszulegen wäre, wie es heute jedoch in der deutschen Rechtsprechung nahezu ausnahmslos geschieht – mit der Folge des tatsächlich so ergangenen höchstrichterlichen Entscheids, das ‚Recht auf Menschenwürde‘ gewährleiste zwar ein unantastbares und unabwägbares Recht auf den Besitz einer Bratpfanne, aber nicht auf den einer Kaffeemaschine! Sic! Auf der Linie dieses richterlichen Beschlusses und des ihm zugrunde liegenden Rechtsverständnisses wird die Annahme eines vermeintlichen ‚Rechts auf Menschenwürde‘ immer häufiger in eine Opposition zu den Menschenrechten gebracht – und wird damit zu einem Werkzeug, mit dem sich die Gültigkeit der Menschenrechte „fast nach Belieben aushebeln lässt. Selbst so zentrale Menschenrechte wie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit werden auf diese Weise ihrer Menschenwürderelevanz entkleidet, so dass dem Juristen selbst eine vorsätzliche, widerrechtliche Tötung nicht mehr per se als Verstoß gegen den Menschenwürdegrundsatz gilt.“ (S. 324) Welch erschreckender Befund!

Unter Menschenwürde hingegen ist, so Rothhaar, jener Grundsatz zu verstehen, von dem aus sich bestimmte Menschenrechte, allen voran das

Recht auf Leben und der Grundsatz der Gleichbehandlung, als unantastbare Rechte bestimmen und von allen abwägbaren Rechten unterschieden sind. (S. 335) Unterscheidungskriterium zwischen abwägbaren und unabwägbaren Rechten ist demnach, so Rothhaars entscheidende Feststellung, ob ein bestimmtes Menschenrecht das innerliche Subjekt-Sein schützt oder ‚nur‘ eine einzelne, veräußerlichte Form des Subjekt-Seins.

Rothhaars Schrift bringt die Sache – gleichermaßen nüchtern wie schlüssig, klar, klug und streng durchdacht – auf den Punkt. Man fragt sich am Ende, warum ein solches Buch, das sich der Anstrengung gewissenhaft-wissenschaftlich getroffener Unterscheidungen unterzieht, so wenig wahrgenommen wird – auch und gerade in den Disziplinen, denen es sichtigend und klärend verpflichtet ist. Ist es die Abneigung gegenüber den Mühen und Anstrengungen durchdachter Begriffsbildungen? Ist es vielleicht der Hochmut derjenigen, die lebenslang unkündbar auf Lehr- und Richtersthühlen sitzen? Ist es die Einbildung, alles schon besser zu wissen? Wer Rothhaars Buch liest, wird aufgerüttelt, obwohl der Verfasser auch in seiner Sprache einer denkbar nüchternen Sichtweise folgt; es ist die bestechende Klarheit seiner Gedankenführung, die einem eindringlichen Weckruf gleichkommt. Man muss das Buch deshalb dringend allen Seiten im Kampfgetümmel empfehlen – den Befürwortern der herrschenden Meinung wie deren Gegnern, den Lebensschützern wie deren Widersachern. Alle – wohlgemerkt: alle – können unsäglich viel lernen von diesem Buch: vor allem über die Unzulänglichkeit eigener Stereotypen und die Kraft schlüssiger Argumentation.

Dieses Buch ist ein Glücksfall – und man spürt, dass es die Frucht einer jahrelangen Beschäftigung mit jenen Fragen, um die es entscheidend geht, ist. Man könnte es als den wohlgestalteten Zwilling eines anderen Grundlagenwerkes bezeichnen, nämlich der Arbeit von Christoph Enders über die Dogmatik des Artikel 1 des deutschen Grundgesetzes, unter dem Titel *Die Menschenwürde in der*

Verfassungsordnung im gleichen Verlag Mohr Siebeck im Jahr 1997 erschienen.

Dem Wissenschaftler, der diese Besprechung verfasst hat, bleibt der Dank an den Verfasser für ein so wichtiges und kluges Buch, das auf lange Zeit den Standard beschreibt, hinter den keiner mehr zurückgehen kann, der sich zum Thema sachkundig äußern will. Und es bleibt die Hoffnung, dass am Ende dann vielleicht doch irgendwann noch zur herrschenden Meinung wird, was sich durch die größte gedankliche Klarheit in der Erwägung aller Gründe und Gegengründe auszeichnet. Das ist eine Hoffnung, nicht mehr und nicht weniger – aber diese Hoffnung allein trägt alle wissenschaftliche Anstrengung.

