

Ethikkommission bei der Ärztekammer Niedersachsen

Unterkommission zur Beratung anderer berufsethischer Fragen

ÄRZTLICHES SELBSTVERSTÄNDNIS VOR NEUEN HERAUSFORDERUNGEN

(beschlossen von der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen am 25. Februar 2006)

1 Zusammenfassung

Im derzeitigen, von finanziellen Engpässen geprägten Gesundheitswesen stellen sich grundsätzliche Fragen an das gegenwärtige und künftige ärztliche Selbstverständnis.

Aktuelle Situation

1.

Es ist Aufgabe der Ärztin und des Arztes, mit Patientinnen und Patienten in gemeinsamen Gesprächen ein individuelles Behandlungskonzept zu erarbeiten.¹ Diese Gespräche erleben Patienten jedoch häufig als ungenügend. Hinzu kommt, dass Patienten infolge der veränderten gesellschaftlichen Vorstellungen von Krankheit auch medizinisch nicht notwendige Maßnahmen fordern.

2.

Da eine öffentliche Debatte über die Priorisierung von Leistungen bisher nicht stattgefunden hat, bleibt diese weitgehend dem individuellen Arzt-Patient-Verhältnis überlassen. Rationierungen werden im Falle von unveränderbaren offensichtlichen Knappheiten weitgehend akzeptiert. Eine versteckte Rationierung verstößt dagegen sowohl gegen die Rechtsstaatsgarantie als auch gegen Menschenwürde, Gerechtigkeitsprinzip und Solidarität.

3.

In den vergangenen Jahren haben sich Leitlinien als Instrument zur Qualitätssicherung etabliert. Zwar geben sie Ärzten Handlungssicherheit, können aber im individuellen Behandlungsfall oft nur eingeschränkt angewandt werden – dies aus medizinischen und ökonomischen sowie aus Gründen der inhaltlichen Nachvollziehbarkeit.

4.

Aufgrund des Sachleistungsprinzips der Gesetzlichen Krankenversicherung hat der Arzt einen eingeschränkten Handlungsspielraum, kann aber individuelle Gesundheitsleistungen anbieten.

¹ Zu besserer Lesbarkeit wird im weiteren Text ausschließlich die männliche Form verwendet. Inhaltlich sind sowohl die männliche als auch die weibliche Form als einbezogen zu betrachten.

Schlussfolgerungen

ad 1:

Es ist zu begrüßen, dass Patienten heute besser informiert sind als jemals zuvor. Der Arzt bedarf jedoch bei der Einforderung medizinisch nicht indizierter Verfahren seitens des Patienten der Standfestigkeit und des persönlichen Mutes. Die Bereitschaft zum Zuhören und zur Auseinandersetzung mit den Werten des Patienten ist trotz der Belastungen und zeitlichen Knappheit im Alltag Grundlage ärztlichen Handelns. Der Patient hat dabei aber eine Mitwirkungspflicht.

ad 2:

Für die Priorisierung von Gesundheitsleistungen bedarf es dringend einer gesellschaftlichen Debatte. Der Arzt ist einerseits dem Patienten und andererseits der Bevölkerung insgesamt verpflichtet: Bei immanenten Knappheiten ist nach ähnlichen Kriterien wie im Rettungsdienst zu entscheiden, bei individuell nicht lösbaren Problemen besteht eine Verpflichtung für die ärztliche Selbstverwaltung. Bei abnehmendem Grenznutzen einer Diagnostik oder Therapie kann deren Ablehnung geboten sein.

ad 4:

Für individuelle Gesundheitsleistungen müssen dieselben Weiterbildungs-, Fortbildungs- und Qualitätsstandards gelten wie für Leistungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zukunftsperspektiven

Angesichts der derzeitigen Herausforderungen, insbesondere der finanziellen Knappheit und des Leistungsausschlusses, sind Ärzte in Selbstverpflichtung besonders gefordert, ethische Normen ihrer Tätigkeit zu kennen und zu kommunizieren. Moralisch richtiges ärztliches Verhalten muss von entsprechenden allgemeinen berufsrechtlichen und gesetzlichen Regelungen flankiert werden.

2 Einleitung

Die heutige Situation im Gesundheitswesen ist von zunehmenden Engpässen bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung geprägt. Politischer Ausdruck hiervon sind die Kostendämpfungsgesetze der vergangenen Jahrzehnte und die anhaltende Reformdebatte. Thematisch werden einerseits die Gesamtstruktur des Gesundheitssystems und dessen künftige Gestaltung, und andererseits einzelne Aspekte des Versorgungsumfangs diskutiert. Es ist absehbar, dass die bislang beschlossenen und umgesetzten Maßnahmen nicht ausreichen werden, um die Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems langfristig zu lösen. Zudem wird immer noch ausgeklammert, welchen zunehmend bedeutsamen Einfluss die Europäische Union (EU) auf die Finanzierung und den Leistungsumfang des deutschen Gesundheitswesens bekommen hat. Dabei geht es sowohl um die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (Anrecht auf vergleichbare Standards innerhalb der EU) als auch um den Anspruch auf freien Verkehr von Dienstleistungen.

