

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Fortschritte der Kardiologie: Ethische und ökonomische Aspekte

Just H

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology* 2010; 17
(3-4), 80-84

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Fortschritte der Kardiologie: Ethische und ökonomische Aspekte*

H. Just

Kurzfassung: Fortschritte der naturwissenschaftlich-technischen Medizin, Entwicklung des Rechts- und Sozialstaats sowie die Ökonomisierung der Medizin haben zu einer Krise der Medizin geführt. Am Beispiel der Kardiologie werden Unsicherheit und Gefährdung des ärztlichen Auftrags und der Verlust an Unmittelbarkeit in der Arzt-Patienten-Beziehung deutlich. Die Erfolge in Diagnostik und Therapie sind nicht nur teuer. Wir vergessen darüber auch die geisteswissenschaftlich-theologischen Wurzeln der Medizin. An den Grenzen des Lebens verstummt das Gewissen. Wie soll der moderne Arzt die den Kranken bedrängende Frage nach dem Sinn beantworten? Anspruchsdenken und falsch verstandene Autonomie stellen den Arzt vor schwie-

rige Entscheidungen. Schließlich gefährdet die zunehmende Dominanz wirtschaftlicher Aspekte Integrität und Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen. Eine Rückbesinnung auf die über 2000-jährige Entstehungsgeschichte der abendländischen Medizin aus Antike, Christentum und Aufklärung ist dringlich geboten.

Abstract: Medical Progress: Ethical and Economical Aspects. Scientific and technological progress of medicine have not only brought about tremendous success, but also a crisis of medicine altogether. Definitions of the physicians' tasks and duties are as urgently needed as of the limitations of medical decisions at the borders of life. Misunderstanding or

overinterpretation of the patients' autonomy endangers the patient-physician relationship. Current economisation of medicine impairs independence of decisions and further. The highly technical field of cardiology would seem well suited for reevaluation of our situation because here direct contact with the patient and his/her involvement in any decision is predominant. Physician's indispensable virtues have stood the test of time looking back into 2500 years of European history of medicine from Hippocratic antique and Christianity, to modern secularisation. Today we still have a unique patient-oriented medicine, next to the university the most important export of Europe to the world, but we are about to lose it. **J Kardiolog 2010; 17: 80–4.**

■ Einleitung

Kardiologie und Kardiochirurgie haben in den vergangenen Jahrzehnten außerordentliche Fortschritte gemacht. Die rheumatische Herzerkrankung mit den nachfolgenden Herzklappenfehlern ist in Mitteleuropa dank besserer Hygiene und antibiotischer Therapie nahezu verschwunden. Die Überlebenschancen von Patienten mit koronarer Herzkrankheit, Angina pectoris und Myokardinfarkt haben sich durch Herzkatheterdiagnostik und -therapie sowie die Bypasschirurgie und neue Pharmaka drastisch verbessert. Die Behandlung von Herzrhythmusstörungen hat durch neue Pharmaka, den Herzschrittmacher seit 1958 und seit 1998 die implantierbaren automatischen Kardioverter-Defibrillatoren sowie die neue kathetertechnische Ablationstherapie früher ungeahnte Möglichkeiten erhalten. Die Kardiochirurgie hat mit dem Klappenersatz, der Korrektur angeborener Herz- und Gefäßmissbildungen, der aortokoronaren Bypassoperation, der Herztransplantation und der Entwicklung des Kunstherzens vielen früher verlorenen Patienten neues Leben und bessere Qualität des Lebens verschafft.

Diese Fortschritte haben jedoch nicht nur neue ethische Fragen und Kritik aufgeworfen. Selbst Integrität und Menschlichkeit der modernen Medizin werden infrage gestellt. Nicht nur das „Neue“, auch die Machbarkeit beunruhigt, führt zu Wünschen, Erwartungen und Bedenken. Dies wird an den

Grenzen des Lebens besonders deutlich. Auch die Organtransplantation fordert besondere Rücksichten und sorgfältiges Abwägen. Ähnlich die Intensivmedizin, die im Gegensatz zu ihren außerordentlichen Leistungen und ihrer Akzeptanz durch die Patienten selber in der Öffentlichkeit das schreckliche Etikett der „Apparatemedizin“ erhalten hat. Wir selber haben oft genug durch unüberlegten Einsatz, mangelndes Einfühlungsvermögen und unzureichende Information der Patienten und ihrer Angehörigen zu Kritik Anlass gegeben.