C. Böhr

Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit

Giovanni Maio
Trias-Verlag, Stuttgart 2014
207 Seiten
ISBN 978-3-8304-6749-6

In seinem Buch „Medizin ohne Maß“ geht es dem Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio nicht, wie er selber schreibt, „um Verbote und Beschneidungen mit erhobenem Zeigefinger“, sondern um eine Ethik, die als „Anleitung zu einem guten Leben“ verstanden werden soll.

Die Grundthese des Buches lautet: „Das erfüllte Leben ist nur möglich, wenn der Mensch einen guten Umgang mit der Grenze des Machbaren erlernt“. Damit will Maio vor allem Nachdenklichkeit hervorrufen, und das gelingt ihm in hervorragender Weise.

Kapitel 1 befasst sich mit den Methoden der Reproduktionsmedizin. Mit Scharfsinn werden die vielen Probleme und Fragezeichen die mit der In-vitro-Fertilisierung (IVF) verbunden sind, analysiert und auf deren Auswirkungen wie z. B. auf Leihmutterchaft und Eizellspende, aber auch auf die psychischen Schäden eines künstlich erzeugten Kindes aufmerksam gemacht. Es verwundert allerdings,

dass Maio trotzdem die künstliche Befruchtung als einen „großen Fortschritt und einen Segen für viele“ ansieht. Die Tatsache, dass die routinemäßige Herstellung von sogenannten Tausenden „überzähligen Embryonen“ auf Vorrat, die später vernichtet werden, selbstverständlicher Teil der IVF sind, wäre zumindest erwähnenswert gewesen.

Kapitel 2 behandelt die Themen Pränataldiagnostik (PND), Präimplantationsdiagnostik (PID) und Abtreibung. Der Autor kommt dabei zu dem Schluss, dass unsere Gesellschaft bereits unmerklich die routinemäßige Selektion von Menschen „verinnerlicht“ hat. Bei der Abtreibung weist der Autor mit Recht darauf hin, dass deren Freigabe mitnichten den schwangeren Frauen diejenige Freiheit gebracht hat, von der sie geträumt haben. Im Gegenteil: In einer Studie gaben 39 Prozent der befragten Frauen an, dass die Entscheidung zur Abtreibung vor allem auf Druck der Umgebung erfolgt ist. Viele Frauen haben nach einer Abtreibung psychische Probleme und werden mit ihrem seelischen und moralischen Konfliktpotential alleine gelassen.

In *Kapitel 3* beschäftigt sich der Medizinethiker mit dem Phänomen des sog. Enhancement, also der Leistungssteigerung mit Hilfe von Medikamenten. Er weist jedoch darauf hin, dass sich ein gelungenes Leben nicht an den Vorgaben der Leistungsgesellschaft orientieren kann, sondern vielmehr im Blick auf die Überraschungen, die das Leben bereithält. Die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben könne jedenfalls nicht mit einer Pille hergestellt werden.

Das *Kapitel 4* greift das neue Konzept des sog. Empowerment auf: Aktivierung zur Eigenverantwortung und parallel dazu Rückzug des Staates aus seiner Fürsorgepflicht. Das Kapitel behandelt eindrucksvoll die schleichende Auffassung von Krankheit als Schuld und zeigt, dass Eigenverantwortung nur dann funktioniert, wenn sie in gesellschaftlicher Verantwortung verankert ist. Die größte Gefahr eines zu einseitigen Kultes der Eigenverantwortung liegt nach Maio darin, „dass unsere Gesellschaft versucht sein könnte, unter Verweis

auf die Verantwortung des Einzelnen, die soziale Errungenschaft der Solidarität aufzugeben.“