In Bezug auf die ärztliche Tätigkeit hat die derzeitige Situation nicht nur direkte Folgen für den beruflichen Alltag, sondern sie stellt auch grundsätzliche Fragen an

das traditionelle ärztliche Selbstverständnis und seine künftige Ausprägung. Ärztinnen und Ärzte arbeiten heutzutage in einem äußerst ambivalenten Berufsumfeld. Einerseits sollen sie dem gängigen Idealbild des geduldigen, kenntnisreichen, erfahrenen, sorgenden und vertrauenserweckenden Arztes entsprechen, andererseits werden ihr bisher hoher gesellschaftlicher Status und ihre moralische Autorität regelmäßig in Frage gestellt. Hinzu kommt, dass sie als Mitglied in Körperschaften öffentlichen Rechts, d.h. in den Kassenärztlichen Vereinigungen, zusätzliche Normen mitverantworten bzw. hoheitliche Aufgaben erhalten. Folglich werden sie für die Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele – insbesondere der Beitragssatzstabilität – mitverantwortlich gemacht.

Ihre konkrete Arbeit entspricht kaum mehr ihren ursprünglichen Motiven dafür, den Arztberuf zu ergreifen, sondern ist zunehmend von bürokratischer Reglementierung, unsicheren gesetzlichen Regelungen, hohen Patientenansprüchen, großen Haftungsrisiken und unzureichenden Arbeitszeitregelungen charakterisiert. Budgetierungen schränken den Arzt in seinem Bestreben nach dem Besten für den Patienten zunehmend ein. Außerdem ist die ärztliche Berufsausübung seit Jahrzehnten einem Wandel von einem paternalistischen Rollenverständnis hin zu mehr kommunikativen Elementen und Teamarbeit unterworfen. Therapeutische Erfolge und der Umgang mit Patienten werden hinsichtlich ihrer Konsequenzen hinterfragt, das Ansehen der Ärzte nimmt tendenziell ab, und das ärztliche Einkommen ist keineswegs mehr so sicher wie bisher. In Umfragen unter der Bevölkerung rangieren Ärzte im Ansehen immer noch vor anderen Berufen, allerdings mit leicht abnehmender Tendenz.

Anliegen dieser Stellungnahme der Ethikkommission der Ärztekammer Niedersachsen (Unterkommission zur Beratung anderer berufsethischer Fragen) ist es, die gegenwärtige Situation darzustellen und Hinweise zu geben, welche ärztlichen Kompetenzen und Haltungen angesichts dieser Herausforderungen vor allem weiterentwickelt werden müssen. Dies geschieht besonders im Hinblick auf Anliegen und Wünsche, mit denen Patienten sich an Ärzte wenden.

3 Traditionelle ärztliche Haltungen

Ärzte sind nach ihrer Berufsordnung dazu verpflichtet, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden beizustehen. Sinnbildlich wird dafür in der Öffentlichkeit der in der Antike formulierte, bekannte Hippokratische Eid angeführt. Obwohl keineswegs geschworen, erfüllt dieser noch heute eine wichtige Funktion: Er spielt im Bewusstsein der Patienten eine große vertrauensbildende Rolle und ist Sinnbild der ersten bekannten Selbstverpflichtung eines Berufsstandes.

Ärztliches Handeln ist bis heute stark geprägt vom Lernen am Beispiel. Während ihres wissenschaftlichen Studiums und danach lernen Ärzte überwiegend durch die Übernahme der Handlungen ihrer beruflich erfahreneren Kollegen und Vorgesetzten und durch den Austausch mit Angehörigen anderer Heilberufe innerhalb eines Krankenhauses oder mit niedergelassenen Kollegen. Dabei geht es nicht nur um die Anwendung bestimmter Therapieverfahren, sondern auch um den Umgang mit Patienten und das Verhalten in konflikträchtigen Entscheidungssituationen. Dieser Lernprozess betrifft also nicht nur ärztliches Wissen und ärztliche Handlungen an sich, sondern eben auch allgemeine ärztliche Haltungen, wie Fürsorge,

