

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 20 · Heft 1 · 2013

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Heilkunst versus
Ökonomie**

**The Art vs. the
Economics of Healing**

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Christoph Gisinger (Geriatric, Wien)
Martin Glöckler (Chirurgie, Wien)
Thomas Sören Hoffmann (Philosophie, Hagen)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Reinhard Lenzofer (Innere Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Markt (Physiologie, Wien)
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)
Heinrich Resch (Innere Medizin, 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	3	
Aus aktuellem Anlass	6	Bergund Fuchs Ein fauler Kompromiss: Bundesrat segnet marginal veränderte PID-Verordnung ab
	10	Susanne Kummer Genderzid: Gezielte Abtreibung von Mädchen - ein weltweites Problem
Schwerpunkt	13	Markus Schwarz Herausforderungen an einen Manager im Krankenhausbetrieb
	21	Max Laimböck Konflikt zwischen Krankenhausmanagement und Ärzteschaft
	31	Christian Erk Überlegungen zur sozialen Gerechtigkeit im Gesundheitswesen
	43	Wolfgang Huber, Johannes Bonelli Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit in der Medizin
Nachrichten	51	
Zeitschriftenspiegel	57	
Buchbesprechungen	59	

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: QARANTE, Schloßgasse 13, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Mag. Monika Deak

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

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Deak

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand
Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,
Studentenabo € 20, Förderabo € 80
Abo-Service: Mag. Monika Deak

Bankverbindung:

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

Erscheinungsweise: vierteljährlich, 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: 11. März 2013

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Die Bürger Westeuropas gehören glücklicherweise zu jenem Sechstel der Weltbevölkerung, das in einem Wohlstand lebt, von dem unsere Vorfahren nicht einmal hätten träumen können. Entscheidend für diese Entwicklung waren die Durchbrüche in der Forschung und bei Therapiemöglichkeiten, die wir in den vergangenen Jahrzehnten im Bereich der Medizin miterleben durften. Sie haben die Standards der medizinischen Versorgung stark angehoben. Zugleich sind aber die Prozesse der Gesundheitsversorgung, im Gesundheitswesen im Allgemeinen, im Krankenhaus und in der ambulanten Betreuung komplizierter und auch kostspieliger geworden. Dies stellt eine Herausforderung für das Gesundheitswesen dar: die Effizienz zu steigern, um die Kosten unter Kontrolle zu halten.

Klar ist: Die Kostensteigerung hat die Gesundheitsversorgung zwangsläufig näher an die Ökonomie herangeführt. Damit prägt ein ökonomisches Denken mit seinen Bestrebungen der Effizienzsteigerung stärker als je zuvor das Gesundheitssystem und verändert es immer stärker. Effizienz ist nicht nur eine medizinische Fragestellung, sondern auch ein ökonomische (Prozessoptimierung). Kann dieses ökonomische Denken in das tradierte ärztliche Ethos integriert werden?

Die zentrale Idee, das Wesen des ärztlichen Ethos ist die Fürsorge. Sie liegt in der Natur der ärztlichen Handlung: Sie ist eine Antwort auf die Not und die Hilferufe der Kranken und besteht im Heilen, Lindern und Trösten. Wie steht es um das Verhältnis von Fürsorge und ökonomischem Denken? Schließt das Fürsorgeethos des Arztes als Anwalt des Patienten ein ökonomisches Denken aus?

Im ärztlichen Tun dürfen ökonomische Überlegungen nicht allein handlungsleitend sein, dennoch müssen sie immer gegenwärtig sein; sie sollten nicht an allererster Stelle stehen, aber immer auch wichtig sein; sie müssen nicht ausschlaggebend, aber sie werden manchmal entscheidend sein. In der Regel ist der Arzt – bewusst oder unbewusst – um eine sparsame Effizienz (optimaler Erfolg bei minimalem Einsatz der Mittel) sowohl im Krankenhaus als auch in der Ordination bemüht. Es scheint deshalb

paradox, dass gerade Ärzte häufig das ökonomische Denken mit dem Argument ablehnen, es sei mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar.

Die Erklärung des Paradoxons könnte darin liegen, dass in den letzten Jahrzehnten die Patienten, aber auch die Ärzte mit der Illusion der unbegrenzten Ressourcen gelebt und damit die Fiktion geschaffen haben, dass es keine Knappheit, d. h. ökonomischen Zwänge mehr gibt bzw. diese durch das System stets bewältigt werden könnten.

Die Realität ist jedoch, dass die medizinische Versorgung und die Krankenpflege den Einsatz und die Verteilung von Ressourcen erfordern. Weil diese Ressourcen knapp sind und weil ihre Verteilung über Preis und Zahlungen abgewickelt werden, haben wir es mit einer Wirtschaft im herkömmlichen Sinn zu tun. Und gerade weil das Gesundheitswesen ein immer komplexer werdendes Wirtschaftssystem ist, kommt hier der Optimierung der Prozesse des Systems im Hinblick auf den richtigen Einsatz und die Verteilung der Ressourcen eine besondere Bedeutung zu. Dazu braucht das System Ökonomen und besonders Manager.

Die Managementwissenschaft ist jene Formalwissenschaft, die wirtschaftliche Prozesse zu optimieren versucht. Medizin und Managementwissenschaft können einander ergänzen. Dabei muss aber der Manager gleichermaßen wie der Mediziner im Dienste der optimalen Gesundheitsversorgung, d. h. zum Wohl des Patienten arbeiten. Ziele und Rahmenbedingungen der Prozesse im Spital oder im Gesundheitszentrum sind Vorgaben für die Tätigkeit des Managers. Dieser erhält sie auf der Mikroebene größtenteils von der ärztlichen Leitung bzw. vom Einrichtungsträger und auf der Makroebene von der politischen Gesundheitsbehörde. Verantwortlich ist der Manager für Beschaffung der notwendigen Ressourcen und ihren optimalen Einsatz. Wenn das System richtig funktioniert und alle Mitwirkenden sich an ihre Kernkompetenz halten, sollte die Zusammenarbeit von Medizin und Management gut funktionieren. Die sparsame Effizienz und die Menschlichkeit im Gesundheitswesen sollten zum gemeinsamen Werk von Ärzten und Ökonomen werden, wobei klarerweise erstere auf Grund ihrer Patientennähe die Federführung in dieser Arbeitsgemeinschaft beibehalten müssten.

Es ist offenkundig, dass in den letzten Jahren die Spannungen zwischen Ärzten, die traditionell „Alleinherrscher“ im Krankenhaus waren, und den in der Spitalsleitung aufsteigenden Managern gestiegen sind. Die Konflikte sind z. T. darauf zurückzuführen, dass von beiden Seiten das richtige Verständnis

für die Kompetenz des jeweils anderen und für ihren Beitrag zur gemeinsamen Aufgabe fehlt. Die meisten Konflikte könnten im vernünftigen Dialog gelöst werden. Zu diesem Zweck hat IMA-BE am 24. Mai 2012 ein Symposium zum Thema „Konfliktherd Krankenhaus: Ärzte versus Manager?“ veranstaltet. Einige der in dieser Ausgabe vorliegenden Beiträge gehen auf das Symposium zurück, wo diese Themen vorgetragen und diskutiert wurden. M. Schwarz führt aus, dass für die Führung eines modernen Krankenhauses vor allem drei wesentliche Kompetenzen entscheidend sind: Leadership, organisatorische Kompetenz und Fachkenntnisse, um klinische und technologische Produktionsprozesse zu steuern. Meistens sind die betriebswirtschaftlich ausgebildeten Ärzte die besseren Krankenhausmanager. M. Laimböck analysiert in seinem Beitrag die Mängel des österreichischen Gesundheitssystems und schlägt Lösungen vor. Die Angleichung der ärztlichen an die Unternehmensinteressen sei Voraussetzung für den Aufbau eines wettbewerbsfähigen Spitalssektors. C. Erk behandelt in seinem Beitrag die Frage, was es bedeutet, soziale Gerechtigkeit auf Makroebene zum Maßstab der Rationierung bzw. Priorisierung im Gesundheitswesen zu machen. Er behauptet, dass eine wesentliche Weichenstellung für eine gesunde Zukunft unseres Gesundheitswesens darin besteht, die Konzepte des „*bonum commune*“ und der „*caritas socialis*“ in das Zentrum der Reformüberlegungen zu stellen. W. Huber und J. Bonelli plädieren dafür, den Konflikt zu lösen, indem sowohl Medizin als auch Ökonomie in den Dienst der Menschlichkeit gestellt werden. Sie zeigen, dass Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit einander nicht widersprechen, sondern bedingen.

Enrique H. Prat

Bergund Fuchs

Ein fauler Kompromiss: Bundesrat segnet marginal veränderte PID-Verordnung ab

A Bad Compromise: The German Federal Assembly Signs off on Marginal Changes in PID Ruling

Seit Mitte November 2012 hatte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) auf diesen Tag gewartet: Am 1. Februar 2013 stimmt der Bundesrat endlich der nur unwesentlich veränderten Fassung der PID-Verordnung (PIDV) vom 14. November letzten Jahres zu. Die Verordnung regelt die Anforderungen, unter denen PID-Zentren zugelassen werden können, klärt die Qualifikationen der dort zugelassenen Ärzte und legt ferner die Zusammensetzung, Verfahrensweise und Finanzierung der Ethikkommissionen fest, die über die Zulassung konkreter PID Fälle zu entscheiden haben. Bahr wertete den Segen des Länderparlaments nicht ohne Genugtuung als „vernünftigen Kompromiss“. Dass dies kein Grund zum Triumphieren ist, liegt auf der Hand. Mit einer kurzen Chronik der Ereignisse sollen zunächst die komplexen Hintergründe der aktuellen Entwicklung erläutert werden.

Am 6. Juli 2010 sprach der BGH einen Berliner Frauenarzt frei vom „Vorwurf der missbräuchlichen Anwendung von Fortpflanzungstechniken nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG und der missbräuchlichen Verwendung menschlicher Embryonen nach § 2 Abs. 1 ESchG in drei Fällen“. Der Gynäkologe hatte in seiner „Kinderwunschpraxis“ PID an mehreren Paaren durchgeführt und sich daraufhin selbst angezeigt. Er tat dies bewusst, um die Justiz unter Druck zu stellen und einen Präzedenzfall zu inszenieren. Die Bundesregierung sah sich genötigt, das ESchG von 1990 zu überarbeiten und leitete dies in die Wege. Rund 18 Monate später, am 21. November 2011, wird durch das PräimpG das ESchG um den Art. 3a, „Präimplantationsdiagnostik; Verordnungsermächtigung“, erweitert. Das Gesetz enthält ein grundsätzliches Verbot der PID und bestimmt gleichzeitig

diejenigen Fälle, in denen die Durchführung einer PID trotz des prinzipiellen Verbots ausnahmsweise zulässig sein soll. Die genaue Umsetzung dieser Vorgaben hatte der Gesetzgeber an eine PID-Verordnung gebunden, die im Nachgang zu erstellen und vom Bundesrat genehmigt werden musste. Nach weiteren 18 Monaten erschien der erste Referentenentwurf zur PID-Verordnung am 11. Juli 2012 und entfachte eine große öffentliche Debatte. Ungeachtet vieler kritischer Stellungnahmen verabschiedete das Bundeskabinett den Entwurf am 14. November 2012 und wartete seitdem auf die Zustimmung durch den Bundesrat.

Dem Gesundheitsminister zufolge hätte die Durchführung der PID ab Januar 2013 eigentlich beginnen sollen. Was hinderte den Bundesrat, dem Kabinettsbeschluss direkt zuzustimmen? Schon im Juli 2012 hatten sich der Deutsche Ethikrat und auch die Bundesärztekammer kritisch zum Referentenentwurf geäußert.¹ Auch vonseiten der Juristenvereinigung Lebensrecht und zahlreicher anderer Verbände wurde mit schwerwiegenden Bedenken an den Bundesrat appelliert, der PID-Verordnung in ihrer jetzigen Form nicht zuzustimmen. Gemäß einer Umfrage des Ärzteblatts lehnten diese Verordnung aber nur sechs Bundesländer ab.²

Es waren vor allem drei Bereiche, in denen der Entwurf Kritikern zufolge einen zu großen Interpretationsspielraum besitze bzw. noch unausgegrenzt sei.³ Die Anzahl der durchführenden Zentren sollte nicht offen gelassen werden. Bei den zu erwartenden schätzungsweise 250 – 400 Fällen/Jahr wären zwei bis drei PID-Zentren bundesweit ausreichend. Es fehlte weiter an Transparenz bei der Dokumentation und Handhabung der Daten zu den

durchgeführten PID, und es müssten Maßnahmen ergriffen werden, damit in den von den Ländern einberufenen Ethikkommissionen einheitlich vorgegangen werden könne. Der zentralen Dokumentationsstelle, dem Paul-Ehrlich-Institut, müsse lediglich mitgeteilt werden, ob eine PID aufgrund einer Erbkrankheit oder aufgrund des Risikos einer Fehl- oder Totgeburt erfolgt sei. Auch sei es nicht notwendig, die Erbkrankheit zu melden, aufgrund derer die PID überhaupt erfolgt sei. Die Ethikkommissionen hätten im Grunde keine ethische Bewertung vorzunehmen, denn sie dürften weder soziale noch psychologische Aspekte berücksichtigen. Ihnen obliegt eher eine verwaltungstechnische Funktion zur Überprüfung der Formalia des Antrags. Der Präsident der Deutschen Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, schlug daher vor, regelmäßige Treffen der Ethikkommissionen zur Diskussion und Absprache der Entscheidungskriterien einzurichten, um deutschlandweit zu einer einheitlichen Spruchpraxis zu finden und so einem „Ethikkommissionen-Tourismus“ zuvor zu kommen.

Weitere Widersprüche und Unklarheiten der PID-Verordnung kamen Mitte November 2012 beim 6. Bonner Symposium zur PID „Ein Jahr PID-Gesetz“ zum Vorschein.⁴ Darunter fällt die sogenannte Dreierregelung (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 4 ESchG), die verbietet, während eines Zyklus mehr als drei Eizellen zu befruchten. Dr. Ulrich Hilland vom Bundesverband der Reproduktionsmediziner sagte, dass diese Regelung ursprünglich für die IVF gegolten habe und für erfahrene Reproduktionsmediziner nicht mehr kompatibel mit einer PID sei: Dafür seien mindestens 6–8 Embryonen notwendig. Würde sich bei der genetischen Untersuchung herausstellen, dass die Hälfte den Defekt trägt, blieben noch 3 übertragungsfähige Embryonen zum Rücktransfer in den Uterus. Natürlich könnten theoretisch auch 8 gesunde Embryonen nach dem Test vorliegen, von denen aber nur höchstens drei übertragen werden könnten. Die überzähligen müssten dann eingefroren werden. Hier gebe es gesetzlichen Regelungsbedarf.

Großen Diskussionsbedarf gab es im Rahmen dieser Tagung über den Umgang mit möglichen „Zufallsfunden“ bei der genetischen Untersuchung der Embryos. Würde beispielsweise neben der Untersuchung auf die Erbkrankheit Mukoviszidose gleichzeitig noch eine Trisomie 21 festgestellt, gäbe es dann die Pflicht, dies den Eltern mitzuteilen? Was würde passieren, wenn ein Arzt einen „falsch-positiven“ Embryo überträgt? Auch hier gebe es noch erheblichen Regelungsbedarf im Arzthaftungsrecht, der noch nicht bedacht worden sei, wie Medizinrechtler Prof. Dr. Dirk Olzen von der Universität Düsseldorf beanstandete.

Bei der jetzigen Beschlussfassung der PIDV wurden nur geringfügige Änderungen vorgenommen und somit kaum einer der von maßgeblichen Instanzen vorgebrachten Kritik Gehör geschenkt. Dies ist nicht verwunderlich, handelt es sich doch um eine rein politische Entscheidung, die von Mehrheiten getragen wird. Und diese Mehrheit war schon im November vorhanden gewesen. Nur wenige Bundesländer hatten ihre Einwände vorgebracht. Zur beschließenden Sitzung am 1. Februar lagen dem Bundesrat nur vom Land Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt konkrete Änderungsvorschläge vor, die auch in die Beschlussfassung aufgenommen wurden.

Die wichtigste Änderung betraf die Regulierung der Anzahl durchführender PID-Zentren. Zum § 3 Abs. 2 bb sollen folgende Sätze hinzugefügt werden:

„Ein Anspruch auf Zulassung besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Zentren oder Einrichtungen, die eine Zulassung beantragen, entscheidet die zuständige Behörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen, der Vielfalt der Bewerber und des Bedarfs an Zentren für Präimplantationsdiagnostik.“

Der Gesetzgeber wollte damit erreichen, dass PID nur von wenigen Zentren durchgeführt werden soll. Nicht allein die Tatsache, dass eine Reproduktionspraxis über das technisch-wissenschaftliche Know-How zur Durchführung einer PID verfüge,

führe automatisch zur Anerkennung als PID-Praxis. Diese Voraussetzungen würden derzeit in Deutschland schätzungsweise 50 Praxen erfüllen. Dies erklärte Wolf-Michael Catenhusen, der stellvertretende Vorsitzende des Nationalen Ethikrates auf persönliche Anfrage. Es sei nun Aufgabe der Bundesländer, sich über den Bedarf an PID-Zentren abzusprechen und so auch die Qualitätssicherung zu garantieren. Dennoch müssen berechtigte Zweifel daran geäußert werden, ob es in Deutschland gelingen wird, effektiv die Zahl an durchführenden Zentren gering zu halten und somit auch einer möglichen „Vermarktung“ von PID entgegenzuwirken.

Die Beschlussfassung der PID-Verordnung hat auch die Anzahl der Ethikkommissionen nicht zahlenmäßig festgelegt. Jedem Bundesland obliegt die Einsetzung der Gremien. Wohl hat man vonseiten des Gesetzgebers darauf geachtet, dass die Besetzung der Kommissionen genderkonform geschlechtsparitätisch erfolgt (PIDV § 4) und dass die Bewertung des Antrags nicht nur in der Prüfung verwaltungstechnischer Vorgaben besteht (PIDV § 6). Vielmehr hat die Prüfung der Anträge „unter Berücksichtigung der im konkreten Einzelfall maßgeblichen psychischen, sozialen und ethischen Gesichtspunkte“ zu erfolgen. Der Gesetzgeber hat es aber versäumt, durch Einsetzung einer bundesweiten Ethikkommission ein einheitliches Vorgehen der Entscheidungsfindung aller Ethikkommissionen zu gewährleisten.

Im Hinblick auf die zu erwartende Zeit, die die Länder bei der Umsetzung der PID-Verordnung in ihre Rechtsgefüge benötigen werden, wurde die Umsetzungsfrist von sechs auf zwölf Monate verlängert.

Unterm Strich bleibt es vorerst beim unklaren Rechtsrahmen für die Durchführung der PID in Deutschland. Mit den mehr oder weniger bloß kosmetischen Änderungen an der bereits im November vom Bundeskabinett beschlossenen PID-Verordnung hat sich der Staat eine wirksame Kontrolle über die PID-Praxis aus der Hand nehmen lassen. Aufgrund fehlender Grenzziehungen

hat er künftig weder eine Kontrolle über die zahlenmäßige Durchführung von PID noch wollte er die Indikationen klar festschreiben. So lässt er indirekt zu, dass sich im Laufe der Anwendung der PID stillschweigend das Indikationsspektrum von monogenen schweren Erbkrankheiten hin zu einem standardmäßigen Embryonen-Screening ausweiten wird. Auch in Frankreich hat man erlebt, wie die dort „eng begrenzte PID“ doch 2011 zur Herstellung eines Designerbabys geführt hat.⁵ Während es in Großbritannien die Indikation zur Selektion geeigneter Gewebespende für ein bereits lebendes krankes Geschwisterkind gibt, war dies in Frankreich verboten. Dort erlebt man jetzt faktisch eine Aufweichung der strengen Anwendung der PID. Zu befürchten ist deshalb, dass sich auch in Deutschland im Verlauf der Anwendung von PID eine Ausweitung der PID ergeben und auch indirekt eine Indikationsliste erstellt wird: nämlich aus den Krankheiten der von den Ethikkommissionen zugelassenen Fälle. Hier wird sich langsam aber sicher doch ein Spektrum von Indikationen herauskristallisieren, auch wenn dies gesellschaftlich nicht befürwortet wird.

Was die schon jetzt vorhersehbaren Anwendungsprobleme betrifft, hat sich auch hier der Gesetzgeber vor notwendigen Klärungen gedrückt. Er hätte die unmöglich einzuhaltende „Dreier-Regelung“ rechtlich klären müssen. Vielleicht spekuliert er darauf, dass der sogenannten „liberalen“ Auslegung der Dreierregelung, wie sie vor allem von der Kieler Rechtsgelehrten, Prof. Dr. Monika Frommel, vertreten wird, durch zu erwartende gerichtliche Verfahren Geltung verschafft wird.⁶

Im Hinblick auf die laufenden Überlegungen zur Neugestaltung des österreichischen Fortpflanzungsmedizingesetzes ist der Blick nach Deutschland nur beschränkt hilfreich. Der Bundesrat hat zwar der PID-Verordnung zugestimmt, doch rechnet man mit der Umsetzung noch mindestens mit einem Jahr. Es war nicht zu erwarten, dass in Deutschland der vorgeburtlichen genetischen Diagnostik „Tür und Tor“ geöffnet werden. Die heftige

Debatte um die ambivalent ausformulierte PID-Verordnung sollte der österreichischen Regierung eine Mahnung zur Vorsicht sein. Es ist sicherlich anzuraten, den Gesetzentwurf zusammen mit der zur Umsetzung des Gesetzes notwendigen Verordnung zu erstellen und zu diskutieren.

Dr. Bergund Fuchs, M.A.
Aachener Straße 608, D-50933 Köln
fuchsbfbf@googlemail.com

Referenzen

- 1 vgl. Kummer S., *Zahnlose PID-Verordnung in Deutschland öffnet Markt für Selektion*, Imago Hominis, Bd. 19, Heft 3, S 154-156
- 2 *Sechs Bundesländer lehnen PID-Rechtsverordnung ab*, Ärzteblatt.de, 12.08.2012
- 3 Empfehlung des Deutschen Ethikrats für die Überarbeitung der Verordnung über die rechtmäßige Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (PIDV) der Bundesregierung. Pressemitteilung 13/12 vom 23.11.2012
- 4 Am 15. November 2012 veranstaltet die BMBF-NWG ELSA am IWE in Kooperation mit der Juristischen Fakultät der Universität Passau das 6. Bonner Symposium zum Thema „Präimplantationsdiagnostik - Ein Jahr PID-Gesetz“.
- 5 *Frankreich: erstes Designer-Baby*, Deutsche Tagespost, 09.02.2011, <http://www.rp-online.de/politik/ausland/frankreich-streitet-ueber-designer-baby-1.2127764> (letzter Zugriff am 20.02.2013)
- 6 Bals-Pratsch M., Dittrich R., Frommel M., *Wandel in der Implementation des Deutschen Embryonenschutzgesetzes*, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (2010); 7(2): 87-95

Susanne Kummer

Genderzid: Gezielte Abtreibung von Mädchen - ein weltweites Problem

Gendercide: Selective Abortion of Girls - a Global Problem

Indikation „Mädchen“, Therapie „Abtreibung“: Die Abtreibung aufgrund des „falschen Geschlechts“ (Genderzid) hat in China und Indien schon zu dramatischen Folgen geführt. Vor allem in Asien, so berichten Soziologen, gelten Buben als höherwertig, weil sie die Altersversorgung der Eltern übernehmen. In einer 2012 vom Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) veröffentlichten Studie *Sex Imbalances at birth: Current Trends, Consequences and Policy Implications* wird berechnet, dass die „selektive Abtreibung nach Geschlecht“ in Asien schon 117 Millionen Frauenleben verhindert hat. Allein China und Indien hätte sie 85 Millionen (ungeborenen) Frauen das Leben gekostet – trotz Wirtschaftsboom. In China liegt das Verhältnis zwischen Buben und Mädchen bei 118 zu 100, in einigen Gegenden kommen sogar schon über 130 Buben auf 100 Mädchen. Die Ein-Kind-Politik des Staates hat die „Maskulinisierung“ der Gesellschaft weiter verschärft. Ein normales Geschlechterverhältnis liegt laut WHO bei 102 bis 106 Buben zu 100 Mädchen. Auch in Indien hat der sogenannte Genderzid, wie die Wissenschaft das Phänomen nennt, wirtschaftliche Gründe. Hier gelten Töchter oft als Last, weil sie später mit einer hohen Aussteuer ausgestattet werden müssen.

„Über unsere Mädchen fegt ein tödlicher Tsunami, wir erleben einen ethischen Zusammenbruch unserer Gesellschaft, aber niemand regt sich auf“, berichtet Shanta Sinha von der Kommission für Kinderrechte in Indien. Laut UNFPA werden dort jährlich eine halbe Million weibliche Föten abgetrieben.

Gegenmaßnahmen greifen nur langsam

Inzwischen kann es offenbar auch in Europa und im benachbarten Kaukasus für ein Ungebore-

nes ein todbringender Makel sein, weiblich zu sein. In Armenien und Aserbaidschan kommen auf 100 Mädchen derzeit etwa 115 Buben zur Welt, in Albanien sind es nach den gerade erst veröffentlichten Geburtenstatistiken 112 Buben – das sind in etwa indische Zustände. Auch in Albanien, wo seit dem Fall des Kommunismus Abtreibung bis zur 12. Schwangerschaftswoche straffrei ist, gelten Buben kulturell mehr als Mädchen. Laut Demografieexperte Christopher Guilmoto vom Pariser Forschungsinstitut für Entwicklung (IRD) steht Albanien in Europa an der traurigen Spitze, gefolgt von drei weiteren Ländern des Balkans: Kosovo (110 Buben), Montenegro (109 Buben) und Mazedonien. Die drei letztgenannten Länder sind EU-Beitrittskandidaten.

Gleichwohl gab es zuletzt auch positive Meldungen. In Südkorea ist es durch eine groß angelegte PR-Kampagne und Gesetze gegen Frauen diskriminierung gelungen, die einst entgleiste Geburtenrate wieder auf fast natürliche 107 zu 100 zu senken. In Albanien hat das Gesundheitsministerium Ende 2012 eine Arbeitsgruppe gegründet. Und in einigen indischen Dörfern hat die UNFPA jetzt Projekte gestartet, mit denen die Regeln für Erbschaften und Landbesitz zugunsten der Frauen verändert werden sollen.

Abtreibungstourismus auch in Europa

Es ist paradox: Es war der medizinische Fortschritt, der dazu führte, dass Eltern sich in Entwicklungs- und Schwellenländern den traditionellen Wunsch nach Buben erfüllen können – und Mädchen diskriminiert werden. Das Absurde sei, so die Grünen-Europaabgeordnete Franziska Brantner zu Recht, dass die EU die Familienplanung in China kritisieren dürfe, weil China als Entwicklungsland gelte. Das sei bei den Balkanländern, mit denen

die EU verhandelt, anders. Hier falle Abtreibung in den Bereich der Gesundheitspolitik – und nicht der Menschenrechtspolitik. „Die EU kann politisch Druck machen, rechtlich hat sie gegen die Beitrittskandidaten mit zweifelhafter Abtreibungspolitik aber keine Handhabe“, kritisiert Brantner, berichtet die *Süddeutsche Zeitung*.² Das könnte sich ändern, denn im Frauenausschuss des *Europäischen Parlamentes* wächst die Empörung.

Innerhalb der *Europäischen Union* ist die Praxis offenbar weiter verbreitet als bisher angenommen. Im Oktober 2012 wurde im dänischen Rundfunk³ publik, dass schwangere dänische Frauen seit Jahren in Schweden einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, wenn ihnen das Geschlecht des erwarteten Kindes nicht zusagt. In Schweden ist eine Abtreibung bis einschließlich der 18. Woche erlaubt.

In Dänemark gilt die Fristenregelung bis zur 12. Woche. Das Geschlecht kann in der 14. Schwangerschaftswoche per Ultraschall festgestellt werden. Wenn die Frauen – Migrantinnen ebenso wie besser gebildete Frauen – erst in der 14. Woche erfahren hatten, dass sie ein Mädchen erwarteten und dies nicht wollten, entschlossen sie sich für eine Reise zwecks Abtreibung ins benachbarten Schweden. Denn nach schwedischem Gesetz ist eine geschlechtsselektive Abtreibung nicht illegal und darf daher nicht untersagt werden. Dies hatte im Mai 2009 der schwedische Nationale Gesundheits- und Wohlfahrtsrat *Socialstyrelsen* beschlossen, der auch für die Genehmigung von späten Abtreibungen zuständig ist.⁴ Anlassfall war eine Schwedin, bereits Mutter von zwei Töchtern, die sich im Februar 2009 einer Amniozentese unterzogen hatte, angeblich zur Feststellung einer Chromosomenaberration. Dabei ließ sie ohne medizinische Begründung das Geschlecht des Fötus ermitteln – mit der Konsequenz, dass sie anschließend eine Abtreibung verlangte. Zuvor hatte sie bereits zwei Kinder wegen des „falschen Geschlechts“ abgetrieben. Die beteiligten Ärzte am *Mälaren Hospital* waren verunsichert, was zu tun sei. Sie baten die schwedische

Behörde um Richtlinien, wie man sich in Zukunft verhalten solle, zumal sie sich ab nun „einem Druck ausgesetzt fühlten, wenn sie das Geschlecht eines Fötus untersuchen sollen“, ohne eine medizinische Handhabe dafür zu haben. Der Nationale Gesundheits- und Wohlfahrtsrat *Socialstyrelsen* stellte fest, dass ein solches Ersuchen nicht zurückgewiesen und selbst die folgende Abtreibung nicht verweigert werden dürfe. Es sei nicht gestattet, einer Frau die Abtreibung bis zur 18. Woche zu verweigern, selbst wenn lediglich das Geschlecht des Fötus den Anlass biete, sagen die Schweden.

Genderzid unter Migrantinnen häufiger verbreitet

Der britische Gesundheitsminister Andrew Lansley ist hier offenbar anderer Meinung. Er war im Februar 2012 unter Druck geraten, als die Tageszeitung *The Daily Telegraph* aufdeckte, dass Ärzte in mehreren britischen Kliniken Schwangerschaftsabbrüche durchführten, nur weil das Kind nicht das erwünschte Geschlecht hatte – oder zumindest die Bereitschaft zu dem Eingriff signalisiert wurde, wie Undercover-Journalisten auf Videomitschnitten festhielten, als sie Schwangere in neun verschiedene Abtreibungskliniken begleiteten.⁵ Lansley zeigte sich „extrem besorgt“ über diese Verdachtsfälle. Die Selektion nach Geschlecht sei nicht nur „moralisch falsch“, sondern auch „illegal“, stellte der Minister klar.