Kapitel 5 ist der Transplantationsmedizin gewidmet. Maio setzt sich dafür ein, dass in dem „ganzen System Transplantationsmedizin ein Vertrauen erweckender Umgang“ etabliert werden muss: durch ein Ernstnehmen der Sorgen, Befürchtungen und Bedürfnisse aller Beteiligten, durch einen offenen Umgang mit den Kriterien des Hirntodes, sowie durch eine Kultur der Trauer und des Abschieds. Er setzt sich auch im Rahmen der Hirntoddefinition mit einigen irritierenden „Lebensphänomenen“ beim Hirntoten auseinander, wie z. B. die Austragung einer Schwangerschaft, Wundheilung, Geschlechtsreife etc. und verweist dabei auf die Grenzen naturwissenschaftlicher Erklärungsversuche bei der Trennung von Leib und Seele beim Eintritt des Todes. Hier handle es sich um eine philosophisch-religiöse Frage, auf die die Naturwissenschaft keine Antwort geben kann. Ärztinnen und Ärzte wären daher gut beraten, in diesem Zusammenhang ein „möglichlicherweise unaufhebbares Nichtwissen stehen zu lassen“.

Kapitel 6 handelt vom Wert des Alters und nimmt den gegenwärtigen Boom der Anti-Aging-Medizin kritisch in den Blick. Altsein wird von Maio als eine Lebensphase beschrieben, in der man mit einer besonderen Erkenntnisfähigkeit für das Wesentliche beschenkt wird: mit einer Klärung und Vertiefung des Blicks für die Grundbedingungen des Menschseins. Insbesondere weist der Medizinethiker auch darauf hin, dass das Alter unsere Gesellschaft daran erinnert, dass nicht Abhängigkeit (Autonomie), sondern Angewiesenheit eine „Grundsignatur“ des Menschen darstellt.

Weniger wird über andere drängende Probleme der heutigen Altersmedizin reflektiert, nämlich z. B. über den Umgang mit der zunehmenden Anzahl von Demenzkranken oder über die vielfach praktizierte Sondenernährung bei hochbetagten, bettlägerigen Patienten.

Kapitel 7 beschäftigt sich mit dem Für und Wider einer Patientenverfügung und deren Interpre-

tationsschwierigkeiten und Scheinsicherheiten. Maio ist der Meinung, dass der Forderung nach einer Patientenverfügung nicht zuletzt ein verlorenes Vertrauen in die Humanität der modernen Medizin zugrunde liegt, das wiedergewonnen werden muss.

Das letzte Kapitel 8 handelt vom „guten Sterben“ und dem verfehlten Ansatz der sog. aktiven Sterbehilfe. In einer tiefsinnigen Analyse zeigt Maio, der selbst Arzt ist, dass sich Sterben letztlich, auch wenn Menschen selbst Hand an sich legen, einer absoluten Kontrollierbarkeit entzieht. Die Forderung von Menschen in extremer Not, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, erscheint viel zu „abstrakt“, um von einer autonomen Entscheidung sprechen zu können. Darüber hinaus sei eine Gesellschaft, die den Suizid als legitim und vernünftig erachtet, gefährlich. Denn wenn die Autonomie des Sterbenden über alles andere gestellt wird, dann wird der Gedanke der Fürsorge sekundär. Deshalb plädiert der Autor für eine neue Kultur des Sterbens: Ärztinnen und Ärzte sind angehalten, ihren Patienten dabei zu helfen, ihr Leben auch mit den schwersten Einschränkungen nicht als sinnlos anzusehen. Also ein Plädoyer für eine Kultur des Beistands und der Sorge sowie der Ausrichtung auf die Sinnfrage und auf die Dankbarkeit für das Leben als Geschenk. Wenn nämlich der Sterbende sein Leben als Geschenk begreift, kann dieser Gedanke sehr tröstlich sein, weil er ihn frei macht von Ansprüchen an dieses Leben, die nicht erfüllt werden können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Giovanni Maio in diesem Buch eine ganze Reihe von aktuellen medizin-ethischen Fragen kurz und eindrucksvoll aufgreift. Er kritisiert dabei Grenzüberschreitungen einer Medizin, die sich der Mentalität uneingeschränkter Machbarkeit verschrieben hat und tritt hingegen für eine neue Ethik der Besonnenheit ein. Durchgehend in fast allen Kapiteln des Buches wehrt sich der Autor überzeugend gegen die Geringschätzung bzw. Missachtung eines Lebens mit Behinderung. Schade ist, dass dabei der prinzipielle, uneingeschränkte Schutz des menschlichen Lebens von der Be-

fruchtung an kaum zur Sprache kommt. Dessen Grenzüberschreitung ist wohl eine der größten Verwundungen des Gemeinwohls in der heutigen Zeit. Eine gewisse Tendenz zu einer konsequenzialistischen Ethik ist erkennbar.