Ebenso haben die ökonomischen Folgen des Fortschritts Konsequenzen für Patient, Arzt und das Gesundheitswesen insgesamt. Zwar können wir den Patienten mehr Lebensjahre, oft auch Lebensglück und bessere Leistungsfähigkeit verschaffen. Die Kosten für die hochtechnisierte Medizin aber haben die Kosten für das Gesundheitswesen so erheblich erhöht, dass sie weder von dem einzelnen Kranken noch vom Solidarsystem der Gemeinschaft ohne schwerwiegende Einschnitte getragen werden können. Auch hier hat mangelnde Sensibilität und Selbstbescheidung Anlass zu berechtigter Kritik gegeben.

Jeder Arzt sieht sich heute in seiner täglichen Arbeit mit neuen, oft schwer beantwortbaren ethischen und ökonomischen Fragen oder gar Konflikten konfrontiert. Der Berufsstand als Ganzes ist im Wandel. Die Orientierung für jeden Einzelnen ist zu einer schwierigen Aufgabe geworden, wenn er nicht einfach zum gedankenlosen Erfüllungsgehilfen des technischen Fortschritts und der Vorgaben aus Politik und Öffentlichkeit werden möchte. Er muss aktiv seinen Standort bestimmen. Wir sehen uns vor *Immanuel Kant's* klassische 3 Fragen gestellt:

1. Was kann ich tun?

Die Antwort auf diese Frage muss angesichts des rasanten Fortschritts täglich neu gestellt werden. Sie wird Fragen nach neuen Techniken und Möglichkeiten, wie auch der Zumutbarkeit und der Finanzierbarkeit, berücksichtigen müssen.

* Nach einem Vortrag, gehalten an der Medizinischen Universität Graz am 4. Oktober 2008.

Eingelangt und angenommen am 4. November 2009.

Aus der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg i. Br.

Korrespondenzadresse: Prof. em. Dr. med. Dr. h. c. Hanjörg Just, ehem. Ärztl. Direktor der Abteilung Kardiologie, Angiologie der Medizinischen Universitätsklinik, Albert-Ludwigs-Universität, Haus zur Lieben Hand, D-79098 Freiburg, Löwenstraße 16; E-Mail: hanjoerg.just@uniklinik-freiburg.de

2. Was darf ich tun?

Das, was dem Patienten nützt und ihm und seinem Umfeld zumutbar ist, steht im Vordergrund. Im Hintergrund stehen das immer komplizierter werdende Rechtssystem und die intensive neuzeitliche Ethikdiskussion. Grundlage ist immer noch die Tradition der abendländischen Medizin und damit unser Gewissen, wie später zu besprechen sein wird. Neuerdings werden unter dieser Frage auch ökonomische Gesichtspunkte diskutiert.

3. Was soll ich tun?

Diese Frage richtet sich unmittelbar an den Arzt. Er muss sie aus genauer Kenntnis des Kranken und seines Umfeldes, der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und der rechtlichen und ethischen Vorgaben beantworten. Die Antwort ist die Synthese aus den Fragen 1 und 2.