Auch in Europa, etwa in Norwegen und Großbritannien, gibt es bei Einwanderern aus asiatischen Kulturkreisen vor allem beim zweiten oder dritten Kind eine erkennbar bubenlastige Geburtenquote, was als typisches Indiz für eine vorgeburtliche Geschlechtsauswahl gilt. Gar nicht glücklich über die Entwicklung über diesen Trend ist man auch in Kanada. Laut jüngsten Erhebungen ist er besonders unter Migrantinnen verbreitet: Immigrantinnen aus Indien, China und Korea gebären unverhältnismäßig mehr Buben, auch wenn sie in Kanada finanziell abgesichert und integriert waren.

Im Editorial⁶ des *Canadian Medical Association*

Journal zeigte sich Chefredakteur Rajendra Kale, selbst gebürtiger Inder, über diese Entwicklung alarmiert: „Soll man etwa den Fetozid weiblicher Föten in Kanada einfach als unbedeutend abtun, weil es sich ‚nur‘ um ein kleines Problem innerhalb einer ethnischen Minorität handelt? Nein. Auch ‚einige Wenige‘ können nicht ignoriert werden, wenn es sich um eine Diskriminierung der Frau in ihrer extremen Ausformung handelt.“ Die Autoren im *CMAJ* forderten deshalb Maßnahmen zur Begrenzung geschlechtsselektiver Abtreibung.

Ausweg: Verurteilung des Genderzids und Schutz des Ungeborenen – von Anfang an

Ein Vorschlag lautet, die Information über das Geschlecht des Babys – soweit medizinisch irrelevant – bis zur 30. Schwangerschaftswoche zurückzuhalten. Dies stieß prompt auf Kritik: Tests zur Bestimmung des Geschlechts des Ungeborenen seien längst im Handel erhältlich und könnten zu Hause durchgeführt werden. Und außerdem: Wie könne nach geltender Rechtslage ein Arzt eine Abtreibung verweigern, selbst wenn er die wahren Beweggründe der Mutter ahnt, ohne sich dabei rechtlich die Finger zu verbrennen? Beide Seiten, Pro-Life- und Pro-Choice-Unterstützer, bezeichnen den kanadischen Vorschlag als unlogisch: Warum sollten Ärzte von der Tötung eines weiblichen Babys abraten, zugleich aber die Abtreibung von Down-Syndrom-Föten hinnehmen? Sind nun alle Föten gleich – oder einige „gleicher“?

Positiv ist: Der Genderzid ist weltweit als Problem erkannt worden. Der Europarat hatte 2010 erstmals eine Arbeitsgruppe dazu eingesetzt und im Mai 2010 eine Resolution herausgebracht.⁸ Als Maßnahmen werden darin empfohlen: Die Verurteilung der geschlechtsselektiven Abtreibung, wo immer sie aufgedeckt wird; eine Restriktion der Pränataldiagnostik auf rein medizinische Indikationen sowie generell die Erleichterung von Adoption. Damit diese Maßnahmen aber nicht nur Kosmetik bleiben, ist es entscheidend, das Problem an der Wurzel anzupacken. Die Wertschätzung der

Frau an sich, die Gleichberechtigung – und den Schutz des Ungeborenen von Anfang an.

In Ländern, die seit Jahrzehnten eine laxere Abtreibungspraxis akzeptiert haben, ist die Selektion nach dem Geschlecht wohl nur die Spitze des Eisberges. Es ist schwer vermittelbar, gegen die Abtreibung von Mädchen zu argumentieren mit dem Argument, dass dies menschenverachtend und diskriminierend sei, wenn zugleich die Diskriminierung von Behinderten, Mädchen und Buben, zugelassen ist. In Österreich dürfen letztere sogar bis zur Geburt abgetrieben werden. Der frauenfeindliche Genderzid sollte daher Anstoß für eine tiefere gesellschaftliche Debatte über den Wert und die Würde jedes Menschen in jeder Lebensphase sein.

Mag. Susanne Kummer, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
skummer@imabe.org

Referenzen

- 1 UNFPA, *Sex Imbalances at Birth: Current trends, consequences and policy implications*, August 2012, www.demographie.net/guilmoto/pdf/UNFPA2012%20sex%20imbalances%20at%20birth.pdf (letzter Zugriff am 1. März 2013)
- 2 Süddeutsche, 1. Jänner 2013, www.sueddeutsche.de/wissen/abtreibungen-bei-falschem-geschlecht-der-moerderische-makel-ein-maedchen-zu-sein-1.1562673
- 3 www.dr.dk/Nyheder/Indland/2012/10/20/1020183034.htm, 20. Oktober 2012, vgl. diestandard, 22. Oktober 2012 (online)
- 4 The Local, 20. Mai 2009, www.thelocal.se/19392/20090512/ (letzter Zugriff am 1. März 2013)
- 5 The Daily Telegraph, 22. Februar 2012 (online)
- 6 Canadian Medical Association Journal, DOI:10.1503/cmaj.120021
- 7 National Post, 17. Jänner 2012
- 8 Volontè et al., Resolutionsantrag „Sex-selective abortion – “Gendercide“, 11. Mai 2010, www.assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewPDF.asp?FileID=12854&Language=EN (letzter Zugriff am 1. März 2013)

Markus Schwarz

Herausforderungen an einen Manager im Krankenhausbetrieb

Challenges for Hospital Managers

Zusammenfassung

Die Zusammenarbeit zwischen Management und ärztlicher Führung im Krankenhaus steht aufgrund der beruflichen Prägungen der beiden Berufsgruppen und der offensichtlichen unterschiedlich gelagerten Interessen und Aufgaben in einem ständigen Konflikt. Die vorliegende Arbeit möchte aufgrund der sich verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen Möglichkeiten aufzeigen, wie ein Miteinander unter einer gemeinsam errichteten Zielsetzung für ein Krankenhaus nicht nur sinnvoll, sondern in Zukunft notwendig sein wird. Eine moderne Krankenhausführung stellt sich den Herausforderungen der Zukunft und versucht diesen durch ein nachhaltig ausgerichtetes Konzept zu begegnen. Dazu ist für einen Manager vor allem ein richtiges Verständnis für „leadership“ wie auch die Erfahrung in der Führung komplexer Organisationen nötig. Darüber hinaus ist auch die Kenntnis von technologisch orientierten Prozessen wichtig, um das nötige Verständnis für die Anforderungen im Krankenhausbetrieb zu erlangen.

Schlüsselwörter: Krankenhausmanagement, Führungskompetenzen, Konflikt Arzt-Manager

Abstract

Collaboration between managers and leading physicians in a hospital is characterized by a natural distinctive early professional imprint that is enhanced by the different nature of interests and tasks within such organizations. This article wants to develop concepts that will enable a professional competence model that will deal with the upcoming challenges in the health system, which is not only beneficial for all participants, but will soon be a necessary approach to the changing environment in health care. A state-of-the-art hospital management faces these challenges and embraces them with a sustainable concept for the organization. To be able to do this, managers need to show an adequate level of “executive leadership” as well as a proven experience in managing complex organizations. In addition, a thorough understanding of technologically oriented processes is necessary to fully understand the needs of modern health organizations.

Keywords: Hospital Management, Leadership Competencies, Physician-Manager Conflict

Dr. Markus Schwarz, MBA
Egon Zehnder GmbH
Bauernmarkt 2, A-1010 Wien
markus.schwarz@egonzehnder.com

Der ständig das Geld kürzende und Personal ausdünnende Krankenhausmanager gegen den mit dem Leichentuch „wachelnden“ Primararzt – darin kulminiert die gängige Vorstellung von Konflikten zwischen „Der Verwaltung“ und „Den Primärärzten“, begleitet durch diverse Ärzteserien und öffentlichkeitswirksame gesundheitspolitische Kommentare, die noch Öl in das munter flackernde Feuer gießen.

Jeder Insider eines Krankenhauses weiß natürlich um den polarisierenden Effekt dieser Gegenüberstellung, er kennt aber auch nicht wenige Diskussionen, in denen diese Feindbilder bewusst aufgebaut und auf die Spitze getrieben werden. Und auf die Spitze getrieben zeigen sich oft die wirklichen Beweggründe und Motivationsmuster, die verschiedenen Berufsgruppen inhärent sind. Zumindest wird deutlich, dass die Zuschreibung an die „Gegenseite“ nicht selten auf die eingangs erwähnten Muster hinaus laufen.

Bevor wir uns der Frage zuwenden, wie man mit diesen Vorurteilen und Zuschreibungen umgehen kann und was dies für ein modernes Krankenhausmanagement bedeutet, wollen wir noch einen Blick auf die möglichen Gründe dieser immer wieder verstrickten Situation werfen.

Professionsbedingter unterschiedlicher Zugang

In einer breit angelegten Studie unter Schweizer Führungskräften im Spitalswesen konnte Endrissat et al.¹ mehrere dieser Faktoren herausarbeiten und darlegen. „Der mögliche Antagonismus zwischen Medizin und Management wird unter anderem durch professionskulturelle Unterschiede getragen, die durch die (unterschiedliche) Sozialisation während der Ausbildung und der beruflichen Tätigkeit die Selbstverständnisse der Mediziner und Manager prägen.“ Während der Mediziner darauf konditioniert ist, für jeden individuellen Fall eine optimale Therapie zu gewährleisten und damit auch jede Problemstellung fallbezogen analysiert und lösen möchte, werden

Manager darauf trainiert, aus vielen Einzelfällen Muster zu erkennen und diese über möglichst breite Standardisierung und Prozessdefinition effizient – d. h. größte Wirkung unter möglichst geringem Mitteleinsatz – einzusetzen.

Daraus ergibt sich natürlich ein diametral entgegen gesetztes Führungsverständnis, das auf der medizinischen Seite stark die Komplexität einzelner Fälle und die Notwendigkeit der differenzierten Betrachtung einzelner Problemsituationen hervorruft. Im Unterschied dazu sucht der Manager immer danach, Komplexität möglichst zu verringern und Problemsituationen durch bereits erfolgreich angewandte Modelle zu lösen.

Zunehmende Komplexität im Krankenhausbetrieb

Mit der zunehmenden Komplexität des Krankenhausbetriebes werden diese unterschiedlichen Prägungen immer klarer sichtbar, und die entstandenen Kostendynamiken, die zu einem überproportionalen Kostenwachstum bei relativ geringer steigenden Einnahmen führen, erreichen ein weiteres Auseinanderdriften dieser Kulturen. De facto hat sich aber auch die Anforderung an die Führung eines Krankenhauses in den letzten Jahren massiv verändert und die grundlegenden Mechanismen, unter denen heute führende Mediziner groß geworden sind, sind einem grundlegenden Wandel unterlegen.

Richard Bohmer konnte in einem Artikel im *New England Journal of Medicine*² diese Veränderungen sehr gut auf den Punkt bringen. Laut seiner Analyse ergeben sich aufgrund der immer komplexer werdenden medizinischen Entwicklung, aber vor allem auch aufgrund der sich verändernden Finanzierungssysteme völlig neue Aufgaben und Rollen für Führungskräfte in einer Krankenhausorganisation. Folgende Tabelle (die direkt aus dem Artikel übernommen wurde) beschreibt diesen Paradigmenwechsel in der Führung von Krankenhäusern, der vielfach angestoßen, bei weitem aber noch nicht umgesetzt wurde.

	Alt: Service orientierte Organisation	Neu: Ergebnis orientierte Organisation
Rolle der Versorgungseinrichtung	Zusammenführung und Verwaltung von Ressourcen	Ergebnisverbesserung für Patienten
Primäre Aufgaben	Prozeduren	Ergebnisse
Wissensträger	Individuum	Organisation
Klinische Perspektive	Arzt-Patienten Beziehung	System Design und dessen Effektivität
Kompetenzen der (medizinischen) Führungskräfte	Klinische Beurteilung	Leadership / Veränderungsmanagement

Tabelle 1: Veränderung der Rolle von medizinischen Versorgungseinrichtungen²

Während sich noch viele Krankenhausorganisationen darum bemühen, ihre bestehenden Ressourcen immer effizienter einzusetzen und damit nicht nur gefühlte Engpässe im Personalbereich und bei den materiellen Ressourcen produzieren, fordern Patientenorganisationen und teilweise auch die Finanziere des Gesundheitswesens bereits Strukturen ein, die sehr viel stärker die tatsächliche Ergebnisverbesserung für individuelle Patienten und Bevölkerungsgruppen im Blick haben. Genau dort liegt natürlich auch der politische und gesellschaftliche Auftrag von Krankenhäusern, der durch einen primär auf Effizienz ausgelegten Managementstil teilweise unter die Räder kam. Dort ergeben sich – nebenbei bemerkt – auch logische Friktionsbereiche mit der Politik als wesentlichem Träger der Gesundheitsversorgung gerade in Österreich.

Qualität: Medizinische Versorgung und Patientenzufriedenheit

Worin besteht nun aber diese Ergebnisqualität für eine Krankenhausorganisation? Die zwei wesentlichen Elemente eines entsprechenden Ergebnismessung für ein Krankenhaus können in der medizinischen Qualität der Versorgung und in der Patientenzufriedenheit identifiziert werden. Die medizinische Qualität ist natürlich nicht für den Patienten direkt mess- und be-

stimmtbar, jedoch entwickeln moderne Gesundheitssysteme verstärkt Instrumente, um eine Objektivierbarkeit der medizinischen Qualität verschiedener Gesundheitseinrichtungen herbei zu führen. In Europa ist dies heute noch sehr stark auf eine klassische Kontrolle der Strukturqualität ausgerichtet. In vielen Ländern werden aber auch schon Versuche gestartet, die Ergebnisqualität im Sinne der erlangten medizinischen Ergebnisse zu beurteilen, wie dies durch die Einführung verschiedener „Register“ auch in Deutschland und Österreich der Fall ist,³ die jedoch primär über die ärztlichen Gesellschaften im Sinne einer wissenschaftlichen Erhebung abgewickelt werden.

Die Patientenzufriedenheit ist ein sicherlich subjektiverer Faktor, der aber gerade auch im Sinne des öffentlichen Auftrages für das Gesundheitswesen eine gesellschaftspolitisch wichtige Rolle einnimmt. Als eine der ersten Aufgaben hat sich z. B. auch die neu geschaffene „Gesundheit Österreich GmbH“ mit der Erhebung der Patientenzufriedenheit als Parameter für die Güte des Gesundheitswesens verschrieben.⁴ Darüber hinaus ist die Patientenzufriedenheit natürlich auch ein wesentlicher betriebswirtschaftlicher Parameter, der die Entscheidung der Patienten über zukünftige Wahl von Versorgungseinrichtungen mitbestimmt.

Fünf Faktoren für ein besseres Management

In einer für die Unternehmensberatung McKinsey in sieben Ländern durchgeführten Studie von Carter et al.⁵ wurde genau Zusammenhang von medizinischem Ergebnis und der Patientenzufriedenheit mit den Managementstrukturen eines Spitals verglichen. Dabei ergab sich eine hohe Korrelation zwischen der Qualität des Managements und den Resultaten der medizinischen Versorgung (wie z. B. Überlebensrate nach Myokardinfarkt) und der Patientenzufriedenheit. Insgesamt konnten fünf relevante Faktoren, die ein besseres Management von Krankenhäusern begünstigen, identifiziert werden: Zunächst gibt es eine *kritische Größe* von Krankenhäusern, die erst ab einer gewissen Komplexität differenzierte Managementstrukturen erfordern. Wesentlich für ein besseres Management war auch das *Wettbewerbsumfeld*, in dem sich das Krankenhaus befand. Je mehr alternative Angebote es im Umfeld von Krankenhäusern gab, desto besser wurde das Management eingestuft. Auch konnten *privat* geführte Krankenhäuser besser abschneiden als öffentliche Institutionen. Weiters zeigte die Anzahl der *Manager mit klinischer Ausbildung* (Medizin, Pflege, ...) ebenfalls eine hohe Korrelation mit einem besser geführten Krankenhaus und schließlich zeigte auch die vorhandene *Autonomie* des Managements einen positiven Zusammenhang mit den Managementstrukturen.

Bei näherer Analyse dieser Ergebnisse zeigt sich, dass wesentliche Strukturen der gut geführten Krankenhäuser darauf abzielen, gute Manager anzuziehen und innerhalb der Organisation zu entwickeln, die wiederum das Umfeld schaffen, das gute Ärzte anzieht. Darin besteht letztendlich der wesentliche Unterschied zwischen gut und weniger gut gemanagten Krankenhäusern. In gut geführten Häusern gibt es eine klare Rollenzuteilung und gegenseitigen Respekt gegenüber den Aufgaben und Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen, während in vielen weniger gut geführten Häusern viel Energie und Effizienz durch die Konfrontation zwischen den Berufsgruppen verloren geht. Diese

klare Rollenzuteilung zieht wiederum gut ausgebildete und erfolgsorientierte Manager an, die an einer hochstehenden medizinischen Qualität interessiert sind. Ein positiver Regelkreis entsteht, der die Organisation insgesamt voranbringt.

Die Managementkompetenz ist natürlich nur eine wesentliche Determinante einer guten medizinischen Qualität und der Patientenzufriedenheit. An erster Stelle steht die Qualität des medizinischen Personals sowohl in Bezug auf deren medizinische Entscheidungen als auch deren Umgang mit Patienten. Und wesentlich sind auch die zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen, die positiv mit dem Ergebnis korrelieren. Aber gerade in Zeiten unter Druck geratender öffentlicher Budgets und daraus resultierender relativ sinkender Einnahmen für Spitäler ergibt sich die immer größer werdende Bedeutung eines optimalen Managements, um genügend Ressourcen für Innovation und technologischen Fortschritt bereit stellen zu können. Denn gut geführte Spitäler überzeugen nicht nur durch bessere medizinische Qualität, sondern auch durch bessere Finanzergebnisse.

Was zeichnet ein kompetentes Spitalsmanagement aus?

Worin bestehen spezifisch die Kompetenzen, die es einem Krankenhausmanagement ermöglichen, entsprechende Resultate zu erzielen? Dazu sollen zunächst die spezifischen Herausforderungen an ein Spitalsmanagement dargestellt werden.

Das Krankenhaus stellt im Sinne der Managementtheorie in erster Linie eine Wissensorganisation dar, dessen Kernaufgabe in der Anwendung von medizinischem und pflegerischem Wissen zur Diagnose und Behandlung von Erkrankten besteht.⁶ Damit stehen die individuellen Träger dieses Wissens – das ärztliche Personal und die entsprechenden unterstützenden Strukturen aus der Pflege und anderen medizinischen Berufen – im Mittelpunkt der Managementaufgabe. Ein möglicher Wettbewerbsvorteil eines Krankenhauses resultiert daher primär aus dem vorhandenen Wis-

sen und dessen optimaler Anwendung in Diagnose und Behandlungsprozess.

Und genau in der Anwendung dieses Wissens kommen wesentliche weitere Kompetenzen hinzu, die als Managementprozesse verstanden werden müssen. Dabei geht es wie zuvor beschrieben in heutigen Gesundheitsorganisationen nicht mehr nur um die Anwendung von individuellem oder sogar in Teams vorhandenem Wissen, sondern es geht um den konsekutiven und auf übergreifende Prozesse abgestimmten Einsatz von Wissen, der sich über verschiedene Abteilungen, Disziplinen und Berufsgruppen zieht. In modernen Ansätzen der integrierten Versorgung zieht sich dieses Wissen sogar über mehrere Organisationen und wird dort auch als systemisches Wissen angewandt.

Das Wissen einer Organisation (oder auch eines Systems) lässt sich nun auf mehreren Ebenen feststellen. Zunächst geht es um faktisches Wissen, das durch die Kenntnisse der medizinischen Forschungsergebnisse (durch Studium und laufende Forschungsarbeit) besteht. Darüber hinaus braucht es aber auch eine Reihe von Fähigkeiten, die erst durch ein spezialisiertes Training (z. B. chirurgische Facharztausbildung) erworben werden kann. Auch das Erfahrungswissen zählt zu den Kernkomponenten eines Wissens, das z. B. in der Anamnese große Bedeutung gewinnt.

All diese Formen von Wissen auf individueller Ebene gilt es nun aber auch miteinander zu verknüpfen und in unterschiedlichen Teilen der Organisation nutzbar zu machen. Dazu greift man einerseits auf Prozesse zurück, die individuelle Wissensträger formal verbinden. Für das reibungslose Funktionieren einer Organisation ist aber darüber hinaus auch der Aufbau von spezifischen Kompetenzen notwendig, die Wissen organisatorisch verfügbar machen. Diese Kompetenzen sind vor allem im sozialen und emotionalen Bereich angesiedelt. Die Teamfähigkeit oder die Sachorientierung eines Mitarbeiters zählen etwa dazu.

Als Kompetenzen können also vor allem Verhaltensweisen beschrieben werden, die im Fall eines

Krankenhauses den optimalen Einsatz von Wissen ermöglichen. Diese Verhaltensweisen haben sich zum Teil über Jahrzehnte herausgebildet und sind als Kulturelemente von Berufsständen etabliert worden. Eine ärztliche Morgenbesprechung oder Visite zählen zu diesen kulturellen Elementen, die eine wesentliche Managementstruktur darstellen und einen enormen Beitrag zur Kommunikation als wesentlicher Basis einer effektiven Behandlung liefern können.

Daraus abgeleitet ergeben sich im Krankenhaus eine Fülle von Verhaltensweisen auf individueller Basis wie auch in der Zusammenarbeit von Berufsgruppen, die sich über viele Jahre erfolgreich heraus gebildet haben und die Zusammenarbeit zwischen so unterschiedlich strukturierten Funktionen wie einer Bettenstation, einem klinischen Laboratorium, einem Operationssaal und einer radiologischen Einrichtung erst ermöglichen. Ohne diese Grundprägungen wäre ein einigermaßen reibungsloses Funktionieren von großen Spitalsorganisationen gar nicht möglich.

Durch den zuvor aufgezeigten Veränderungsprozess, der sich über die letzten Jahre ergeben hat, werden nun aber auch diese grundlegenden Verhaltensmuster im Spital hinterfragt und von verschiedenen Beteiligten und Außenstehenden wie Sozialversicherungen, Patientenvertretern, IT-Experten, Politikern und eben auch zuständigen Managern neu gedacht. Waren in der Vergangenheit vor allem Manager gefragt, die klar strukturierte Prozesse für die Abrechnung oder saubere Strukturen für den Einkauf etablieren konnten, bedarf es heute eines neuen Zugangs im Management, der vor allem diese Veränderungsprozesse proaktiv ansprechen und auch anstoßen kann.

Führen ist mehr als Verwalten

Natürlich sind nicht alle Krankenhäuser bereits reif für diesen beschriebenen Veränderungsprozess, weshalb auch viele Einrichtungen im Gesundheitswesen nach wie vor auf Führungskräfte zurückgreifen, die vor allem in der Restrukturierung

von Prozessen im Verwaltungsbereich wie auch in der Etablierung von funktionierenden Strukturen im Bereich der nicht-medizinischen Bereiche ausgerichtet sind. Dabei entsteht jedoch die Gefahr, dass die Kernkompetenz und damit das Herz der Organisation, das sich aufgrund der Veränderungen in der medizinischen Machbarkeit auf alle Fälle einem starken Veränderungsprozess unterworfen sieht, nicht ausreichend unterstützt werden.

Für die Führung eines modernen Krankenhauses sind daher vor allem drei wesentliche Kompetenzen entscheidend:⁷ Als erstes geht es um die Fähigkeit, eine große Organisation mit einem entsprechenden „leadership“⁸ auszustatten. Als zweites zählt dazu die Fähigkeit, eine Organisation mit hoher Komplexität zu führen. Und schließlich bedarf es auch entsprechender Fachkenntnisse, um klinische und technologische Produktionsprozesse zu steuern.

Im Sinne des leaderships geht es bei der Führung von Krankenhausorganisationen vor allem um das klare Ausformulieren von Bildern der Zu-

kunft, die man durch entsprechende strategische Analyse des Umfeldes und der möglichen Entwicklungen gemeinsam mit den medizinischen Führungskräften entwickeln muss. Dabei geht es um ein integratives, langfristiges Denken, das aber nicht bei der Analyse stehen bleibt, sondern aktiv in die Umsetzung einmündet. Wesentlich dabei ist auch die Formung von effektiven und leistungsstarken Teamstrukturen, die die abgeleiteten Aufgaben zielorientiert erfüllen können und die Organisation durch die erkannten Veränderungen begleiten können. In der Bestform zeigen Manager mit ausgeprägtem leadership vor allem ein hohes Maß an Veränderungskompetenz, die sich durch die Schaffung einer Kultur ausdrückt, die ständig an ihrer eigenen Verbesserung arbeitet.

Die Fähigkeit hoch-komplexe Organisationen zu lenken, beruht vor allem auf der Fähigkeit, Organisationen klar zu strukturieren und einzelnen Bereichen strukturierte Aufgaben zuordnen zu können. Dies bedingt einerseits ein hohes Maß an Teamfähigkeit und Kommunikationskompetenz, aber genauso das Wissen um die notwendigen Qualifikationen und Entwicklungsmaßnahmen auf der Ebene der Mitarbeiter und Führungskräfte. Dazu bedarf es auch eines ausgeprägten Verständnisses für die Bedürfnisse der einzelnen Berufsgruppen als auch der Freude, andere voranzubringen und in den Mitarbeitern das Beste zu Tage zu fördern. Genauso zählt dazu das offene Zugehen und gemeinsame Entwickeln von Zielen mit den Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus wie auch der Interessensträger außerhalb der Krankenhausorganisation.

Die Fähigkeit zur Leitung von komplexen Produktionsprozessen, wie sie im klinischen Alltag gegeben sind, ist ebenfalls eine wesentliche Kompetenz von Managern im Krankenhaus, die sowohl eine hohe Prozessorientierung gepaart mit einem klaren Qualitäts- und Risikobewusstsein, wie auch einer ausgeprägten Ergebnisorientierung umfasst. Diese Fähigkeiten sind die notwendige Grundlage, um neben den nach vorne gerichteten Zielen auch

Kernkompetenzen	Notwendiges Managementverhalten ⁹
„Executive Leadership“	<ul style="list-style-type: none"> • Strategische Orientierung • Veränderungsmanagement • Teamführung
Erfahrung in der Führung einer Organisation mit hoher Komplexität	<ul style="list-style-type: none"> • Organisationsentwicklung • Teamorientierte Zusammenarbeit • Fähigkeit zur Beeinflussung
Kenntnisse von klinischen und technologischen Produktionsprozessen	<ul style="list-style-type: none"> • Prozessorientierung • Ergebnisorientierung • Qualitäts- und Risikobewusstsein

Tabelle 2: Kernkompetenzen von Managern im Krankenhaus

die nach innen gerichtete Zusammenarbeit möglichst effektiv zu gestalten.

Viele dieser beschriebenen Kompetenzen sprechen sowohl spezifische Fähigkeiten von klinisch ausgebildeten Personen an wie auch von eher betriebswirtschaftlich ausgebildeten Personen. In einer kürzlich durchgeführten Studie von Goodall¹⁰ wurde sogar der Schluss gezogen, dass Ärzte grundsätzlich die besseren Krankenhausmanager sind.

Die zuvor beschriebene Komplexität der Managementaufgabe sollte aber auch klar zeigen, dass – wie auch in vielen anderen expertenbasierten Organisationen – die Kombination aus Fach- und Marktkenntnissen mit spezifischem Managementverhalten den Schlüssel zum Erfolg darstellt. Die eingangs beschriebene Prägung vieler Mediziner steht diesem Managementverständnis oft im Wege. Andererseits ist das nur begrenzt ausgebildete Fachwissen vieler rein finanzorientierter Manager ebenso unzureichend für diese komplexe Aufgabe.

Referenzen

- 1 Endrissat N. et al., *Führung in Spitälern – Führungsselbstverständnisse von Managern und Medizinem im Vergleich*, WWZ Forschungsbericht 06/07, Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum der Uni Basel (2007), http://www.unibas.ch/fileadmin/www/redaktion/Forum/Forschungsberichte/2007/fo0607_endrissat_fuehrung_spital.pdf (letzter Zugriff am 12.02.2013)
- 2 Bohmer R. M. J. et al., *The Shifting Mission of Health Care Delivery Organizations*, N. Engl J Med (2009); 361: 6
- 3 z. B. Endoprothesen-Register, <http://www.endoreg.de/> (letzter Zugriff am 12.02.2013); Hofer C. et al., *Österreichisches Stroke Unit Register*, Wiener Medizinische Wochenschrift (2008); 158: 411-417
- 4 *Patientenzufriedenheit*, Gesundheit Österreich GmbH, <http://www.goeg.at/de/Bereich/Patientenzufriedenheit.html> (letzter Zugriff am 12.02.2013)
- 5 Carter K. et al. (McKinsey), *Why hospital management matters*, Health International (2011); 11: 0-89
- 6 siehe dazu auch: <http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/kernkompetenz/kernkompetenz.htm> (letzter Zugriff am 12.02.2013)
- 7 Shortell S. M., Kaluzny A. D., *Health Care Management – Organization Design and Behavior*, 5th Edition, Thompson Delmar Learning Series (2008)
- 8 Aufgrund der jüngeren Zeitgeschichte ist eine Übersetzung des Begriffes „leadership“ durch seine Verballhornung in der Nazi-Zeit in der deutschen Managementliteratur zumeist unterblieben.
- 9 basierend auf: McClelland D. C., *Identifying competencies with behavioral-event interviews*, Psychological Science (1998); 9: 331-339
- 10 Goodall A. H., *Physician-leaders and hospital performance: is there an association?*, Soc Sci Med (2011); 73(4): 535-9

Max Laimböck

Konflikt zwischen Krankenhausmanagement und Ärzteschaft

Conflicts between Hospital Management and Medical Doctors

Zusammenfassung

Die Ärzteschaft hat keine homogenen Interessen: Leitende Ärzte (Primärärzte, Geschäftsführer) übernehmen Unternehmensverantwortung, werden Manager und sollen Unternehmensinteressen gegen jene behandelnder Ärzte durchsetzen (z. B. Zusammenführung von Primariaten zu Zentren). Die Industrie bringt Ärzte in Interessenswidersprüche, wenn sie Ärzte (mit Studien, Vorträgen) davon überzeugen will, „ihr“ Produkt/Medikament einzusetzen. Wenn Arzthonorare für stationäre aber nicht für ambulante Behandlungen abrechenbar sind, wird die teurere, stationäre Versorgung – gegen das Unternehmensinteresse – zunehmen. Die primariatsübergreifende, integrierte Versorgung widerspricht oft ärztlichen Partialinteressen. In einer zeitgemäßen Spitalsorganisation werden Partialinteressen begrenzt und Anreize gesetzt, um Unternehmens- und Arztinteressen anzugleichen und die zeitgemäß integrierte Versorgung zu ermöglichen.