Wahrhaftigkeit, Zuverlässigkeit, Gerechtigkeit und – besonders bedeutsam – Verschwiegenheit.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist dem Anspruch nach eine spezielle persönliche Zweierbeziehung. Wegen des individuell so unterschiedlichen Verlaufs von Krankheiten und des unterschiedlichen individuellen Umgangs damit ist es unmöglich, dieses Arzt-Patienten-Verhältnis bis in alle Einzelheiten zu regeln. Deshalb müssen allgemeine Prinzipien (z.B. Respekt vor dem Willen des Patienten, Fürsorge, Nicht-Schaden, Gerechtigkeit) und Verhaltensregeln (s. Berufsordnung) von ethischen Haltungen und moralischen Kompetenzen des Arztes ergänzt werden. Diese werden traditionell mit dem Begriff „Tugenden“ bezeichnet.² Sie erlauben ihm, sein moralisches Handeln zu reflektieren, die Anwendbarkeit von Regeln selbst in komplexen Situationen zu überprüfen bzw. moralische Entscheidungen auch in Situationen zu treffen, die sich auf den ersten Blick jenseits jeder Kasuistik einer Anwendung von Regeln sperren. Sie umfassen also Fähigkeiten, die es dem Arzt ermöglichen, für moralische Fragen sensibel zu sein, ethisch reflektiert handeln zu wollen, sich ein moralisches Urteil zuzutrauen und noch in komplexen Situationen gute Lösungen zu finden.

Angesichts der neuen Herausforderungen für das ärztliche Handeln ist zu fragen, ob sich das bisherige ärztliche Selbstverständnis für eine gelingende Arzt-Patienten-Beziehung und die ihm zu Grunde liegenden ärztlichen Haltungen verändern müssen bzw. welche grundlegenden Haltungen schützens- und verteidigungswert sind.

4. Ärztliche Haltungen vor neuen Herausforderungen

4.1 Patienten Anliegen und Patientenwünsche

Im Mittelpunkt ärztlichen Handelns steht der Patient mit seinem individuellen Lebenskonzept, seinen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit und seinen erreichbaren Lebenszielen. Aufgabe des Arztes ist es, in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess mit dem Patienten dessen Anliegen und das medizinisch Mögliche zu einem sinnvollen Behandlungskonzept zusammenzuführen. In einer pluralistischen Gesellschaft haben Menschen verschiedene Vorstellungen von einem selbstbestimmten Leben. Deshalb werden Patienten Anliegen und ihre Wünsche sehr unterschiedlich ausfallen und verlangen vom Arzt, auf den jeweiligen Patienten als Einzelperson einzugehen und individuelle Lösungen zu entwickeln. Als Voraussetzung dafür wünschen freilich fast alle Patienten, dass sich der Arzt genügend Zeit für Gespräche mit dem Patienten nimmt, dass der Patient einen aufmerksamen und zuhörenden Arzt findet, der seine Fragen beantwortet und ihn als Person mit seinen Wünschen akzeptiert. Dies gilt besonders, wenn bei der mit großen Unsicherheiten verbundenen Aufnahme in ein Krankenhaus das Vertrauen zu unbekanntem Ärzten erst aufgebaut werden muss. Weiterhin wünscht sich der Patient einen Arzt, der ihn disziplinen- und sektorenübergreifend berät, der seine eigenen Grenzen erkennt und ggf. andere Ärzte und Professionen einbezieht. Im

² Tugenden sind ethische Einstellungen, Haltungen und Kompetenzen, die sich im Laufe von moralischen Lernprozessen ausbilden. Als die vier grundlegenden „Kardinaltugenden“ gelten in der philosophischen Tradition Klugheit oder Weisheit, Tapferkeit oder Willensenergie, Maßhalten oder Besonnenheit und die grundlegende Tugend der Gerechtigkeit. Ärztliche Berufsordnungen und die Grundsätze ärztlichen Handelns erwähnen u.a. zusätzlich Menschlichkeit (im Sinne von Fürsorglichkeit), Gewissenhaftigkeit und Zuverlässigkeit, Verschwiegenheit und Wahrhaftigkeit.

Fälle fortbestehender Hilfsbedürftigkeit nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus, immer häufiger verursacht durch kürzere Liegezeiten, wünscht sich der Patient kontinuierliche Unterstützung. Beschwerden der Patienten über Ärzte beziehen sich derzeit leider häufig genau auf eine als ungenügend erlebte Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Patienten beklagen beispielsweise, Ärzte würden sich zu wenig Zeit nehmen, den Patienten zu wenig zu Wort kommen lassen, komplizierte medizinische Zusammenhänge nicht verständlich erklären und den Patienten über die weiteren Diagnoseschritte und das Behandlungskonzept im Unklaren lassen.

Um sich besser zu informieren, nutzen viele Patienten, vor allem chronisch Kranke, die verschiedenen Medien, speziell das Internet. Zudem sind mit Patientenselbsthilfegruppen in den vergangenen Jahren Gesprächspartner im Gesundheitswesen entstanden, die erhebliche Kompetenzen erworben haben und gegenüber Ärzten Patienteninteressen vertreten – sowohl im individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis als auch als Interessenvertretungen auf politischer Ebene.

Außerdem verändern sich die Vorstellungen von dem, was Krankheit ist. Einerseits wird es durch die prädiktive genetische Medizin zunehmend möglich, Genveränderungen festzustellen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu Symptomen führen. Andererseits verschwimmen die gesellschaftlichen Vorstellungen von Krankheit und deren Therapie. Heute wird vieles als „Krankheit“ angesehen oder empfunden, was früher als unveränderliches Schicksal hingenommen wurde. So entwickelt sich bei einem Teil der Patienten die Tendenz, medizinische Maßnahmen einzufordern, die über das medizinisch Notwendige hinausgehen und nicht mehr der Heilung von Krankheiten im traditionellen Verständnis, sondern vor allem der Verbesserung des Wohlbefindens dienen (z.B. bei „Schönheitsoperationen“, „Lifestyle-Medizin“). In diesen Bereichen nimmt das bisherige Arzt-Patienten-Verhältnis teilweise Merkmale einer Kunden-Dienstleister-Beziehung an, die weniger von gegenseitigem Vertrauen als vielmehr von Anspruch und Forderung auf Patientenseite und auftragsgemäße Erledigung auf der Arztseite gekennzeichnet ist.

Durch diese Anspruchshaltung von Patienten gerät der Arzt häufig in Konflikte. Wehrt er Anliegen ab, die in seinen Augen unberechtigt sind, wechselt der Patient möglicherweise den Arzt. Geht er auf diese Anliegen ein, dann lässt er sich – entgegen seiner Überzeugung und seiner Sorgfaltspflicht – möglicherweise zu einer Auftrags Erfüllung verleiten, die seinem ärztlichen Selbstverständnis entgegensteht.

4.2 Ökonomische Rahmenbedingungen

Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens haben sich in den vergangenen Jahren deutlich verengt. Davon sind Ärzte stark betroffen. Die Forderung der Beitragssatzstabilität im Gesundheitswesen und die finanzielle Bindung an lohnbezogene Abgaben haben zur Folge, dass die Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung nicht nur von der gesamtwirtschaftlichen Lage, sondern vor allem von der Entwicklung der Arbeitnehmerinkommen in versicherungspflichtigen Beschäftigungen abhängt. Die Lohnsumme der versicherungspflichtigen Beschäftigten wächst langsamer als das Bruttosozialprodukt, dies führt angesichts niedriger gesamtwirtschaftlicher Wachstumsraten zwangsläufig zu einer Stagnation oder sogar zu einer Reduktion

der Einnahmen und damit der Ausgaben des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bisher ist es der bundesrepublikanischen Gesellschaft nicht gelungen, die öffentliche Debatte über die notwendigen Reformen im Gesundheitssystem so zu führen, dass sie zu klaren und transparenten, langfristig tragbaren Lösungen geführt hätte. Vielmehr sind eine Reihe von „Verschiebebahnhöfen“ entstanden, sowohl für finanzielle Lasten als auch für unangenehme Entscheidungen. Unklare politische Vorgaben führen dazu, dass anstelle einer intensiven gesellschaftlichen Diskussion über Gesundheitsziele, Werte und Leistungsbegrenzungen dem individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis weitgehend die Verantwortung für die Gewährung oder Nichtgewährung von Leistungen zugeschoben wird. Dies überfordert sowohl den Arzt als auch den Patienten. Einfache, von vielen Seiten angebotene Lösungsmöglichkeiten, greifen hier nicht. Dazu sind die Zusammenhänge im Gesundheitswesen zu kompliziert.

Die politisch vorgegebene Begrenzung bzw. Budgetierung, sei sie einnahmen- oder ausgabenorientiert, basiert derzeit nicht auf nachvollziehbar objektiven Kriterien. Dazu fehlt es in Deutschland bislang an einer effektiven Gesundheitsberichterstattung und Versorgungsforschung. Es gibt bestenfalls Beschreibungen von Einzelfällen von Fehl- und Unterversorgung. Diagnosestatistiken werden erst seit zu kurzer Zeit umfassend erhoben, um darauf basierend Entscheidungen treffen zu können. Das Sozialgesetzbuch postuliert gleichwohl, dass es bei wirtschaftlichem Einsatz der Ressourcen möglich ist, den Patienten nach den Geboten ärztlicher Kunst zu behandeln und der Patient einen Anspruch hierauf hat. Es fehlt – vom Ansatz des Gesetzes ausgehend durchaus verständlich – der Aspekt, dass zum ärztlichen Handeln auch und gerade der Verzicht auf eine bestimmte Untersuchung oder Therapie bzw. die Auswahl gehören. Es fehlt an der politischen Offenheit, die ökonomischen Rahmenbedingungen und ihre Grenzen klar darzulegen und damit Transparenz zu schaffen. Dies bringt den Arzt in das Dilemma – und in den Verdacht – offene und versteckte Rationierungen durchzuführen oder Patienten an eine andere Versorgungsebene zu überweisen, um Regressen seitens der Krankenkassen bzw. Haftpflichtansprüchen der Patienten zu entgehen.

Rationierungen, die derzeit bereits explizit (z.B. durch Negativlisten und Festbetragsregelungen) oder implizit (z.B. durch Honorarbudgetierung, Honorarvorschriften, Diagnosis-Related-Groups, Richtgrößen) stattfinden, enthalten Patienten eine wirksame Behandlung auf Kosten der Gemeinschaft vor oder verweigern bestimmte medizinische Leistungen. Die faktisch stattfindende Rationierung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung drückt sich in Wartezeiten bei nicht akut lebensbedrohlichen operativen Eingriffen oder in eingeschränkten medikamentösen Therapien aufgrund von Richtgrößen und Festbetragsregeln aus.

Andererseits werden Rationierungen im Falle von Knappheiten, die kaum veränderbar sind (z.B. bei Organtransplantationen) weitgehend akzeptiert. Auch die vorgegebenen Einsatzzeiten im Rettungsdienst (maximale Zeit bis zum Einsatzort: 15 Minuten) stellen eine notwendige Form der Rationierung dar, die in Abwägung der Kosten einer kürzeren Einsatzzeit nicht in Frage gestellt wird. Diese Beispiele zeigen, dass Knappheiten vielfach unvermeidbar sind und Lösungen für den Umgang mit

ihnen gefunden werden können und müssen. Implizite Rationierungen sind jedoch ungerecht: Sie sind intransparent, beruhen auf nicht öffentlich, sondern allenfalls fachöffentlich diskutierten und rechtlich nicht festgelegten Kriterien, erlauben keine faire Mitwirkung der Betroffenen und bleiben deswegen dem Patienten verschlossen. Eine zufällige, nicht notwendige und nicht öffentlich gerechtfertigte ungleiche Verteilung des Zugangs zu medizinischer Versorgung in einem Gemeinwesen würde sowohl gegen die Rechtsstaatsgarantie als auch gegen die Menschenwürde sowie gegen Forderungen der Gerechtigkeit und Solidarität bezüglich der Verteilung solcher grundlegender Güter wie Leben und Gesundheit verstoßen.

4.3 Evidenzbasierte Medizin

Die Medizin ist eine Erfahrungswissenschaft, die auf naturwissenschaftliche Methoden zurückgreift. Sie befasst sich mit einem hochkomplexen Geschehen, und das Ergebnis der Therapie ist keineswegs immer voraussehbar. Gerade weil der Arzt den Erfolg oder Misserfolg seines Wirkens so unmittelbar erfährt, ist die Qualitätssicherung ein bedeutsamer Bestandteil des professionellen Selbstverständnisses der Medizin und die Weitergabe eigener Erfahrungen in der Weiterbildung ein Mittel zur Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung.

In den vergangenen Jahren haben sich Leitlinien als Instrument zur Qualitätssicherung und für das Qualitätsmanagement etabliert. Es handelt sich dabei um systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise. Sie stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Fachgruppen zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen zu einem bestimmten Zeitpunkt dar. Sie sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen, also Orientierungshilfen i.S. von „Handlungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss, so dass die Therapiefreiheit des Arztes gewahrt bleibt.

Aus diesen wissenschaftlichen Leitlinien wurden zum Teil sog. Versorgungsrichtlinien entwickelt, die die rein wissenschaftliche Betrachtung in den ökonomischen Kontext des Sozialgesetzbuchs (SGB V) stellen. Das ändert nichts am Wert der Leitlinien, die ein integratives Element zur Vernetzung der Versorgungsbereiche sind und dem Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt sie jedoch teilweise seinen Beschlüssen über die Erstattung seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde, wodurch sie für den Kassenarzt verbindlich sind und ihre Nichtbeachtung Sanktionen nach sich ziehen kann. Ärzte und Patienten können aber derzeit die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht immer nachvollziehen, da die Grundlagen dafür im Einzelfall nicht transparent gemacht werden.

4.4 Grenzen des gesetzlichen Leistungskatalogs

Das Sachleistungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung bedingt, dass der Arzt gegenüber dem Patienten einen eingeschränkten Handlungsspielraum hat. Er darf beispielsweise Arzneimittel, die für das Krankheitsbild des Patienten nicht zugelassen sind oder deren Erstattungsfähigkeit der Gemeinsame Bundesausschuss abgelehnt hat, nur in geprüften Einzelfällen verordnen. Wo der Gemeinsame Bundesausschuss entschieden hat, dass Leistungen nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfen, kann der Arzt sie als

sog. IGeL-Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen) anbieten und der Patient sie in Anspruch nehmen. Sieht man von Zahnersatzleistungen ab, ist es aber dem Patienten im heutigen gesetzlichen Krankenversicherungssystem fast unmöglich, seine Versorgung frei und eigenverantwortlich zu gestalten.

5. Schlussfolgerungen

5.1 Patienten Anliegen und Patientenwünsche

Für die Arzt-Patienten-Beziehung ist es positiv zu bewerten, dass Patienten heute besser informiert sind, denn damit steigen die Chancen für ein gemeinsam entschiedenes, sinnvolles Behandlungskonzept. Manche Patienten fordern jedoch vom Arzt ganz bestimmte neue, auch teure diagnostische und therapeutische Verfahren für sich, ohne deren medizinische Notwendigkeit zu berücksichtigen. Besondere Operationsverfahren und neue technologische Entwicklungen versprechen häufig Möglichkeiten, die viele Patienten im Glauben an die medizinische Technik, aus Unsicherheit und Misstrauen oder aus der Vorstellung eines umfassenden Versicherungsschutzes heraus für sich beanspruchen. Sie wechseln dabei ggf. von einem Arzt zum anderen, bis sie einen Arzt finden, der sich auf ihre Wünsche einlässt. Hier bedarf es großer Standfestigkeit und persönlichen Mutes, um die eigene ärztliche Überzeugung zu bewahren, zu vermitteln und ggf. auch gegen Patientenwünsche durchzusetzen.

Da nicht alles medizinisch Machbare für den einzelnen Patienten sinnvoll, angemessen und wünschenswert sein kann, müssen in einem guten Arzt-Patienten-Verhältnis die individuellen Patientenziele im Krankheitsverlauf erarbeitet und je nach Krankheitsstadium aktualisiert werden. Dabei sollte statt einer maximalen eine individuell optimale Therapiestrategie vereinbart werden. Da heute zudem oft technisch mehr möglich ist, als aus ethischen und medizinischen Gründen sinnvoll sein kann, stehen Ärzte und Patienten sehr häufig vor dem Problem, „das rechte Maß“ zwischen Unterversorgung oder Überversorgung zu finden. Eine Lösung dafür ergibt sich nicht auf der Grundlage von eindeutigen Berechnungen oder logischen Ableitungen, sondern durch die diskutierte und kommunizierte Gewichtung von Werten und Vorstellungen. Dabei gewinnen die berufliche Erfahrung, die Fähigkeit zur Selbstreflexion und die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten, der oft gar keine Maximaltherapie will, an Bedeutung. Im Sinne der „Klugheit“ muss kompetent zwischen den unterschiedlichen Perspektiven, Normen oder Wertvorstellungen kommuniziert, gewichtet und entschieden werden.

Grundlage für solche komplexen gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesse sind die Fähigkeit und die Bereitschaft zum Zuhören sowie Geduld und Zeit zum Erklären und zur Auseinandersetzung mit den Werten und Einstellungen von Patienten. Für das Mitteilen von schwerwiegenden Diagnosen wie bösartigen oder chronisch-degenerativen Erkrankungen gilt der Grundsatz, angemessen die Wahrheit zu vermitteln. Dabei muss der Arzt eine besondere Sensibilität für die psychische Befindlichkeit und die ethische Problematik der jeweiligen Situation entwickeln. Die besondere Herausforderung besteht darin, diesen Anforderungen im Alltag unter großer Belastung und Zeitknappheit nachzukommen.

Während hier hauptsächlich von den notwendigen Haltungen und Kompetenzen der Ärzte gesprochen wird, darf nicht übersehen werden, dass es für ein gelingendes

Arzt-Patienten-Verhältnis auch bestimmter Mitwirkungspflichten des Patienten bedarf. Das Sozialgesetzbuch ist bei der Regelung von Mitwirkungspflichten oder bei der Verbindlichkeit für die Wahl des Arztes bisher äußerst zurückhaltend. Diese einzufordern wird Bestandteil künftiger Politik sein müssen.

5.2 Ökonomische Rahmenbedingungen

Dringend erforderlich ist eine sach- und lösungsorientierte öffentliche Debatte über die Priorisierung und Begrenzung von Leistungen, die von politischen Parteien, Wohlfahrtsverbänden, Patientenverbänden, Krankenkassen, Rentenversicherungen und der verfassten Ärzteschaft sowie der breiten Öffentlichkeit geführt werden muss. Hierbei muss es auch um die Diskussion von Zielen und den Umfang medizinischer Versorgung gehen und deren Gewichtung im Verhältnis zu anderen wichtigen gesellschaftlichen Aufgaben wie Bildung und Forschung.

Solange diese Debatte nicht geführt ist, aber wohl selbst dann noch, wenn bessere Lösungen als die derzeitigen gefunden werden, steht der Arzt vor neuen Herausforderungen, wenn die Anliegen der Patienten die finanziellen Grenzen ärztlicher Tätigkeit überschreiten. Ärzte sind hierbei in einer zwiespältigen Lage. Einerseits erfordert die ärztliche Verantwortung, dass die Arzt-Patienten-Beziehung weitestgehend frei von äußeren – gerade auch finanziellen - Einflüssen bleiben muss. Die freie individuelle Therapieentscheidung ist Voraussetzung einer am Individuum orientierten Medizin. Andererseits wird der Arzt in die Rolle eines „Gate-Keepers“ für den Zugang zu medizinischen Leistungen gedrängt, deren Vergabe auch in Zukunft zunehmend unter Zwängen ökonomischer Knappheiten stehen wird. Die grundlegende Haltung der Gerechtigkeit darf deshalb nicht nur auf das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis bezogen werden. Es darf dem Arzt nicht nur darum gehen, dem individuellen Patienten gerecht zu werden, sondern auch um die Gerechtigkeit anderen gegenüber, letztlich um die Gesundheit der ganzen Bevölkerung (§ 1 Berufsordnung). Deshalb müssen Ärzte sensibel werden für Situationen, in denen die Zuwendung zu einem Patienten bzw. Diagnose und Therapie von Krankheiten eines Patienten möglicherweise auf Kosten der Ressourcen geht, die anderen Patienten oder für andere gesellschaftliche Zwecke zur Verfügung stehen müssten.

Dabei müssen drei Problemdimensionen unterschieden werden: Wenn es um Engpässe und Knappheiten geht, die im unmittelbaren Entscheidungsbereich eines Arztes liegen (etwa um die Belegung von Betten einer Intensivstation) und nicht behoben werden können, muss nach ähnlichen Kriterien wie im Rettungsdienst entschieden werden. Sodann gibt es Fälle, in denen der einzelne Arzt überfordert ist, weil sich das Problem im ärztlichen Alltag nicht lösen lässt. Dann besteht jedoch für die ärztliche Selbstverwaltung die Verpflichtung, auf politischer Ebene an Rahmenbedingungen mitzuarbeiten, die Lösungen erleichtern. Drittens gibt es unabhängig von konkreten Situationen vor Ort oder allgemeinen Rahmenbedingungen das Phänomen, dass der Grenznutzen zusätzlicher Diagnostik und Therapien abnimmt, während umgekehrt die Grenzkosten steigen. Obwohl dies im Einzelfall sehr schwer festzulegen ist: Ab einem gewissen Punkt werden die zusätzlichen Kosten in keinem sinnvollen Verhältnis mehr zum zusätzlichen Nutzen stehen. Dabei muss der Arzt ein großes Maß an Verantwortung übernehmen. Es kann durchaus notwendig werden, eine vom Patienten eingeforderte Diagnostik und/oder Therapie zu verweigern, sich einmal auf einen Konflikt mit dem Patienten

einzulassen, Unangenehmes zu sagen bzw. anzuhören und sich nicht hinter vermeintlichen Sachzwängen zu verstecken.

5.3 Evidenzbasierte Medizin

Wissenschaftliche Leitlinien sind sinnvoll und zu begrüßen. Sie sind heute allgemein zugänglich, so dass der Arzt mit Nachfragen des Patienten rechnen muss und von ihm erwartet wird, dass er Abweichungen von den Leitlinien transparent macht und begründet.

Leitlinien helfen dem Arzt, unberechtigten Ansinnen der Patienten entgegenzutreten. Dabei darf er einem Forderern des Patienten ebenso wenig nachgeben wie dem Wunsch nach einer Operation bei fehlender medizinischer Indikation. Ist die Indikation unklar, entlasten ihn die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von einer Verantwortung, die er bei der Entscheidung für die Verordnung stellvertretend für die Versichertengemeinschaft bzw. die Gesellschaft treffen würde. Jedoch bergen Leitlinien und Disease-Management-Programme in einigen Fällen das Problem in sich, dass sie überwiegend von Monodiagnosen ausgehen. Bei vielen Patienten finden sich hingegen Symptomcluster (z.B. bei Hochdruck, Diabetes mellitus), die sich häufig nicht in ein Schema pressen lassen.

5.4 Grenzen des gesetzlichen Leistungskatalogs

In einem Sachleistungssystem ist die Frage berechtigt, wer der richtige Sachwalter für die Entscheidung ist, welche medizinischen Maßnahmen mit den Beiträgen der Krankenversicherungen finanziert werden und welche nicht. Die Einbindung von Patientenvertretern ist zu begrüßen, wobei deren demokratische Legitimation ein ungelöstes Problem ist. Auch Medienkampagnen oder das Sponsoring von Patientenverbänden seitens der pharmazeutischen Industrie sind ebenfalls mit der notwendigen kritischen Distanz zu sehen.

Die Zukunft wird klare politische Entscheidungen über den noch möglichen Umfang der Leistungen von Kranken- und Pflegeversicherung, Zuzahlungen und privat zu tragende Gesundheitsleistungen erfordern. Gerade für die sog. IGeL-Leistungen müssen dieselben Weiterbildungs-, Fortbildungs- und Qualitätssicherungs-Standards gelten wie im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung. Hier sind die Ärztekammern gefordert, die nötigen Kontrollinstrumente zu entwickeln.

5.5 Zukunftsperspektiven

Die ärztliche Berufsordnung fordert: „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung.“ (§1(1)). Angesichts der derzeitigen Herausforderungen sind Ärzte gezwungen, neu über das Arzt-Patienten-Verhältnis zu reflektieren. Ärzte sind gefordert, ethische Normen ärztlicher Tätigkeit zu kennen, in Form von Haltungen zu verinnerlichen sowie moralische Beurteilungen zu kommunizieren und zu begründen. Eine Medizin, in der man bewusst aus ethischen Gründen bestimmte Therapien nicht mehr einsetzt, erfordert Verständigung über die Kriterien, nach denen eine solche Änderung des Therapieziels stattfinden kann.

Es wird dabei zunehmend wichtig, Entscheidungen im Team zu erörtern und Erfahrungen auszutauschen. Das betrifft Ärzte verschiedener Fachrichtungen und andere Professionen, die in die Behandlung eines Patienten eingebunden sind. Bei

besonderen ethischen Konflikten können eine ethische Fallbesprechung oder ein Klinisches Ethik-Komitee hilfreich sein. Sie können Werte und Haltungen zur Sprache bringen und Entscheidungsalternativen aufzeigen. Die letzte Entscheidung bleibt aber beim behandelnden Arzt. Derartigen Entscheidungswegen ist in manchen Bereichen gegenüber gesetzlichen Regelungen der Vorrang zu geben, weil es ohne entsprechende Freiheit weniger Anlass gibt, das eigene Verhalten und die eigene Verantwortung zu reflektieren und eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen.

Es ist aber deutlich hervorzuheben, dass die derzeitigen Probleme einer angemessenen Gestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses nicht allein durch ärztliche Selbstverpflichtung und Haltungen gelöst werden können. Wenn unter teilweise extrem problematischen Rahmenbedingungen diejenigen, die sich moralisch richtig verhalten, ökonomisch bestraft oder rechtlichen Risiken ausgesetzt werden oder ihnen ein Verlust des Ansehens droht, dann hat die Selbstverpflichtung eines Berufsstandes langfristig kaum eine Chance. Denn selbstverständlich will niemand immer wieder der Dumme sein, indem er aufgrund seines korrekten Verhaltens mit Nachteilen zu rechnen hat. Es ist deshalb vordringlich, dass Politik, Selbstverwaltungsgremien der Ärzteschaft und Krankenkassen Bedingungen schaffen, die Anreize für moralisch richtiges Verhalten geben. Dies betrifft rechtliche Rahmenbedingungen ebenso wie Abrechnungssysteme und Kontrollverfahren. Besonders darf es nicht dem einzelnen Arzt überlassen oder aufgebürdet werden, zwischen dem medizinisch Notwendigen und damit solidarisch Finanzierten und dem nicht Notwendigen und damit nicht Erstattungsfähigen zu unterscheiden. So schwierig das auch ist: Hier müssen entsprechende allgemeine Regelungen ärztliche Entscheidungen flankieren.

6. Maßnahmen der Ärztekammer Niedersachsen

Alle niedersächsischen Ärzte sind Mitglieder der Ärztekammer Niedersachsen.

- Sie ist Plattform zum Austausch über die Fortentwicklung des ärztlichen Berufsbildes, das sie in ihrer Berufsordnung in seinen Grundzügen beschreibt.
- Sie hat darüber hinaus die Aufgabe, Streitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten zu schlichten und das in der Folge gestörte Vertrauensverhältnis wieder aufbauen zu helfen. Sie wird dazu das bereits bestehende Beschwerdemanagement der Bezirksstellen in der nächsten Wahlperiode systematisieren und optimieren. Zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten wird die Ärztekammer Niedersachsen spezielle Schulungen für Ärzte anbieten. Ziel ist die patientennahe, verständliche, einfühlsame und transparente Kommunikation mit den Patienten. Dabei soll der Patient auch erfahren, unter welchem ökonomischen Entscheidungsdruck der Arzt steht.
- Die Ärztekammer Niedersachsen bekräftigt ihre Bereitschaft, im Verbund mit den anderen Ärztekammern die politischen Entscheidungsträger zu beraten und zu unterstützen.

Ethikkommission bei der Ärztekammer Niedersachsen

Unterkommission zur Beratung anderer berufsethischer Fragen

Vorsitzende: Dr. med. Cornelia Goesmann, Hannover

Mitglieder:

Dr. med. Andrea Dörries, Hannover, Dr. med. Rolf Holbe, Kreiensen, Prof. Dr. theol. Gerhard Krup, Hannover, Prof. Dr. med. Friedhelm Lamprecht, Hannover, Almuth Plumeier, Hannover, Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Hannover

Stellvertretende Mitglieder:

Dr. med. Christine Ebert-Englert, Göttingen, Prof. Dr. med. Hilmar Burchardi, Göttingen, Dr. jur. Bernhard Heile, Celle, Prof. Dr. med. Adolf Windorfer, Hannover

Anschrift:

Ethikkommission zur Beratung anderer berufsethischer Fragen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Dr. jur. Karsten Scholz, Tel.: 0511/380-2235, E-Mail:

karsten.scholz@aekn.de