Aristoteles stellt in seiner „Nikomachi'schen Ethik“ fest, dass die ärztliche Ethik einfach sei, jedoch seien die Wege zum Ziel schwierig. Heute ist schon die ethische Orientierung schwierig. Der Fortschritt bedingt zugleich die Krise der Medizin: Er fordert den Arzt in mehrfacher Hinsicht heraus. Die Technik entfernt den Arzt direkt wie indirekt von seinem Patienten. Die Spezialisierung der Medizin erschwert dem Patienten die Orientierung. Unter der Vielzahl der um ihn bemühten Personen kann er seine Bezugsperson, seinen Arzt, oft gar nicht mehr identifizieren. Verlängertes Leben mit chronischer Krankheit, implantierten Geräten, transplantierten Organen oder Abhängigkeit von technischem Gerät führt zwangsläufig immer häufiger zu ethisch schwierigen Entscheidungssituationen.

Die Möglichkeiten und Erfolge der neuen Medizin haben eine neue „Ethik des Heilens“ hervorgebracht. Der Arzt ist zum Erfolg verurteilt. Misserfolge werden der Medizin oder dem Arzt angelastet. „Nur wer heilt, hat Recht“. Patienten mit nicht-behandelbaren Krankheiten oder chronischen Leiden werden ausgegrenzt mit einem negativen Akzent versehen.

Die zunehmende Ökonomisierung der Medizin hat gerade hier zu besonderen Belastungen des Arztes geführt. Darüber hinaus entfremdet sie den Arzt von seinem Auftrag, wenn sie ihn nicht gänzlich ignoriert.

Die Öffnung der Medizin zur Öffentlichkeit, auch die freie Verfügbarkeit medizinischer Informationen über das Internet, hat für Gesunde und Kranke, die sich mit diesen Informationen zwar viel Wissen, aber immer nur ein Teilwissen erwerben können, nicht nur Gewinn gebracht. Sie kann die ärztliche Arbeit und den Dialog mit dem Patienten erleichtern, kann aber auch zu einer Belastung, ja zu einer Herausforderung für den Arzt werden. Auch hier kann der ärztliche Auftrag unklar werden.

■ These

Meine These angesichts dieser vielfachen Herausforderungen des Arztes lautet: Die Begründung ärztlichen Handelns ist heute unklar. Die Determinanten ärztlichen Handelns müssen neu definiert werden. Die naturwissenschaftliche Medizin vergisst über ihren Fortschritten und Erfolgen ihre geisteswissenschaftlich-theologischen Wurzeln. Die Naturwissenschaft

ten faszinieren mit Klarheit und immer neuen Erfolgen. Sie können aber Fragen nach dem Sinn nicht beantworten. Krankheit und Tod aber werfen diese Fragen zwangsläufig auf und fordern ihre Beantwortung durch den Arzt.

Die Ethikdiskussion ist daher von lebenswichtiger Bedeutung für den Arztberuf. Denn Aufklärung, Säkularisation und Kulturkampf haben die Rolle und Bedeutung des christlichen Glaubens für die Beantwortung der täglichen Fragen in den Hintergrund treten lassen. Andererseits müssen wir uns aber auch vor einer Formalisierung und Institutionalisierung der Ethik hüten: Gar zu leicht werden dann Nachdenken und Verantwortung dem Ethiker übertragen und die Stimme des eigenen Gewissens wird leiser.

Wir müssen unser tägliches Handeln durch innere und äußere Moralität begründen. Woher aber kommen unsere heutigen moralischen Werte? Entstammen sie dem Naturrecht oder der Bibel? Der christliche Glaube ist eine dem Naturrecht besonders nahe Religion. Oder stammen die moralischen Werte aus der Evolution, gedeutet durch die Verhaltensbiologie? Oder leitet uns das Rechtssystem? Das aber kann trotz immer weiterer Differenzierung selbstverständlich nur Teilfragen beantworten. Oftmals werden die Wissenschaft oder gar demokratische Mehrheitsentscheidungen als Quellen moralischer Wertbestimmungen angeführt, was aber natürlich absurd ist.