Schlüsselwörter: Anreizsystem, Ärzteschaft, Partialinteressen, Spitalsorganisation

Abstract

Medical professionals follow heterogenous interests: doctors in leading positions (head of clinics or enterprise) take responsibility for their entity, become managers and do have to achieve enterprise interests against partial interests of the professional group “doctors“ (e. g. consolidation of departments). Supply industry sets incentives by clinical studies and lectures to use “their“ products which create conflict of interests for doctors. Similar, because of private fees are only paid for inpatients treatments, there is an incentive to force – the more expensive – inpatient treatment instead of ambulatory treatments and day surgery. In addition to that, integrated care is often hampered by partial interests of department doctors. The state-of-the-art hospital organisation adjusts interests of doctors with enterprise interests and promotes integrated against segmented care.

Keywords: Incentives, Medical Professionals, Partial Interests, Hospital Organization

Dipl.Vw. Dr. Max Laimböck
Studiengangleiter Qualitäts- und Prozessmanagement im Gesundheitswesen
fh gesundheit, Innsbruck
Innrain 98, A-6020 Innsbruck
max.laimboeck@fhg-tirol.ac.at

1. Das Umfeld in Österreich

1.1. Keine homogene Interessenlage der „Ärzterschaft“

Weil Ärzte eine besonders qualifizierte Dienstleistung erbringen, ist der Arztberuf für die Bevölkerung von besonderer Bedeutung. Dennoch ist er letztlich ein Beruf wie andere auch, der entlang der hierarchischen Stufen in die beiden grundsätzlich verschiedenen Funktionen auseinanderfällt: in die Funktion als „behandelnder Arzt“ und als „anweisender, vorgesetzter Arzt“ (Manager).

Diese beiden Funktionen fallen auf den Hierarchieebenen des Arztberufs auseinander wie in allen anderen Berufen: Mit Personal-, Finanz- und Organisationsmanagement ist ein Arzt als Unternehmensvorstand oder Ärztlicher Direktor zu 100%, als Primararzt z. B. zu 50% und als leitender Ambulanzzarzt z. B. zu 20% befasst (in Vorarlberg war ein Arzt sogar Landesrat für Gesundheit und ebenfalls nur noch leitend tätig). In höheren hierarchischen Ebenen bleibt für die Funktion als „behandelnder Arzt“ begrenzte oder keine Zeit mehr. Ärzte „managen“ ihre nachgeordneten Berufskollegen und andere Berufsgruppen in der Patientenversorgung, stellen sie ein, weisen sie an und kontrollieren sie, beenden Dienstverhältnisse und stellen Ressourcen zur Verfügung – oder nicht. Damit entsteht der Konflikt Vorgesetzter – Mitarbeiter zwischen Ärzten der Hierarchieebenen.

In der Schweiz eskalierte ein Konflikt innerhalb der Ärzteschaft: Fachärzte setzten vieles daran, die im Juni 2012 abgehaltene Volksabstimmung zu Managed Care im Vorfeld negativ zu beeinflussen, und wandten sich damit gegen die Stärkung der Hausärzte (Behandlungssteuerung durch Hausärzte und damit Begrenzung der Facharztkontakte). Die Fachärzte haben sich bei der Volksabstimmung am 17. 6. 2012 klar durchgesetzt und die – teure – freie Arztwahl gegen die Interessen der Hausärzte verteidigt, obwohl mehrfach nachgewiesen wurde, dass der steuernde Hausarzt unter gezielter Einbeziehung von

Fachärzten und Spitalern niedrigere Kosten und höhere Qualität erreicht als die völlig freie Arzt- und Spitalswahl. Der Interessenkonflikt dominiert das Patienteninteresse.

Kurzum: Konflikte zwischen „behandelnden Ärzten“ und „Ärzten als Manager“ sind ebenso unvermeidbar wie Konflikte zwischen Ärzten mit konkurrierenden Interessen. Eine homogene Interessenlage der „Ärzterschaft“ gibt es nicht.

1.2. Die Ärztekammer vertritt vor allem die Interessen der Praxisärzte

Die Ärztekammer vertritt vorrangig die Interessen der Praxisärzte auch gegen Interessen der Spitalsärzte. So versucht sie, ambulante Spitalsleistungen in Praxen zu verlegen, und wendet sich damit gegen die Interessen der Spitalsärzte. Diese haben kein Interesse daran, leistungs- und wettbewerbsfähige Ambulanzen zu verkleinern, Leistungen aus Spitalsambulanzen in die (teureren) Praxen zu verschieben. In der Folge werden viele Patienten von Fachärzten in Privatsanatorien behandelt und die Spitalsärzte gehen damit der Sonderklassehonorare verlustig.

Der Konflikt zwischen Praxis- und Spitalsärzten liegt ebenso innerhalb der Ärztekammer wie auch die Konflikte leitender vs. ausführender Spitalsärzte und der Hausärzte vs. Fachärzte.¹ Die Ärztekammer muss diese Interessensgegensätze „jonglieren“.

1.3. Die Verpolitisierung des Spitalssektors behindert zeitgemäße Veränderungen

1.3.1. Der „veränderte“ Spitalssektor

Der Spitalssektor wird in Österreich von Landesbehörden aus Landesbudgets finanziert, ist zum größten Teil im Landeseigentum und damit „verstaatlicht“ („verändert“). Das ÖVP-dominierte Niederösterreich hat auch die Führung der Spitalsholding in die Landesverwaltung integriert und damit diese Verstaatlichung am weitesten vorangetrieben.

Landespolitiker werden daher für die Ent-

wicklungen im Spitalssektor (berechtigt) von der Öffentlichkeit verantwortlich gemacht. Da die Landeshauptleute mit Investitions- und Abgangsfinanzierung für Spitäler den Wählern ihre „Fürsorge“ zeigen wollen, klammern sie sich an die Spitalskompetenz und dürften diese auch in der Gesundheitsreform 2013 erfolgreich verteidigen.

Diese Verländerung der Spitäler führt zu einem fatalen Automatismus, der zeitgemäße Veränderungen der Spitalsversorgung verhindert: Wenn das Spitalsmanagement Veränderungen evaluiert, plant oder vorschlägt, haben potentielle Veränderungsverlierer (weil z. B. Stationen oder Primariate zusammengelegt werden) und deren Interessenvertreter zwei erfolgversprechende Verhinderungsoptionen:

- Sie intervenieren gegen die Veränderung bei der Landespolitik direkt, oder
- sie wenden sich an Medien und bauen damit Druck auf die Landespolitik auf.

Veränderungsbereite Spitalsmanager kommen damit unter medialen und politischen Druck und häufig unterbleiben dann auch für das Unternehmen dringlich notwendige Veränderungen. Nach einer solchen Erfahrung werden Manager – wegen der absehbaren politischen Interventionen – als potentielle Veränderungsverlierer Initiativen erst gar nicht mehr entwickeln. Vor allem in Ländern mit unsicheren politischen Mehrheitsverhältnissen müssen im Interesse der regierenden Politiker mediale Risiken vermieden werden. Damit verbleiben zu viele Primariate, zu kleine Stationen, verzettelte Ambulanzen, dezentrale Labore und Therapien und die zeitgemäße integrierte Versorgung wird be- oder verhindert. Gestaltende Manager streben daher kaum noch Positionen in Spitälern an.

Der Landeseinfluss schwächt somit die Spitäler. Landespolitiker sind zudem in Unternehmensführung zumeist unerfahren und somit eher gegen Veränderungen. Oft können sie die Sinnhaftigkeit von Strukturveränderungen nicht beurteilen und verhindern auch überfällige Ver-

änderungen aus Angst vor negativen medialen und damit politischen Folgen. Als Folge greift „verwaltendes“ und politisch willfähiges Spitalsmanagement um sich, der österreichische Spitalssektor stagniert und verliert an Wettbewerbsfähigkeit innerhalb von Europa.

Weil sich Landespolitiker aber als „Wohltäter“ präsentieren müssen, treten an die Stelle von Effizienzerhöhungen jetzt Leistungsausweitungen, d. h. die Einrichtung neuer Abteilungen und die Errichtung von Neubauten. Als Ergebnis gibt Österreich mehr für Spitäler pro Einwohner aus als vergleichbare EU-Staaten² (vgl. Tabelle 1).

	Schweden	D	Ö	CH	Ö Nr.
Gesundheitskosten/ Einwohner € pa	2976	3208	3407	3971	8
Anteil Spitalskosten %	29	29	36	28	3
Spitalskosten/ Einwohner € pa	863	930	1224	1112	1
Index	70	76	100	91	1

Tabelle 1

Die Verhinderung zeitgemäßer Veränderungen bei gleichzeitiger Erweiterung führte dazu, dass innerhalb der vergleichbaren Industriestaaten Österreich zum Spitzenreiter der Spitalskosten pro Einwohner wurde.

1.3.2. Die Folgen der „Verländerung“

Die Landespolitik wählt das Spitalsmanagement auch nach eigenen Kriterien, u. a. nach voraussichtlicher Willfährigkeit und Parteizugehörigkeit aus. Daher finden sich in verantwortlichen Positionen (Verwaltungsdirektoren etc.) als Mana-

ger Unerfahrene mit der richtigen Parteizugehörigkeit – auch mit den zu erwartenden Folgen. Ein beispielhafter Bericht aus einem Großspital:

- *Keine gestaltende Unternehmensführung.* Ohne Wettbewerb wird das Spital verwaltet und nicht gestaltet; Managementtechniken wie strategische Planung und Personalführung oder Finanzmanagement werden kaum eingesetzt. Die Verwaltung arbeitet für die Politik, versucht negative Pressemeldungen zu vermeiden und tritt innerbetrieblich kaum in Erscheinung.
- *Unternehmensziele sind nicht erkennbar* (und bestehen vermutlich auch nicht). Daher sind den leitenden Ärzten weder das erwünschte Einzugsgebiet noch die Schwerpunktsetzungen bekannt (Marktabgrenzung), und sie handeln nach Gutdünken.
- *Keine regelmäßigen Budgetverhandlungen, Gespräche über Planungen und Ergebnisse, das Management im medizinischen Bereich kaum präsent.* Bei Anträgen zur Einführung neuer Verfahren werden externe Stellen zur Beurteilung angefragt und ohne nachvollziehbare Argumentation auf dieser Grundlage entschieden, d. h. Anträge oft kommentarlos abgelehnt.
- *Die Managementschwächen zeigen sich auch an den begrenzten Kompetenzen, organisatorische Abläufe zu strukturieren* (z. B. einen Schreibdienst zu organisieren).
- *Die Spitalsmanager lassen sich im Sanatorium und nicht im eigenen Spital behandeln* und zeigen damit die begrenzte Wertschätzung der angenommenen medizinischen Kompetenz im eigenen Spital.
- *Die Kommunikation ist von wenig Wertschätzung getragen:* Entscheidungen erfolgen intransparent, und ohne Kommunikation werden Anträge verändert.
- *Das Management genießt geringes Ansehen der MitarbeiterInnen.* Als Ergebnis ergibt sich *Unwille von Ärzten gegenüber der abgehobenen „Verwaltung“.*
Unter politischer Führung und den daraus

folgenden demotivierenden Entscheidungsstrukturen kann sich kaum ein leistungsfähiges Spital entwickeln. Die ungünstigen Folgen zeigen die hohen Kosten und begrenzte Qualität unserer Spitalsversorgung.³

1.4. Keine Konsequenzen bei großen Kostenunterschieden der Spitäler für gleiche Leistungen

Auch innerhalb von Österreich ergaben sich sehr unterschiedliche Kosten für dieselben Leistungen. So verursachen die Spitäler in Wien um ca. 70% höhere Kosten für einen LKF-Punkt als jene in Tirol (in Euro): Wien 1,70, Steiermark/Niederösterreich 1,40, Tirol 1,0 mit großen Kostenunterschieden vor allem im nichtmedizinischen Bereich.⁴ Weil Landespolitiker diese Differenzen nicht registrieren, den Konflikt mit den Spitalern wegen der medialen Begleiterscheinungen wohl auch scheuen, bleiben die Kostenunterschiede ohne Folgen und das Einsparungspotential von bis zu 3,3 Milliarden Euro wird nicht realisiert.

In Deutschland wurden ähnlich hohe Kostenunterschiede nach der DRG-Einführung festgestellt. Die Spitäler wurden in den Ländern daraufhin während der Konvergenzphase von 2004 bis 2009 in fünf Jahresschritten gezwungen, ihre Kostenstrukturen an jene effizienter Spitäler anzupassen. Daher stiegen von 2000 – 2009 dort die Spitalskosten um 26,5% und in Österreich um 55,3%.⁵

2. Das Vorurteil zum Konflikt Ärzteschaft vs. Management

In den österreichischen Spitalern wird von Ärztevertretern oft die Position vertreten, dass

- Ärzte die Patientenversorgung organisieren
- das Management dafür den geeigneten Rahmen sichern und
- die Ärzte bei ihrer verantwortlichen Arbeit nicht beeinträchtigen sollte.

Forderungen der Ärzteschaft seien im Patienteninteresse, und das Management würde Ärzte in ihrer verantwortlichen Arbeit zumeist nur behindern.

3. Die Realität I: Spitalsärzte müssen oft den Mangel verwalten

Die unter 2. als Vorurteil skizzierte Position ist grundsätzlich richtig: Viele Ärzte kommen in ihrer Berufsausübung auch in die Situation, nicht über jene Ressourcen zu verfügen, die sie nach ihrer Einschätzung für die verantwortliche ärztliche Tätigkeit benötigen würden (Raum, Personal, Geräte). Wenn die vom Spitalsunternehmen bereitgestellten Ressourcen nicht ausreichen, um die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu setzen, kommt der Arzt in Konflikt mit den Unternehmensvorgaben (auch wenn an der Unternehmensspitze ein Arzt sitzt). Dieses Dilemma kann aus unterschiedlichen Gründen entstehen und Form und Qualität der Patientenbehandlung beeinträchtigen.

3.1. Budgetbegrenzung bei Spitalswettbewerb mit Preissystem ohne Abgangsfinanzierung (D, NL)

Unter Wettbewerb werden vom Unternehmen Erlöse für Leistungen vereinnahmt und aus diesen Einnahmen die Kosten der Bereiche finanziert. Damit wird beurteilbar, welche Einnahmen und Ausgaben ein Primariat verursacht und Kostenbudgets werden entsprechend nachvollziehbar zugeteilt. Diese zugeteilten Mittel können aus mehreren Gründen für eine zeitgemäße ärztliche Versorgung nicht ausreichen:

- Die Erlöse aus den Fallzahlen des Bereichs sind zu gering, um die erforderliche Infrastruktur zu finanzieren. Der Bereich kann bei bestehendem Preissystem nicht wirtschaftlich geführt werden, weil die Fallzahlen für eine effiziente Betriebsorganisation nicht ausreichen. Die Folgen sind Unterbesetzungen und Qualitätsprobleme (eine strategische Entscheidung über den Fortbestand des Bereichs oder dessen Ausdehnung wird erforderlich).
- Das Unternehmen entscheidet, einige Bereiche zu fördern, und begrenzt die Mittel anderer Bereiche. Wenn das Spital sich z. B. in die Richtung

Zentrumsmedizin entwickelt, werden Mittel in dieses „Zukunftsfeld“ investiert (Onkologie, Herz/Kreislaufkrankungen) und andere Bereiche deinvestiert (z. B. Dermatologie, Pädiatrie). Deinvestierte Bereiche müssen mit den begrenzten Mitteln das Auslangen finden, wenn sie sich nicht gefährden wollen, und können dabei in Versorgungsprobleme kommen.

- Ein größerer Teil als notwendig wird für nicht-medizinische Bereiche verwendet (Verwaltung, Gewinne). Ein höherer als der branchenübliche Anteil für Verwaltung führt zur Ressourcenbegrenzung für den medizinischen Bereich und damit zum Konflikt behandelnde Ärzte vs. Unternehmen. In Österreich differiert das Ausmaß der nicht-medizinischen Kosten der Landesspitäler stark (der Anteil der nicht-medizinischen an den Gesamtkosten ist aus den verfügbaren Daten nur begrenzt zu interpretieren, der Anteil nicht-medizinischer Hilfskostenstellen variiert aber um über 40% (!) zwischen einem Anteil von 18,8% und 26,6%.⁶)
- Ineffizientes ärztliches Management: Eine Abteilung wird nicht gut geführt:
 - Stationen, Ambulanzen und Funktionseinheiten sind schlecht ausgelastet/ungünstig organisiert: ungünstige Organisations-, Personal-, Dienstplanung, später OP-Beginn und frühes Ende, kein Entlassungsmanagement
 - dezentrale Notfall-/Spezialambulanzen und Labore, ineffiziente Stationsgrößen
 - ineffiziente Versorgungsangebote: keine tageschirurgische Versorgung, stationäre statt ambulante Therapien

3.2. Bei begrenztem Spitalswettbewerb unter Abgangsfinanzierung (Österreich)

Grundsätzlich gelten dieselben Begrenzungen wie unter Spitalswettbewerb. Die rationale medizinische und wirtschaftliche Beurteilung einer Abteilung ist aber unter Abgangsfinanzierung kaum möglich. Da keine Transparenz der vereinnahm-

ten und verausgabten Mittel pro Bereich besteht, kommt es zu willkürlichen Maßnahmen, d. h. zur Über- oder Unterfinanzierung von Bereichen nach Kriterien, die weder an der Versorgungsqualität noch an der Wirtschaftlichkeit orientiert sind.

Weil sie bei ökonomischem Druck auf Spitäler mediale Skandalisierungen befürchten müssen, werden rational handelnde Landespolitiker im Zweifel die geforderten Mittel bereitstellen. Daher unterbleiben notwendige Strukturveränderungen. Österreichs Spitäler sind teurer als in vielen vergleichbaren Industriestaaten (siehe 1.3. und 1.4.).

4. Die Realität II: Konflikt ärztlicher Partial- vs. Unternehmensinteressen

Neben dem Konflikt wegen begrenzter Ressourcen entstehen Konflikte zwischen ärztlichen Partial- und Unternehmensinteressen. Externalisiert und verstärkt werden diese Konflikte durch die politische und mediale Macht der Interessensvertretung der Ärzte, die Ärztekammern.

4.1. Partialinteresse an höheren Einkommen und besseren Bedingungen

Nicht zuletzt entstehen Konflikte zwischen der Unternehmensführung und Forderungen der Ärzteschaft nach höherem Einkommen und veränderten Arbeitsbedingungen (Dienste, etc.). Dieser „gewerkschaftliche“ Konflikt ist unvermeidlich und wird in Österreich durch ausgeprägte Schutzrechte für Mitarbeiter „verträglich“ gelöst. Verschärft wird der Konflikt durch die mediale und politische Macht der Ärztekammern, die auch überholte Privilegien zu zementieren versuchen (hohe Einkommensanteile aus Diensten, überholte Gehaltsschemata, Anrechnung von Dienstzeiten, Honorierungsrecht).

4.2. Spitalsärzte als wichtiges Marketingziel der Zulieferindustrie

Da Ärzte mit vielen eingesetzten Materialien arbeiten, können sie deren Qualität am besten beurteilen. Sie beeinflussen oder treffen daher

zumeist die Entscheidungen, welche Materialien, Medikamente oder Geräte im Spital eingesetzt werden. Daher versucht die Industrie, Ärzte mit unterschiedlichen Mitteln in ihrem Sinne auch gegen Unternehmensinteressen zu beeinflussen (Marketingstudien, Kongressvorträge, Sponsoring von Stellen, Finanzierung von Publikationen, etc.).

Da die im Spital eingesetzten Medikamente von den Praxen den Patienten weiter verschrieben werden, hat z. B. die Medikamentenverschreibung des Spitalsarztes für die Pharmaindustrie große Bedeutung. Auch damit entstehen leicht ärztliche Partialinteressen (durch objektivierende innerbetriebliche Verfahren, die individuelle Entscheidungen von Ärzten verhindern, könnte die Einflussnahme der Zulieferindustrie und damit dieser Interessenkonflikt begrenzt werden).

4.3. Ärztliche Partialziele verhindern zeitgemäße Angebotsveränderungen

Bei strukturellen Veränderungen entstehen neben Vorteilen für das Unternehmen zumeist Nachteile für Einzelne. Deren Partialinteressen kommen damit in Konflikt zum Unternehmensinteresse. Beispiele: Zusammenfassung der internistischen und chirurgischen Endoskopie, mehrerer Ambulanzen zu einer gemeinsamen (z. B. Herz/Gefäßambulanz), dezentraler Labore oder Therapien zu einer zentralen Funktionseinheit „Zentrallabor“, der Physikalischen Therapie oder die Integration eines Primariats in ein anderes (z. B. Lungenheilkunde in die Innere Medizin, Mammachirurgie in die Gynäkologie) bzw. lange OP-Tage bis 19 Uhr. Partialinteressen führen daher oft zu Konflikten, bei denen das Unternehmensinteresse den Interessen der betroffenen (oft medial aktiven) Primärärzte entgegensteht. In „vorausgehendem Gehorsam“ werden daher in manchen Spitälern weiterhin Kleinstprimariate mit eigenen Diensten und eigener Infrastruktur zulasten der Budgets und ohne Vorteile für Patienten betrieben.

4.4. Das Honorierungsrecht verursacht Partialinteressen der Spitalsärzte gegenüber dem Unternehmensinteresse

In den meisten Bundesländern eröffnet das Krankenanstaltenrecht Primärärzten und u. U. auch nachgeordneten Ärzten die Möglichkeit, für ihre Leistungen an Privatpatienten Honorarnoten zu stellen. Zusätzlich zur Verrechnung des Spitals stellen somit Ärzte Rechnungen (Honorarnoten). Dieses Honorierungsrecht schafft die Fiktion des „Primariats als Unternehmen“ mit Partialzielen, die sich von jenen des Spitalsunternehmens unterscheiden können. Nachgeordnete Ärzte erhalten Anteile der Privathonorare und wenden sich daher gemeinsam mit ihren Primären gegen die Unternehmensinteressen (z. B. streben Ärzte niedrige Hausanteile an Honorareinnahmen an, wollen eigene Labore, therapeutische Einrichtungen, um zusätzliche Honorare verrechnen zu können).

4.4.1. Die Konzentration auf Privatpatienten

Obwohl für das Spital die Zufriedenheit der 80-90% Patienten der Allgemeinen Versorgungsklasse von mindestens eben solcher Bedeutung ist, entsteht für die honorierungsberechtigten und nachgeordneten Ärzte der Anreiz, sich besonders auf die 10-20% Privatpatienten zu konzentrieren, weil sie das Einkommen deutlich „aufbessern“. Die Bevorzugung der Privatpatienten kommt damit in Konflikt mit dem Unternehmensinteresse, höchste organisatorische und medizinische Qualität unabhängig vom Versicherungsstatus allen Patienten zu bieten.

Da die berechtigte Annahme einer höheren Versorgungsqualität für PKV-Versicherte durch Spitalsärzte das entscheidende Motiv für den Abschluss einer privaten Krankenversicherung durch die Bürger ist, fördern die Privaten Krankenversicherungen die Differenzierung im Spital nach Versicherungsstatus (Differenzierung von 2- und 4-Bettzimmern, etc.). Tatsächlich werden für Nicht-Privatpatienten eher OPs verschoben, entstehen eher Wartezeiten, und u. U. besteht eine geringere Konzentration auf ihre Behandlung als auf jene von Privatpatienten.

4.4.2. Behinderung der integrierten Versorgung

Da nur für Leistungen innerhalb eines Primariats Honorare für Privatpatienten gestellt werden können, entsteht in den meisten Ländern der Anreiz zur Abgrenzung des eigenen Primariats zu den anderen Primariaten. Patiententransfers in andere Primariate werden eher begrenzt, zusätzliche, abrechenbare Leistungen werden eher innerhalb des Primariats angeboten, auch wenn damit zusätzliche Kosten für das Unternehmen anfallen (Labore, Physio-, Ergotherapie).

In einer zeitgemäßen Spitalsorganisation arbeiten Ärzte unterschiedlicher Fächer innerhalb interdisziplinärer Zentren ohne Primariatsgrenzen am Patienten zusammen. In einem Herz-/Gefäßzentrum (Herzchirurgie, Kardiologie, Gefäßchirurgie, Angiologie, interventionelle Radiologie) oder einem onkologischen Zentrum (Hämatologie, Strahlentherapie, Chirurgie, etc.) herrscht intensive Kommunikation zwischen chirurgischen und konservativen Fachärzten; sie entscheiden gemeinsam, und damit ergibt sich eher die qualitativ überlegene integrierte Versorgung als in einem Spital mit Primariatsgrenzen mit nur partieller Integration u. a. in Tumorboards. Der Anreiz der Privatliquidation behindert die Entwicklung zu integrierter Versorgung. Bei variablen, am Unternehmenserfolg orientierten Gehaltsbestandteilen entfele der Anreiz zur Vorhaltung eigener therapeutischer Angebote innerhalb eines Primariats, würde integrierte Versorgung gefördert und entstünde mehr Teamarbeit im Spital.

4.4.3. Ärztliches Partialinteresse zu mehrtägig stationären statt tageschirurgischen/ tagesklinischen/ ambulanten Behandlungen

Honorare an Private Krankenversicherungen können für stationäre Behandlungen gestellt werden. Für tageschirurgische Behandlungen werden von den Privaten Krankenversicherungen keine oder niedrigere Honorare bezahlt, ambulante Behandlungen sind nicht abrechenbar. Damit entsteht der Anreiz für Primariate zur

- mehrtägig stationären statt der tageschirurgischen Behandlung auch von Patienten der Allgemeinen Klasse. Die Folge: Das BMfG weist aus,⁷ dass nur 13% der tagesklinisch erbringbaren Leistungen ohne Übernachtung erbracht werden; 272.400 Patienten mit tageschirurgischen Behandlungen blieben 1-3 Tage im Spital (Einsparungspotential: ca. 1.800 Betten, ca. 70 – 100 Millionen Euro).
- Verlegung ambulant möglicher Leistungen in den stationären Sektor (Kleinsteingriffe, Checkups) mit deutlich höheren Kosten als für ambulante Behandlungen.

Das Ergebnis weist die OECD aus:⁸ Österreicher werden häufiger in Spitälern stationär aufgenommen als die Bürger aller anderen OECD Staaten (ca. 60% häufiger als Schweden und Dänen und mehr als doppelt so häufig wie Holländer) und daher weisen wir auch deutlich mehr stationäre Betten pro Einwohner und höhere Kosten als diese Staaten aus.

4.4.4. Der Interessenkonflikt Spitalsarzt vs. „Privatpraxis mit Belegung im Privatspital“

In mehreren Bundesländern können Ärzte neben ihrer Arbeit als Spitalsarzt eine Privatpraxis führen und in Sanatorien Patienten behandeln/operieren. Wenn sie dorthin auch Privatpatienten aus ihrer Spitalsambulanz übernehmen können, ergibt sich für den Arzt ein Partialinteresse im Gegensatz zu den Unternehmensinteressen. Das Unternehmensinteresse an den Einnahmen von Privatpatienten, die Nutzung der OP-Säle nicht nur bis 14 oder 16 Uhr sondern an manchen Tagen bis 19 Uhr, tritt in Konflikt zum Partialinteresse des frühen Dienstendes (um in das Sanatorium gehen zu können) und des Transfers der Privatpatienten ins Sanatorium.

5. Die zeitgemäße Spitalsorganisation: Angleichung der Interessen der Ärzte an Unternehmensinteressen

Der gesetzliche Rahmen in Österreich ermöglicht und fördert ärztliche Partialinteressen. Das

Krankenanstaltengesetz sollte auch in Österreich so verändert werden, dass Partialinteressen verhindert und eine Interessensangleichung innerhalb der Landesspitäler möglich wird (Honorierungsrecht, interdisziplinäre Zentren). An die Stelle des Liquidationsrechts sollten variable Gehaltsbestandteile treten (durchaus in entsprechender Höhe), um die ärztlichen Mitarbeiter auf die Unternehmensziele hinzuführen und abweichende Partialziele zu vermeiden. Die Interessensangleichung ermöglicht eine zeitgemäß integrierte Spitalsorganisation höherer Qualität und damit einen auch international wettbewerbsfähigen Spitalssektor. Sie liegt im Interesse von Patienten, Gesellschaft – und Ärzten.

Besonders wichtig wird diese Interessensangleichung bei einem funktionierenden Preissystem ohne Abgangsdeckung mit Spitalwettbewerb. Private Spitalsbetreiber aus dem In- und Ausland werden den Markteintritt schaffen, Partialinteressen vermeiden und damit integrierte Angebote und Zentrumsmedizin mit höherer Qualität und Effizienz anbieten und diesen Wettbewerbsvorteil gegenüber unseren Spitälern ausspielen.

Im freien Waren- und Dienstleistungsverkehr werden Patienten früher oder später zulasten der inländischen Finanziere auch Behandlungen in Spitälern anderer EU-Staaten beanspruchen können. Patienten mit schweren oder seltenen Erkrankungen werden dann in Medizinische Zentren mit den besten Therapieergebnissen innerhalb der EU auspendeln, und die österreichischen Kassen und Länder werden bis zur Höhe der Behandlungskosten in Österreich diese Kosten übernehmen müssen (LKF Entgelte zzgl. Abgangsdeckung). In diesem überregionalen EU-Wettbewerb Medizinischer Zentren werden unsere Spitäler nur erfolgreich sein, wenn sie aus der Stagnation geführt werden. Voraussetzung dafür ist die Angleichung der Interessen der Spitalsunternehmen und ihrer Ärzte. Sonst werden die österreichischen Landesspitäler bei der Europäisierung der Spitalsversorgung nicht wettbewerbsfähig sein, u. a. in Grenzregionen die Behandlung schwerer und seltener

Erkrankungen an leistungsfähigere Anbieter im deutschsprachigen Ausland verlieren und damit den größten Wirtschaftsbereich schwächen.

Die Angleichung der ärztlichen an die Unternehmensinteressen ist Voraussetzung für den Aufbau eines wettbewerbsfähigen Spitalssektors. Das Bundesministerium für Gesundheit hat dieses Thema leider nicht in die diskutierte Gesundheitsreform aufgenommen, wohl um Konflikte mit der Ärzteschaft zu vermeiden.