Auf alle Fälle ist die Lektüre dieses Buches sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für medizinische Laien wärmstens zu empfehlen.

J. Bonelli

Das Leiden an der verrinnenden Zeit. Eine ethisch-philosophische Untersuchung zum Zusammenhang von Alter, Leid und Zeit am Beispiel der Anti-Aging-Medizin

Claudia Bozzaro
Frommann-Holzboog, Stuttgart (2014)
263 Seiten
ISBN 978-3-7728-2652-8

Alle wollen alt werden, aber niemand will alt sein. Und wenn, dann herrscht das Bild eines aktiven und fitten Seniors vor, der keinerlei Gebrechlichkeit zeigt, allenfalls silbergraues Haar aufweist, innerlich „jung geblieben“ ist, Wellness betreibt, fit ist und auf Reisen geht, ein „junger Alter“ also. Doch: Was unterscheidet dann einen Jungen von einem Alten? Was ist es, wovon wir das Gefühl haben, dass die Jugend es besitzt und das Alter nicht?

Claudia Bozzaro geht dieser Frage in ihrer Dissertation nach, die überarbeitet als Buch unter dem Titel *Das Leiden an der verrinnenden Zeit. Alter, Leid und Zeit am Beispiel der Anti-Aging-Medizin* erschien, und entwickelt darin einen interessanten Ansatz. Der moderne Mensch, so Bozzaro, will nicht deshalb nicht altern, weil er keine Falten, graue Haare oder steife Beine bekommen will. Während genannte Ängste nur Symptome sind, liegt die Angst vor dem Altern in einem viel tiefer liegenden versteckten Leiden: im Leiden an der verrinnenden Zeit.

Leidet jemand an der verrinnenden Zeit, dann leidet er nach Bozzaro an drei verschiedenen Aspekten, die die Zeit in seinem Leben bewirkt. Zunächst leidet er an der Tatsache, dass unser menschliches Leben auf dieser Welt im Tod ein Ende finden

wird. Durch die begrenzte Zeit, die uns zur Verfügung steht, um unser Leben zu leben, sind wir in unserer Selbstverwirklichung stark eingeschränkt. In den vielleicht 80 Jahren Lebensspanne können wir nur einige wenige Pläne und Möglichkeiten verwirklichen. Diese Eingeschränktheit führt den an der Zeit Leidenden zur Frustration und Überforderung, da er endgültige und unrevidierbare Entscheidungen über sein Leben treffen muss. Trifft er eine falsche Entscheidung, verliert er unwiederbringlich Zeit, in der er sonst eine andere Möglichkeit hätte ausleben können. Diese Endgültigkeit der Entscheidungen, die er im Laufe seines Lebens treffen muss, führen zur Angst davor, im Rückblick feststellen zu müssen, vielleicht das Wichtigste und das Richtige im Leben verpasst zu haben – und noch dazu dafür selbst Verantwortung zu tragen.

In der Jugend ist die Dringlichkeit Entscheidungen treffen zu müssen und deren Endgültigkeit noch nicht so spürbar. Simone de Beauvoir spricht davon, dass die Jugend das Leben lebt, als Gegenwart, die sich, reich an Zukunft, dieser entgegenwirft (vgl. Beauvoir 1993, 313). Erst im Alter zeigt sich die Unwiederbringlichkeit des gelebten Lebens. Bozzaro drückt das aus, indem sie sagt, „das Alter hat keine Zeit mehr, es ist sie geworden.“

Genau diese Art Zeit als Fülle wahrzunehmen, ist es, was die Jugend zum Ideal werden lässt und dazu führt, dass das Alter abgelehnt wird. Bozzaro meint sogar, dass die Schönheit der Jugend nur deshalb gesucht wird, weil sie ein Zeichen für die Fülle an Zeit ist, während man einem Menschen mit Falten und grauen Haaren ansieht, dass er nicht mehr über diese Fülle verfügt.

In der Anti-Aging-Medizin sieht Bozzaro das Symptom einer Gesellschaft, die vor der Erfahrung der Endlichkeit flieht. Sie soll über das Alter hinwegtäuschen und dessen Symptome verstecken. Eine ganze Industrie hat sich gebildet, die dem Menschen vormacht, er müsste nur die richtigen Produkte kaufen und anwenden, um für immer jung bleiben zu können. Bozzaro kritisiert, dass der Wunsch immer jung auszusehen nur der Ausdruck

eines ganz anderen Problems sei, nämlich eines Missverhältnisses im Umgang mit unserer eigenen Lebenszeit. Sie weist darauf hin, dass die Anti-Aging-Medizin in einem Bereich wirken will, für den sie gar nicht zuständig sein kann. Das Problem der Vergänglichkeit wird auf eine rein körperliche Ebene reduziert und dadurch erweckt es den Anschein, als ob sie „heilbar“ wäre. Dabei steht nicht im Vordergrund, ein gutes Altern zu ermöglichen, sondern sozusagen die Abschaffung des Alterns, das als Funktionsfehler im System gilt.

Natürlich ist das Leiden an der verrinnenden Zeit nichts für unsere Zeit Spezifisches, es hat schon immer existiert. Allerdings hat es sich unter den modernen Bedingungen von Individualismus und Multi-Optionalität noch mehr zugespitzt. Bozzaro spricht von einer Schere zwischen Lebenszeit und Möglichkeiten, die sich immer mehr aufweiten. Die Erkenntnis, dass jeder Vollzug einer Lebensgeschichte unendlich viele andere Lebensgeschichten ausschließt, wird als bedrückend erfahren. Dies führt aber an der Realität der menschlichen *Conditio* vorbei: Die Gefahr, dass das Individuum über dem aussichtslosen Versuch, mehr Zeit für seine Selbstverwirklichung zu gewinnen, die ihm gegebene Zeit verliert, ist nach Bozzaro groß. Sie plädiert dafür, statt nach einem „fountain of youth“, einem Verjüngungsbrunnen, vielmehr nach einem „fountain of aging well“ zu suchen. In der Endlichkeit des Lebens manifestiert sich nicht zunächst eine Einschränkung, sondern liegt zuallererst die Ermöglichungsbedingung dafür, das eigene Leben sinnvoll zu vollziehen.

Bozzaro stellt ihre ethisch-philosophische Untersuchung zum Zusammenhang von Alter, Leid und Zeit am Beispiel der Anti-Aging-Medizin in den breiten Kontext anderer Disziplinen wie Soziologie, Medizin, Psychologie oder Theologie. Das Buch ist damit eine inspirierende Quelle für Interessierte verschiedenster Fachrichtungen und führt den Leser dazu, sich mit seiner eigenen Endlichkeit auseinanderzusetzen.

M. Gatterburg

Jahresinhaltsverzeichnis des 24. Bandes (2017)

Die angeführten Seitenzahlen entsprechen folgenden Ausgaben:
 Nummer 1 (1-92); Nummer 2 (93-168); Nummer 3 (169-240)

Aus aktuellem Anlass

Bachinger Eva Maria, <i>Leihmutterschaft: „Kind auf Bestellung“</i>	6-10
Merckens Stephanie, <i>Gibt es doch noch Grenzen bei internationalen Leihmutterschaftsverträgen?</i>	98-104
Prat Enrique H., <i>Der Fall Charlie Gard</i>	174-180
Schneider Holm, <i>Bedingungslos? Kinder als Wagnis im Zeitalter der technischen Perfektionierung</i>	11-13

Schwerpunkt

Batthyány Dominik, <i>Drogenprävention: Sucht und Bindung</i>	135-142
Botschev Claudia, <i>Suchtrehabilitation: Symptombewältigung und Sinnentdeckung im Leben</i>	125-134
Feuchtner Monika, <i>Illegale Substanzen: Fakten und Debatten - ein Überblick</i>	105-114
Flatscher-Thöni Magdalena, Voithofer Caroline, <i>Ezellenspende und PID: Offene Fragen des FMedRÄG 2015</i>	45-59
Gahl Klaus, <i>Misstrauen und Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung</i>	191-200
Gerl-Falkovitz Hanna-Barbara, <i>Kinderlosigkeit. Als Schicksal annehmen?</i>	61-69
Kummer Susanne, <i>Leben aus dem Labor. 40 Jahre Reproduktionsmedizin - eine Übersicht</i>	15-34
Lebersorger Karin J., <i>Aus vielen mach drei!</i>	35-43
Mang Harald, <i>Prozessoptimierung im Krankenhaus: Chancen und Gefahren</i>	221-228
Memmer Michael, Willinger Helga, <i>Führt das geltende Medizinrecht zu einer Defensivmedizin?</i>	181-190
Schiltenswolf Marcus, <i>Der Faktor Angst: Ärzte in der Defensive</i>	211-220
Soyka Michael, <i>Einmal süchtig - immer süchtig? Aktuelles aus der Therapieforschung</i>	115-124
Vigil Pilar, Valdés-Undurraga Ismael, del Río Juan Pablo, Serrano Felipe G., <i>The Sperm Journey to Fertilization: a Predetermined Encounter</i>	71-82
Waldhäusl Werner, <i>Normen in der Medizin: Fortschritt oder Fessel?</i>	201-210

Freies Thema

Gronemeyer Reimer, <i>Die soziale Seite der Demenz. Was die Pathologisierung der Demenz verdeckt</i>	143-150
--	---------

Buchbesprechungen

Bachinger E. M., <i>Kind auf Bestellung. Ein Plädoyer für klare Grenzen</i> , Deuticke Verlag, Wien (2015)	85-87
--	-------

- Bozzaro C., *Das Leiden an der verrinnenden Zeit. Eine ethisch-philosophische Untersuchung zum Zusammenhang von Alter, Leid und Zeit am Beispiel der Anti-Aging-Medizin*, Frommann-Holzboog, Stuttgart (2014) 235-236
- Hoffmann T. S., Knaup M., *Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens*, Springer VS, Wiesbaden (2015) 87-90
- Maio G., *Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit*, Trias-Verlag, Stuttgart (2014) 233-235
- Rhonheimer M., *Homo sapiens: die Krone der Schöpfung. Herausforderungen der Evolutionstheorie und die Antwort der Philosophie*, Springer VS, Wiesbaden (2016) 159-162
- Rothhaar M., *Menschenwürde als Prinzip des Rechts. Eine rechtsphilosophische Rekonstruktion*, Verlag Mohr Siebeck, Tübingen (2015) 231-233
- Spieker M., *Gender-Mainstreaming in Deutschland. Konsequenz für Staat, Gesellschaft und Kirchen*, Ferdinand Schöningh, Paderborn (2015) 162-164
- Welsh C., Ostgathe C., Frewer A., *Autonomie und Menschenrechte am Lebensende. Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis*, transcript-Verlag, Bielefeld (2017) 157-159

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor IMABE das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten.

2. Gestalten der Manuskripte

Länge/Umfang: 25.000 – 35.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

Die erste Seite soll enthalten:

1. einen kurzen Titel der Arbeit auf Deutsch und Englisch
2. Name des Autors/ der Autoren
3. Kontaktdaten
4. eine Zusammenfassung des Beitrags (max. 700 Zeichen inkl. Leerzeichen) und 3 – 5 Schlüsselwörter je auf Deutsch und Englisch

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Dateiformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Grafiken werden in Druckqualität (hoher Auflösung) benötigt. Nach Drucklegung werden dem Autor die entsprechenden Belegexemplare zugesandt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher

Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

3. Literatur

Die Zitierung erfolgt in Form von Endnoten, wobei die Nummerierung fortlaufend und die Zitierungszahlen hochgestellt sein sollen.

Bei Zeitschriftenbeiträgen sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen oder erster Autorennamen und „et al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
 2. Beitragstitel
 3. abgekürzter Titel der Zeitschrift nach den internationalen Regeln (Index Medicus)
 4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
 5. Bandnummer mit Doppelpunkt
 6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit
- Beispiel: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
 2. Buchtitel
 3. Verlagsname
 4. Verlagsort(e)
 5. Jahreszahl in runden Klammern
 6. Seitenzahl
- Beispiel: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

1. General information

Submission of an article for publication implies the transfer of the author's comprehensive copyright to IMABE as publisher, including the unlimited right of reproduction and the right of translation into any language. Accepted papers become the permanent property of the publisher.

When submitting manuscripts, the following guidelines should be respected.

The contribution should be provided by the authors in electronic format (MS Word or RTF).

2. Design/ formatting of Manuscripts

Length/scale: 25,000 – 35,000 characters (including blank spaces)

The first page should include:

1. A short title in English and German
2. Name of the author/authors
3. Contact details
4. Abstract of the article (maximum 700 characters including blank spaces) and 3-5 keywords in English and German. (These can be provided by the editor.)

Manuscript pages (including the bibliography) should be numbered. Acknowledgements should be made between end of the main text and before citations or references. Automated footnotes should be used. Tables and figures should be inserted at the appropriate places in the text. All graphics and illustrations need to be in print quality (high resolution). The author will receive copies of the publication once the issue is published.

For the sake of readability, dispense with the simultaneous use of both male and female forms of speech. All

personal descriptions apply to both sexes.

3. References

Citations should be in the form of endnotes with consecutive numbering. Citation numbers in the text should be in superscript.

Articles from journals should be cited in the following manner:

1. Author's name -- or first author's name followed by "et al" -- followed by initials of first name in uppercase letters
2. Title of article
3. Journal in standard abbreviation according to international rules (Index Medicus)
4. Year of publication in parentheses followed by semicolon
5. Volume number followed by colon
6. Pages in which article appeared (first to last page number)

Example: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

Citation of monographs and books should include:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Name of publishing company
4. Location(s) of publishing company
5. Year of publication in parentheses followed by a comma
6. Pages in which work cited appeared (first to last page number)

Example: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

IMABE-Info (www.imabe.org)

AIDS 1: Die Infektion und ihre Verbreitung
AIDS 2: Prävention und Therapie
Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht
Burnout
Drogen
Entschlüsselung des menschlichen Genoms
Ethische Qualität im Krankenhaus
Assistierter Suizid und Euthanasie aus ethischer Sicht
Katholische Kirche zu Sterbehilfe und Euthanasie
Familie und Krankheit
Fehlerkultur in der Medizin
Gender
Gentechnik in der Humanmedizin
Grenzen der Sozialmedizin
Hirntod
In-Vitro-Fertilisation
Kardinaltugenden und ärztliche Praxis
Klonen
Kommunikation und Vertrauen
Lebensqualität in der Medizin
Mifegyne. Die Abtreibungspille RU 486
Mitleid: Mitleiden und Mitleben
Neurowissenschaft
Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva
Ökonomie und Gesundheitswesen
Organtransplantation
Palliativmedizin
Der ethische Ruf der Pharmaindustrie
Pille danach
Pille versus Natürliche Empfängnisregelung

Placebo
Post-Abortion-Syndrom (PAS)
Präimplantationsdiagnostik
Pränatale Diagnostik
Pränatalmedizin
Prävention als moralische Tugend des Lebensstils
Reduktion von Therapie bei Terminalpatienten
Ethik in der Schönheitsmedizin
Schmerz
Schwangerschaftsabbruch in Österreich
Sinnorientierte Medizin
Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen
Risiken der späten Schwangerschaft
Stammzellen
Sucht und Alkohol
Tabakrauchen
Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten
Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht
Viagra. Medikament oder Lustpille?

Stellungnahmen (www.imabe.org)

24. 11. 2014: Stellungnahme zur Novellierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
16. 10. 2014: Stellungnahme „Klares Nein zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung - Für eine Kultur des Beistandes“
13. 02. 2013: Stellungnahme zur Diskussion über die Wirkungsweise der „Pille danach“
24. 04. 2012: Stellungnahme zum Vorschlag zur Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
04. 02. 2011: Stellungnahme zur „Kind als Schaden“-Judikatur

Vorschau

Imago Hominis · Band 25 · Heft 1/2018
Schwerpunkt: Gewissen in der Medizin

Editorial	171	
Current Issues	174	Enrique H. Prat The Charlie Gard Case
Focus	181	Michael Memmer, Helga Willinger Does Current Medical Law Lead to Defensive Medicine
	191	Klaus Gahl Mistrust and Trust in Doctor-Patient Relationships
	201	Werner Waldhäusl Norms in Medicine: Progress or Shackles?
	211	Marcus Schiltewolf The Fear Factor: Doctors on the Defensive
	221	Harald Mang Improvement of Hospital Processes: Opportunities and Threats
News	229	
Journal Review	230	
Book Reviews	231	
Imago Hominis	237	The Index to Volume 24 (2017)