■ Konfliktsituationen

Ich möchte nun an 3 exemplarischen Fällen typische Konfliktsituationen unserer Zeit herausstellen:

1. Konfliktsituation

Ein 27-jähriger, ausländischer Drogenhändler ist wegen schwerster krimineller Vergehen inhaftiert. Im Gefängnis erkrankt er an Leukämie und wird in unser Klinikum übernommen. Wegen schwerster Komplikationen wird er auf die Intensivstation verlegt. Dort treten Sepsis, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen und Multiorganversagen auf, Intubation und Beatmung werden notwendig. Die aufwendige Behandlung beansprucht den am Jahresende nahezu erschöpften Etat. Ärzte, Schwestern und Pfleger der Intensivstation wenden sich gegen die weitere Behandlung mit der Begründung, dieser Schwerekriminelle habe Kinder zum Drogenkonsum verführt und so deren Zukunft zerstört, anderen Menschen direkt das Leben genommen und beanspruche nun Ressourcen, die anderen, weniger belasteten Kranken mit viel besseren Erfolgsaussichten zugute kommen könnten.

Nach einer Besprechung mit allen Beteiligten wurde die Behandlung einvernehmlich fortgeführt. Trotz aller Bemühungen verstarb der Patient im weiteren Verlauf.

Fazit: Die Aufgaben des Arztes und des Pflegepersonals sind eindeutig: Alle Kranken müssen entsprechend ihrer Krankheit mit den zur Verfügung stehenden Mitteln behandelt werden. Entscheidungen können nicht von Alter (siehe unten), Geschlecht, Rasse oder dem Verhalten gegenüber dem Rechtssystem oder der Gemeinschaft abhängig gemacht werden. Differenzierungen nach „Qualitäten“ oder „Lebenswert“ sind nicht zulässig. Auch Etatprobleme dürfen in die Behand-

lunftsentscheidungen nur soweit einfließen, als sie den Einsatz wichtiger Maßnahmen oder Medikamente nicht beeinträchtigen. Alles andere fällt unter den Begriff der Triage, diese darf nur in Notsituationen zur Anwendung kommen. Etat- und Finanzierungsprobleme müssen auf anderer Ebene gelöst werden. Sie gehören nicht zu den Primäraufgaben des Arztes und des Pflegepersonals, abgesehen von einem generell sparsamen Umgang mit den vorhandenen Mitteln.

2. Konfliktsituation

Die Problematik der Eingriffe bei betagten Patienten soll an 2 Patienten erörtert werden.

1. Patient: 94 Jahre alt, Aortenstenose, 0,5 cm² Öffnungsfläche, Angina pectoris und Synkopen.

In dieser Situation war bislang der operative Ersatz der Klappe mittels Herz-Lungen-Maschine durch eine Bioprothese in Abhängigkeit vom Ergebnis der Nutzen-Risiko-Abwägung der einzige Weg. Heute ist der transkutane kathetertechnische Klappenersatz durch apikalen Zugang im Operationssaal oder durch femoralen Zugang im Herzkatheterlabor in OP-Bereitschaft möglich, wie er ja auch in Graz praktiziert wird. Damit können auch hochbetagte Menschen mit Aortenstenose mit wesentlich geringerem Risiko von ihren Symptomen befreit werden. Die Nutzen-Risiko-Abwägung ist leichter geworden; die oft schwierige Entscheidung bei Hochbetagten zwischen Symptomlinderung vs. Lebensverlängerung stellt sich nicht mehr. In Grenzfällen kann der Symptomlinderung Vorrang eingeräumt werden, wie der folgende Fall zeigt.

2. Patient: 76 Jahre alter Mann mit koronarer Herzkrankheit, 3-fach-Bypass-OP, vielfachen Katheterballon-Dilatationen und dennoch Angina pectoris, Kolonkarzinom mit Anus praeter, Lungenmetastasen, Pleuraempyem, Prostatakarzinom.

Die einzige Möglichkeit zur Linderung der extremen Belastung durch die häufige, bei geringsten Anlässen auftretende schwerste Angina pectoris war eine abermalige, nunmehr 14. PTCA unter schwierigsten äußeren Umständen. Trotz des Alters und trotz des erhöhten Risikos bei ungünstiger Gesamtprognose haben wir uns allein aus symptomatischer Indikation für den neuerlichen Eingriff entschieden.