Referenzen

- 1 vgl. Dorner W., *Privat oder Staat?*, Österreichische Ärztezeitung 25.4.2012, S. 1, <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2012/oeaez-8-25042012/standpunkt-praes-walter-dorner.html> (letzter Zugriff am 31.01.2013)
- 2 OECD, *Health at a Glance 2010*, http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf (letzter Zugriff am 31.01.2013)
- 3 OECD, *Health at a Glance 2011*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf> (letzter Zugriff am 31.01.2013)
- 4 BMfG, *Krankenanstalten in Zahlen – Überregionale Auswertung 2010*, http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/uereg_oesterreich_2010.pdf (letzter Zugriff am 31.01.2013)
- 5 Bundesamt für Statistik, *Gesundheitsausgaben – Nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen im Zeitvergleich*, Abschnitt 9.6.1., Statistisches Jahrbuch 2011, S. 259, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2011.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 31.01.2013; Statistik Austria, *Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990 - 2010*, „stationäre Gesundheitsversorgung“, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html (letzter Zugriff am 31.01.2013)
- 6 BMfG, siehe Ref. 4; Statistik Austria, siehe Ref. 5
- 7 BMfG, siehe Ref. 4
- 8 OECD, siehe Ref. 3

Christian Erk

Überlegungen zur sozialen Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Social Justice Considerations in Health Care

Zusammenfassung

(Soziale) Gerechtigkeit wird gemeinhin als Prinzip betrachtet, das beim Management und insbesondere der Verteilung der knappen Ressourcen des Gesundheitswesens berücksichtigt werden sollte. Der vorliegende Artikel setzt an dieser Beobachtung an und fragt, was es bedeutet, (soziale) Gerechtigkeit auf Makroebene zum Maßstab der Rationierung bzw. Priorisierung im Gesundheitswesen zu machen. Aus Sicht der hierbei vertretenen aristotelisch-thomistischen Position hat (soziale) Gerechtigkeit nicht primär mit Gleichheit, sondern vor allem mit der Berücksichtigung der zwischen einer Gemeinschaft und ihren Gliedern bestehenden und sich am Maßstab des „bonum commune“ bemessenden (Anspruchs-)Rechte und Pflichten zu tun. Der Artikel möchte darüberhinaus dafür sensibilisieren, dass eine wesentliche Weichenstellung für eine gesunde Zukunft unserer Gesundheitswesen darin besteht, die Konzepte des „bonum commune“ und der „caritas socialis“ in das Zentrum der Reformüberlegungen zu stellen.

Schlüsselwörter: (Soziale) Gerechtigkeit, Gesundheit, Rechte, Pflichten, soziale Liebe (caritas socialis)

Abstract

(Social) justice is commonly taken to be a principle that is to be respected when thinking about the management and especially the allocation of the scarce resources of our health care systems. Based on this observation, this article asks what it means to make (social) justice the yardstick of the macro-level rationing respectively prioritisation in our health care systems. From an aristotelian-thomistic perspective (social) justice is not primarily concerned with equality but rather with respecting the (claim-)rights and duties that exist between a community and its members and that are derived from the concept “bonum commune”. Furthermore, the article at hand wants to sensitise its readers to the insight that setting the course for a healthy future of our health care systems requires us to make the concepts of the “common good” and the “caritas socialis” the centre of our reform considerations.

Keywords: (Social) Justice, Health, Rights, Duties, Social Charity (caritas socialis)

Ass. Univ.-Prof. Dr. phil. Christian Erk
Assistenzprofessor für Management und Ethik
Institut für Wirtschaftsethik, Universität St. Gallen
Tannenstraße 19, CH-9000 St. Gallen
christian.erk@unisg.ch

1. Heilkunst, Ökonomie/ Management und Gerechtigkeit

Wie Aristoteles im ersten Buch seiner Nikomachischen Ethik erwähnt,¹ haben Heilkunst und Ökonomie unterschiedliche Ziele und Zwecke: Erstere besteht um des Gutes der Gesundheit willen, zweitere ist die Kunst der guten Verwaltung des Vermögens (bzw. des guten Managements) eines Haushalts unter der Voraussetzung von Knappheit.² Unter Vermögen im eigentlichen Sinn („ἀληθινὸς πλοῦτος“) versteht Aristoteles aber nicht ziel- und zügellos akkumulierten Reichtum, sondern den Besitz der zu einem guten Leben einer Gemeinschaft nötigen und nützlichen – und damit hinsichtlich ihrer Quantität begrenzten – Mittel.³ Ziel von Ökonomie bzw. Management ist also nicht die Maximierung von Besitz, sondern die Verwirklichung des guten Lebens resp. des „bonum commune“ einer Gemeinschaft durch einen den Bedingungen der Knappheit angepassten Umgang mit den hierfür nötigen und nützlichen sowie unterschiedlichen Nutzungen zuführbaren Mitteln.

Nun gehört zu einem guten Leben – neben einer Reihe von anderen Gütern – zweifellos der Besitz des Gutes Gesundheit.⁴ Da wir – aus gesamtgesellschaftlicher Makroperspektive betrachtet – aber nur begrenzte Mittel und Ressourcen besitzen, müssen wir entscheiden, wie viele der uns gesamthaft zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen wir auf dieser Makroebene der Aufgabe der Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit widmen und welche Mittel wir zur Verwirklichung anderer Güter aufwenden können bzw. wollen. Ist dieser Allokationsentscheid über die Ressourcenausstattung unserer Gesundheitswesen gefallen, ist auf weiteren Ebenen (Meso- und Mikroebene) zu entscheiden, wie die allozierten Mittel innerhalb des Gesundheitswesens auf Teilaufgaben und einzelne Personen aufgeteilt werden sollen.

Heilkunst und Ökonomie geraten nun immer dann in Konflikt zueinander, wenn das aus Sicht der Heilkunst Notwendige die durch die vorhandene Ressourcenausstattung bestimmten Grenzen des

ökonomisch Möglichen überschreitet, d. h. wenn die Summe der benötigten Mittel (Aufwand) die Summe der vorhandenen Mittel (Ertrag) übersteigt – egal ob auf einer Makro-, Meso- oder Mikroebene. Wenn wir den gegenwärtig auf der Makroebene unserer Gesundheitswesen schwelenden Konflikt zwischen benötigten und vorhandenen Mitteln betrachten, so stellt die Lösung dieses Konflikts eine nicht unwesentliche Managementherausforderung dar, zu deren Bewältigung grundsätzlich drei Instrumente zur Verfügung stehen:⁵

- Erhöhung des Ertrags:
 1. Erhöhung der dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen (z. B. durch Erhöhung von Versicherungsprämien, Steuern und/oder Franchise/ Selbstbehalt)
- Senkung des Aufwands:
 2. Rationalisierung: Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven durch Effizienzsteigerungen
 3. Begrenzung des Leistungsumfangs (Leistungsbegrenzung resp. Rationierung bzw. Priorisierung)

Da eine Erhöhung der Mittel zur Sicherstellung des Gutes Gesundheit auf Kosten anderer Güter und die Rationalisierung keine nachhaltigen Lösungsansätze darstellen,⁶ möchte der vorliegende Artikel sich Gedanken zum Managementinstrument der Rationierung bzw. Priorisierung machen. Bei diesem Instrument geht es im Kern um die Frage, wie eine begrenzte Menge an Mitteln auf verschiedene Verwendungsoptionen verteilt werden soll, wenn mit den zur Verfügung stehenden Mitteln nicht alle Optionen verwirklicht werden können. Der Artikel möchte hierbei jedoch nicht die Debatte über die Möglichkeiten der Rationierung (Rationierung auf Makro-, Meso-, Mikroebene; horizontale, vertikale Rationierung; explizite, implizite Rationierung; etc.) und/oder deren ethische Beurteilung aufrollen. Er fokussiert sich vielmehr auf die überinstitutionelle Makroebene des Gesundheitswesens und geht von der Beobachtung aus, dass gemeinhin die

Position vertreten wird, dass das Management und vor allem die Verteilung der begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen (sozial) gerecht erfolgen sollen.⁷ Was bedeutet es aber, (soziale) Gerechtigkeit zum Verteilungsmaßstab für die Rationierung bzw. Priorisierung im Gesundheitswesen zu machen? Dieser Frage nach dem Zusammenhang zwischen Rationierung als Mittel des Managements des Gesundheitswesens auf Makroebene und – im Sinne der aristotelisch-thomistischen Philosophie verstandener – (sozialer) Gerechtigkeit soll im folgenden nachgegangen werden.

2. Die Tugend der Gerechtigkeit

Auf der Suche nach einer Antwort auf die eben gestellte Frage müssen wir uns mit einer vorgelagerten Frage befassen, nämlich der Frage danach, worüber wir eigentlich reden, wenn wir von (sozialer) Gerechtigkeit reden. Aus Sicht der aristotelisch-thomistischen Philosophie ist Gerechtigkeit kein eine bestimmte Verteilung bezeichnender Zustand des sozialen Miteinanders, sondern eine Tugend, d. h. eine nur schwer zu ändernde, tiefsitzende und stabile Gewohnheit, die eine Person in den Stand versetzt, bestimmte Vermögen ihrer menschlichen Seele nach Belieben und ohne große Willensanstrengung in vollkommener Weise auszuüben.⁸ Gerechtigkeit ist diejenige Tugend, die den menschlichen Willen als ihr Subjekt perfektionieren, diesen damit das Gerechte bzw. das, was gerecht ist, wünschen und tun lassen⁹ und so den Menschen in seinen Beziehungen zu anderen Personen ordnen soll.¹⁰ Diese Beschreibung führt uns jedoch nur vom Regen in die Traufe, da damit nicht gesagt ist, was denn das Gerechte im Umgang mit anderen Personen ist. Glücklicherweise helfen uns Aristoteles und der Hl. Thomas hier weiter, indem sie das Gerechte als das Gesetzmäßige und das Gleiche bezeichnen.¹¹ Wie es aussieht, hat Gerechtigkeit also etwas mit in Gesetzen festgeschriebenem Recht¹² und damit (Anspruchs-)Rechten und deren korrespondierenden Pflichten sowie Gleichheit zu tun. Aber was?

Die aristotelisch-thomistische Antwort lautet:

Gerechtigkeit hat insofern etwas mit (Anspruchs-)Rechten und deren korrespondierenden Pflichten sowie Gleichheit zu tun, als eine gerechte Person alle Personen unterschiedslos gemäß der ihnen aufgrund des Rechts/eines Gesetzes zukommenden Anspruchsrechte und damit gleich behandelt bzw. allen gegenüber anderen Personen als Gegenstück zu einem Anspruchsrecht bestehenden Pflichten gleichermaßen nachkommt. Die sich aus dem bisher Gesagten – und von Thomas von Aquin explizit als vollständig („completa“) bezeichnete – abgeleitete Definition von Gerechtigkeit lautet dementsprechend: Die Tugend der Gerechtigkeit ist die Haltung, gemäß der eine Person mit beständigem und fortgesetztem Willen jedem sein Recht werden lässt.¹³ Gerechtigkeit besteht somit letzten Endes in Gesetzeskonformität im Verhalten gegenüber und damit der Gleichbehandlung von anderen Personen.¹⁴ Gerechtigkeit ohne Berücksichtigung des Aspekts der so verstandenen Gesetzmäßigkeit auf Gleichheit zu reduzieren, wie es heute vor allem von seiten des Egalitarismus propagiert wird, würde also bedeuten, Gerechtigkeit in verkürzter und verzerrter Form darzustellen. Gerechtigkeit impliziert vielmehr eine spezielle Form von Gleichheit, nämlich die unterschiedslose, d. h. gleiche Anerkennung der Anspruchsrechte aller Personen.

Eine Person P (oder im übertragenen Sinn auch eine Institution, Gesellschaft etc.) handelt also gerecht, wenn sie das präpositive und positive Recht (d. h. die Sammlung aller präpositiven und positiven Gesetze) und damit die sich aus diesem ergebenden Anspruchsrechte aller anderen Personen an sie unterschiedslos achtet und ihren mit diesen Anspruchsrechten korrespondierenden Pflichten unterschiedslos nachkommt. Eine Person P handelt ungerecht, wenn sie durch ihre Handlung ein aus dem präpositiven und positiven Recht ausfließendes Anspruchsrecht einer anderen Person nicht achtet resp. gegen ihre mit diesem Anspruchsrecht korrespondierende Pflicht verstößt.

So verstanden ist es nicht die Gerechtigkeit, die darüber bestimmt, welche Anspruchsrechte und/

oder Pflichten eine Person P hat; diese Festlegung ist der Gerechtigkeit vorgelagert.¹⁵ Die Tugend der Gerechtigkeit fordert uns „nur“ auf, uns entsprechend der sich aus dem präpositiven und positiven Recht ergebenden Anspruchsrechte anderer Personen an uns und unserer korrespondierenden Pflichten gegenüber anderen Personen zu verhalten.

3. Arten der Gerechtigkeit

Wie erwähnt, ordnet die Gerechtigkeit die Beziehungen einer Person zu anderen Personen oder Gruppen von Personen. Anhand der grundsätzlich möglichen Arten der Beziehungen, in denen eine Person mit anderen Personen oder Gruppen von Personen stehen kann, lassen sich diverse Formen von Gerechtigkeit unterscheiden (vgl. Abbildung 1).

3.1 Allgemeine Gerechtigkeit

Eine erste Art der Gerechtigkeit wird gemeinhin als „allgemeine Gerechtigkeit“ bezeichnet. Die allgemeine Gerechtigkeit ist die Tugend, durch die eine Person die von Seiten der Gemeinschaft¹⁶ an sie bestehenden Anspruchsrechte achtet und

so ihren korrespondierenden Pflichten gegenüber der Gemeinschaft, deren Teil sie ist, mit beständigem und fortgesetztem Willen nachkommt.¹⁷ Die allgemeine Gerechtigkeit bezieht sich also auf die folgende Rechtsbeziehung:

Gemeinschaft (Ganzes) → Individuelle Person (Teil)

Den Maßstab dafür, welche Anspruchsrechte die Gemeinschaft an ihre einzelnen Mitglieder und welche korrespondierenden Pflichten letztere Personen gegenüber der Gemeinschaft haben, bildet das sog. „bonum commune“ bzw. (All)Gemeinwohl. Denn das in Form von Gesetzen bzw. Anspruchsrechten und korrespondierenden Pflichten ausgedrückte Recht hat seinen Sinn und seine Begründung letzten Endes nur in der Beförderung und Verwirklichung des bonum commune.¹⁸

Auch wenn sich in der Literatur verschiedene Gemeinwohlvorstellungen ausmachen lassen,¹⁹ so ist unter bonum commune gemäß der aristo-

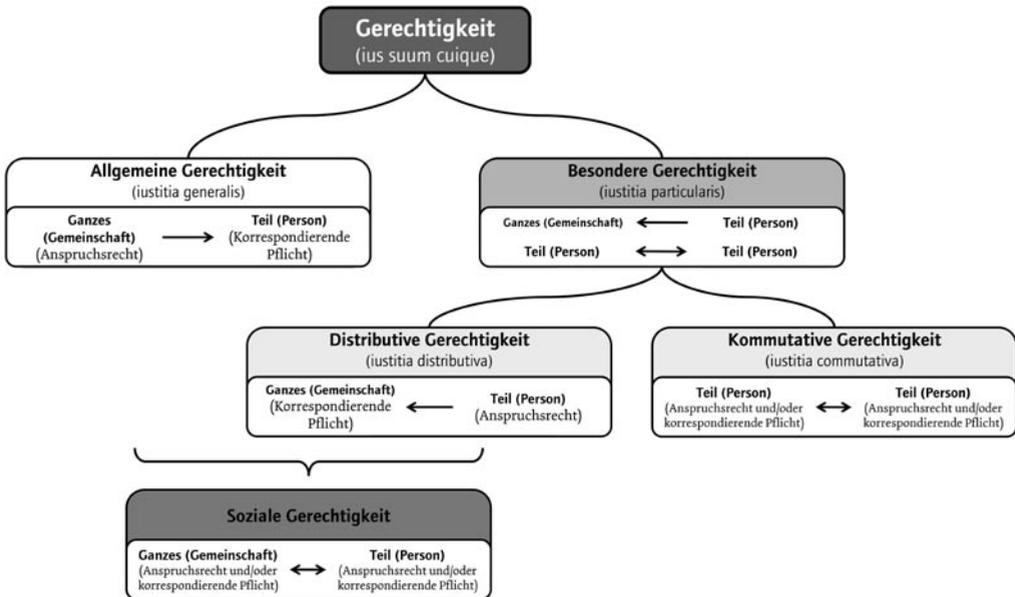


Abbildung 1: Die unterschiedlichen Arten der Gerechtigkeit (Eigene Darstellung)

telisch-thomistischen Philosophie allgemein „etwas Gemeinsames, das mehrere erstreben“²⁰ zu verstehen, insofern es nur durch die kollaborative Anstrengung (synchron oder diachron) von eine Gemeinschaft bildenden Personen verwirklicht werden kann; es umfasst das Gut bzw. die Güter, um deren Verwirklichung willen eine Gemeinschaft gebildet worden ist und besteht.²¹

Das *bonum commune* in diesem generellen Sinn kann weiter differenziert werden in das *bonum commune als äußeres Gut* und das *bonum commune als immanentes Gut* der Gemeinschaftsglieder. Ersteres liegt außerhalb der die Gemeinschaft bildenden Personen und umfasst „äußere Güter oder Werte, sofern sie Ziel von Handlungen vieler sind, innerhalb deren der Einzelne mit seiner Handlung Teilfunktion ausübt“.²² Immer wenn Personen kooperieren, um äußere Güter oder Werte hervorzubringen, deren Produktion der Beteiligung von mehr als einer Person bedarf (z. B. der Bau eines Hauses, ein Konzert, ein Fußballspiel), liegt ein äußeres *bonum commune* vor. Das immanente *bonum commune* kann zwar auch nur durch die Anstrengungen einer Vielzahl von bzw. durch die Kooperation aller die Gemeinschaft bildenden Personen verwirklicht werden, jedoch liegt es im Gegensatz zum äußeren *bonum commune* in den jeweiligen Personen; es ist „das personale Wohl vieler Einzelmenschen, sofern es nur mit gemeinsam angewandten Mitteln erstrebt werden kann“.²³ Auch wenn das immanente *bonum commune* (wie das äußere *bonum commune* übrigens auch) in eine Vielzahl von partikularen Gütern untergliedert sein kann (z. B. Kultur), so sind diese letzten Endes auf ein einziges immanentes *bonum commune* hingebordnet, nämlich „die menschliche Vollkommenheit als gemeinsames, die einzelmenschlichen Vollkommenheiten als Teile umfassendes Ziel einer Vielheit von Menschen“.²⁴ Es ist deswegen eine wesentliche Eigenschaft des immanenten *bonum commune*, dass es nur aktualisiert werden kann, wenn alle Glieder einer Gemeinschaft danach streben.

Im Rahmen dieser Arbeit kann nicht ausgearbeitet werden, welche Anspruchsrechte der Ge-

meinschaft an ihre individuellen Mitglieder sich aus dem *bonum commune* ergeben und welche korrespondierenden Pflichten die Glieder einer Gemeinschaft gegenüber der Gemeinschaft haben. Es reicht für unsere Zwecke festzustellen, dass die einzelne Person die präpositiv-moralische Pflicht hat, durch Einhaltung des Rechts an der Verwirklichung des *bonum commune* der Gemeinschaft mitzuwirken, und dass die Gemeinschaft das korrespondierende Anspruchsrecht auf entsprechende Mitwirkung seiner Glieder am Allgemeinwohl hat.²⁵

3.2 Besondere Gerechtigkeit: Distributive und Kommutative Gerechtigkeit

Von der Gemeinwohlgerechtigkeit wird die besondere Gerechtigkeit (*iustitia particularis*) unterschieden. Im Gegensatz zu ersterer, die den Willen einer Person dahingehend perfektioniert, dass sie dauerhaft entsprechend ihrer sich aus dem *bonum commune* ergebenden Pflichten gegenüber der Gemeinschaft, deren Teil sie ist, handelt, stehen im Fokus der besonderen Gerechtigkeit, die sich wiederum in die distributive und die kommutative Gerechtigkeit untergliedert,²⁶ folgende sozialen Rechtsbeziehungen:

Distributive Gerechtigkeit: Gemeinschaft (Ganzes) → Individuelle Person (Teil)

Kommutative Gerechtigkeit: Individuelle Person (Teil) ↔ Individuelle Person (Teil)

Die distributive Gerechtigkeit hat mit den Anspruchsrechten der Teile gegenüber dem Ganzen und damit mit den korrespondierenden Pflichten, die eine Gemeinschaft gegenüber ihren Gliedern hat, zu tun; sie ist also im Grunde das Gegenstück zur Gemeinwohlgerechtigkeit. Die kommutative Gerechtigkeit findet auf alle (freiwilligen und nicht-freiwilligen) Beziehungen zwischen Personen, d. h. zwischen Gliedern eines Ganzen, Anwendung und fordert die Achtung der Anspruchsrechte des Ge-

genüßers in diesen Beziehungen.²⁷ Im Gegensatz zur distributiven Gerechtigkeit, die durch ein gewisses Unterordnungsverhältnis des Teils unter das Ganze gekennzeichnet ist, sind die von der kommutativen Gerechtigkeit geordneten Beziehungen Beziehungen zwischen Gleichen, d. h. zwischen Personen (oder im übertragenen Sinn auch Institutionen, Gesellschaften etc.), die in keinem solchen Unterordnungsverhältnis zueinander stehen. Wonach bestimmen sich aber die Anspruchsrechte und Pflichten, die in den sozialen Beziehungen, die der besonderen Gerechtigkeit unterliegen, zu berücksichtigen sind? Gemäß dem Dafürhalten von Aristoteles und Thomas von Aquin ergeben sich diese grundlegend aus dem Maßstab der Gleichheit des Verhältnisses,²⁸ wobei die Verhältnismäßigkeit der distributiven sich von der im Bereich der kommutativen Gerechtigkeit zu berücksichtigenden Verhältnismäßigkeit unterscheidet.

Die Verhältnismäßigkeit der kommutativen Gerechtigkeit besteht in einer arithmetischen Gleichheit.²⁹ Worauf die in einer der kommutativen Gerechtigkeit unterliegenden sozialen Austauschbeziehung (z. B. einer Vertragsbeziehung) stehenden Personen gegenüber ihrem Gegenüber ein Anspruchsrecht haben, ist quantitative Gleichbehandlung: Person A hat gegenüber Person B das Anspruchsrecht, von Person B genauso viel zu erhalten (ausgedrückt in einem geeigneten Vergleichsmaßstab, z. B. Geld), wie sie Person B gegeben hat; Person B hat gegenüber Person A das gleiche Anspruchsrecht. Eine Handlung ist kommutativ gerecht, wenn sie diesen Anspruchsrechten bzw. Pflichten Rechnung trägt.

Die Verhältnismäßigkeit der distributiven Gerechtigkeit besteht demgegenüber in einer geometrischen Gleichheit.³⁰ Wie die Bezeichnung „distributiv“ zeigt, bezieht sich diese Art der Gerechtigkeit auf Handlungen, durch die etwas

verteilt wird.³¹ Dieses etwas, um dessen Verteilung es bei der distributiven Gerechtigkeit im eigentlichen Sinne geht, ist das *bonum commune*.³² Die Glieder einer Gemeinschaft haben also ein Anspruchsrecht auf einen der geometrischen Gleichheit entsprechenden Anteil am *bonum commune*. Grundlegend gesprochen, ist hiermit gemeint, dass ein größerer Anteil am *bonum commune* denjenigen Personen zu geben ist, die einen größeren verdienen, und ein kleinerer denjenigen, die einen kleineren verdienen. Wer verdient aber wieviel? Thomas von Aquin antwortet, dass die Antwort auf diese Frage sich nach der „*principalitas*“,³³ d. h. der Vorzüglichkeit bzw. Vorrangstellung der jeweiligen Person innerhalb des sozialen Ganzen, richtet. Das Zuteilungsmaß der distributiven Gerechtigkeit ist also nicht von der (Hilfs-)Bedürftigkeit bzw. einem im Vergleich zu anderen Personen auszumachenden Mangel an etwas abhängig, sondern von der Vorzüglichkeit und damit der Herausgehobenheit der Person. Ein Mehr an Vorzüglichkeit resultiert somit auch in einem proportionalen Mehr vom zu verteilenden Gut. Naheliegenderweise ist diese Herausgehobenheit einer Person in ihrer Bedeutung für das soziale Ganze zu sehen und damit grundsätzlich in ihrem Beitrag zum *bonum commune*. Die geometrische Gleichheit verlangt somit die Berücksichtigung des Beitrags, den die einzelnen Personen, auf die der Nutzen am *bonum commune* verteilt werden soll, zum Entstehen bzw. zur Verwirklichung des *bonum commune* geleistet haben. Dem Anspruch der geometrischen Gleichheit ist somit Genüge getan, wenn das Gemeinwohl so auf die Glieder einer Gemeinschaft aufgeteilt wird, dass das Verhältnis zwischen dem, was die einzelnen Glieder vom *bonum commune* zugeteilt erhalten, und dem, was sie zu diesem beigetragen haben, für alle Glieder gleich ist. Es muss also gelten:

$$\frac{\text{Anteil am bonum commune}_{\text{Person 1}}}{\text{Beitrag zum bonum commune}_{\text{Person 1}}} = \dots = \frac{\text{Anteil am bonum commune}_{\text{Person n}}}{\text{Beitrag zum bonum commune}_{\text{Person n}}}$$



Abbildung 2: Soziale Gerechtigkeit

Das Anspruchsrecht einer Person auf einen Anteil am bonum commune der Gemeinschaft hängt also davon ab, in welchem Ausmaß die Person ihrer Pflicht zur Verwirklichung des bonum commune nachgekommen ist, d. h. inwiefern sie gemeinwohlgerecht gehandelt hat. Wer mehr beigetragen hat, verdient mehr, jedoch nicht überproportional mehr als die, die weniger beigetragen haben. Welchen Wert das sich aus der obigen Division ergebende Verhältnis zwischen Zähler und Nenner haben soll, kann allerdings nicht pauschal beantwortet werden; er hängt aber sicher wesentlich von der Größe des aufzuteilenden bonum commune ab.

3.3 Soziale Gerechtigkeit: Die Kombination aus allgemeiner und distributiver Gerechtigkeit

Wie aus dem bisher Gesagten deutlich geworden sein sollte, handelt es sich bei der allgemeinen und der distributiven Gerechtigkeit nicht um zwei kategorisch unterschiedliche Arten der Gerechtigkeit. Sie sind vielmehr durch das Konzept des bonum commune verbunden und können als zwei Seiten einer Medaille betrachtet werden. Während erstere mit dem Anspruchsrecht des Ganzen an seine Teile auf Mitwirkung bei der Aktualisierung des bonum commune des Ganzen befasst ist, geht es zweiterer um das Anspruchsrecht der Teile an das Ganze auf eine dem Verhältnis zwischen Beitrag zum und Anteil am bonum commune für alle Teile gleichen Teilhabe am bonum commune. Entsprechend können diese beiden Arten der Gerechtigkeit unter dem Begriff der sozialen Gerechtigkeit zusammengefasst werden. Die soziale Gerechtigkeit

bezieht sich also auf folgende Rechtsbeziehungen (vgl. Abbildung 2).

Wenn von sozialer Gerechtigkeit die Rede ist, ist damit per definitionem immer auch vom bonum commune zu sprechen und zu berücksichtigen, dass diese Art von Gerechtigkeit mehr als nur distributiver Natur ist, d. h. dass dem Anspruchsrecht auf Teilhabe am bonum commune immer auch die Pflicht zum Beitrag zum Entstehen des bonum commune gegenübersteht.

4. Die Bedeutung der sozialen Gerechtigkeit für das Management des Gesundheitswesens

Was bedeuten diese Erkenntnisse nun für die uns hier interessierende Fragestellung, nämlich was es bedeutet, ein Gesundheitswesen am Maßstab der sozialen Gerechtigkeit orientiert zu managen bzw. die knappen Mittel des Gesundheitswesens sozial gerecht zu allozieren? Wenn auf einem Makrolevel nicht alle aus Sicht der Heilkunst notwendigen Leistungen bezahlt werden können: Wie sollen aus der Perspektive der sozialen Gerechtigkeit die zur Verfügung stehenden Ressourcen und Mittel auf die Personen aufgeteilt werden, denen diese Leistungen zugute kommen sollten?

Wie aus dem vorherigen Kapitel hervorgegangen sein sollte, fordert uns die soziale Gerechtigkeit dazu auf, allen Beteiligten ihre Anspruchsrechte zu gewähren und von allen Beteiligten ihre Pflichten einzufordern. Bevor das Problem des Umgangs mit den knappen Ressourcen des Gesundheitswesens sozial gerecht gelöst werden kann, muss das Problem also als Anspruchsrechts-/Pflicht-Problem

reformuliert werden. Wenn wir nach dem sozial gerechten Umgang mit den knappen Ressourcen des Gesundheitssystems fragen, dann müssen wir zuerst danach fragen, wer welche Anspruchsrechte auf welche Gesundheitssystemressourcen hat und welche Pflichten diesen gegenüberstehen. Und da mit diesen Ressourcen die Gesundheit gefördert oder wiederhergestellt werden soll, bedeutet dies letzten Endes nichts anderes als danach zu fragen, welche Anspruchsrechte die Mitglieder einer Gemeinschaft auf Gesundheit als Teil des bonum commune haben bzw. welche Pflicht zur Partizipation am Gut Gesundheit die Gemeinschaft gegenüber ihren Mitgliedern hat.

Um diese Frage beantworten zu können, muss in einem vorgelagerten Schritt geklärt werden, ob Gesundheit überhaupt ein Gut darstellt, das der sozialen Gerechtigkeit unterliegt; dies tut sie jedoch nur, wenn sie ein äußeres oder immanentes bonum commune darstellt. Ist Gesundheit also ein äußeres oder immanentes bonum commune?

Dies ist relativ schnell zu beantworten: Unser aller Gesundheit wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die sich unserer individuellen Kontrolle komplett oder zu einem gewissen Teil entziehen.³⁴ Aus diesem Grund stellt Gesundheit insofern ein (immanentes) bonum commune dar, als es in den eine Gemeinschaft bildenden Personen besteht und in vollkommener Weise nur verwirklicht sowie erhalten werden kann, wenn alle Personen gemeinsam danach streben. Als (immanentes) bonum commune ist die Gesundheit also ein für die soziale Gerechtigkeit relevantes Gut.

Im Hinblick auf Gesundheit als Aspekt des bonum commune lassen sich aus dem bisher über die soziale Gerechtigkeit als Kombination von distributiver und allgemeiner Gerechtigkeit Gesagten somit folgende Prämissen ableiten:

- (P1) Eine Gemeinschaft hat ein Anspruchsrecht darauf, dass die die Gemeinschaft bildenden Personen zur Verwirklichung des bonum commune beitragen. Die die Gemeinschaft bildenden Personen haben die korrespondierende Pflicht

gegenüber der Gemeinschaft, bei der Verwirklichung des bonum commune mitzuwirken.

- (P2) Die eine Gemeinschaft bildenden Personen haben ein Anspruchsrecht gegenüber der Gemeinschaft, dass das bonum commune so auf die Glieder der Gemeinschaft aufgeteilt wird, dass das Verhältnis zwischen dem, was die einzelnen Glieder vom bonum commune zugeteilt erhalten, und dem, was sie zu diesem beigetragen haben, für alle Glieder gleich ist. Die Gemeinschaft hat die korrespondierende Pflicht, die Zuteilung in diesem Sinne vorzunehmen.
- (P3) Gesundheit ist ein Teilaspekt des (immanenten) bonum commune.
- (P4) Die Zuteilung von Gesundheit als Teilaspekt des (immanenten) bonum commune auf die Glieder einer Gemeinschaft kann durch die Zuteilung der zur Förderung bzw. Wiederherstellung dieses Gutes vorgesehenen knappen Ressourcen geschehen.

Aus diesen Prämissen können nun folgende Konklusionen gezogen werden:

- (C1) Eine Gemeinschaft hat ein Anspruchsrecht darauf, dass die die Gemeinschaft bildenden Personen zur Verwirklichung des Gutes Gesundheit beitragen, da es ein Teilaspekt des (immanenten) bonum commune ist.³⁵
- (C2) Die eine Gemeinschaft bildenden Personen haben ein Anspruchsrecht gegenüber der Gemeinschaft, dass das Gut Gesundheit als Teilaspekt des (immanenten) bonum commune so auf die Glieder der Gemeinschaft aufgeteilt wird, dass das Verhältnis zwischen dem, was die einzelnen Glieder vom Gut Gesundheit bzw. den zur Förderung bzw. Wiederherstellung dieses Gutes vorgesehenen knappen Ressourcen zugeteilt erhalten, und dem, was sie zu diesem beigetragen haben, für alle Glieder gleich ist.

Wenn wir also vor der Entscheidung stehen, das bonum commune Gesundheit über die Verteilung der Ressourcen des Gesundheitswesens in sozial gerechter Weise aufzuteilen, dann verlangt die soziale Gerechtigkeit von uns, diese Verteilung

danach auszurichten, inwieweit die Empfänger ihrer Pflicht zur Verwirklichung des immanenten bonum commune Gesundheit nachgekommen sind, indem sie z. B. im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf ihre und die Gesundheit anderer geachtet haben. Der den einzelnen Personen zuzuteilende Anteil sollte dabei so ausfallen, dass das Verhältnis zwischen dem, was die einzelnen Personen vom bonum commune Gesundheit zugeteilt erhalten, und dem, was sie zu diesem beigetragen haben, für alle Personen gleich ausfällt.

5. Schlussgedanken

Dieses Ergebnis mag auf den ersten Blick ernüchternd wirken. Im Grunde sagt es uns nämlich: Wenn eine kranke Person nicht zum bonum commune Gesundheit beigetragen hat, dann hat sie auch keinen Anspruch auf einen Anteil an den gesellschaftlichen Gesundheitsressourcen. Auch wenn uns diese Konsequenz – besonders, wenn wir uns vor Augen führen, dass von dieser z. B. auch kranke oder behinderte Neugeborene betroffen sein können – als abstoßend erscheint, sollten wir das Ergebnis aber nicht dadurch verfälschen, dass wir den Begriff der (sozialen) Gerechtigkeit uminterpretieren und ihn seines eigentlichen Gehalts entleeren. Wir sollten (soziale) Gerechtigkeit vielmehr als das akzeptieren, was sie ist: die unseren Willen perfektionierende Tugend, die uns jedem sein Recht zukommen lässt. Wenn unser Gegenüber uns gegenüber jedoch kein Recht besitzt, dann können wir ihm ein solches aber auch nicht zukommen lassen.

Wir sollten uns jedoch darüber hinaus bewusst sein, dass die oben entwickelten Gedanken zwar die Antwort auf die Frage darstellen, wie sozial gerecht mit den knappen Gesundheitsressourcen umgegangen werden soll, dass dies jedoch nicht alles ist, was zu unserem Umgang mit kranken und schwachen Personen zu sagen ist. Denn selbst wenn die kranken und schwachen Glieder einer Gemeinschaft kein aus obigen Gerechtigkeitsüberlegungen ableitbares Anspruchsrecht auf Hilfe von Seiten der Gemeinschaft haben, so bedeutet dies

nicht auch automatisch, dass eine Gemeinschaft und deren Glieder keine Pflicht haben, den Schwachen und Kranken zu helfen; es bedeutet nur, dass sie keine mit einem Anspruchsrecht korrespondierende Pflicht haben. Der Blick durch die Brille der Gerechtigkeit zwingt uns zwar, soziale Beziehungen als von Anspruchsrechten und korrespondierenden Pflichten geprägte Beziehungen zu verstehen. Jedoch ist damit nicht gesagt, dass diese Brille die einzige ist, die wir aufsetzen können.

Neben der Gerechtigkeit gibt es nämlich eine zweite Tugend, deren Objekt das bonum commune ist: die soziale Liebe („caritas socialis“), d. h. die Liebe zum und um des bonum commune willen, die sich in der „Hingabe ans Ganze und über das Ganze an den Nächsten“³⁶ und in konkreter Form in der Übung der sieben leiblichen und sieben geistigen Werke der Barmherzigkeit³⁷ ausdrückt. Wenn wir über den richtigen Umgang mit den sich gegenwärtig dem Management unserer Gesundheitssysteme stellenden Herausforderungen nachdenken, sollten wir also unterscheiden zwischen dem, was die soziale Gerechtigkeit fordert (d. h. worauf die einzelnen Glieder der Gesellschaft ein Anspruchsrecht haben) und dem, was die soziale Liebe fordert (d. h. worauf kein Anspruchsrecht besteht, was aber trotzdem geschuldet ist). Die ersten Krankenhäuser und auch die ersten Krankenversicherungen waren keine millionenschweren Unternehmen, die errichtet wurden, weil ein Anrecht auf ihre Gründung bestand oder weil sich mit ihnen viel Geld verdienen ließ; sie wurden gegründet als Einrichtungen der (christlichen) Barmherzigkeit und Nächstenliebe.³⁸

Dieses Bewusstsein gilt es wieder zu stärken, um unsere Gesundheitssysteme nachhaltig zukunftsfähig zu machen. Den Boden der Reform sollte das Bemühen bilden, in den Köpfen und Herzen derjenigen Personen, die das Gesundheitssystem bilden, das Anspruchsdenken zu reduzieren und die soziale Liebe zu wecken. Gefragt ist nicht nur eine Strukturreform, sondern eine Haltungsreform: Was sich ändern muss, sind letzten Endes wir.

Referenzen

- 1 vgl. Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1094a 8f sowie Thomas von Aquin, *Sententia Libri Ethicorum*, lib. 1 l. 1 n. 15
- 2 Der Begriff „Ökonomie“ leitet sich vom altgriechischen „οἰκονομία“ („oikonomía“) ab. Mit diesem Wort wurde die gute Verwaltung bzw. Führung eines (privaten oder öffentlichen) Haushalts (bzw. einer häuslichen oder über-häuslichen Gemeinschaft) bezeichnet (vgl. hierzu z. B. Xenophon „Oikonomikos“ („Οἰκονομικός“), Kapitel 1; Aristoteles, *Politik*, 1285b 31ff (Buch 3, Kapitel 14) oder Thomas von Aquin, *Sententia Libri Ethicorum*, lib. 1 l. 1 n. 15). Die diese Verwaltung ausübende Person wurde als „οἰκόνομος“ („oikónomos“) bezeichnet; im Neuen Testament wird z. B. in Lk 12, 42 und Lk 16, 1-8 das Wort „οἰκόνομος“ zur Bezeichnung eines Verwalters verwendet. Heute ist es aber eher üblich, anstelle von Verwaltung und Verwaltern von Management und Manager zu sprechen.
- 3 vgl. Aristoteles, *Politik*, 1256b 29f. Reichtümer und Vermögen („πλοῦτος“ („plutos“) bzw. „divitiae“) stellen also nur eine Menge an Mitteln für ein gutes Leben dar („ὁ δὲ πλοῦτος ὀργάνων πλεθὺς ἐστίν“ (Aristoteles, *Politik*, 1256b 36; vgl. auch Thomas von Aquin, *Sententia Libri Ethicorum*, lib. 1 l. 1 n. 15)). Die dem Maximierungsprinzip unterliegende unbegrenzte Akkumulation von Besitz um der Akkumulation willen nennt Aristoteles „χρηματιστική“ („chrematistike“). Für eine Unterscheidung der beiden aristotelischen Begriffe „oikonomia“ und „chrematistike“ vgl. auch: Dierksmeier C., Pirson M., *Oikonomia Versus Chrematistike: Learning from Aristotle About the Future Orientation of Business Management*, *Journal of Business Ethics* (2009); 88: 417-430
- 4 Auch wenn es zweifellos ein sehr wichtiges Gut ist, ist es nicht das höchste Gut; vgl. hierzu: Lütz M., *Gesundheit ist nicht das höchste Gut*, *Die Tagespost* (Feuilleton), 7. Juli 2005, S. 9
- 5 vgl. Marckmann G., *Marktorientierung und Gerechtigkeit: Prinzipien im Widerspruch?*, *SGBE Bulletin SSEB* (2010); 61: 5-12, <http://www.bioethics.ch/sgbe/publikationen/Bulletin.html> (letzter Zugriff am 12. Jänner 2013)
- 6 vgl. hierzu Zimmermann-Acklin M., *Rationierung im ethischen Disput. Positionen und Argumente*, in: Zimmermann-Acklin M., Halter H. (Hrsg.), *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*, EMH Schweizerischer Ärzteverlag, Basel (2007), S. 56-66, S. 61
- 7 So ist z. B. in der „Physician Charter on Medical Professionalism“ (Charta zur ärztlichen Berufsethik) festgeschrieben, dass die Ärzte eine Verpflichtung („commitment“) zur gerechten Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen haben. Diese Charta wurde 2002 von der ABIM Foundation, der American College of Physicians Foundation und der European Federation of Internal Medicine gemeinsam ausgearbeitet und z. B. von der Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin (TGAM) übernommen. Die englische Version der Charta ist zu finden unter: <http://www.abimfoundation.org/Professionalism/Physician-Charter.aspx> (letzter Zugriff am 25. Februar 2013). Eine deutsche Übersetzung der Charta ist erschienen in: *Schweizerische Ärztezeitung* (2003); 84(45): 2347-2349 oder *Medizinische Klinik* (2002); 97(11): 697-699
- 8 Für eine Darlegung des aristotelisch-thomistischen Verständnisses von Tugend und den durch sie perfektionierten Seelenvermögen vgl. Erk Ch., *Health, Rights and Dignity. Philosophical Reflections on an Alleged Human Right*, ontos Verlag, Frankfurt/Paris/Lancaster/New Brunswick (2011), S. 99 ff.
- 9 vgl. Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1129a 5ff sowie Thomas von Aquin, *Summa Theologiae (STh)*, II^a-IIae q. 57 a. 1 s.c. und II^a-IIae q. 58 a.
- 10 vgl. *STh*, siehe Ref. 9, II^a-IIae q. 122 a. 1 s. c.: „iustitia sola videtur esse virtus per quam ordinamur ad alterum“ Alle anderen (moralischen) Tugenden betreffen den Umgang des Menschen mit sich selbst.
- 11 vgl. Thomas von Aquin, *Sententia Libri Ethicorum*, lib. 5 l. 3 n. 9: „iustum dicitur [...] legale et aequale“; vgl. auch Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1129a 30 sowie 1130b 5: „διώρισται [...] τὸ δὲ δίκαιον τὸ τε νόμιμον καὶ τὸ ἴσον.“
- 12 Wobei hierunter sowohl das präpositive als auch das positive Recht zu verstehen ist (vgl. II^a-IIae q. 57 a. 2f).
- 13 vgl. *STh*, siehe Ref. 9, II^a-IIae q. 58 a. 1 co.: „iustitia est habitus secundum quem aliquis constanti et perpetua voluntate ius suum unicuique tribuit“ (vgl. auch II^a-IIae q. 57 a. 4 ad 1). Unter Recht verstehen Thomas von Aquin und Aristoteles hierbei vor allem das präpositive, aber auch das positive (d. h. kodifizierte) und sich jeweils in Gesetzen ausdrückende Recht; für eine Unterscheidung des Rechts in positiv/präpositiv vgl. Erk Ch., siehe Ref. 8, S. 165 ff. Thomas von Aquin referenziert in seiner Definition explizit auf den römischen Juristen Ulpian, dessen Gerechtigkeitsdefinition sich im „Corpus Iuris Civilis“ findet, einer auf Befehl des oströmischen Kaisers Justinian I. von 529 bis 534 n. Chr. herausgegebenen Sammlung grundlegender Rechtstexte. Diese lautet: „Iustitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuendi“ (*Corpus*

- Iuris Civilis*, Digesta 1.1.10 pr. sowie Institutiones 1, Tit. 1). Da jedem Anspruchsrecht eine korrespondierende Pflicht gegenübersteht, ist Gerechtigkeit also auf das Engste mit den Konzepten von Anspruchsrechten und Pflichten verbunden, ja setzt das Vorliegen einer Pflicht voraus (vgl. Thomas von Aquin, *De Veritate*, q. 23 a. 6 ad 3: „ratio iustitiae debitum requirit“). Für eine Darlegung der Konzepte „Recht“ bzw. „Anspruchsrecht“ und „Pflicht“ vgl. Erk Ch., siehe Ref. 8, S. 143 ff.
- 14 vgl. *STh*, siehe Ref. 9, II^a-IIae q. 58 a. 1 co.: „iustus dicitur quia ius custodit“
- 15 vgl. Thomas von Aquin, *Summa contra Gentiles*, lib. 2 cap. 28 n. 3: „actum iustitiae praecedit actus quo aliquid alicuius suum efficitur“
- 16 Im Rahmen dieser Arbeit wird auf eine Differenzierung zwischen Gemeinschaft und Gesellschaft verzichtet, beide Begriffe werden synonym verwendet.
- 17 vgl. *STh*, siehe Ref. 9, II^a-IIae q. 79 a. 1 co. oder II^a-IIae q. 58 a. 7 arg. 2
- 18 vgl. ebd., I^a-IIae q. 90 a. 2 co. sowie II^a-IIae q. 58 a. 5 co. Wenn die allgemeine Gerechtigkeit den Menschen durch die Erfüllung seiner Pflichten gegenüber der Gemeinschaft den korrespondierenden Anspruchsrechten dieser Gemeinschaft gegen ihn nachkommen lässt und diese Anspruchsrechte nur im Hinblick auf die Verwirklichung des bonum commune Bestand haben können, so macht dies auch die Aussage verständlich, dass die allgemeine Gerechtigkeit den Menschen direkt auf das bonum commune ausrichtet (vgl. ebd., II^a-IIae q. 58 a. 7). Denn durch die Einhaltung des Rechts trägt der Mensch direkt zur Verwirklichung des bonum commune bei. Aufgrund der engen Verknüpfung der allgemeinen Gerechtigkeit mit dem bonum commune und dem an diesem ausgerichteten Recht wird die allgemeine Gerechtigkeit auch als Gemeinwohlgerechtigkeit oder legale Gerechtigkeit („iustitia legalis“ (II^a-IIae q. 58 a. 5 co.)) bezeichnet.
- 19 Für einen Überblick über die unterschiedlichen Gemeinwohltheorien vgl. Sulmasy D. P., *Four Basic Notions of the Common Good*, *St. John's Law Review* (2012); 75(2): 303-310
- 20 Utz A.-F., *Sozialethik. Mit internationaler Bibliographie. Teil 1: Die Prinzipien der Gesellschaftslehre*. 2. Auflage, F. H. Kerle Verlag, Heidelberg/ Verlag E. Nauwelaerts, Löwen (1964), S. 129
- 21 vgl. Aristoteles, *Politik*, 1252a: „πᾶσαν κοινωνίαν ἀγαθοῦ τινος ἔνεκεν συνεστηκυῖαν“
- 22 Utz A.-F., siehe Ref. 20, S. 132
- 23 ebd., S. 136
- 24 ebd., S. 136, 145; vgl. auch *Katechismus der Katholischen Kirche*: Teil 3, Abschnitt 1, Kapitel 2, Artikel 10.II (Nummer 1906)
- 25 Diese Pflicht ergibt sich aus der aristotelisch-thomistischen Einsicht, dass alle menschlichen Handlungen („actiones proprie humanae“) um eines Zieles/ Zweckes willen geschehen (vgl. *STh*, siehe Ref. 9, I^a-IIae q. 1 a. 1 co.) und dass das Gute seinem Wesen nach Ziel/ Zweck ist („bonum habet rationem finis“ (*STh*, siehe Ref. 9, I^a-IIae q. 94 a. 2 co.)). Wenn also das Gute uns als natürliches Ziel/ Zweck vorgegeben ist, ergibt sich daraus das grundlegende Gebot des Naturrechts, nämlich dass „bonum est faciendum et prosequendum, et malum vitandum“ (*STh*, siehe Ref. 9, I^a-IIae q. 94 a. 2 co.; vgl. auch II^a-IIae q. 79 a. 1), d. h. dass das Gute zu tun und zu verfolgen, das Böse jedoch zu meiden ist. Aus der Eigenschaft des bonum commune ein Gut zu sein, zu deren Verwirklichung eine Gemeinschaft gebildet wurde, ergibt sich also das Anspruchsrecht der Gemeinschaft an ihre Mitglieder auf Mitwirkung an der Verwirklichung des bonum commune und daraus die Pflicht der Mitglieder, zu dessen Verwirklichung beizutragen.
- 26 vgl. *STh*, siehe Ref. 9, II^a-IIae q. 61 a. 1 s. c. sowie Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1130b.30
- 27 vgl. *STh*, siehe Ref. 9, II^a-IIae q. 61 a. 1 co.; siehe auch Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1131a 1
- 28 vgl. *STh*, siehe Ref. 9, II^a-IIae q. 58 a. 11 co.: „quod ei secundum proportionis aequalitatem debetur“; siehe auch Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1131a 20
- 29 vgl. Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1132a 1: „τὴν ἀναλογίαν ἐκείνην ἀλλὰ κατὰ τὴν ἀριθμητικὴν“; siehe auch *STh*, siehe Ref. 9, II^a-IIae q. 61 a. 2 s. c. sowie Thomas von Aquin, *Sententia Libri Ethicorum*, lib. 5 l. 6 n. 4
- 30 vgl. Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1131b 10: „ἀναλογίαν γεωμετρικὴν“; siehe auch *STh*, siehe Ref. 9, II^a-IIae q. 61 a. 2 s. c.
- 31 vgl. *STh*, siehe Ref. 9, II^a-IIae q. 61 a. 2 co.: „in distributiva iustitia datur aliquid alicui privatae personae in quantum id quod est totius est debitum parti“
- 32 vgl. *STh*, siehe Ref. 9, II^a-IIae q. 61 a. 1 ad 4; vgl. auch Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1130b 30
- 33 *STh*, siehe Ref. 9, II^a-IIae q. 61 a. 2 co. An anderer Stelle spricht Thomas von Aquin von der „dignitas“ (II^a-IIae q. 63 a. 1 co.) der Person, worunter aber nicht die moderne Sicht von Würde zu verstehen ist (denn diese ist entweder a) kein Heraushebungsmerkmal, da sie von allen Menschen besessen wird und somit alle gleich vorzüglich sind, oder b) ein gestuftes Konzept, da nur dadurch eine in der Würde begründete Vorzüglichkeit denkbar ist), sondern ein Synonym für die „principalitas“.

- 34 vgl. hierzu Erk Ch., siehe Ref. 8, S. 88 ff.
- 35 Wie können die Glieder der Gemeinschaft dieser Pflicht nachkommen? Grundlegend gesprochen erlegt diese Pflicht dem Pflichtinhaber (neben der Entrichtung eines entsprechenden monetären Beitrags über Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge) die Verhaltensrestriktion auf, nur solche Handlungen zu vollziehen, die ein gesundheitsneutrales oder zumindest nicht gesundheitsschädigendes Resultat zeitigen. Da die nicht nachhaltige demographische Entwicklung unserer Gesellschaften ein Problem für die Sozialsysteme darstellt, wäre es auch zu verargumentieren, dass diese Pflicht sich auch auf Gründung und Erhalt einer Familie mit dem Ziel der Zeugung von Nachwuchs erstreckt. Der Pflichtinhaber ist also verpflichtet, sich zumindest an die allgemein bekannten Klugheitsregeln bzgl. Schlaf, Bewegung/ Training, Ernährung, Gewicht, Suchtmitteln (z. B. Alkohol und Rauchen), Stress und regelmäßiger ärztlicher Kontrolle zu halten, um nicht krank zu werden; falls die betreffende Person krank ist, erfordert die Pflicht, sich im Rahmen der Möglichkeiten um die Gesundung zu bemühen.
- 36 vgl. Utz A.-F., siehe Ref. 20, S. 166
- 37 vgl. hierzu *Katechismus der Katholischen Kirche*: Teil 3, Abschnitt 2, Kapitel 2, Artikel 7.VI (Nummer 2447)
- 38 vgl. hierzu Crislip A. T., *From Monastery to Hospital: Christian Monasticism and the Transformation of Health Care in Late Antiquity*, University of Michigan Press, Ann Arbor (2005) sowie Oberender P. O., Hebborn A., Zerth J., *Wachstumsmarkt Gesundheit*, Lucius & Lucius, Stuttgart (2002)

Wolfgang Huber, Johannes Bonelli

Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit in der Medizin

Humanity and Efficiency in Medicine

Zusammenfassung

Kostensteigerung darf im Gesundheitswesen nicht ins Unendliche gehen. Gleichzeitig ist es ein soziales Gebot, die für das Gesundheitswesen verfügbaren Mittel gerecht zu verteilen. Der Politik kommt zu, das Budget auf die verschiedenen Verwendungszwecke gerecht aufzuteilen. Aufgabe des Managements ist es, dem Ärzteteam einen ausreichenden Spielraum zu verschaffen, um der geforderten sparsamen Effizienz gerecht werden zu können. Hier ist ökonomisches Denken auch bei Ärzten notwendig, die ein hohes Maß an Klugheit fordert. Natürlich darf man auch vom Patienten ein gewisses Maß an sozialer Gerechtigkeit einfordern. Dies wird uns umso leichter gelingen, je gefestigter das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist. Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit widersprechen in der Medizin einander nicht, sondern bedingen sich gegenseitig.

Schlüsselwörter: Ärztliche Verantwortung, Manager, Patienten, soziale Gerechtigkeit, Klugheit

Abstract

A major issue in modern health care systems is cost containment. This requires a just resource allocation for the limited funds each society is able to dispose. A responsible health care policy distributes these limited funds according to the various demands of our society in order to reach a maximum of societal benefit. Health care management on the other hand should define the most efficient use of these funds in order to give physicians sufficient possibilities to treat their patients. In addition, patients should also attribute their share for a socially balanced usage of the resources.

The achievement of a just health care system is facilitated by an atmosphere of trust and mutual understanding between patients and physicians. In conclusion, compassion and economic principles do not contradict, but rather imply each other.

Keywords: Medical Responsibility, Manager, Patients, Social Justice, Prudence

Dr. Wolfgang Huber, MBA
Haus der Barmherzigkeit
Seeböckgasse 30a, A-1160 Wien
wolfgang.huber@synermed.at

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli
IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
bonelli@imabe.org

Die Ausgaben für die medizinische Versorgung sind in den meisten westeuropäischen Ländern im Vergleich zum Wirtschaftswachstum in den letzten Jahrzehnten überproportional angestiegen. Die Gründe dafür liegen vor allem in der erhöhten Lebenserwartung der Bevölkerung, die mit einer vermehrten Morbidität insbesondere der chronischen Krankheiten einhergeht. Parallel dazu sind die technischen Möglichkeiten und deren Kosten für Diagnose und Therapie exponentiell angestiegen. Daraus resultiert auf der einen Seite die Illusion der unbegrenzten Möglichkeiten, die alle für jedermann zugänglich sein sollen, und auf der anderen Seite eine Mentalität, nach der im Gesundheitswesen Kosten keine Rolle spielen dürfen.

Tatsache ist aber, dass die benötigten Ressourcen für das Gesundheitswesen jedoch nicht bis ins Unendliche gesteigert werden können. Österreich gibt rund 10 Prozent seines Bruttonationalprodukts für Gesundheit aus. Damit ist klar, dass die Kostensteigerung eingedämmt werden muss, woraus der ökonomische Zwang zur Kostendämpfung bzw. das Gebot der Wirtschaftlichkeit auch im Gesundheitswesen resultiert.

Doch Wirtschaftlichkeit ist kein Selbstzweck. Sie hat „Dienerin der Menschlichkeit“⁴ zu sein. Wirtschaftlichkeit im Sinne einer freien Marktwirtschaft reicht nämlich nicht aus, wenn die medizinische Versorgung unserer Bevölkerung ein menschliches Antlitz haben und allen Bürgern zugute kommen soll. Hier treffen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit im Gesundheitswesen aufeinander, die sich zunächst einmal in sozialer Gerechtigkeit zeigen muss. Das heißt nicht, dass es im Gesundheitswesen keine wirtschaftliche Freiheit geben darf. Aber diese ist nicht grenzenlos. Und solche Grenzen werden von der Menschenwürde und dem Gemeinwohl markiert,² wobei die Gleichheit aller Menschen vor Gott und dem Staat Ausgangspunkt und Maßstab der Leitidee von Gerechtigkeit ist.³ Es geht demnach in erster Linie um die gerechte Verteilung der knappen Ressourcen.

Aus der Sicht der Wirtschaftsethik ist die Gesundheit ein Wert, von dessen Obsorge niemand ausgeschlossen werden darf. Gesundheit ist zwar nicht das höchste Gut – und es gibt auch kein Recht auf Gesundheit –, aber es gibt ein Recht auf medizinische Betreuung ohne Rücksicht auf den sozial-ökonomischen Status des Patienten. Es ist also ein soziales Gebot, die für das Gesundheitswesen verfügbaren Mittel gerecht zu verteilen. Dies bedeutet, dass der Einsatz und die Verteilung der Mittel reguliert werden müssen.⁴

Ebenen der Regulierung

Unser Gesundheitssystem ist ein Mischsystem aus freier Marktwirtschaft und zentraler gelenkter Wirtschaft. Nach Gäfgen und Prat lassen sich zwei Ebenen unterscheiden, auf denen der Einsatz und die Verteilung der Mittel geregelt wird: die Makroebene (Staat, Region, soziale Krankenversicherung) und die Mikroebene (Krankenhaus, Ambulatorien, Ordinationen).⁵

Makroebene

Auf der Makroebene fallen im Wesentlichen zwei Entscheidungen, die primär der Politik zukommen: erstens die Aufteilung des Budgets auf die verschiedenen Verwendungszwecke – in Österreich fallen ca. 10 Prozent davon auf das Gesundheitswesen. Zweitens kommt der Politik die Aufgabe zu, diese Güter auf die Regionen nach dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit aufzuteilen, wobei dies nicht nur die Geldmittel betrifft, sondern auch die regionale Platzierung von Krankenhäusern und deren Fachgruppen (Krankenanstaltenplan), von Rehabilitationszentren, Ambulatorien bis hin zu Krankenkassenstellen. Bereits an dieser Stelle müssen die Entscheidungsträger jene ökonomischen Regeln einhalten, die erforderlich sind, damit im Gesundheitssystem wirklich Gerechtigkeit waltet, d. h. es muss dafür gesorgt werden, dass alle Regionen flächendeckend und ausreichend versorgt sind. Diese Regeln können unter den Begriff der sparsamen Effizi-

enz⁶ subsumiert werden und stellen hohe ethische Anforderungen an die Entscheidungsträger. Denn die Vergeudung von Mitteln will einerseits keine Gesellschaft zulassen. Andererseits klaffen gerade im Gesundheitswesen das vernünftigerweise Notwendige und das politisch Durchsetzbare oft weit auseinander. Das erleben wir heute in unserem Land hautnah bei der Debatte über die Schließung und Standortbestimmung von Krankenhäusern und Fachabteilungen. Dieses Thema ist durch ein regionales Anspruchdenken emotional stark besetzt, sodass eine gerechte Grundausstattung, die alle Bürger eines Staates erfasst, bei gleichzeitiger Sparsamkeit (sparsame Effizienz) kaum durchsetzbar ist. Hier kann Wirtschaftlichkeit nur dann erreicht werden, wenn in der Bevölkerung auch ein Verständnis für die Solidargemeinschaft aufgebracht wird. Man kann also sagen, dass bereits auf der Makroebene Wirtschaftlichkeit nicht ohne Menschlichkeit und Menschlichkeit nicht ohne Wirtschaftlichkeit erreicht werden kann. Mit anderen Worten: Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit sind keine Gegensätze, sondern bedingen einander.⁷

Mikroebene

Die Mikroebene kann in zwei Bereiche geteilt werden: einerseits in das Management in Krankenhäusern und Ambulatorien, andererseits in die direkte Tätigkeit des Arztes am Krankenbett.

Auch auf der Mikroebene sind Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit aufeinander bezogen. Sowohl für das Management als auch für den Arzt gilt das Prinzip der sparsamen Effizienz, wenn die zu treffenden Entscheidungen sozial gerecht sein sollen. Dabei geht es um den rationalen Umgang mit knappen Ressourcen, indem man ein möglichst günstiges Verhältnis zwischen Zielerreichung und Mitteleinsatz anstrebt. Man unterscheidet das Maximalprinzip, das versucht mit vorgegebenen Ressourcen ein maximales Ergebnis zu erreichen, vom Minimalprinzip. Dieses strebt mit minimalem Ressourcenaufwand an, das vor-

gegebene Ziel zu erreichen. In beiden Fällen muss das rechte Verhältnis zwischen Kostenaufwand und Ziel hergestellt werden.

Die Aufgabe des Managements

Die Aufgabe des Managements ist es, dem Ärzteteam einen ausreichenden Spielraum zu verschaffen, damit es dieser Forderung gerecht werden kann. Der Krankenhausmanager ist im Sinne der sparsamen Effizienz aufgerufen, die organisatorischen Abläufe so zu optimieren, dass mit einem Minimum von Aufwand die bestmögliche Versorgung des Patienten erreicht wird. Die Ökonomie, wenn sie human (menschlich) sein will, darf in einem sozialen Umfeld niemals zum Selbstzweck werden, sondern muss immer Diener der Medizin bleiben, d. h. das Wohl des Patienten hat Vorrang vor dem möglichen finanziellen Gewinn. Dabei geht es darum, durch ein vernünftiges Wirtschaften Freiräume für eine optimale Versorgung aller Patienten zu schaffen. Hier zeigt sich auf der Ebene des Managements, wie sehr Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit aufeinander bezogen sind. Denn Menschlichkeit ohne Wirtschaftlichkeit führt *eo ipso* zu einer Einschränkung der medizinischen Möglichkeiten für alle. Wirtschaftlichkeit ohne Menschlichkeit wiederum kann dem sozialen Auftrag des Gesundheitswesens nicht gerecht werden. Wenn nämlich die Rentabilität der führende Leitgedanke einer Krankenanstalt wird, dann wird man dazu verleitet, möglichst wenig Personal zu beschäftigen, teure Diagnostik und therapeutische Möglichkeiten nicht durchzuführen, Patienten möglichst kurzfristig zu entlassen und letztlich Patienten mit aufwendigen Krankheiten möglichst zu meiden.

Vielfach wird das Diktat des Marktes zu einem Diktat der Zeitökonomie.⁸ Dabei wird nicht nur Personal reduziert, sondern es werden die Abläufe in den Kliniken dermaßen beschleunigt, dass die Möglichkeit zu einem ärztlichen Gespräch und überhaupt der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient wegrationalisiert werden. Menschlichkeit in der Medizin meint aber

gerade auch diese persönliche Zuwendung und Sorge von Arzt und Pflegepersonen um das Wohl der hilfsbedürftigen Kranken. Es ist Aufgabe des Managements, wenn es sich der Humanität verpflichtet weiß, diese Möglichkeit auch dem angestellten Personal zu gewähren. Dahinein fällt auch die zunehmende Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit, welche zu einer weiteren Reduktion ihrer patientenbezogenen Arbeit führt.

Nehmen wir nun ein konkretes Beispiel: Wie definiert das Krankenhaus *Haus der Barmherzigkeit* einen humanen Umgang? Da das *Haus der Barmherzigkeit* eine kirchliche Einrichtung ist, nimmt es natürlich Bezug auf christliche und alttestamentarische Stellen, wobei es klar feststellt, dass dies die Wurzeln sind. Den Weg zu einem menschlichen Miteinander können aber alle Menschen, ungeachtet ihres Glaubens und ihrer Herkunft gehen.

Die Definition der Menschlichkeit hat im Haus der Barmherzigkeit drei Säulen:

- Erstens muss *das Leid als solches wahrgenommen werden*. Dies bedeutet, es nicht zu verdrängen oder zu verharmlosen, aber auch nicht zu dramatisieren; es bedeutet vielmehr, Leid – und die betroffenen Menschen – so zu sehen, wie sie sind, und zu akzeptieren, dass das Leid zum menschlichen Leben gehört.
- Zweitens wird *den Menschen*, die sich dem Haus anvertrauen, *auf gleicher Augenhöhe begegnet*. Alle Menschen sind gleichwertig, unabhängig von Glauben, Herkunft oder Einkommen; unabhängig von Krankheit und Behinderungen.
- Drittens, muss *den Bewohnern tatkräftig und effizient geholfen werden*. Das bedeutet, maximale Qualität im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten und der jeweiligen Rahmenbedingungen, und zwar treffsicher und sachkundig.

Für die Mitarbeiter bedeutet der Auftrag zur Barmherzigkeit, Verantwortung für den Nächsten so zu übernehmen, dass ihm ein Leben in Würde möglich ist: sich in seine Situation hineinzusetzen und sich um ihn zu sorgen – ohne dabei selbst zu Grunde zu gehen.

Hier tut sich ein weites Betätigungsfeld für ein verantwortungsbewusstes Management zum Wohl der Patienten auf, das sicher nur dann zum Erfolg führen kann, wenn sich Ärzte und Manager in einem dialektischen Prozess auf eine gemeinsame Sprache mit einem gemeinsamen Ziel einigen können. Man wird nämlich in diesem ewigen Streit zwischen Medizin und Management nie eine Lösung finden, solange jede Seite nur gebetsmühlenartig ihren Standpunkt wiederholt. Hier gilt der bekannte Grundsatz, dass alles ja auch ganz anders sein könnte und dass auch die Gegenseite Recht haben könnte. Die wichtige Frage ist, in welchem Punkt man Unrecht hat – und weniger, worin man Recht hat. Dies zu tun, verlangt aber gegenseitiges Vertrauen, das sich nur entwickeln kann, wenn man ein klares Bekenntnis zu einem gemeinsamen Ziel hat.

Die Anforderungen an Arzt und Patient

Es stellt sich die Frage, inwieweit auch der Arzt verpflichtet ist, ökonomisch zu denken, d. h. inwieweit auch er an eine sparsame Effizienz gebunden ist. Viele Ärzte behaupten, der Arzt sei Anwalt seiner Patienten, habe ausschließlich dessen Wohl im Auge zu behalten, und lehnen daher ein ökonomisches Denken grundsätzlich ab (ausgenommen freilich, wenn es um Rentabilität der eigenen Ordination geht). Wahrscheinlich haben Ärzte eine zu vage Vorstellung über die wirklichen ökonomischen Zusammenhänge,⁹ denn ohne Zweifel ist ein ökonomisches Denken auch bei Ärzten notwendig. Andernfalls würden viele kostbare Ressourcen verschwendet werden. Die Frage ist nur, welchen Stellenwert die Ökonomie bei der Entscheidungsfindung der Ärzte haben darf. Wenngleich letztlich für den Arzt das Wohl der Patienten Priorität hat, darf er dennoch das Gemeinwohl nicht aus den Augen verlieren. Denn: Was er an einem seiner Patienten verschwendet, wird in letzter Konsequenz anderen vorenthalten. In diesem Sinne kann der Arzt nicht sozial gerecht sein, wenn er nicht auch ökonomisch denkt und sein Handeln am Prinzip

der sparsamen Effizienz orientiert. Wenn z. B. ein Arzt sich weigert, medizinisch nicht-indizierten Forderungen einer Person, die sich parasitär der Solidargemeinschaft bedienen will, nachzugeben, handelt er im Sinne des Gemeinwohls und zudem sparsam. Die Entscheidung darüber, wo die Grenzen liegen, ist sicher schwierig. Hier können vorgegebene Standards durchaus hilfreich sein.¹⁰ Abgesehen davon spielen die Erfahrung des Arztes, sein Gewissen und seine Empathie eine entscheidende Rolle. Auch deshalb muss dem Arzt neben Standards, ökonomischen und sonstigen behördlichen Vorschriften auch ein angemessener Entscheidungsspielraum eingeräumt werden.¹¹ Es geht vor allem darum, das Notwendige vom Sinnlosen zu unterscheiden, um auf diese Weise Verschwendung zu vermeiden.

Kosten durch die Medikalisierung

Wir können heute eine zunehmende Medikalisierung fast aller Lebensbereiche beobachten, die zu einer Polypharmakopragmasie ungeahnten Ausmaßes geführt hat und die hauptverantwortlich ist für die steigenden Gesundheitskosten.

Unnötige Kosten können durch eine sinnvolle Entscheidungsfindung zum Wohle des Patienten vermieden werden. Als sinnvoll kann eine Therapie nur dann bezeichnet werden, wenn sie den prinzipiellen Zweck ärztlichen Handelns erfüllt, d. h. wenn wenigstens eines der drei klassischen hippokratischen Kriterien – nämlich Heilung, Lebensverlängerung oder Leidenslinderung – erreicht wird.

Diese Zielsetzung ist wichtig. Denn in der Behandlungspraxis werden eine Reihe von Behandlungsstrategien verfolgt, deren unmittelbares Ziel nur die Beeinflussung von sog. „Surrogatparametern“ ist, ohne dass der Behandlungserfolg auch in Bezug auf die oben angeführten Endpunkte (Lebensverlängerung, Lebensqualität, Heilung) gesichert wäre. Ein klassisches historisches Beispiel wäre die seinerzeitige Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit bestimmten Antiarrhythmika, deren Wirksamkeit man anhand von

EKG-Kurven beurteilt hat, ohne dass dadurch die Lebensqualität oder Lebenserwartung der Patienten verbessert werden konnte. Im Gegenteil: Die Lebenserwartung dieser Patienten wurde sogar durch die medikamentöse Therapie verkürzt.¹² Ein aktuelles Beispiel wäre die Verabreichung einer teuren Chemotherapie zur Tumorreduktion, ohne dass es dadurch zu einer Verbesserung der Lebensqualität oder zu einer Lebensverlängerung kommt. Der Verzicht auf eine Therapie in solchen Fällen berücksichtigt einerseits das Wohl des betroffenen Patienten und entspricht gleichzeitig einem vernünftigen ökonomischen Denken.

Effektivität eines Präparats richtig einschätzen

Die Rückführung des ärztlichen Behandlungsauftrags auf Leidenslinderung und Lebensverlängerung reicht allerdings nicht aus, um einer „sparsamen Effizienz“ umfassend Rechnung zu tragen. Dazu ist es notwendig, auch deren Effektivität zu ermitteln, d.h. deren quantitative Wirksamkeit zu erfassen. Hier darf man sich von der Art und Weise, wie Studiendaten mitunter präsentiert werden, um die Verkaufszahlen bzw. Verschreibungsbereitschaft der Ärzte zu steigern, nicht blenden lassen. Es ist heute üblich, Behandlungserfolge durch die relative Risikoreduktion anzugeben. So wird z. B. bei der Osteoporosebehandlung von einer Reduktion der Frakturrate um minus 20% bis minus 50% gesprochen oder in der Kardiologie von der Risikoreduktion eines tödlichen Herzinfarkts um -37%.¹³ Diese Art der Präsentation von Studienergebnissen ist irreführend, weil sie das absolute Risiko und damit das wahre Ausmaß des therapeutischen Effekts verschleiert. Es ist bekannt und durch Studien belegt, dass Ärzte viel eher geneigt sind, ein neues Medikament zu verschreiben, wenn nur relative Risikozahlen angegeben werden, als wenn dasselbe Ergebnis auch in absoluten Zahlen präsentiert wird.¹⁴ Die Reduktion eines Risikos für eine Schenkelhalsfraktur von 12,5% auf 8,75% (relative Reduktion -30%) bei Hochrisikopatientinnen ist wohl anders zu bewerten als eine Reduktion von absolut

0,004 auf 0,0028 (relative Reduktion -30%) bei einer gesunden Frau. Während im ersten Fall immerhin jede 26. Frau von einer Therapie profitiert, ist eine Therapie im letzten Fall kaum relevant, weil davon nur jede 83.000 Frau profitiert. Wer hier auf eine Therapie (z. B. mit Bisphosphonaten) verzichtet, begeht sicher keinen Fehler. Im Gegenteil: Er bewahrt 83.000 Frauen vor einer sinnlosen lebenslänglichen Therapie, die ja auch Nebenwirkungen hat, und spart für jede nicht behandelte Frau 15.000 Euro ein.¹⁵ Hier tut sich ein riesiges Einsparungspotential zum Wohle der Patienten auf, das sicher noch nicht ausreichend genützt wird. Es ist daran zu erinnern, dass bei jeder Therapieentscheidung eine seriöse Schaden/Nutzenanalyse angestellt werden sollte, bei der die Wirksamkeit einer Behandlung gegen deren Nebenwirkungen und Risiken abgewogen werden muss. Dies umso mehr, wenn der Erfolg gering, die Nebenwirkungen erheblich und die Kosten eines Therapieverfahrens hoch sind.

Ärztliche Klugheit gefordert

Letztlich müssen auch noch die persönlichen Umstände und Wünsche des jeweiligen Patienten in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden, um die Verhältnismäßigkeit einer Therapie richtig einschätzen zu können. Hier wird vom Arzt ein hohes Maß von Klugheit gefordert, die in der klassischen Tugendlehre als Kardinaltugend bezeichnet wird. Die Klugheit legt im konkreten Einzelfall jene goldene Mitte fest, die ein ausgewogenes Handeln zwischen Sinnhaftigkeit und Verschwendung, Sparsamkeit und Nutzlosigkeit erlaubt. Diese Entscheidung ergibt sich aus der Gesamtheit der Umstände, dem Wissen und Können des Arztes, den Vorschriften der ärztlichen Kunst (*lege artis*), der Achtung der Würde des Patienten und dessen legitimen Wünschen sowie aus der Verantwortung für das Gemeinwohl. Das Kriterium der Verhältnismäßigkeit als ein Aspekt der Klugheit ist ethischer Natur. Gerade weil die ethische eine alle anderen Kompetenzen (ökonomische, medizinische, wissenschaftliche, lebens-

weltliche usw.) integrierende Kompetenz ist, wird sie hier besonders gebraucht. Sie ist die vornehmste ärztliche Herausforderung.¹⁶

Die Tugend der Klugheit ist jedenfalls die Schnittstelle, an der sich Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit in der Medizin gleichsam berühren, ergänzen und mit deren Hilfe man dem konkreten Patienten in seiner Ganzheit gerecht werden kann. Dazu bedarf es allerdings auch einen hohen Grad von Tapferkeit und Stärke. Denn es ist nicht immer leicht, den Begehrlichkeiten eines Patienten zu widerstehen, wenn sie ungerechtfertigt oder unsinnig sind. Immerhin riskiert der Arzt mit einer Verweigerung häufig, seinen Patienten zu verlieren. In jedem Fall muss der Arzt bereit sein, gegen seine eigenen finanziellen Interessen zu entscheiden, wenn dies zum Wohle des Patienten gereicht. Hier kommt eine weitere Tugend ins Spiel, nämlich die Mäßigung. Sie bewahrt ihn nicht nur vor Geldgier, sondern auch vor dem allseits gefürchteten maßlosen diagnostischen und therapeutischen Über-eifer¹⁷ mit oft weitreichender, sinnloser Verschleuderung von Ressourcen. Es ist allemal bequemer „alles zu tun, was möglich ist“, als Einschränkungen vorzunehmen. Auf der anderen Seite muss der Arzt auch resistent sein gegen übertriebene und ungerechtfertigte Einsparungsforderungen von Krankenkassen oder Spitalsmanagement und sich gegebenenfalls im Interesse seiner Patienten zur Wehr setzen. Gerade in solchen Situationen sind Starkmut und Mäßigung unverzichtbare Qualitäten eines redlichen Arztes.

Die Rolle des Patienten

Natürlich darf man auch vom Patienten ein gewisses Maß an sozialer Gerechtigkeit einfordern. Dies wird umso leichter gelingen, je gefestigter das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist. Dieses gegenseitige Vertrauen auf Augenhöhe ist geradezu der Angelpunkt, wo sich Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit von Arzt und Patient gemeinsam verwirklichen lassen. Dazu gehört vor allem, dass der Patient in seinem Leid ernst genom-

men wird. In der modernen medizinischen Ethik wird dieser Forderung insofern Rechnung getragen, indem die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht der Patienten stark betont werden. Diese Entwicklung ist grundsätzlich zu begrüßen. Doch sie stellt nur eine Seite des Behandlungsvertrages dar, während die damit verbundene größere Verantwortung des Patienten meist vernachlässigt wird. Oft sind Patienten durch ihre eingeschränkte medizinische Kompetenz weitgehend überfordert, ohne den Rat des Arztes richtige Entscheidungen zu treffen. Der kluge Patient ist sich seines eingeschränkten Urteilsvermögens sehr wohl bewusst und daher bereit, sich beraten zu lassen bzw. dem ärztlichen Rat Folge zu leisten, auch wenn er vielleicht für sich primär anders entschieden hätte.

Der Patient muss sich allerdings sicher sein können, dass er vom Arzt wirklich mit höchster Qualität (*lege artis*) betreut wird. Er muss sich sicher sein, dass der Arzt, wenn er ihm zu einem aufwendigen Eingriff rät oder von einem bestimmten kostspieligen Diagnoseverfahren abrät, dies mit lauterer Absicht und nicht aus einem ökonomischen Kalkül zum Schaden des Patienten tut. Wenn der Patient nämlich das Gefühl bekommt, dass nicht mehr er und sein Wohl das primäre Ziel ärztlichen Handelns sind, sondern dass dahinter das Diktat eines ökonomischen Systems lauert, das Vorgaben zur eigenen Gewinnmaximierung erstellt, dann wird Medizin unmenschlich. Sie wird aber auch unfinanzierbar, denn Profitgier ist geradezu der Antipode zur sparsamen Effizienz.

Umgekehrt muss auch der Arzt damit rechnen können, dass er, wenn er vernünftigerweise und nach bestem Wissen und Gewissen von einem Verfahren abrät und sich der Krankheitsverlauf nicht nach den Erwartungen des Patienten gestaltet, nicht sofort von ihm oder den Angehörigen geklagt wird, denn aus dieser Mentalität erwächst die heute weit verbreitete und höchst kostspielige Defensivmedizin.

Man darf sich also auch vom sog. mündigen Patienten eine angemessene ethische Kompetenz

erwarten, die neben der sozialen Kompetenz durch Verantwortungsbewusstsein, Aufrichtigkeit (Compliance), Mäßigung und Vertrauen geprägt sein muss.¹⁸ Überzogene Forderungen nach aufwändigen, medizinisch nicht indizierten Untersuchungen scheinen in der heutigen Zeit der Übertechnisierung ein Gebot der Stunde. Die bloße Verfügbarkeit solcher Techniken in Schwerpunkt- und Universitätskliniken kann zweifellos einer solchen Maßlosigkeit Vorschub leisten.¹⁹ Mäßigung ist auch angebracht, wenn sich Patienten oder deren Angehörige von Sensationsmeldungen aus gewissen Medien blenden lassen oder sich eine Überinformation aus dem Internet aneignen. Solche Praktiken sind, wenn sie mit einem ungerechtfertigten Anspruch vorgetragen werden, bestens geeignet, ein gesundes Arzt-Patientenverhältnis zu vergiften.

Ein wichtiger weiterer Bereich, bei dem die Tugend des richtigen Maßes geradezu unverzichtbar ist, ist die Präventivmedizin.²⁰ Mäßigung beim Essen, Gewichtskontrolle, Sport und Verzicht auf schädliches Rauchen und Alkoholgenuss sind von enormer volkswirtschaftlicher Bedeutung. Ein gesunder, menschenwürdiger Lebensstil ist die Basis, auf der Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit aufeinander treffen und sich gegenseitig beeinflussen können. Die Befolgung der Ratschläge durch die Ärzte in diesen und anderen Bereichen ist Grundvoraussetzung einer wirksamen und damit auch auf lange Sicht rentablen medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Deshalb rüttelt der zunehmende Vertrauensverlust in die Medizin und in deren Protagonisten, wie zu beobachten ist, an den Grundfesten der Medizin und hat daher katastrophale Auswirkungen auf allen Linien der Gesundheitsversorgung, auch im Hinblick auf eine sinnvolle und sparsame Verwendung der beschränkten Ressourcen.

Abschließend kann mit dem Zukunftsforscher Peter Zellmann gesagt werden: Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit widersprechen einander nicht. Wer Zukunft haben will, muss verstehen: Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit bedingen

einander.²¹ Das ist an sich keine wirkliche neue Erkenntnis, denn von Aristoteles (4. Jh. v. Chr.) bis zu Adam Smith, dem Begründer der modernen Volkswirtschaftslehre (17. Jh.), wurde ein ökonomisches Denken als ein Teil der Ethik angesehen, die den richtigen Umgang mit materiellen Beschränkungen und Knappheiten lehrt.²²

- 18 Kummer F., *Tugenden des Patienten, Imago Hominis* (2009); 16(2): 129-139 (hier 129)
 19 ebd.
 20 ebd.
 21 Zellmann P., siehe Ref. 7
 22 Prat E. H., siehe Ref. 4

Referenzen

- 1 Rüstow A., *Ortsbestimmung der Gegenwart. Eine universalgeschichtliche Kulturkritik*, 3 Bde., Erlenbach-Zürich (1950-57).
- 2 Marx R., *Das Kapital. Ein Plädoyer für den Menschen*, Pattloch, München (2008), S. 54
- 3 ebd., S. 131
- 4 Prat E. H., *Gesundheitsökonomie versus ärztliches Ethos?*, in: Krall J. et al., *Ethical Finance. Festschrift für Bischof Alois Schwarz zum sechzigsten Geburtstag*, Peter Lang, Frankfurt am Main (2012), S. 619-628; Prat E. H., *Ist der Arzt ethisch verpflichtet, auch ökonomisch zu denken?*, *Imago Hominis* (1997); 4(3): 203-212
- 5 Prat E. H. (2012), ebd.; Gäfgen G., *Gesundheitsökonomie. Grundlagen und Anwendungen*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden (1990), S. 231-259
- 6 Prat E. H. (2012), ebd.; Oesterle A., *Pflegesicherung und Krankenhausversorgung: Einsparungs- und Substitutionspotentiale*, *Gesundheitsoeconomica* (1996); 1-2: 117-135
- 7 Zellmann P., *Die Zukunftsfallen. Wo sie sich verbergen. Wie wir sie umgehen*, Österreichische Verlagsgesellschaft, Wien (2007)
- 8 Maio G., *Gesundheitswesen: Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell?*, *Dtsch Arztebl* (2012); 109(16): A 804-807
- 9 Prat E. H., siehe Ref. 4
- 10 ebd.
- 11 ebd.
- 12 Roden D. M., *Risks and benefits of antiarrhythmic therapy*, *N Engl J Med* (1994); 331: 785-791
- 13 Sacks F. M. et al., *The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels*, *N Engl J Med* (1996); 335: 1001-1009
- 14 Bobbio M. et al., *Completeness of reporting trial results: effect on physicians' willingness to prescribe*, *Lancet* (1994); 343: 1209-1211
- 15 Bonelli J., Resch H., Stoll M., *Sinnvolle Osteoporosetherapie*, *J Mineralstoffwechsel* (2006); 13(2): 40-46
- 16 Prat E. H., *Sinnhaftigkeit der Medizin*, *Imago Hominis* (2004); 11(4): 287-301
- 17 Kummer F., *Temperantia. Tugend des Maßhaltens*, *Imago Hominis* (2001); 8(4): 297-302

EU: Bürgerinitiative One of Us zum Schutz des Embryos gestartet

Die Europaweite Bürgerinitiative *One of Us* („Eine/r von uns“) kann ab sofort unterstützt werden. Sie fordert von der Europäischen Union den Schutz der Würde und des Lebens des Embryos, denn er ist ‚einer von uns‘: „Die Würde des menschlichen Embryos muss geachtet, und seine Unversehrtheit sichergestellt werden“. In Österreich werden bis Mai 2013 Unterschriften gesammelt.

IMABE-Geschäftsführerin Susanne Kummer begrüßt die Initiative. „Dieses Zeichen der Solidarität mit den wehrlosesten Menschen der Gesellschaft, den Ungeborenen, ist ein wichtiges Signal für die Demokratie. Es braucht klare gesetzliche Regelungen, damit medizinischer Fortschritt und menschliches Ethos nicht entkoppelt werden – auf Kosten fundamentaler Menschenrechte. Das geht jeden EU-Bürger an“, betont Kummer.

Die Bürgerinitiative fordert, „die Finanzierung aller Aktivitäten, die die Zerstörung menschlicher Embryonen voraussetzen oder zum Ziel haben, einzustellen“. Betroffen wäre davon vor allem die Förderung der embryonalen Stammzellenforschung. Die Initiatoren berufen sich in ihrer Argumentation auf das sogenannte „Brütle-Urteil“ des *Europäischen Gerichtshofs (EuGH)* von 2011, wonach menschliche embryonale Stammzellen nicht für die Forschung patentiert werden dürfen, da die Zerstörung von Embryonen für die Stammzellen-Gewinnung gegen den Schutz der Menschenwürde verstoße und es sich bei befruchteten Eizellen um Embryonen handle. Logische Konsequenz daraus sei es laut der Initiative, dass jegliche Finanzierung von Aktivitäten eingestellt werden müsste, die mit der Zerstörung menschlicher Embryonen einhergehen. „Was für Patentämter gilt, sollte für die gesamte Politik der EU gelten“, argumentieren die Initiatoren aus sieben EU-Ländern (Frankreich, Italien, Deutschland, Spanien, Großbritannien, Ungarn und Polen).

Notwendig für die Behandlung der Gesetzesvorschläge einer europäischen Bürgerinitiative durch die EU-Kommission sind eine Million Unterschriften aus zumindest einem Viertel - also derzeit sieben - der EU-Mitgliedstaaten. Pro Land muss eine Mindestzahl an Unterstützungserklärungen erreicht werden, die sich an der Einwohnerzahl orientiert. Für Österreich sind das 14.500 Unterstützungserklärungen, „wir wollen aber wesentlich mehr haben“, sagte der Österreich-Sprecher der Initiative, Martin Kugler. Sobald eine Initiative die Voraussetzung erfüllt, kann sie die EU-Kommission auffordern, einen Gesetzgebungsvorschlag vorzulegen. Die Chancen, diese Hürde zu bewältigen, sind nach

Einschätzung der Initiatoren gut. Wer *One of Us* unterzeichnen will, muss Bürgerin oder Bürger der EU sein, d. h. die Staatsangehörigkeit eines EU-Mitgliedstaats besitzen, und wie im EU-Wahlrecht mindestens 18 Jahre alt sein, außer in Österreich, wo das Mindestalter bei 16 Jahren liegt. Die Eintragsfrist der Bürgerinitiative endet in Österreich am 10. Mai 2013.

Europäische Bürgerinitiative One of Us, www.oneofus.eu/de
APA, 30. Jänner 2013 (online)

ADHS: „Zappelphilipp-Syndrom“ wird zu häufig diagnostiziert

Die Daten sind erschreckend: Die Zahl der diagnostizierten ADHS-Fälle (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) stieg in Deutschland zwischen 2006 und 2011 bei den unter 19-Jährigen um 42 Prozent, wie aus dem jüngsten *Barmer-Arztreport 2013* hervorgeht. In dieser Altersgruppe erhielten im Jahr 2011 472.000 Buben und 149.000 Mädchen die Diagnose ADHS. Gleichfalls hoch sind dem Report zufolge die Verordnungsraten von Ritalin (Methylphenidat). 2011 wurde das Medikament rund 336.000 Personen verschrieben. Die höchsten Verordnungsraten finden sich bei Kindern im Alter von elf Jahren. Im Laufe der Kindheit und Jugend dürften damit schätzungsweise 10 Prozent aller Buben und 3,5 Prozent aller Mädchen mindestens einmal Methylphenidat erhalten.

Anlässlich der Vorstellung des Reports zeigte sich der stv. Vorstandsvorsitzende der *Barmer GEK*, Rolf-Ulrich Schlenker, besorgt über diese Entwicklung. „Dieser Anstieg erscheint inflationär. Wir müssen aufpassen, dass ADHS-Diagnostik nicht aus dem Ruder läuft und wir eine ADHS-Generation fabrizieren“, betonte Schlenker. Pillen gegen Erziehungsprobleme seien der falsche Weg: Ritalin dürfe nicht per se das Mittel der ersten Wahl sein. Stattdessen komme es auf „trennscharfe Diagnosen“ an.

Empirische Untersuchungen hatten erst kürzlich gezeigt, dass Psychotherapeuten und Kinderpsychiatern sich zu häufig auf ihre Intuition und die Kennzeichen eines Prototyps für ADHS verlassen, statt sich eng an die gültigen Diagnosekriterien zu halten). Insbesondere bei Buben stellten sie deutlich mehr Fehldiagnosen als bei Mädchen, so die Ergebnisse der deutsch-schweizerischen Studien, wobei Männer eher zu dieser Diagnose neigten als Frauen. Die Ausgaben für ADHS-Medikamente haben sich von 1993 bis 2003 verneunfacht – beispielsweise für das leistungssteigernde Methylphenidat.

Die Reportautoren Thomas G. Grobe und Friedrich W. Schwartz vom *Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie*

und Gesundheitssystemforschung (ISEG) in Hannover ermittelten zudem einige Eltern-abhängige Faktoren, die das Risiko für eine ADHS-Diagnose und die Verordnung von Medikamenten wie Methylphenidat bei Kindern beeinflussen, und kommen zum selben Schluss wie eine schwedische Studie aus dem Jahr 2010. Demnach steigt mit niedrigem Ausbildungsniveau der Eltern das Risiko der Kinder für ADHS, ebenso bei Kindern von Alleinerziehenden. Kinder arbeitsloser Eltern sind häufiger von der Störung betroffen, bei Kindern von Gutverdienern wird sie tendenziell seltener diagnostiziert.

Ein internationales Forscherteam arbeitet derzeit an einer nicht-medikamentösen Behandlung von ADHS. Die bisherigen Ergebnisse für diese Therapieform sind noch zu dünn. Um eine eindeutige Aussage treffen zu können, müssten dringend mehr verblindete Studien her, um wissenschaftlich aussagekräftig zu sein.

Barner Arztreport, Pressemitteilung, 29. Jänner 2013 (online) Standard, 5. Februar 2013 (online)

Euthanasie: Der Tod als professionelle Dienstleistung – auch für Minderjährige?

Ein taubes Zwillingsspaar hat in Belgien laut einem Pressebericht gemeinsam ärztliche Sterbehilfe in Anspruch genommen, nachdem die Geschwister allmählich zu erblinden begannen. Die beiden 45 Jahre alten Männer aus dem Raum Antwerpen hätten neben ihrer Taubheit seit einigen Jahren auch an Sehproblemen gelitten. Am 14. Dezember 2012 verabreichten ihnen Ärzte des Brüsseler Universitätsklinikums die tödlichen Injektionen. Die Brüder hatten nicht an einer tödlichen Krankheit gelitten.

„Der Fall der Zwillinge ist skandalös“ schreibt die *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. Nicht deshalb, „weil zwei Menschen aus Verzweiflung und Angst in den Tod flüchteten, sondern weil sie jemanden fanden, der ihnen beim Sterben half“. Diese Entscheidung setze voraus, „dass das Leben der Zwillinge, deren Schicksal die Taubblindheit und keine tödliche Krankheit war, als nicht mehr lebenswert eingestuft wurde. Die Schleusen, Sterbehilfe und Behinderung von nun an in einem Atemzug zu nennen, sind damit geöffnet. Für die Betroffenen ist das fatal“.

Während der Fall in vielen Ländern Empörung ausgelöst hat, geht der belgische Senat nun einen Schritt weiter. In Zukunft soll, so der Vorschlag der regierenden Sozialisten, aktive Sterbehilfe auf Minderjährige und demente Menschen ausgeweitet werden. Aktive Sterbehilfe ist in Belgien seit zehn Jahren unter bestimmten Umständen gestattet, bei Minderjährigen noch

verboten. Laut geltendem Gesetz muss der unheilbar kranke Patient im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte den Wunsch zu sterben „freiwillig, überlegt und wiederholt“ geäußert haben. Hoffnung auf Linderung darf nicht bestehen. Zudem muss die Krankheit ein Weiterleben für den Kranken „körperlich oder psychisch unerträglich“ machen.

In einem Artikel in der Medizinzeitschrift *Artenskrant* berichtet ein betroffener Sohn, der belgische Wissenschaftler Tom Mortier, vom Tod seiner Mutter durch Euthanasie. Sie hatte an einer chronischen Depression gelitten. Seine Mutter hatte zwei Jahre zuvor den Kontakt mit ihm abgebrochen. Die Ärzte des Brüsseler Universitätsklinikums, die die tödlichen Injektionen verabreichten, hatten ihn weder davor noch danach kontaktiert.

Der dreifache Familienvater Mortier hat viele Fragen: „Was sind die Kriterien, um zu entscheiden, was ‚unerträgliche Leiden‘ sind? Können wir uns auf eine solche Entscheidung einer psychisch kranken Person verlassen? Kann eine psychisch kranke Person eine ‚freie Wahl‘ haben? Warum haben die Ärzte nicht versucht, ein Treffen zwischen der Mutter und ihren Kindern zu vereinbaren? Warum können wir es nicht mehr ertragen zu sehen, dass andere Menschen leiden?“ In Wahrheit sei der Appell an die „freie Wahl“ Folge der Bequemlichkeit, sich nicht um den anderen kümmern zu wollen, sagt Mortier.

Der vorzeitige Tod als Dienstleistung für alle, ausgeführt von staatlich geprüften Fachleuten – ist das die Zukunft des Sterbens? fragt der Journalist Alexander Kissler in einem kritischen Kommentar im deutschen Magazin *Cicero* zur geplanten Neuregelung für Sterbehilfe-Vereine in Deutschland, die ärztlich assistierten Suizid anbieten. Die entsprechende Gesetzesvorlage, die Ende Jänner den Bundesrat hätte passieren sollen, wurde dank des Widerstandes der CDU/CSU vorerst auf Eis gelegt.

Der Medizinethiker Axel W. Bauer weist darauf hin, „dass weit über 90 Prozent aller Suizidenten letzten Endes unter einer klinischen Depression leiden“. Sie befänden sich „in einer ausweglosen Lage, in der sie Hilfe bräuchten und nicht (...) den kostenlosen Todesstoß“, so Bauer.

FAZ, 16. Jänner 2013 (online)

www.mercatornet.com, 4. Februar 2013 (online, ursprünglich veröffentlicht im Belgischen Medizinjournal Artenskrant)

Cicero, 22. Jänner 2013 (online)

Deutschlandradio, 16. Jänner 2013 (online)

Studie: Möglichkeit zur anonymen Geburt senkt postnatale Kindstötungen in Österreich

Die gesetzliche Regelung zur anonymen Entbindung in Österreich hat positive Auswirkungen. Eine von Wissenschaftlern der Medizinischen Universität Wien im *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* veröffentlichte Studie ergab, dass nach Einführung des Gesetzes 2001 sich die Zahl der Kindstötungen, die innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt stattfanden, halbierte.

Die Wissenschaftler rund um Claudia Klier von der *Universitätskinderklinik* waren hellhörig geworden, als ihnen bei einer Untersuchung von Kindstötungen bis zum 18. Lebensjahr ein positiver „Knick“ bei Neugeborenen in Österreich auffiel. Die Erklärung liege in der 2001 neu eingeführten Regelung der anonymen Entbindung in Österreich, so die Autoren.

Die Forscher verglichen die Häufigkeit der Tötung von Säuglingen in Österreich in den Jahren 1991 bis 2001 mit jener im Zeitraum 2002 bis 2009. Neu war im Jahr 2001, dass für Frauen in Österreich auf gesetzlicher Basis die Möglichkeit geschaffen wurde, anonym und auch kostenfrei im Spital entbinden zu können. Dem liegt ein Erlass des *Bundesministeriums für Justiz* vom 27. Juli 2001 (JMZ 4600/42-1 1/2001) über Babynest und anonyme Geburt in Österreich zugrunde. Mütter in besonderen Not-situationen haben demnach die Möglichkeit, ihr Kind zur Welt zu bringen und der Obhut des Jugendwohlfahrtsträgers (und damit zur Adoption) zu überlassen, ohne ihre Identität preisgeben zu müssen.

Der positive Effekt lässt sich nun erkennen: Ab 2001 gingen Neugeborenen-Tötungen von 7,2 Fällen pro 100.000 Geburten vor der Verabschiedung des Gesetzes (1991 bis 2001) auf 3,1 Fälle pro 100.000 Geburten nach der Verabschiedung des Gesetzes (2002 bis 2009) um mehr als die Hälfte zurück.

Die anonyme Entbindung ist in Österreich viel häufiger als das Benutzen von „Baby-Klappen“. Pro Jahr kommt es zu 30 bis 40 anonymen Entbindungen, während nur zwei bis drei Neugeborene „hinterlegt“ werden.

Eine vom deutschen *Institut für Demoskopie Allensbach* im Juni 2012 präsentierte Untersuchung zeigte, dass neun von zehn der 105 betroffenen Frauen es sehr wichtig fanden, dass es das Angebot der anonymen Geburt gäbe, insgesamt sei diese Möglichkeit aber noch viel zu wenig bekannt. Zwei Drittel der Mütter, die anonym gebären konnten, wollten ihr Kind schließlich bei sich behalten und es selbst großziehen.

Journal of Obstetrics & Gynaecology, DOI: 10.1111/1471-0528.12099

Institut für Demoskopie Allensbach, www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_studies/Anonyme_Geburt.pdf

Gerontologie: Umgang mit dementen Klinikpatienten als Herausforderung

Menschen mit Demenz gelten als eine der großen gesundheitsbezogenen und pflegerischen Herausforderungen der Zukunft. Die WHO prognostiziert insgesamt eine Verdreifachung der derzeit 35,6 Millionen Demenzfälle bis 2050 weltweit. In Deutschland werden laut dem *Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung* (dip) im Jahr 2030 bereits zwei von drei Patienten über 60 Jahre alt sein. Dementsprechend steigt auch die Zahl der an Demenz erkrankten Patienten. Dies verändert auch die Patientenkielentel an den Krankenhäusern.

Eine im Juni 2012 veröffentlichte Studie der *Universität Witten/Herdecke* zeigte, dass 30 Prozent aller Patienten in Krankenhäusern unter Hirnleistungsstörungen/Demenz sowie 50 Prozent aller älteren Patienten in geriatrisch spezialisierten Krankenhausabteilungen unter Demenz bzw. kognitiven Störungen leiden. Die Krankenhäuser, so das Resümee, seien auf diese Patientengruppe nicht eingestellt. Es handle sich dabei nicht bloß um ein pflegerisches Problem, sondern betreffe die gesamte medizinische Diagnostik, Therapie und Frührehabilitation.

Das dip hat nun gemeinsam mit der *Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der Katholischen Krankenhäuser* (DiAG) in der Erzdiözese Köln auf diese Not reagiert und eine Informationsschrift zum Umgang mit demenziell veränderten Patienten im Krankenhaus unter dem Titel *Demenz im Krankenhaus (2012)* vorgestellt. Sie soll laut Michael Isfort vom dip, wissenschaftlicher Leiter des Projektes, „Kliniken anregen, sich intensiv und konkret mit der Betreuung und Begleitung betroffener Patienten auseinanderzusetzen“. Zuvor hatte eine bundesweite Befragung von mehr als 130 Chefsärzten und 140 leitenden Pflegekräften ergeben, dass jede Klinikstation durchschnittlich zwei Patienten mit einer Nebendiagnose Demenz betreut und die Bedeutung des Themas entsprechend hoch eingestuft wird. Laut Befragung stellt vor allem der Mobilitätsdrang der Demenzkranken das Klinikpersonal vor große Probleme. Ärzte und Pflegenden beschrieben übereinstimmend, dass eine notwendige Bettruhe von den betroffenen Menschen oft nicht eingehalten wird oder werden kann.

Neben einer notwendigen Sensibilisierung zum Thema soll laut Praxisbuch die Einbindung der Angehörigen und das Ehrenamt weiter ausgebaut, die bestehende Netzwerkarbeit intensiviert und Demenzbeauftragte benannt werden. Ferner gelte es, den Umgang mit Psy-

chopharmaka kritisch zu hinterfragen und zu standardisieren.

www.dip.de, Pressemitteilung, 6. Februar 2013 (online)

Studie: Frauen tragen Hauptlast in der Pflege

Zehn Millionen Deutsche haben einer neuen Studie zufolge einen Pflegefall in der Familie. Bis 2022 könnte sich diese Zahl nahezu verdreifachen. Vor allem für die Frauen dürfte die Belastung noch weiter steigen. 62 Prozent der Umfrageteilnehmer kümmern sich selbst um die Betreuung. Zwei Drittel der Pflegenden sind laut einer vom *Institut für Demoskopie Allensbach* im Auftrag der *R+V-Krankenversicherung* durchgeführten Umfrage weiblich. Frauen tragen die Hauptlast, sie seien doppelt betroffen, als Pflegenden und – wegen ihrer höheren Lebenserwartung – auch als Pflegebedürftige, erklärt Instituts-Geschäftsführerin Renate Köcher. An der repräsentativen Studie beteiligten sich 1.558 Bundesbürger ab 16 Jahren. Zudem wurden 539 Frauen befragt, die bereits Familienangehörige pflegen oder in den nächsten Jahren damit rechnen.

Die Hälfte der Frauen widmet sich demnach länger als drei Jahre und täglich mehr als drei Stunden ihren pflegebedürftigen Angehörigen. Auch mehr als jede dritte berufstätige Frau (37 Prozent) bringt dieses Pensum auf. Derzeit sind nur 42 Prozent der Frauen, die Angehörige pflegen, überhaupt berufstätig und dann meist in Teilzeit. Jede Achte betreut einen sehr schweren Pflegefall.

Auch wenn 64 Prozent der Frauen Unterstützung durch andere Familienmitglieder oder einen Pflegedienst erhalten: Jede Vierte kümmert sich nach eigenen Angaben um fast alles selbst, 40 Prozent erledigen den Hauptteil der Arbeit, 70 Prozent der Frauen fühlen sich dadurch in ihrem Alltag häufiger eingeschränkt, zwei Drittel belastet die Pflege psychisch stark oder sogar sehr stark. Vor allem ältere Frauen hätten Angst, dass sie die Situation künftig überfordere, sagte Köcher.

Der aktuelle *Pflegereport 2030* der *Bertelsmann Stiftung* berechnet, dass bis 2030 der Pflegebedarf in Deutschland um 50 Prozent steigen wird. Rund 500.000 Vollzeitkräfte werden in der Pflege fehlen, wenn nicht rechtzeitige Weichenstellungen vorgenommen werden, so die Warnung.

Deutsche Ärzteblatt, 4. Dezember 2012

www.bertelsmann-stiftung.de

Prävention: Nutzen von Mammographie-Screening fraglich

Eine Auswertung des US-Krebsregisters SEER (*Surveillance, Epidemiology and End Results*) stellt den tatsächlichen Nutzen der Mammographie erneut infrage.

Seit ihrer Einführung ist es laut einer Publikation im *New England Journal of Medicine* nur zu einem geringen Rückgang der Spät Diagnosen gekommen, vor denen die Mammographie bewahren soll. Gleichzeitig verdoppelte sich die Zahl der Früh Diagnosen. Die Autoren schätzen den Anteil der Über Diagnosen auf 31 Prozent. In den letzten 30 Jahren (1978 – 2008) sei bei 1,3 Millionen Frauen fälschlicher- bzw. unnötigerweise ein Brustkrebs diagnostiziert und vermutlich auch behandelt worden.

Der Forscher von der *Oregon Health and Science University* in Portland haben die Daten des US-Krebsregisters SEER ausgewertet, das etwa ein Zehntel der Krebserkrankungen in den USA abdeckt. Die Publikation zeigt, dass es nach der Einführung der Mammographie ab Mitte der 1980er Jahre zu einem deutlichen Anstieg bei den Früh Diagnosen des Mammakarzinoms gekommen ist. Die Inzidenz ist seit 1976 von 112 auf 234 Fälle pro 100.000 Frauen gestiegen. Dies wäre an sich ein gutes Zeichen, wenn gleichzeitig der Anteil der Spät Diagnosen des Mammakarzinoms gesunken wäre. Die Inzidenz ging jedoch nur leicht von 102 auf 94 Fälle pro 100.000 zurück. Damit stehen 122 Über Diagnosen nur 8 Spät Diagnosen auf 100.000 Frauen gegenüber.

Unter den früh diagnostizierten Tumoren befanden sich auch solche, die sehr langsam wachsen, nicht unbedingt operiert oder mit Chemo- bzw. Strahlentherapie behandelt werden müssten. Auch Tumoren, die sich von selbst zurückentwickeln, gehören in diese Fallgruppe.

Die Autoren folgern, dass die Routine-Mammographie bei Frauen über 40 in den USA nur einen marginalen positiven Effekt hat. Dem stünden rund 31 Prozent aller gescreenten Frauen gegenüber, die „überdiagnostiziert“ worden waren. Sowohl der Befund als auch die Behandlung würden – abgesehen von den Kosten für das Gesundheitssystem – für die betroffenen Frauen eine unnötige körperliche wie auch hohe psychische Belastung bedeuten.

NEJM, 2012; 367: 1998-2005

Studie: Epigenetische Veränderungen erhöhen Krankheitsrisiko bei IVF-Kindern

Die jüngste Auswertung der britischen *Millennium Cohort Study*, die in *Human Reproduction* publiziert wurde, zeigt, dass im Reagenzglas gezeugte Kinder im Alter von fünf Jahren zwei bis vier Mal häufiger unter Asthma leiden als ihre natürlich gezeugten Altersgenossen.

In der prospektiven Studie sind über 18.000 Kinder aus ganz Großbritannien eingeschlossen, die alle zwischen den Jahren 2000 und 2002 geboren wurden. Zu den Kindern liegen detaillierte Angaben u. a. zu Asthmasymptomen und Asthmamedikamenten vor. Studi-

enleiterin Claire Carson von der *University of Oxford* und ihre Kollegen haben aufgrund umfangreicher Daten das Asthmarisiko der Kinder berechnet. Wie die Analyse nun zeigt, hatten Kinder, deren Zeugung länger als ein Jahr auf sich warten ließ – dies gilt als Zeichen einer verminderten Fruchtbarkeit –, insgesamt ein höheres Asthmarisiko als Kinder von normal fertilen Eltern. Für Kinder, die auf natürlichem Weg gezeugt wurden und deren Mutter allenfalls eine hormonelle Stimulation hatte durchführen lassen, war der Unterschied allerdings gering. Das bedeute, so Carson, dass die errechnete Risikoerhöhung vor allem durch die IVF-Kinder bedingt sei. Die Frage nach einer kausalen Beziehung sei damit aber noch nicht geklärt, räumt die Epidemiologin ein.

Der Schweizer Kardiologe Urs Scherrer vom *Inselspital Bern* betrachtet die Ergebnisse der britischen Korrelationsstudie skeptisch. Allerdings fordert auch er angesichts eigener Studien verstärkte Untersuchungen und genaue Information zur langfristigen Gesundheit nach künstlicher Befruchtung, die auch aus ethischer Sicht geboten seien. In einer in *Circulation* publizierten Studie ging Scherrer der Frage nach, ob die In-vitro-Fertilisation das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen erhöht. Die epigenetische Veränderung der Regulation von Genen kann Krankheiten begünstigen. Das Ergebnis seiner Studie: Von 122 im Schnitt 12 Jahre alten Kindern hatten die 65 IVF-Kinder im Vergleich mit den 57 auf natürlichem Weg Entstandenen eine steifere Arm-Arterie, und ihre Halsschlagader war verdickt. Zudem war ihr Blutdruck im Lungkreislauf bei reduziertem Sauerstoffdruck erhöht. Dafür, dass diese signifikant pathologischen Veränderungen mit dem Verfahren der IVF und nicht mit anderen Faktoren zusammenhängen, gibt es laut Scherrer gute Argumente. So zeigte sich eine gestörte Gefäßregulation nur bei Kindern nach IVF. Normal gezeugte Geschwister von IVF-Kindern waren dagegen frei davon. Und auch Kinder, deren Mütter sich «nur» hormonell stimulieren ließen, schnitten bei den Tests unauffällig ab.

Für Scherrer sind diese Ergebnisse laut *Neuer Zürcher Zeitung* „potenziell beunruhigend“ – und das gleich mehrfach. Da kardiovaskuläre Erkrankungen sehr häufig seien, wäre schon eine geringe Risikoerhöhung bedeutsam, warnt der Kardiologe. Zudem dürften epigenetische Phänomene, die auch vererbt werden können, bei der Krebsentstehung eine Rolle spielen. Scherrer fordert deshalb eine prospektive Kohortenstudie, die die lebenslangen Auswirkungen der In-vitro-Fertilisation untersucht. *Human Reproduction*, doi: 10.1093/humrep/des398
Circulation, 2012; 125: 1890-1896
NZZ, 12. Dezember 2012 (online)

Behandlungsfehler: Patienten sind das „erste“, Ärzte das „zweite Opfer“

Laut einer aktuellen Studie begehen amerikanische Chirurgen jährlich mehr als 4.000 vermeidbare Behandlungsfehler. Studienleiter Marty Makary von der *Johns Hopkins Universität* nannte unter den häufigsten vermeidbaren Zwischenfällen Objekte, die im Körper des operierten Patienten vergessen wurden, falsche Behandlung sowie Operation an der falschen Seite. Zwischen 1990 und 2010 dürfte es mindestens 80.000 solcher Fehler gegeben haben, berichten die Forscher im Fachjournal *Surgery*). Manche Komplikationen während der Behandlung seien unvermeidbar, räumen die Autoren ein, doch die genannten Vorkommnisse seien sämtlich vermeidbar. Der Preis für die Gesundheitskosten ist hoch: Im Zeitraum von 20 Jahren gab es 9.744 Verurteilungen mit Kosten in Höhe von 1,3 Milliarden Dollar. Bei 6,6 Prozent der Patienten trat der Tod ein, in 32,9 Prozent kam es zu bleibenden, in 59,2 Prozent zu temporären Schäden. Markary, selbst Chirurg, betont, dass man u. a. bessere Pläne mit höherer Verlässlichkeit brauche, um Behandlungsfehler zu vermeiden.

Doch nicht nur für Patienten kann ein Behandlungsfehler eine Katastrophe bedeuten. Auch Ärzte sind nach einem Vorfall großen emotionalen und psychischen Belastungen ausgesetzt: Sie werden zum „zweiten Opfer“, wie Albert Wu, Direktor des *Center for Health Services and Outcomes Research* von der *Johns Hopkins Universität* es ausdrückte. In einem im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlichten Tagungsbericht betont Wu, dass der Arzt als Verursacher oder als jener, der sich schuldig fühlt, Gefahr läuft, ohne emotionale Hilfestellung psychisch Schaden zu nehmen. Der Mediziner beobachtete selbst, wie ein junger Kollege, der einen Herzbeutelerguss nicht erkannte, von seinem ärztlichen Umfeld als inkompetent abgeurteilt wurde, was den Jungmediziner so verunsicherte und emotional stark belastete, dass er nur mit Mühe weiterarbeiten konnte.

Nicht nur deshalb müsse das Schweigen in den Krankenhäusern selbst gebrochen werden, meint 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“, sagt der Chirurg.

Surgery, doi:10.1016/j.surg.2012.10.005

Deutsches Ärzteblatt, 2012; 109(51-52): A 2574-8

Studie: Studenten nehmen deutlich mehr Psychopharmaka

Studenten in Deutschland werden heute doppelt so viele Psychopharmaka verschrieben als noch vor vier Jahren: 2010 erhielt ein Student statistisch betrachtet 13,5 Tagesdosen, um 55 Prozent mehr als 2006 (8,7 Tagesdosen). Jedes fünfte Medikament, das ein Hochschüler konsumiert, war ein Psychopharmakon, wobei sich der Anteil der Antidepressiva um 40 Prozent erhöhte. Das ist das Ergebnis einer von der *Techniker Krankenkasse* (TK) zur gesundheitlichen Situation von Studierenden im Alter von 20 und 35 Jahren veröffentlichten Studie. Der Verbrauch von Psychopharmaka unter Hochschülern stieg stärker als unter gleichaltrigen Berufstätigen. In dieser Gruppe erhöhte sich die Quote von 7,1 Dosen im Jahr 2006 auf 9,9 Dosen 2010. Das entspricht einem Plus von 39 Prozent.

Gründe für den gestiegenen Psychopharmakonsum nannte die TK nicht, sie verwies aber auf eine Umfrage, wonach jeder zehnte Student angibt, dass er bzw. sie zur Bekämpfung von Stress Psychopharmaka nehme.

Gibt es tatsächlich mehr psychische Kranke? Oder bloß mehr Verschreibungen von Psychopharmaka? Diese Frage lässt die TK-Studie unbeantwortet. Der Vorwurf der Erfindung neuer Krankheiten zwecks Steigerung des Absatzes von Produkten der Pharmaindustrie wurde ja im Vorfeld der Neuauflage des Psychiatrie-Handbuchs *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) in Expertenkreisen heftig diskutiert. Anfang Dezember 2012 hat nun die *Amerikanische Psychiatische Gesellschaft* endgültig grünes Licht für die Neuauflage des ab Mai 2013 erhältlichen DSM-5 gegeben.

Einige Punkte blieben darin bis zuletzt umstritten, so der Passus über Depression. Laut DSM-5 wird bereits eine länger anhaltende Trauer – etwa nach dem Tod eines geliebten Menschen – als behandelbare Krankheit eingestuft.

Techniker Krankenkasse, Pressemitteilung, 28. November 2012 (online)

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Englisch

12. Jahrgang, Heft 3, 2012

Articles:

William Newton: The Link between Life Issues and Social Justice;

James J. Delaney: Embryo Loss in Natural Procreation and Stem Cell Research;

Christopher M. Mahar: Neurology, Neuroethics, and the Vegetative State.

Acta Philosophica

Rom, Italien

Quartalzeitschrift in Italienisch
Vol. 22 (2013), fasc. I

Studi:

Francesca Cattaneo: Narrazione ed esperienza tra antropologia ed etica;

Juan Andrés Mercado: Origin of the Metaphysics of the Living: From Plato to De Anima 2.5.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

20. Jahrgang, Heft 1, 2013

Wilhelm Bergthaler, Ferdinand Kerschner, Eva Schulev-Steindl: Editorial;

Florian Berl: Für einen neuen Abfallbegriff;

Dieter Altenburger, Wolfgang Berger: Bewegung bei der UVP;

Richard Volgger: Die umweltrechtliche Bedeutung des EU-Energiekapitels;

Martin Kind: Wem gehört das Wasser?

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Englisch

12. Jahrgang, Heft 2, 2012

Articles:

Jason T. Eberl: Religious and Se-

cular Perspectives on the Value of Suffering;

Rev. Kevin Belgrave and Rev. Pablo Requena, MD: A Primer on Palliative Sedation;

Patrick C. Beeman, MD: Catholicism, Cooperation and Contraception.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

20. Jahrgang, Heft 4, 2012

Leitartikel:

Hans J. Münk: Von der Natur zur Gegennatur? Synthetische Biologie (SB) in der Diskussion;

Katharina Westerhorstmann: Wie weit reicht die Verantwortung?

Zur Ambivalenz eines ethischen Begriffs;

Bernhard Irrgang: Synthetische Biologie und künstliche Organismen.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
Band 24, Heft 4, 2012

Editorial: Nikola Biller-Andorno, Linda Hüllbrock, Verina Wild:

Medizinethik in einer globalisierten Welt;

Festvortrag: Farhat Moazam: Zur Komplexität der ethischen Realität:

Am Beispiel von Nierenspende und -transplantation. Festvortrag zur

AEM-Jahrestagung, 2. September 2010, Zürich;

Originalarbeiten:

Verina Wild: Zum Umgang mit „kulturellen Fragen“ in der

klinischen Ethik am Beispiel der Hymenrekonstruktion;

Claudia Wiesemann: Autonomie als Bezugspunkt einer universalen Medizinethik;

Peter Schaber: Menschenwürde: ein für die Medizinethik irrelevanter Begriff?

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

58/4, 2012

Abhandlungen:

Martin Langanke, Wolfgang Lieb, Pia Erdmann, Marcus Dörr, Tobias

Fischer, Heyo Kroemer, Steffen Flessa, Heinrich Assel: Was ist

Individualisierte Medizin? – Zur terminologischen Justierung eines schillernden Begriffs;

Jürgen Janik: „Was ist das für ein Leben?“ Die Frage nach Menschen-

würde und Lebensqualität(en) als Beziehungsfrage und der Beitrag

der Klinikseelsorge;

Knut Berner: Der Hass auf die

Wohltäter. Anthropologische und ethische Überlegungen zur Arzt-

Patienten-Beziehung.

RdM Recht der Medizin

Wien, Zeitschrift in Deutsch

19. Jahrgang, Heft 6, 2012

Christian Kopetzki: Editorial;

Michael Geiblinger: Die Arbeitsunfähigkeitsbestätigung als Gefälligkeitsattest;

Jürgen Wallner: Die Beschneidung von nicht einwilligungsfähigen

Knaben;

Elisabeth Maria Keinert: Haftung für zu geringe Personalausstattung

in Krankenanstalten;

Albin Larcher: Welche rechtliche Qualität haben Verhaltensvorschriften

in Anstaltsordnungen von Krankenanstalten?

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch

45/3, 2012

Estudios:

José Miguel Gamba: Los lugares de lo preferible: ¿un quiste en los

Tópicos de Aristóteles?;

Agustín Echavarría: Tomás de Aquino y el problema del mal:

la vigencia de una perspectiva

metafísica;

José Manuel García Valverde: El intelecto agente en Pietro Pomponazzi: un análisis de su presencia en el *Tractatus de immortalitate animae* y en la *Apología*;

Gastón Robert Tocornal: ¿Son las relaciones meros *entia rationis*?

Consideraciones en torno a la teoría leibniziana de las relaciones inter-substanciales;

Andrés Miguel Osswald: Sobre la subjetividad animal o de la animalidad del sujeto: un recorrido por la reflexión husserliana sobre los animales;

Iván Garzón Vallejo: Argumentos filosóficos, creencias religiosas y razón pública.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

19. Jahrgang, Heft 6, 2012

Wilhelm Bergthaler, Ferdinand

Kerschner, Eva Schulev-Steindl:

Editorial;

Ferdinand Kerschner, Katharina

Sagerer: Kostendeckungsprinzip

nach Art 9 Wasserrahmenrichtlinie

– einheitliche Bedingungen im Wettbewerbsrecht;

Martin Kind: Hochwasserschutz:

Kalte Enteignung durch Retentionsflächen?;

Brigitte Lang: OGH: Grenzmauer

verhindert künstlich herbeigeführ-

ten Wasserabfluss, keine unzulässige unmittelbare Zuleitung.

Klinisches Risikomanagement. Beiträge zur Patientensicherheit

Andreas Becker, Alexander Glaser, Wolfgang Kröll, Peter Schweppe, Oliver Neuper (Hrsg.)
 NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag, Wien/ Graz 2012
 249 Seiten
 ISBN 978-3-7083-0806-7

Beim vorliegenden Buch „Klinisches Risikomanagement“ handelt es sich um den zweiten Band der Schriftenreihen „Recht und Risikomanagement“, genauer um die Beiträge einer Fachtagung zum Thema „Risikomanagement“ aus dem Jahre 2012.

Im ersten Beitrag beschäftigt sich Andreas Becker (Geschäftsführer des gemeinnützigen Krankenhausverbundes Clinotel, Köln) mit den Qualitätskriterien erfolgreicher „Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen“. Er plädiert dafür, diese in allen Spitalsabteilungen regelmäßig abzuhalten: einerseits, um die Mitarbeiter aus Fehlern lernen zu lassen, andererseits, um in der entstehenden Gruppendynamik Stärken und Schwächen der Diskussteilnehmer zu erkennen zwecks Selbstreflexion und Eindämmung allfälliger ärztlicher Hybris.

Laut einer 2009 vom Berufsverband deutscher Chirurgen veröffentlichten Publikation würden derlei Konferenzen in nur der Hälfte aller Abteilungen stattfinden, auf regelmäßiger Basis noch seltener.

Menschen, so der Autor, neigen zur Überschätzung der eigenen Fähigkeiten, weshalb diese Konferenzen eine wichtige Feedback-Funktion übernehmen; man müsse nicht jeden Fehler selber machen, um aus ihm zu lernen. Es werde die Fähigkeit zur Selbstkritik gefördert, wie etwa das Erkennen von Fehlern bei Entscheidungsfindung oder der interdisziplinären Kommunikation; dies seien ungleich häufigere Ursachen bedrohlicher Verläufe als Probleme aufgrund mangelnder technischer Fähigkeiten oder Einnahme abträglicher Medikamente durch den Patienten oder der Unfähigkeit, rechtzeitig einen Chirurgen hinzuzuziehen usw.

Ergebnis derartiger Konferenzen sollte sein: Wissensdefizite und Unsicherheiten erkennen, Fort- und Weiterbildungsinhalte für die Zukunft

definieren. Konferenzen sollten auch über Beinahezwischenfälle berichten und sogenannte „erwartete oder vorhergesehene Komplikationen“ nicht ausparen, insbesondere mit der Frage, welche Maßnahmen ergriffen wurden oder nicht, um die Ausprägung der erwarteten Komplikation zu mindern.

Weitere wichtige Merkmale einer gelungenen Konferenz seien die Kanäle, über welche Themen einfließen (vergleiche etwa das CIRS-System), wachsam für sogenannte Cluster von Komplikationen zu werden. Abgeschlossen wird der Beitrag mit Empfehlungen für das Format, die Benennung jenes Mitarbeiters, der den Fall vorstellt, Auswahl der Teilnehmer, Ablauf und Fallvorstellung, präzise Sprache wird gefordert, Verbesserungsvorschläge sollten unmittelbar erarbeitet und umgesetzt werden. Der Beitrag ist praxisnah und überzeugend im Sinne des Bereitstellens von Bausteinen einer Sicherheitskultur auf einer klinischen Abteilung.

Im nächsten Beitrag beschäftigen sich wiederum Andreas Becker und René Mantke mit Frühwarnsystemen der innerklinischen Notfallmedizin, aufbauend auf höchst unterschiedlichen Krankenhausletalitätsraten chirurgischer Patienten, welche in einer amerikanischen Studie zwischen 3,5 und 7% schwanken, ebenso die Rate schwerer Komplikationen (25% versus 16%).

Es werden Frühwarnsysteme vorgestellt, strukturierte Einschätzungsinstrumente, welche meist auf einer Punktebewertung basieren (in diese gehen etwa Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz, Blutdruck, Körpertemperatur, Vigilanz, Urinausscheidung und Kriterien, die auf subjektiver Einschätzung des medizinischen Personals basieren, ein). Die Rekrutierung eines „medizinischen Notfallteams“, welches dem klassischen Herzalarm- oder Reanimationsteams nicht entsprechen sollte, wird gezeigt.

Ein australisches Modell wird als beispielhaft vorgestellt: „between the flags“. Dieses Modell wurde in Anlehnung an das Life Guard Konzept an australischen Stränden, bei dem die überwachten Strandabschnitte markiert sind, benannt, wobei

im Krankenhaus der Bereich zwischen den Flaggen für eine normale Ausprägung physiologischer Messwerte steht, Abweichungen also auf Kurven außerhalb der Flaggen zu finden sind und zu einer unmittelbaren Reaktion führen müssen. „Nicht die postoperative Komplikation ist das Problem, sondern der Umgang mit ihr“, so die Autoren.

Athanasios Bogiatzis und Mitarbeiter beschäftigen sich mit der Überwachung nosokomialer Infektionen als Beitrag zur Patientensicherheit. Der Erstautor ist ärztlicher Direktor des Instituts für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie am LKH Graz. Nosokomiale (im Krankenhaus erworbene) Infekte verlängern die Aufenthaltsdauer um das dreifache und führen zu einem relativen Mortalitätsanstieg bis zu 50%. Beispielhaft werden Wundinfektionen, Harnwegsinfektionen und Pneumonien, Sepsis, Haut- und Weichteilinfektionen genannt. Die mittlere Patientenliegedauer, die Anwendungsrate medizinischer „devices“ und „device-assoziierte nosokomiale Infektionen“ werden als relevante Parameter für die Inzidenz dieser Komplikation vorgestellt. Zweck: ein benchmarking im Sinne eines Abgleichs mit Daten eines nationalen Referenzzentrums. Das System soll 2013 auf alle steiermärkischen Spitäler ausgedehnt werden.

Severin Federhen ist einer von zwei Autoren, die sich im Buch mit dem Thema Aspirationspneumonie beschäftigen. Der Beitrag, wieder aus dem Umfeld des Clinotel Krankenhausverbundes stammend, beschreibt sehr anschaulich die Faktoren, die zu einer Aspiration, einer Aspirationspneumonitis (entzündliche Reaktion auf nichtinfektiöses aspiriertes Material) und einer Aspirationspneumonie (Reaktion auf aspiriertes infektiöses Material) führen. Patient, Fallverlauf, Pflegeplanung und -durchführung und auslösende klinische Diagnosen (zumeist das ZNS betreffend) werden gut verständlich dargestellt, die Aspirationspneumonie als die Spitze eines Eisberges beschrieben, wobei der weit größere Teil unter Wasser subklinischen

Aspirationen entspricht.

Im folgenden Beitrag von Alexander Glaser geht es um Risikomanagement – Audit im klinischen Bereich. Der Beitrag ist sehr spezialisiert geschrieben und geht bei der Bewertung von Risikomanagementsystemen sowohl auf den Bereich Patientensicherheit als auch auf ökonomische Gesichtspunkte ein, durchaus im Einklang mit dem Umstand, dass in vielen Häusern der Risikobeauftragte in Personalunion auch der Qualitätsmanager ist. Die Anforderungen an einen Risikomanagementauditor werden anschaulich beschrieben und decken sich weitgehend mit jenen an einen „tugendhaften“ Menschen. Es werden Hinweise zur optimalen Implementierung der gewonnenen Erkenntnisse gegeben, vor einer Maßnahmenfestlegung mit langen Fristen wird gewarnt, dies bedeute eine Risikoakzeptanz bis zur Umsetzung der Maßnahme in ferner Zukunft. Oder aber es wird ein Risiko mit katastrophalen Effekten herabgestuft, weil die Eintrittswahrscheinlichkeit gering erscheint, dies sei absolut unzulänglich.

Kristin Grandl und Peter Schewpe beschäftigen sich in ihrem Beitrag mit der Patientensicherheit in der EU und kommen dabei nicht nur auf Konferenzen, Erhebungen und Zertifizierungsinstrumente des klinischen Risikomanagements zu sprechen, sondern auch auf solche im Bereich der „primary care“. Beispielhaft sei die sogenannte LINNEAUS-PC Konferenz genannt.

Ruth Hemkes beschäftigt sich mit der Risikobewertung von Intrahospitaltransporten intensivmedizinischer Patienten und zeigt, dass diese zu den gefährlichsten Teilen eines Spitalsaufenthalts kritisch Kranker zählen.

Gesine Hofinger präsentiert einen Aufriss über „sichere Kommunikation“ im Krankenhaus und die Schwierigkeiten zwischenmenschlicher Kommunikation, besonders mit Bezug auf Kommunikation im Team, über eine Vielzahl von Schnittstellen hinweg, wie eben im Krankenhaus-Setting nötig. Es wird beklagt, dass technical skills in der Ausbildung gegenüber non-technical skills, wozu

auch die sozialkommunikative Kompetenz zähle, im Vordergrund stünden, wo doch schlichtes Sich Verhören, Versprechen, Kommunizieren auf verschiedenen Ebenen aufgrund unterschiedlicher Ausgangserwartungen und unterschiedlicher mentaler Modelle, defizitäres Kommunizieren in Stresssituationen, Nichtanwenden der korrekten Phraseologie, Verschlechterung der Kommunikation durch negative Beziehungen usw. entscheidend an kritischen Zwischenfällen im Rahmen der Patientenbetreuung beteiligt seien.

Generell sei in kritischen Situationen eine Reduktion der Kommunikation beobachtbar. Menschen würden wortkarg obwohl gerade hier ein Austausch erforderlich wäre, es werde schwieriger sich auf das Gegenüber einzustellen, weil man mit der eigenen psychischen Regulation beschäftigt sei. kurze, womöglich standardisierte Sprachabläufe mit Rückkoppelungsschleifen werden empfohlen.

Sascha Moullion beschäftigt sich in seiner Arbeit mit der Risikobewertung stiller Aspirationen. Michael Müller bespricht die Möglichkeiten der „Simulation in der Medizin“ zur Reduktion kritischer Zwischenfälle. Dabei verschweigt er nicht, dass dieses Instrument nur dann erfolgreich sein kann, wenn das Training unter Stressbedingungen stattfindet und auch hier die erforderlichen soft skills nicht außer Acht gelassen werden.

Oliver Neuper und Klaus Zotter, beide wieder aus der KAGes, gehen in ihrem Beitrag dem Thema „Das Kind als Schaden? Erwägungen zum Schadenersatzrechts-Änderungsgesetz 2011 im Lichte der Patientensicherheit“ nach. Gewiss gibt es auch hier Anknüpfungspunkte zum Thema, andererseits greift der Beitrag über die anderen hinaus, jedenfalls wenn Patientensicherheit nur auf die Eltern eines Kindes mit vorgeburtlich feststellbaren möglichen Behinderungen bezogen wird.

Der Beitrag ist in seiner Ablehnung des beschriebenen seinerzeitigen Gesetzesentwurfs eindeutig und folgt der Logik, dass es Sache der Eltern sei, nach den vom Arzt gesetzten medizinischen Maßnahmen und nachdem er das Aufklärungs-

gespräch dokumentiert hat, über das Leben des Kindes zu entscheiden, was einem humanistisch aufgeklärten Weltbild entspreche. Die Idee „Kind als Schaden?“ wird als polemisch verkürzt abgewiesen. Die Autoren lehnen das Argument, der Gesetzesentwurf könne die Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen zurück drängen, ab.

Elisabeth Papst, Radiologietechnologin aus Fürstenfeld, erläutert in ihrem Beitrag patientensicherheitsrelevante Aspekte in der Radiologie. Für alle (Spitals-)Ärzte dürfte hier interessant sein, welch großen Einfluss sie der exakten Unterscheidbarkeit von Patienten und der Fehlerquelle ähnlich lautender Namen beimisst.

Schließlich folgt ein Beitrag von Stefan Röhrig, der sich mit der Patientensicherheit in der Anästhesie beschäftigt. Der Autor stößt sich gleich zu Beginn an dem von ihm oft vernommenen Satz „hat doch wieder geklappt“. Glück sei kein Indikator für Patientensicherheit; der Weg von „hat doch wieder geklappt“ zur absoluten Katastrophe eine Frage der Zeit. Er orientiert sich an der Luftfahrt mit ihren Checklisten und Kommunikationsformen und stellt diese als Lernmodell dar. Auch sein Beitrag greift über die Grenzen des Faches hinaus, indem er eine gelungene Visite beschreibt und wie kollektives Wissen hierbei bestmöglich nutzbar gemacht werden kann. Er macht deutlich, wie entscheidend der Chefarzt hier ist, wenn seine Autorität auf Vertrauen statt Misstrauen aufbaut.

Die Beiträge sind von hoher Qualität und das Buch beschäftigt sich mit einer sehr zeitgemäßen Fragestellung, für den rezensierenden Nichtkliniker sind sie von unterschiedlicher Relevanz.

Als Mangel mag man empfinden, dass sie nach keiner erkennbaren Struktur aneinander gereiht sind, sie scheinen nach dem Anfangsbuchstaben der jeweiligen Hauptautoren gereiht. Ein Literaturverzeichnis wird nicht geboten. Insgesamt ist das Buch für alle Ärzte lesenswert, da es, wenngleich bisweilen in eher sperriger Fachterminologie, hochaktuelle Themen – Patientensicherheit und Tugenden von im Krankenhaus Tätigen – abhandelt.

Auslaufmodell Menschenwürde?

Heiner Bielefeldt

Verlag Herder, Freiburg im Breisgau 2011

178 Seiten

ISBN 978-3-451-32508-3

Die Idee der Menschenwürde bleibt – bei allen Interpretationsschwierigkeiten, die sie zweifellos aufwirft – für die Beschäftigung mit Grundfragen von Moral und Recht unverzichtbar. Mit dieser Grundaussage setzt Heiner Bielefeldt, Ordinarius für Menschenrechte und Menschenrechtspolitik an der Universität Erlangen-Nürnberg ein Gegengewicht zu zahlreichen dem Begriff der Menschenwürde skeptisch gegenüberstehenden Stimmen in der aktuellen Diskussion in Deutschland.

Der Autor beginnt mit einem Streifzug durch die verschiedenen Einwände aus Philosophie und Jurisprudenz: Manche äußern eine ganz grundlegende Skepsis und sprechen der Idee der Menschenwürde jeden rationalen Sinn ab. Die Berufung auf die Würde des Menschen diene erfahrungsgemäß meistens nur der rhetorischen Dramatisierung der je eigenen Position. Außerdem suggeriere die Rede von der Menschenwürde eine Konsensfähigkeit, die sich oft genug als illusionär erweise. In einer wissenschaftlichen Debatte solle man auf diesen Begriff daher am besten ganz verzichten. Die Vertreter der Jurisprudenz in Deutschland kommen am Begriff der Menschenwürde insofern nicht vorbei, als die Menschenwürde in Art 1 Abs 1 des Grundgesetzes als erste und oberste Norm festgeschrieben ist und auf legalem Wege nicht aufgehoben werden kann. Gleichwohl äußert sich die skeptische Haltung hier darin, dass eine bewusst restriktive Deutung dieses Begriffes gefordert wird. Für den Autor liegt die Lösung jedoch weder in der Elimination des Begriffes noch in seiner restriktiven positiv-rechtlichen Auslegung. Vielmehr soll die Idee der Menschenwürde neu geklärt werden, als säkularer Begriff, der unabhängig von einer bestimmten Religion oder Weltanschauung auf eigenen Füßen steht, deutlicher gemacht werden und insbesondere eine Besinnung auf die

tragende Funktion für den modernen Menschenrechtsansatz stattfinden.

Als Ausgangspunkt seiner Überlegungen wählt Bielefeldt die Prämisse, dass dem Menschen eine Respektsposition zukommt, die „unhintergebar“ ist. Der Mensch ist Verantwortungssubjekt, das heißt er geht Abkommen mit anderen ein, die verlässlich gelten sollen, worin deutlich wird, dass die betreffenden Personen sich selbst und einander als Subjekte möglicher Verantwortung ansehen und respektieren. Die Idee der Menschenwürde – so der Autor – „steht für die grundlegende Einsicht, dass der Mensch im Innewerden dieses Achtungsanspruchs sich selbst und seine Mitmenschen als Träger möglicher Verantwortung anerkennt“. Nach einer näheren Beleuchtung verschiedener Aspekte des kategorischen Imperativs in diesem Zusammenhang setzt er sich mit Franz Josef Wetz auseinander, der einen dezidiert sensualistischen Standpunkt vertritt und die Empfindungsfähigkeit als Ausgangs- und Zielpunkt normativer Argumentation ansieht, sowie mit Peter Singers utilitaristischen Prämissen der Glücksmaximierung und Leidensminimierung. Hier kommt er zum Ergebnis, dass die Achtung der Verantwortungssubjektivität des Menschen etwas fundamental anderes ist als die Einbeziehung seiner Interessen in eine utilitaristische Gesamtkalkulation: Sie fungiert vielmehr als das Grunddatum normativer Verbindlichkeiten überhaupt und bildet den Angelpunkt jeder Moral und jeden Rechts schlechthin.

In seinen Ausführungen über den Gedanken, bei der Menschenwürde handle es sich um ein „angeborenes“ Merkmal, weist Bielefeldt darauf hin, dass dieser nicht ohne Zweideutigkeit bleibt. Als Metapher mag die Figur der dem Menschen angeborenen Würde sinnvoll sein, beim Wort genommen kann sie hingegen durchaus auf Abwege führen. Sie könnte Anlass zu Versuchen geben, die Menschenwürde in bestimmten empirisch demonstrierbaren Merkmalen, Eigenschaften oder Fähigkeiten einer Person unmittelbar dingfest zu machen. Ein solches Unterfangen wiederum birgt die Gefahr, dass die-

jenigen Menschen, an denen sich die geforderten Merkmale nicht – oder nicht im vollen Sinne – aufweisen lassen, implizit oder explizit aus dem Achtungsanspruch herausdefiniert werden. Genauso wenig, wie die Menschenwürde mit einer bestimmten dem Menschen von Natur aus zukommenden Eigenschaft identifiziert werden kann, bildet sie das Resultat bloßer gesellschaftlicher Anerkennung. Jedoch könnte man diese beiden Elemente – so der Autor – im Begriff der Menschenwürde als „angeborene soziale Statusposition“ kombinieren. In diesem Zusammenhang lässt der Autor die vorurteilsfreie, klärende Herangehungsweise, die er bezüglich des Begriffs der Menschenwürde wählt, angesichts einer Erwähnung des naturrechtlich-anthropologischen Ansatzes (Seite 48) vermissen.

Es folgt ein Exkurs über die Würde des ungeborenen menschlichen Lebens, in dem der Autor sein bislang dargelegtes Konzept – allerdings ohne die bei seinen Gedankengängen sonst gezeigte Geradlinigkeit – anwendet. Er argumentiert zwar eindeutig und bestechend dafür, dass innerhalb der vorgeburtlichen Entwicklung kaum Zäsuren für die Zuschreibung der Menschenwürde gefunden werden können, die nicht zufällig und willkürlich sind. Dennoch wehrt er sich inkonsequenterweise dagegen, die gezielte oder hingegenommene Tötung von Embryonen auf dieselbe Ebene zu stellen wie die Tötung eines geborenen Menschen. Dabei führt er letztlich kein begründetes Argument ins Treffen, weist lediglich – unzutreffend – darauf hin, dass dies „kaum jemand im Ernst behaupten wolle“ (Seite 60) und endet schließlich mit dem Eingeständnis, für sich selbst noch keine klare Antwort gefunden zu haben (Seite 65).

An lesenswerte Darlegungen über die wesentliche Gleichheit aller Menschen hinsichtlich ihrer Würde schließen detailliertere Überlegungen zur von ihm bislang als Prämisse angenommenen Unhintergebarkeit des Verantwortungssubjekts und zum Wesen der Menschenwürde an, in denen der Autor unter anderem betont, dass es sich bei der Würde des Menschen um „alles andere als ein irra-

tionales Tabu“ handelt.

Weiters zeigt Bielefeldt die fundierende Rolle der Menschenwürde für die Menschenrechte, für das Verständnis ihrer Universalität und ihrer Unveräußerlichkeit auf. In diesem Zusammenhang geht er auch auf die Diskussion um die Absolutheit des Folterverbots ein und unterstreicht, dass dieses jeder Abwägung oder Relativierung kategorisch entzogen ist. Einerseits nimmt er sodann eine klare Abgrenzung zwischen der rechtsinstitutionellen Gestalt der Menschenrechte in ihrer positiv-rechtlichen Eigenstruktur und der Moral vor, andererseits plädiert er dafür, die moralische Fundierung der Menschenrechte nicht gänzlich auszublenden: „Die notwendige Differenzierung zwischen Recht und Moral meint nicht abstrakte Beziehungslosigkeit, sondern ist genau besehen ein Moment ihrer angemessenen Verknüpfung. Nur eine Moral, die den Sinn für die Eigenstruktur rechtlicher Normen und Institutionen wahrt, kann ihre eigene freiheitliche Orientierung auf Dauer durchhalten, und nur ein Rechtsdenken, das für den moralischen Anspruch der Menschenwürde sensibel bleibt, kann die Unveräußerlichkeit der elementaren Freiheitsrechte innerjuristisch nachhaltig zur Geltung bringen.“ Dabei zeigt er – wiederum vor allem anhand der Diskussion um das Folterverbot –, dass dann, wenn die moralische Fundierung der Menschenrechte nicht mehr klar zur Sprache kommt, die Gefahr besteht, dass die Freiheitsrechte auf die Belanglosigkeiten der „Spaß- und Wohlstandsgesellschaft“ reduziert und damit banalisiert werden. Um diese moralische Diskreditierung der Menschenrechte zu verhindern ist wichtig, dass sich „der juristische Menschenrechtsdiskurs nicht positivistisch von seinen moralischen Quellen abschnürt“.

Als nächsten Schritt plädiert er für die Menschenwürde als eigenständiges, säkulares Konzept. Er stellt sich damit gegen jene Ansichten, die die Idee der Menschenwürde als bloßes „Säkularisat der biblischen Gottesebenenbildlichkeit“ sehen, als „säkularisierten theologischen Begriff“. Die liberale Säkularität von Staat und Recht ist weder als Ver-

lust religiöser Substanz noch als Teilkomponente der allgemeinen gesellschaftlichen Säkularisierung zu beschreiben. Vielmehr ist die Würde, wenn sie uns in modernen Rechtstexten begegnet, als säkulares Konzept zu lesen, mit einem „eigenständigen, von Religion unabhängigen Evidenzanspruch der Menschenwürde, auf den sich deshalb Menschen unterschiedlicher religiöser oder weltanschaulicher Überzeugungen oder auch religiös und weltanschaulich Desinteressierte gleichermaßen berufen können“. Er betont dabei andererseits jedoch auch, dass diese Eigenständigkeit des säkularen Verständnisses der Menschenwürde sehr wohl offen ist für theologische Reflexionen und sich dafür geradezu anbietet.

Insgesamt trägt das vorliegende, eher knapp und übersichtlich als umfassend gehaltene Werk jedenfalls zur Klärung des Begriffs der Menschenwürde bei, auch wenn manche Aussagen eher den Ausgangspunkt für einen weiteren Diskurs darstellen, als Antwort auf die aufgeworfenen Fragen. Es bietet einen anspruchsvollen und doch – auch aufgrund des ansprechenden Stils – leicht verständlichen Einblick in die aktuelle Debatte um den Begriff der Menschenwürde bzw. das Konzept der Menschenrechte.

M. Schörghuber

Menschenwürde und moderne Medizintechnik

Jan C. Joerden, Eric Hilgendorf, Natalia Petrillo, Felix Tiele (Hrsg.)

Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2011

432 Seiten

ISBN 978-3-8329-6596-9

Der vorliegende Band publiziert Vorträge, die zum Thema Menschenwürde und moderne Medizintechnik unter der Ägide des Zentrums für interdisziplinäre Forschergruppen (ZIF) im Jahr 2009 in Bielefeld gehalten wurden.

Die Menschenwürde wird hauptsächlich über den Begriff der (Menschen-)Rechte definiert, die der Einzelne für sich geltend machen kann, und die durch Gesetze verbrieft sein müssen. Der Person-

begriff, der als Beispiel für ethische Hindernisse in der Diskussion um den Beginn des menschlichen Lebens herangezogen wird, wird lediglich in der Einleitung genannt. Leider ist den folgenden über 400 Seiten höchstens von „personaler Würde“, aber nie von der Tragweite eines eigenständigen Personbegriffs die Rede.

Zwei Drittel des Buches widmen sich verschiedensten Ansätzen zu Themen der Menschenwürde, während die Bioethik in der modernen Medizin eher stiefmütterlich behandelt wird.

Um die Verwendungsweisen des Begriffs Menschenwürde solle man sich Sorgen machen, meint D. Birnbacher: Zwar sei sie nur dem Menschen und seiner biologischen Gattung eigen, doch müsse vor einer Inflation des Begriffes gewarnt werden, der vielfach zum „conversation-stopper“ zu verkommen drohe.

Auch in anderen Beiträgen kommt die Differenzierung zwischen Enthusiasmus und Skeptizismus gegenüber der Menschenwürde zur Sprache. Die Mehrheit der Autoren sieht in ihr eine intrinsische Verfasstheit des Individuums, das im Kant'schen Sinne ausschließlich als Zweck und nie als Mittel gesehen werden dürfe. Verletzungen der Menschenwürde (erhebliche Demütigung, Freiheitsberaubung, Vergewaltigung, Ausbeutung), wie sie jederzeit und allgegenwärtig vorkommen, ziehen die Notwendigkeit von Regeln und Gesetzen nach sich, um den nötigen Schutz der Individual- und Gattungswürde als Mensch zu gewährleisten.

Damit wird das Konzept der Menschenwürde eng mit jenem der Menschenrechte verquickt (M. Düwell).

Damit wird logischerweise die Diskussion um Artikel 1 des (deutschen) Grundgesetzes eröffnet (M. Rothhaar), der lautet: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“

Der Rezensent kann nicht umhin, den entsprechenden Artikel 1 der Österreichischen Verfassung in seiner lapidaren und „würdelosen“ Formulierung gegenüberzustellen: „Österreich ist eine de-

mokratische Republik. Ihr Recht geht vom Volke aus“. Erst im §12 ABGB werden die „angeborenen Rechte“ erwähnt und daher sei „jeder Mensch als Person zu betrachten“. Tatsächlich sind sich die dazu zitierten Fachleute (Philosophen, Rechtsethiker) keineswegs einig, ob der Garantie für Menschenwürde ein normativer Gehalt beizumessen sei. Für die Bio- und Medizinethik könne es bei der Menschenwürde nur ein Entweder-Oder, aber keine „Abstufung“ innerhalb der Entwicklung und je gewonnenen Potenzialität geben. Gefährlich wird es, wenn in politisch motivierten Überlegungen (Deutschland) dem frühen Embryo zwar ein unabwägbares Menschenrecht (Stammzellen!), aber keine unabwägbare Menschenwürde (Fristenlösung!) zugesprochen wird.

Wie bereits eingangs erwähnt, wird der Begriff „Person“ in diesem Werk praktisch ausgeklammert. Er findet sich nur in einer Fußnote des Beitrags von Roberto Andorno (S. 138), wobei Person und Würde als praktisch synonym erachtet werden, zumal beide sich nicht auf ein abstraktes Menschsein, sondern auf ein konkretes Du-hier-vor-mir beziehen.

Von Rechtsphilosophen (G. Lohmann, H. Wittwer) wird die rechtsverbürgende Kraft der Menschenwürde erörtert und auf das (deutsche) Grundgesetz, Art. 1 bezogen (s. o.), wobei der Begriff nicht negativ (Schutz vor Verletzung), sondern positiv (als Summe aller Menschenrechte) bestimmt wird. Die Ethik rund um das Sterben (Sterben in Würde, Sterbehilfe, assistierter Suizid etc.) wird so kontrovers behandelt, wie dies heute gang und gäbe zu sein scheint (R. Stoecker). An dieser Stelle wird auch vor einer kritiklosen Verwendung der „SKIP-Argumente“ gewarnt, wenn dem menschlichen Embryo, nicht aber der Zygote nach der Insemination Würde zugeschrieben wird. (SKIP: Species Mensch, Kontinuität der Entwicklung, Identität des Wachsenden mit dem Embryo, Potenzialität der Zygote, sich als Mensch zu entwickeln) – ein Thema, das mittlerweile weidlich ausgeschlachtet worden ist und dabei seine

Brisanz verloren hat (S. 202 ff, S. 315 ff).

R. Spaemann wird mit dem wichtigen Satz zitiert, dass bei extremen Akten der Verletzung der Menschenwürde die des Opfers erhöht werde, so wie der Täter der seinigen verlustig gehe (Beispiel: Opfertod) – analog dem Würdeverlust eines Forschers beim „unbefangenen“ Umgang mit Embryonen oder dem Verlust der eigenen moralischen Würde des gesinnungslosen Altenpflegers.

Angesichts der explosiven Entwicklung der Bio- und Medizintechnik ist hier der Maßstab „Menschenwürde“ nur anlegbar, wenn man sich explizit auf das Grundgesetz (Art. 1, Abs. 1) zu stützen bereit sei.

Spezielle Gefahren drohen offensichtlich beim Neuroenhancement im großen Stil, wenn soziale Aspekte (Chancengleichheit? Zugang zu Ressourcen?) damit nicht Schritt halten können (C. Neuhäuser).

Bei einer erneuten Aufmischung der SKIP-Argumente (s. o.) wird den frühen Embryonen der Person-Status und damit die Menschenwürde abgesprochen: K. Störckh zieht sich auf einen positivistischen Standpunkt zurück. Er merkt an, dass einerseits der Schwangerschaftsabbruch zur gängigen Praxis geworden sei und dem Verbot der embryonenverbrauchenden Stammzellforschung entgegenstehe.

Die Xenotransplantation (Organspende von Tieren für Menschen) steckt noch so tief in technischen Schwierigkeiten, dass eine bioethische Diskussion darüber an der theoretischen Oberfläche bleibe, es sei denn, man findet, dass eben nicht früh genug damit begonnen werden könne, stimuliert durch das weltweite Problem der Knappheit an humanen Organspendern. Als logische Folge werden „biophilosophische“ Fragen aufgeworfen: Gibt es Tiere mit Anspruch auf einen Personstatus? Vielleicht die einen weniger, andere mehr? Die Meinungen dazu liegen auf einem weiten Spektrum von Peter Singer bis Robert Spaemann:

Haben die (für die Transplantation problematischen) Menschenaffen „mehr“ Person als die (viel

praktischeren) Schweine? Hat die Grenze der Personalität von Tieren nur mit dem Grad ihrer kognitiven Fähigkeiten zu tun?

Sehr nahe liegt hier die Diskussion über Hybride und Chimären (E. Dahl), ergänzt durch die „Zybriden“ (cytoplasmatic hybride embryos), i. e. entkernte tierische Zygoten, bestückt mit einem menschlichen Kern (99% menschliche DNA), um die Gewinnung von humanen Eizellen zu umgehen. Etwas oberflächlich gerät hier die entscheidende Diskussion über „künstlich“, „un- oder widernatürlich“, Beschränkung auf „materialistische“ Sachlichkeit oder Zulässigkeit von Emotionen etc. Der Abschnitt schließt mit dem Appell, dass – wenn es je Mischwesen aus Schimpanse und Mensch („Chimpanzees“) geben sollte – diese vollen Anspruch auf Würde haben müssen.

Alles in allem weist das vorliegende Werk eine Menge von schillernden Beiträgen auf, die sich semantisch, philosophisch, juristisch und spirituell um den Begriff der Menschenwürde bewegen, während von „moderner Medizintechnik“ – außer einigen Gemeinplätzen und mäßig interessanten neueren Informationen – relativ wenig zu lesen ist.

Dennoch ist der Versuch der Herausgeber zu respektieren, die intrinsische Würde des Einzelnen und der Gattung Mensch unter vielen Aspekten darzustellen, wobei die Anknüpfung an eine praktische Medizinethik durchaus gelingt.

F. Kummer

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut 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. 900 Zeichen inkl. Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter 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 Datenformats 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.

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 Autorenname 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. Verlagsorte
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 Remarks

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

By establishing manuscripts, the following guidelines should be respected:

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

2. Formation of Manuscripts

Length/ scale: 25.000 - 35.000 characters including whitespace characters

First page:

1. Short title in English and German
2. Name of the author/ the authors
3. Contact details
4. Abstract of the article in English (max. 900 characters including whitespace characters) and 3 - 5 keywords in English and German (can be provided by the editor)

Pages should carry consecutive numbers, including those of the reference list. Acknowledgements should be placed between end of text and references. For citation of references the automated footnotes of the file format should be used. Tables and figures should be placed adjacent to the corresponding text. All illustrations need

to be in print quality (high resolution).

The author will receive accordant copies of the published issue.

3. References

The quotation is effected in terms of endnotes, in which the numbering should be consecutive, the quotation numbers elevated.

Articles from journals are cited in the following manner:

1. All Authors, or first author plus "et al.", followed by initials of first name in capital letters.
2. Title
3. Journal in standardized abbreviation (Index Medicus)
4. Year in parentheses followed by semicolon
5. Volume followed by colon
6. Initial and final page

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

Citation of monographs and books:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Publishing company
4. Locations of publishing company
5. Year in parentheses
6. Indication of pages (from - until)

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

Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens, Fassbaender Verlag, Wien (1989), ISBN 978-3-900538-17-0

Aus der Reihe Medizin und Ethik

Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), Leben – Sterben – Euthanasie?, Springer Verlag, Wien (2000), ISBN 978-3-211-83525-8

Mayer-Maly T., Prat E. H. (Hrsg.), Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung, Springer Verlag, Wien (1998), ISBN 978-3-211-83230-1

Schwarz M., Bonelli J. (Hrsg.), Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Springer Verlag, Wien (1995), ISBN 978-3-211-82688-1

Bonelli J. (Hrsg.), Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, Springer Verlag, Wien (1992), ISBN 978-3-211-82410-8

Studienreihe

Nr. 6: Moritz B., Moritz H., Über Naturgesetze und Evolution. Ein Beitrag zu einem interdisziplinären Dialog (2007), ISBN 978-3-85297-004-2

Nr. 5: Sexuaufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken (2005), ISBN 978-3-85297-003-5

Nr. 4: Rhonheimer M., Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen

Staat“ (1996), ISBN 978-3-85297-002-8

Nr. 3: Rhonheimer M., Sexualität und Verantwortung (1995), ISBN 978-3-85297-001-1

Nr. 2: Schwarz C., Transplantationschirurgie (1994), ISBN 978-3-85297-000-4

Nr. 1: Rella W., Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts (1994), ISBN 978-3-900538-48-4

IMABE-Info (Download: www.imabe.org)

2012: Präimplantationsdiagnostik

2011: Nr. 1: Die „Pille“ vs. Natürliche Empfängnisregelung, Nr. 2: Neurowissenschaft, Nr. 3: Fehlerkultur in der Medizin

2010: Nr. 1: Sucht und Alkohol, Nr. 2: Die Pille danach, Nr. 3 und 4: AIDS

2009: Nr. 1: Grenzen der Sozialmedizin, Nr. 2: Familie und Krankheit, Nr. 3: Burnout

2008: Nr. 1: Ethik in der Schönheitsmedizin, Nr. 2: Der ethische Ruf der Pharmaindustrie, Nr. 3: Stammzellen, Nr. 4: Gender

2007: Nr. 1: Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten, Nr. 2: Placebo, Nr. 3: Präimplantationsdiagnostik

2006: Nr. 1: Klonen, Nr. 2: IVF

2005: Nr. 1: Sinnorientierte Medizin, Nr. 2: Risiken der späten Schwangerschaft

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen, Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

Vorschau

Imago Hominis · Band 20 · Heft 2/2013

Schwerpunkt: Grenzfälle in der Neurologie

Editorial	3	
Current Issues	6	Bergund Fuchs A Bad Compromise: The German Federal Assembly Signs off on Marginal Changes in PID Ruling
	10	Susanne Kummer Gendercide: Selective Abortion of Girls - a Global Problem
Focus	13	Markus Schwarz Challenges for Hospital Managers
	21	Max Laimböck Conflicts between Hospital Management and Medical Doctors
	31	Christian Erk Social Justice Considerations in Health Care
	43	Wolfgang Huber, Johannes Bonelli Humanity and Efficiency in Medicine
News	51	
Journal Review	57	
Book Reviews	59	