Fazit: Eingriffe im Alter erfordern immer eine besondere Nutzen-Risiko-Abwägung. Auch jenseits des 75.–80. Lebensjahres, unter Berücksichtigung des biologischen Alters, werden Eingriffe aus symptomatischer Indikation selbstverständlich vorgeschlagen und durchgeführt, auch wenn sie mit erhöhtem Risiko verbunden sind. Behandlungsmaßnahmen aus prognostischer, d. h. lebensverlängernder Indikation werden dagegen nicht mehr oder nur vorgeschlagen, wenn sie mit sehr geringer Akut- und Langzeitbelastung verbunden sind, z. B. Herzschrittmacherimplantation oder Stentimplantation, bzw. wenn dringender Lebenswunsch besteht. Sehr genaue Kenntnis des Patienten und seines Umfeldes ist Voraussetzung.

3. Konfliktsituation

Der Wille des informierten Patienten ist maßgebend für die Entscheidungen und das schlussendliche Vorgehen des Arztes. Die ärztlichen Pflichten können solchen Wünschen

jedoch auch entgegenstehen, rechtliche Vorgaben müssen beachtet werden. Dies soll an 2 Fällen erläutert werden:

1. Fall: 46 Jahre alter Geschäftsmann, gesund, Hypercholesterinämie. Wegen unklarer Thoraxbeschwerden Koronarangiographie: Koronararterien vollständig frei. Der Patient verlangt dennoch eine Bypassoperation mit der Begründung, dass der vordere absteigende Ast der linken Koronararterie eine Prädispositionsstelle für die Entstehung von Stenosen sei und dass solche, wenn sie denn vorkämen, an diesem Ort besonders gefährlich seien.

Selbstverständlich haben wir eine solche Operation abgelehnt. Ein Jahr später stellte er sich zur Behandlung der Hypercholesterinämie wieder vor. Er hatte andernorts einen Herzchirurgen gefunden, der seinem Wunsch entsprochen und einen A. mam. Int.-Bypass auf den gesunden R. interventric. ant. angelegt hatte.

Fazit: Unsere Ablehnung des Eingriffs war korrekt. Der Arzt handelt aufgrund seiner Sachkenntnis und nach wohl abgewogener Indikation. Der Wunsch des Patienten zu einem Eingriff ohne Indikation ist unärztlich und stellt überdies den Tatbestand der Körperverletzung dar und ist als solcher strafbewehrt.

2. Fall: 97 Jahre alte Patientin, Herzschrittmacherträgerin seit 12 Jahren wegen AV-Blocks und intermittierenden Vorhofflatterns. Jetzt Ösophaguskarzinom, erfolgreich operiert, danach aber fortschreitende Demenz und allgemeiner körperlicher Verfall. In diesem Prozess wird eine Erschöpfung der Schrittmacherbatterie festgestellt, das Aggregat soll ausgetauscht werden. Die Patientin hatte aber eine tragfähige Patientenverfügung, wonach technische Behandlungsmöglichkeiten, die nicht zu einer wesentlichen Besserung des Krankheitszustandes führen können, nicht gemacht werden sollten. Infolgedessen wurde der Schrittmacher nicht ausgetauscht. Innerhalb von knapp 3 Monaten trat er Tod ein.

Fazit: Der Wille des Patienten ist oberstes Gebot. Dieser Wille kann, wie wir gesehen haben, nicht zu ärztlich nicht-indizierten Eingriffen führen. Aber der Wunsch des Patienten auf Unterlassung bestimmter ärztlich indizierter Maßnahmen, auch dann, wenn er im Zustand der eigenen Entscheidungsunfähigkeit nur durch eine Patientenverfügung dokumentiert ist, muss respektiert werden. Dies gilt auch dann, wenn die Unterlassung die Lebenserwartung und damit in diesem Falle das Leiden verkürzt. Voraussetzung ist allerdings, dass die Patientenverfügung als mutmaßlicher Wille des Patienten bewertet werden kann (neueren Datums, glaubwürdig und klar formuliert, persönlich unterschrieben, von Zeugen oder Anwalt gegengezeichnet).

Grenzsituationen sind häufig. Für schwierige Fälle haben wir am Universitätsklinikum in Freiburg das sogenannte „Ethik-Konsil“ beim „Zentrum für Ethik und Recht in der Medizin“ eingerichtet. Dieses steht 24 Stunden zur Verfügung und kann auf Anforderung der Ärzte, des Pflegepersonals oder auch der Patienten und/oder deren Angehörigen einberufen werden. Die Beratung – keine Entscheidung! – des oder der behandelnden und letztlich entscheidenden Arztes/Ärzte erfolgt je

nach Situation durch ein je nach Situation unterschiedlich zusammengesetztes Team von erfahrenen Klinikern, Juristen, Theologen und Ethikern. Wenn möglich, wird der Patient selbst befragt. Zur Beratung werden der Pflegedienst, ev. auch Angehörige hinzugezogen. So kann dem behandelnden Arzt die Last der Verantwortung erleichtert, die Rechtslage geklärt und manchmal auch ein Konflikt aufgelöst werden. Während meiner Amtszeit wurde das Ethik-Konsil von nahezu allen Kliniken unseres großen Universitätsklinikums im Jahresdurchschnitt ~1x/Woche in Anspruch genommen. Auch auswärtige Einrichtungen, Krankenhäuser, Pflegeheime und Praxen wurden beraten. Die Mitglieder arbeiten ehrenamtlich; grundsätzlich werden keinerlei Gebühren berechnet. Das 1999 begonnene Modell hat Nachahmer gefunden und wird vielerorts in verschiedenen Varianten praktiziert.

■ Grundlagen ärztlichen Handelns

Zunächst behandeln wir die Frage nach dem Ursprung der Moralität, die für das ärztliche Handeln maßgebend ist.

Die abendländische Medizin ist in ihrer Zuwendung zum Menschen und ihren außerordentlichen Erfolgen ein einmaliger Schatz der Menschheit und Verpflichtung für jeden einzelnen von uns. Sie gründet auf im Wesentlichen 3 Wurzeln:

1. Die Erbschaft der Antike

Die hippokratische Medizin verpflichtet uns dem Kranken: Sein Leiden ist zu lindern und seine Würde zu achten. Leben muss immer erhalten werden. Keinesfalls darf der Arzt töten. Weiterhin soll der Arzt die medizinische Kunst und das Wissen mehren und weitergeben sowie seine Lehrer achten.

2. Das Christentum

Christus lehrt uns, dass der Mensch Gottes Ebenbild sei. Er hat Würde ohne Ansehen der Person oder des Standes. Jeder, ob Bürger oder Sklave, hatte nun den gleichen Anspruch. Christliche Barmherzigkeit und Hoffnung waren durch das gesamte Mittelalter hindurch bis in die heutige Zeit maßgebend für Behandlung und Versorgung der Armen und Kranken und tragendes Element der Medizin.

Das Christentum hat uns ferner die lineare Zeit gelehrt, nämlich den Anspruch, dass wir auf Erden eine Aufgabe zu einem höheren Ziel zu erfüllen haben. Diese jedem gestellte, eschatologische Aufgabe hat zum Aufbau der Kranken- und Armenpflege, wie auch zur Entwicklung von Schulen und Universitäten, Bildung, Wissenschaft und Technik geführt.

3. Die Aufklärung

Sie hat schließlich den Weg zum rasanten Aufstieg von Naturwissenschaft und Technik in der Medizin frei gemacht. Die Aufklärung hat die Medizin von der Metaphysik frei und die naturwissenschaftliche Medizin möglich gemacht. Sie hat das an den Rechten des Individuums orientierte, moderne Rechtssystem als Grundlage des heutigen demokratischen Staatswesens hervorgebracht und die außerordentlichen Fortschritte der vergangenen 200 Jahre ermöglicht. Die politische Umstrukturierung mit Aufhebung der Dominanz der Kirchen in den genannten Gebieten mit der Säkularisation hat der gesamten Entwicklung den Namen gegeben.

Mit diesem Fortschritt beginnt sich nun aber auch die Orientierung der Medizin an der „inneren“ und „äußeren“ Moralität zu lockern. Die rezente Ökonomisierung bringt ein merkantiles Element in den ärztlichen Alltag, die zunehmend differenzierte Rechtsprechung birgt die Gefahr einer Entpersönlichung der Medizin in sich. Oftmals missverstandene Freiheit oder Autonomie des Individuums fördern Anspruchsdenken auf beiden Seiten, sowohl beim Kranken wie auch dem Arzt.

■ Was können wir tun?

Kant's kategorischer Imperativ „Handle so, dass die Maxime Deines Handelns jederzeit zum allgemeinen Gesetz werden kann“ bezieht die Freiheit auf das „Aufeinander-angewiesen-Sein“ und verhindert Anspruchsdenken. Kant's Wort von dem „gestirnten Himmel über mir und dem Gesetz in mir“ ermöglicht auch dem säkularen Menschen, die Bewunderung der Schöpfung mit Bescheidenheit und Demut zu verbinden und die Stimme des Gewissens vor allem Handeln wahrzunehmen. Alle die genannten Eigenschaften zähle ich zu den Voraussetzungen, die ein guter Arzt mitbringen muss. Die Kraft zur beständigen Zuwendung und zur Vermittlung von Hoffnung aber gewinnt er aus dem christlichen Erbe. So wird er auch frei von den Verlockungen der eingangs erwähnten „Neuen Ethik des Heilens“ und versteht Krankheit als Teil unseres Menschseins. Vergessen wir nicht, dass Homer blind und Beethoven taub waren und Hawking gelähmt ist.

Jeder, besonders der chronisch Kranke, braucht die volle Zuwendung und den vollen Einsatz des Arztes. Oftmals sind die einfachen Mittel des Gesprächs und der klinischen Untersuchung ausreichend, ja die entscheidende Hilfe. Diese einfachen Mittel geraten in einer Zeit zunehmender Technisierung immer mehr in den Hintergrund und schlagen unter ökonomischen Gesichtspunkten als Einnahmeposten nicht zu Buche. Sie sind auch keine nachprüfbaren Dokumente bei etwaigen rechtlichen Auseinandersetzungen. Sie sind jedoch immer verfügbar, verschaffen rasch diagnostische Übersicht und Sicherheit, können die Bindung zwischen Arzt und Patient stärken und schärfen die Sinne. Zugleich sind sie wirksamstes Hilfsmittel zur Begrenzung der Kosten der modernen Medizin. Gerade in der Kardiologie kann die ganz überwiegende Mehrzahl der Diagnosen (nach vorliegenden Studien um 80 %) mit hinreichender Genauigkeit für die anstehenden therapeutischen Entscheidungen und zur Kontrolle der Therapie aus Anamnese und sorgfältiger körperlicher Untersuchung gestellt werden. Die Ergebnisse sind sogar weitgehend quantifizierbar. Wir müssen es nur wollen, bewusst praktizieren und die technischen Möglichkeiten dazu benutzen, die Aussagen von Inspektion, Palpation und Auskultation zu validieren und quantitativ zu bewerten.

Schließlich müssen wir mit der Juridifizierung und Ökonomisierung der Medizin fertig werden. Hier dringen in die Medizin fremde Elemente des Denkens und Handelns ein. Wir können nur für Verständnis werben und durch persönliches Vorbild Politik und Administration zu überzeugen suchen. Unsere Welt braucht eine erneuerte Kultur des Vertrauens und Gewissens. Vielleicht kann das Beispiel der Medizin mit der Besinnung auf das großartige Erbe und Vermächtnis Europas aus der Freiheit von Antike, Christentum und Aufklärung dazu beitragen.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung