

Medizin der Person

68. Internationale Tagung

27. bis 30.07.2016

GB – PILGRIM HALL

Vortrag 3

Dr Klaus AMMANN (CH)

29/07/2016

Im Spannungsfeld zwischen Patientinnenautonomie und Ökonomie

Controversy between Patient's Autonomy and Economics

Comment concilier l'autonomie du patient et l'économie

1. Einleitung	2
2. Zu meiner Untersuchung von Spital-Leitbildern	2
3. Ethische Aspekte in Leitbildern für Unternehmen	3
4. Ethische Aspekte in Leitbildern für Spitäler	3
4.1. Die vier moralischen Prinzipien von Beauchamp and Childress	4
4.2. Die Prinzipien von Beauchamp und Childress in den ausgewählten Spital-Leitbildern	5
4.2.1. Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie.....	5
4.2.2. Das Prinzip des Nicht-Schadens.....	7
4.2.3. Das Prinzip des Wohltuns.....	7
4.2.4. Das Prinzip der Gerechtigkeit	8
5. Ökonomische Aspekte in den ausgewählten Spital-Leitbildern	8
6. Zusammenfassung der Ergebnisse	8
7. Fazit	9

1. Einleitung

Die valvuläre Aortenstenose ist die häufigste Herzklappenerkrankung in Europa und Nordamerika. Sie erscheint vorwiegend als verkalkte Klappe, bei Leuten über 65 Jahren in 2-7 % der Bevölkerung. So beschäftigte mich diese Erkrankung in meiner kardiologischen Praxis öfters. Das charakteristische dumpfe Rollen, das ich mit der Hand auf dem Brustkorb spürte und mit dem Stethoskop hörte, weckte stets meinen Verdacht auf eine signifikante Stenose. Nach den Untersuchungen, u.a. einer Echokardiographie, welche den Schweregrad der Klappenverengung rasch abschätzen lässt, folgten jeweils längere Gespräche mit den Patientinnen über die künftige Behandlung. Die Richtlinien sprechen bei einer Klappenöffnungsfläche von 0.8 cm^2 – indexiert bezogen auf die Körperoberfläche von $0,6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ BSA – klar von einer schweren valvulären Aortenstenose. Für die schwere Aortenklappenstenose ist der Klappenersatz die empfohlene Therapie. Der Eingriff verspricht ein verlängertes und qualitativ verbessertes Leben. Somit wäre das Procedere klar gegeben – ist es das wirklich? Wie reagiert und entscheidet die Patientin? Was sind ihre Präferenzen? Je nach Alter dürften ihre Wünsche unterschiedlich sein.

Solche Fragen beschäftigten mich während meiner Praxistätigkeit sehr. Sie motivierten mich, nach Aufgabe der Praxis, einen Weiterbildungsstudiengang in Angewandter Ethik zu absolvieren. Neben den philosophischen Grundlagen studierten wir in verschiedenen Modulen ethische Fragen zu Bioethik, Klinischer und Pflegeethik, Wirtschaftsethik, Umweltethik und Ethik des Politischen. Im Bereich Bioethik verfasste ich meine Masterarbeit, die ich nun vorstellen möchte. Dabei gilt mein besonderes Augenmerk der Thematik unserer Tagung "Wer entscheidet über die Behandlung? Arzt, Patient oder...?"

2. Zu meiner Untersuchung von Spital-Leitbildern

Nachdem SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) – das Schweizer Fallpauschalen-System – eingeführt ist und die Defizitgarantien durch die Kantone abgeschafft sind, ist mehr Wettbewerb unter den Spitälern zu erwarten. Eine Studie zu Veränderungen in Schweizer Universitätsspitälern beschreibt die neue Situation folgendermassen: „Die Unternehmensstrategie ist für Leitungsgremien öffentlicher Spitäler ein neues Thema. Es ergänzt die traditionellen Bemühungen um Infrastruktur, Weiterbildung und medizinische Leistungsfähigkeit. Zugrunde liegen begründete Sorgen, dass das medizinisch Mögliche nicht mehr zu finanzieren sei und deshalb nicht alle Spitäler, Kliniken und Abteilungen überleben könnten.“ Entsprechend werden die Spitäler mit verstärkter Öffentlichkeitsarbeit – unter anderem in ihren Leitbildern – um Patientinnen werben. Patientinnen und Öffentlichkeit sollen den Leitbildern entnehmen können, was sie von den entsprechenden Institutionen erwarten dürfen.

Spital-Leitbilder müssen dem Umgang mit Menschen im Kontext von Gesundheit, Krankheit und Tod Rechnung tragen, das heisst, die Arbeit im Spital sollte bestimmten moralischen Grundsätzen genügen. Die beiden US-amerikanischen Philosophen Tom L. Beauchamp und James F. Childress haben die Prinzipien Respekt vor der Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit erarbeitet und 1977 erstmals veröffentlicht. Anhand der vier Prinzipien untersuche ich die Leitbilder von fünf Deutschschweizer Spitälern auf ihren moralischen Gehalt. Anschliessend gehe ich den wirtschaftlichen Aussagen der Leitbilder nach und überprüfe meine ursprüngliche Annahme, das Patientinnenwohl stehe an erster Stelle. Ich frage, welche ethisch relevanten Aspekte allenfalls vermehrt beachtet werden sollten, damit Wirtschaftlichkeit immer eindeutig im Dienst des Patientinnenwohls steht.

Schweizer Spitäler werden, wie bereits einleitend bemerkt, immer deutlicher zu wettbewerbsorientierten Unternehmen: Aus Patientinnen werden Kundinnen. Durch Spezialisierung und Konzentrierung des medizinischen Angebots soll die Effizienz der Tätigkeiten im Spital gesteigert werden, um die Wirtschaftlichkeit zu fördern. Wirtschaftliche Anreize und unternehmerisches Handeln führen zu einer Ökonomisierung der Medizin und sollten schliesslich die Kosten senken. Diese Richtung gibt auch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vor: Damit die Krankenpflegeversicherung Kosten medizinischer Leistungen übernimmt, müssen diese nicht nur wirksam und zweckmässig, sondern auch wirtschaftlich sein.

Ökonomisierung muss sich nicht unbedingt negativ auf die medizinische Tätigkeit auswirken, sie kann durchaus auch hilfreich sein. Der Medizinethiker Arne Manzeschke hält, in Anlehnung an den Schweizer Theologen Arthur Rich, ökonomisch interessante Handlungen dann für ethisch vertretbar, wenn sie das Sachgemässe und das Menschengerechte beachten. Das Sachgemässe sei das Objektive, es beschreibe und erkläre, wie etwas sei, wie es sich verhalte, wie es funktioniere. Das Menschengerechte schreibe normativ vor, wie etwas sein, sich verhalten und funktionieren sollte. Insofern bestimme es inhaltlich konkret die Menschenrechte, denen in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der UNO universale Anerkennung zukomme. Es gilt nun, gemäss Manzeschke, Sachgemässes von Sachzwängen zu unterscheiden, sich aus ethischer Perspektive die Freiheit zu bewahren, sogenannte Eigengesetzlichkeiten des Wirtschaftens nicht als quasi naturgesetzlich sondern als Sachzwänge zu identifizieren und zu hinterfragen.

Wenn Ökonomisierung der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit hilft, Prozesse und Strukturen im Spital so zu organisieren, dass die Professionellen ihre Kompetenzen möglichst effektiv zu Gunsten der Patientinnen einsetzen können, sind das Sachgemässe und das Menschengerechte berücksichtigt.

3. Ethische Aspekte in Leitbildern für Unternehmen

Allgemein formuliert sind Leitbilder schriftliche Erklärungen von Organisationen zu ihrem Selbstverständnis und ihren Grundprinzipien. Leitbilder sollen für die Mitarbeitenden und die Organisation als Ganze richtungweisend sein und motivierend auf sie wirken. Die normative Funktion von Leitbildern umschreiben die Wirtschaftsethiker Thomas Maak und Peter Ulrich folgendermassen: „Ein Ethikkodex/Code of Conduct formuliert die in der Unternehmensethik verwurzelten Werte und die für alle Mitarbeitenden verbindlichen Normen verantwortlichen Handelns. Er soll dabei gleichermassen grundlegend wie klar und konkret sein und, als ‚Living Document‘ partizipativ erstellt, regelmässig auf seine Stimmigkeit hin überprüft und durch klare Massstäbe als verbindlich etabliert werden“.

Verantwortliches – ethisches – Verhalten ist nach den Wirtschaftsethikerinnen Linda Treviño und Katherine Nelson nicht nur vorteilhaft für gelingendes Geschäftsgebaren, sondern essenziell. Auch Adam Smith, dessen Werk ‚Wealth of Nations‘ gerne zitiert wird, um den freien Markt möglichst ohne Regulationen zu rechtfertigen, betont in ‚The Theory of Moral Sentiments‘, dass der Mensch grundsätzlich empathisch ist, sich um andere sorgt, und dass ihm Liebe und Freundschaft besonders viel Freude bereiten. So eigennützig der Mensch andererseits auch sein möge, so neige er doch von Natur aus dazu, am Schicksal anderer teilzunehmen. Gutes Tun mache glücklicher als materieller Wohlstand. Tugendhafte Personen würden abwägen zwischen vernünftiger Selbstliebe, konsequenter Gerechtigkeit und Wohltun; eine ideale Gesellschaft bediene sich solcher Leute. Eine florierende, glückliche Gesellschaft gründe auf Gerechtigkeit und auf Verhaltensregeln, welche die soziale Ordnung stützen.

4. Ethische Aspekte in Leitbildern für Spitäler

Die Stakeholder in den Spitälern unterscheiden sich von den Stakeholdern in der Industrie: Ärztinnen, Pflegende, Spitalmitarbeiter in Verwaltung und Hausdienst, Spitalleitung, Spitalträger und Öffentlichkeit wollen einerseits Kranke und Verunfallte möglichst gut und fachgerecht behandeln. Andererseits machen Ökonomen auf knapper werdende Ressourcen aufmerksam, sie wollen sparen und gar Gewinn erzielen. Dieses Spannungsfeld stellt eine besondere ethische Herausforderung für die Spitäler dar:

Die *Patientinnen* möchten gut, möglichst rasch und möglichst günstig behandelt und ‚geheilt‘ werden. Sie werden heute im Durchschnitt älter, beanspruchen daher oft medizinische Leistungen über längere Zeit. Auch gewinnt, mit zunehmendem Wohlstand, die Gesundheit an Bedeutung, die entsprechenden Bedürfnisse wachsen. Hinzu kommt, dass immer bessere und umfangreichere Behandlungsmöglichkeiten verfügbar sind.

Die *Ärztinnen* sollten unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) frei entscheiden können, wie sie die einzelnen Patientinnen behandeln: „... den Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort mit der bestmöglichen medizinischen Leistung zu versorgen, ist der Leitgedanke der ärztlichen Berufsausübung.“

Die *Pflegenden* möchten die einzelne Patientin persönlich und umfassend betreuen.

Alle *Mitarbeiter* wollen in gutem Klima bei angemessener Entlohnung arbeiten.

Die *Spitalleitungen* wollen gute Leistungen mit möglichst geringen Ressourcen erbringen und mindestens kostendeckend arbeiten oder sogar Gewinn erzielen: „Zunehmender wirtschaftlicher Wettbewerb erfordert eine strategische Ausrichtung der Spitäler.“

Die *Öffentlichkeit* wünscht möglichst kostengünstige Spitäler, für welche sie möglichst wenige Steuergelder aufwenden muss, beansprucht aber im individuellen Krankheitsfall optimale, oft gar maximale Behandlung.

4.1. Die vier moralischen Prinzipien von Beauchamp and Childress

Beauchamp and Childress stellen fest, dass die Entwicklung in den biologischen und Gesundheitswissenschaften, in der biomedizinischen Technologie und entsprechend auch in den Spitälern während den letzten Dezennien die traditionelle Berufsethik der Ärztinnen und der Pflegenden vor neue Herausforderungen stellt; sie sei nicht in der Lage, auf Fragen der öffentlichen Gesundheitspolitik in einer pluralistischen Welt befriedigend zu antworten. Der hippokratische Eid, der „jahrhundertlang das Muster ärztlicher Standesethik war und als solches die berufliche Haltung von Generationen von Ärzten bestimmt hat“, vermöge verschiedene ethische Fragen nicht hinreichend zu beantworten, z.B. wenn es um informierte Zustimmung geht, um Privatsphäre, öffentliche Gesundheitsvorsorge, Zugang zu medizinischer Versorgung oder um medizinische Forschung. Auch rufe die paternalistische Orientierung des hippokratischen Eids bei Patienten-Organisationen Widerstand hervor.

Demnach sind für das Gesundheitswesen ethische Richtlinien über den hippokratischen Eid hinaus gefragt, da das berufsspezifische Wissen sowie die spezifischen Aufgaben und personalen Beziehungen auf diesem Gebiet Regeln brauchen, die andere Unternehmen nicht benötigen. Zum Beispiel appellieren leidende Patientinnen an höhere moralische Ideale wie an Barmherzigkeit und den Willen zu helfen. Beauchamp und Childress nennen fünf grundsätzliche Charaktereigenschaften (focal virtues), welche Gesundheitsfachleute überhaupt erst zu moralisch guter Pflege befähigen: Mitgefühl, umsichtiges Wahrnehmen, Glaubwürdigkeit, Integrität und Gewissenhaftigkeit.

Damit konkrete, für moralisches medizinisches Handeln hilfreiche Richtlinien erarbeitet werden können, präsentieren Beauchamp und Childress mit ihren vier Prinzipien – Respekt vor der Selbstbestimmung, Nicht-Schaden, Wohltun, Gerechtigkeit – ein Normen-Gerüst für die biomedizinische Ethik. Dabei nehmen die beiden Autoren nur partiell und selektiv Bezug auf die klassischen Theorien der Moralphilosophie (Aristotelismus, Utilitarismus, Kantische Deontologie, Diskursethik). Die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress sind einfach, verständlich und kulturell neutral; sie liefern ein basales moralisches Netz in allgemein verständlicher Sprache.

Das *Prinzip des Respekts vor der Autonomie* beinhaltet, in Bezug auf Patientinnen, dass sie selbstbestimmt, d.h. frei von Beeinflussung und adäquat orientiert, entscheiden können und dass ihre Entscheidungen respektiert werden müssen. Patientinnen können kompetent entscheiden, wenn sie transparente, für sie verständliche Erklärungen erhalten. Darauf basiert ihre informierte Zustimmung zu medizinischer Behandlung.

Das *Prinzip des Nicht-Schadens* („primum non nocere“) besagt, dass Behandelnde nicht töten, nicht Schmerzen oder Leiden zufügen, nicht schädigen, nicht beleidigen, nicht vernachlässigen, notwendige Behandlungen nicht vorenthalten, die Patientin nicht unvernünftigen Risiken aussetzen dürfen, dass sie berufliche Pflichten nicht vernachlässigen, finanzielle Erwägungen nicht über medizinische Indikationen setzen, keine unnützen Behandlungen – mit geringem, nur fraglichem oder gar keinem physiologischen Effekt – durchführen dürfen.

Das *Prinzip des Wohltuns* verlangt mehr als nicht zu schaden; das Wohltun kommt Individuen und Allgemeinheit in der Präventivmedizin, im öffentlichen Gesundheitswesen und in der medizinischen Forschung zugute. Behandelnde bemühen sich, bei möglichst geringen Kosten und kleinem Risiko den höchstmöglichen Nutzen zu erbringen. Patientinnen erwarten von Behandelnden nicht nur das obligatorische Wohltun: dass ihre Rechte geschützt und verteidigt und sie nicht geschädigt werden, dass alles, was ihnen Schaden zufügen könnte, beseitigt wird, dass man ihnen in ihren Einschränkungen beisteht und sie aus Gefahren rettet. Ideal für die Patientinnen und ihre Lebensqualität ist es, wenn man ihnen darüber hinaus mit Empathie, Nächstenliebe, Freundlichkeit und Barmherzigkeit begegnet. Wohltun ist deshalb in den erwähnten Fällen verpflichtend, es ist nicht nur eine Tugend.

Das *Prinzip der Gerechtigkeit* besagt, wie man fair (be)handelt, Ansprüche und Verdienste evaluiert, Fähigkeiten berücksichtigt, Prioritäten setzt und Ressourcen zuteilt, verteilt und rationiert. Recht auf angemessene medizinische Behandlung haben grundsätzlich alle Menschen; zumindest der Zugang zu einer begrenzten Basisversorgung sollte allen offenstehen.

4.2. Die Prinzipien von Beauchamp und Childress in den ausgewählten Spital-Leitbildern

4.2.1. Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie

Im Leitbild eines Universitätsspitals wird der Respekt vor der Autonomie der Patientin nicht explizit angesprochen. Indirekt drückt sich dieser Respekt aber darin aus, dass die Patientin als wichtige Akteurin bezüglich ihrer Gesundheit gesehen wird.

Im Leitbild einer Psychiatrischen Klinik hingegen kommt das Prinzip des Respekts vor der Autonomie der Patientin ausführlich zu Wort: Die Klinik geht von einem Menschenbild aus, das jeden Einzelnen als eigenständiges, selbstverantwortliches Mitglied seiner Umwelt versteht. Im Bewusstsein, dass jeder einzelne Mensch über sein individuelles Muster von Wahrnehmungsfähigkeit, Denken, Fühlen, Intellekt, bewusstem und unbewusstem Erleben verfügt und sich mit sich selber und anderen auseinandersetzen kann, werden die therapeutischen Bemühungen angegangen; sie gelingen nur, wenn die Autonomie der Patientin berücksichtigt wird. Die Patientin soll aber auch verstehen, dass Krankheit und Gesundheit nicht klar abgrenzbare Bereiche sondern ein Kontinuum sind, und dass kranke Anteile neben gesunden stehen, welche sich gegenseitig beeinflussen. Eine Patientin soll unter diesen Voraussetzungen und aufgrund weiterer für sie verständlicher Erklärungen einem individuellen Behandlungsplan freiwillig zustimmen können; die gewonnenen Einsichten stärken ihre Autonomie. Der Patient entscheidet, „welche der angebotenen therapeutischen Möglichkeiten für ihn sinnvoll und umsetzbar sind“. Er gibt vor, „wie viel Stützung er braucht, ob und wenn ja, wie viel Behandlungsverantwortung er abgeben will, wie viel Veränderung / Entwicklung er zulassen kann“ – das heisst, auf wie viel Autonomie er verzichten kann.

Je nach Art und Schwere der psychischen Erkrankung verfügt die Patientin nicht mehr über die angelegten oder erworbenen Fertigkeiten und damit auch nicht über die Fähigkeit, Krisen und Krankheiten aus eigener Kraft, ohne professionelle Hilfe, zu bewältigen. Dass die Patientin eine derartige Behinderung annehmen kann, ist ebenfalls ein therapeutisches Ziel und stärkt die Autonomie der Patientin.

In extremen Krisensituationen, beispielsweise wenn bei Selbst- und Fremdgefährdung Zwangsmassnahmen notwendig sind, muss der Patientin allerdings die Verantwortung abgenommen werden, und eine andere Person muss an ihrer Stelle entscheiden. Ein prospektiver Nutzen rechtfertigt dieses paternalistische Handeln, diese Einschränkung der Autonomie zum Wohl der Patientin. Andererseits muss der therapeutisch Tätige auch bereit sein, „sich persönlich zu exponieren, Hilflosigkeit und Ohnmacht der Patienten zu teilen und auf die ‚Macherrolle‘ zu verzichten“, also die eigene Autonomie zu Gunsten derjenigen der Patientinnen einzuschränken.

Da therapeutische Aufträge oft von verschiedenen Instanzen erteilt werden, ist die psychiatrische Tätigkeit eine „Gratwanderung zwischen den persönlichen Idealen der Therapeuten, denjenigen der Patienten und den Werten des gesellschaftlichen Umfeldes“. Es kann sich ein Dilemma zwischen den autonomen Ansprüchen des kranken Individuums und denjenigen der Gesellschaft ergeben. Da entspricht es der

autonomiebewussten Haltung der Klinik, „dass der therapeutische Auftrag letztlich nur von den Patienten gegeben werden kann, da Entwicklungen und Veränderungen nur von ihnen selber ausgehen können.“

Der Respekt vor der Autonomie der Patientin wird in den andern untersuchten Leitbildern entweder nicht oder nur indirekt angesprochen. Das geltende Belegarztprinzip erlaube dem Patienten, den „Arzt seines Vertrauens frei zu wählen“. Ein Kantonsspital äussert den Respekt vor der Autonomie der Patientinnen in verallgemeinernder Form, indem es erwartet, dass Mitarbeitende und Patientinnen einander mit Wertschätzung und Respekt begegnen und offen und konstruktiv kommunizieren.

Der Respekt vor der Autonomie der Mitarbeitenden kommt im Führungsstil der Klinikleitung der Psychiatrischen Klinik zum Ausdruck, indem sie mit transparenten Führungsstrukturen und Entscheidungsebenen arbeitet und sich für die Entwicklung der menschlichen und der fachlichen Reife der Mitarbeitenden engagiert. Sie ihrerseits haben Handlungsfreiräume, innerhalb derer sie eigenverantwortlich ihre Arbeitsbereiche gestalten beziehungsweise therapeutische Konzepte erarbeiten können. Sie werden als kompetent wahrgenommen und können selbst bestimmen.

In den andern Spitälern sollen die verschiedenen Berufsgruppen und Fachleute rücksichtsvoll zusammenarbeiten; Mitarbeitende handeln gemäss ihren Fähigkeiten eigenverantwortlich; motivierte und kreative Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen in möglichst weitgehender Autonomie arbeiten.

Wenn alle Akteure den Respekt vor der Autonomie der Patientin wirklich ernst nehmen, wird die krankheitszentrierte Behandlung durch eine patientinnen-zentrierte Betreuung abgelöst:

Krankheits-zentrierte Diagnostik und Behandlung richtet sich primär nach wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Krankheitseinheiten und interessiert sich weniger für die Auswirkungen der diagnostizierten Krankheiten auf die physischen und psychischen Bedürfnisse der Kranken in ihrem persönlichen Umfeld.

Das Respektieren der Patientinnen-Autonomie erschöpft sich aber nicht nur darin, Patientinnen gut zu orientieren, damit sie verstehen, was die diagnostischen Untersuchungen und Behandlungen bei ihnen bewirken. Zur patientinnen-zentrierten Medizin gehört, dass Ärztinnen und Pflegepersonal sich nicht nur auf die Krankheit – ‚disease-centered care‘ – sondern auch auf die Bedürfnisse und Wertvorstellungen der Patientin – ‚patient-centered medicine‘ – fokussieren: Wie erlebt sie die Krankheit physisch und emotional? Inwiefern ist ihre Lebensqualität durch die Krankheit beeinträchtigt? Familienmitglieder und Freunde spielen dabei auch eine Rolle. Aus der Kombination dieser Erwägungen können sich unterschiedliche Behandlungswege ergeben; die Patientin kann besser informiert entscheiden und schliesslich der einen oder anderen Behandlung zustimmen.

Die Patientinnen-zentrierte Betreuung wird besonders aktuell am Ende des Lebens und wird als Palliative Care sowohl in der ambulanten wie in der stationären Behandlung immer bedeutender. Eine auf die Krankheit fokussierte Behandlung hat unter Umständen starke Nebenwirkungen, die Patientin nicht (mehr) auf sich nehmen möchte. Sie möchte möglichst wenig Schmerzen haben, nicht an Atemnot, Übelkeit, Erbrechen leiden, sie möchte nicht verwirrt oder depressiv werden. Die möglichst optimale Behandlung dieser Symptome tritt in den Vordergrund. Palliative Care umfasst auch psychosoziale und spirituelle Begleitung. ‚Sterben in Würde‘ anerkennt den unabdingbaren Wert des Menschen. Diese Würde zu respektieren, die Perspektive der Patientin zu verstehen und der Kranken Linderung zu verschaffen, muss auch auf Intensivstationen ein Konzept haben, welches regelmässig hinterfragt wird.

Den Respekt vor der Autonomie berücksichtigt auch das Modell der Entscheidungsfindung im klinischen Kontext, Shared Decision Making:

- Im paternalistischen Modell erfolgt der Informationsaustausch einseitig von der Ärztin, der Beschützerin, zur Patientin; die Ärztin entscheidet.
- Im interpretativen Modell erfolgt der Austausch von Wissen von der Ärztin an die Patientin und der Austausch von Werten von der Patientin an die Ärztin; die Ärztin entscheidet schliesslich über die Behandlung.
- Im Shared Decision Making Modell informiert die Ärztin, aufgrund von Fachwissen und Erfahrung, die Patientin über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten; Patientin und Ärztin äussern ihre Präferenzen und entscheiden partnerschaftlich.

Die Ethikerin Helena Hermann untersucht in einer Studie, wie qualifiziert Schweizer Ärztinnen sind, um mit Patientinnen Gespräche zu führen, ihre Urteilsfähigkeit richtig einzuschätzen und sie verständlich zu orientieren, damit gemeinsame informierte Entscheidungen getroffen werden können. Die Studie zeigt Defizite auf verschiedenen Ebenen auf, woraus Hermann folgert, Leitlinien, Hilfsmittel und Training durch medizinische Vereinigungen und Organisationen seien dringend notwendig. Entsprechende Weiterbildungen müssten in Spital-Leitbildern verankert werden.

Selbstverständlich ist nicht nur die Autonomie der Patientin sondern auch diejenige von Ärztinnen und Pflegenden zu achten, wobei Respekt vor der Autonomie der andern, beispielsweise einer Patientin, nicht meint, es müssten ihr alle möglichen Wünsche erfüllt werden. Gemäss John Rawls, dem amerikanischen Philosophen, gilt für alle Partnerinnen im Gesundheitswesen: Autonom handeln heisst nach Grundsätzen handeln, denen man als freies und gleiches Vernunftwesen zustimmen würde.

4.2.2. Das Prinzip des Nicht-Schadens

Die Psychiatrische Klinik schreibt in ihrem Leitbild, sie arbeite auf schulmedizinischer Basis konfessionell neutral, im multidisziplinären therapeutischen Verbund, und wolle keine unnützen Behandlungen durchführen – also nicht schaden. Sie überprüfe ihre Leistungen laufend auf ihre Qualität. Die Bemühung, qualitativ gute Leistungen zu erbringen, schliesse ein, möglichst keinen Schaden zu verursachen.

Qualität wird in allen Leitbildern erwähnt, unter Stichwörtern wie: das Beste, Spitzenleistungen, Qualitätsführerschaft, Qualitätssicherung, Qualität für Menschen im Spital, Professionalität – die beste Hilfe.

Qualität ist mehr als Nicht-Schaden. Wir erwarten zwar alle ein qualitativ hochstehendes – sicheres, effektives, Patientinnen-orientiertes, Zeitgemässes, gerechtes und effizientes – Gesundheitswesen. Leider sieht die Wirklichkeit häufig anders aus: Unnötige Eingriffe werden durchgeführt, Medikamente werden nicht korrekt eingesetzt, Präventionsmassnahmen sind nicht adäquat, der Verschlimmerung chronischer Zustände wird nicht entgegengewirkt und wichtige Forschungsergebnisse werden verzögert umgesetzt. Ärztinnen neigen besonders in Notfallsituationen dazu, unnötige Untersuchungen zu verordnen, aus Angst, etwas zu verpassen oder weil sie Rechtsklagen fürchten; so verursachen sie hohe Kosten.

Wer Qualität bei der Arbeit nicht beachtet, riskiert, der Patientin Schaden zuzufügen, wobei Nicht-Schaden nicht nur heisst, keinen Schaden zuzufügen, sondern auch, das Risiko vermeiden, Schaden zu verursachen.

Beauchamp und Childress unterscheiden eine beabsichtigte Nachlässigkeit, welche unvernünftige Risiken in Kauf nimmt, und eine unbeabsichtigte, welche aus Verantwortungslosigkeit Schaden verursacht. Für Missbrauch in der Arzt-Patienten-Beziehung gilt Nulltoleranz.

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen basiert nicht allein auf dem ethischen Prinzip des Nicht-Schadens. Qualität muss auf die Patientin fokussiert sein, soll ihr helfen, selbst zu bestimmen und mitzuentcheiden, gründet also auch auf dem Prinzip der Autonomie. Qualität sorgt für eine effektive, sichere, zeitgerechte Behandlung und fördert so das Wohl und damit das höchste Interesse der Patientin im Sinne des Prinzips des Wohltuns.

Qualität berücksichtigt auch eine gerechte, effiziente Zuteilung der Leistungen, also das Prinzip der Gerechtigkeit.

4.2.3. Das Prinzip des Wohltuns

Das Prinzip des Wohltuns dominiert in allen ausgewählten Leitbildern.

Unter dem Prinzip des Wohltuns ist meines Erachtens auch das einzuordnen, was über den Inhalt der therapeutischen Arbeit ausgesagt wird: „[...] zusammen mit dem Patienten Verständnismöglichkeiten für die Auslöser von Krisen/Krankheiten zu entwickeln, seine individuellen Fähigkeiten (Ressourcen) freizulegen und zu fördern und ihm explizit auf einer individuellen Beziehungsebene zu begegnen.“

Wohltun, zu jemandes Wohlbefinden beitragen, jemandes Gesundheitszustand verbessern, ist nach Beauchamp und Childress Ziel, Begründung und Rechtfertigung jeglicher ärztlichen Tätigkeit und Pflege. Allerdings besteht die Gefahr, dass man paternalistisch handelt – was zwar wohl tun kann, jedoch die Autonomie verletzt.

4.2.4. Das Prinzip der Gerechtigkeit

Das untersuchte Universitätsspital sieht Fairness und Offenheit als Grundvoraussetzungen im Umgang mit Patientinnen und deren Angehörigen, aber auch mit den Mitarbeitenden und Partnern.

Die verteilende Gerechtigkeit erwähnt die Psychiatrische Klinik unter dem Aspekt ihres therapeutischen Auftrags: „Auch die Gratwanderung zwischen den persönlichen Idealen der Therapeuten, denjenigen der Patientinnen und den Werten des gesellschaftlichen Umfeldes, in dem die psychiatrische Tätigkeit stattfindet, ist Teil dieses Beziehungsnetzes. Daher verstehen wir psychotherapeutische Arbeit auch als das Erarbeiten eines bestmöglichen Ausgleichs zwischen den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und den Anforderungen der Gesellschaft, von der die Patientinnen und Therapeuten Teil sind. So muss der mit dem Patientinnen erarbeitete therapeutische Auftrag sich ebenso an den zur Verfügung stehenden Mitteln orientieren.“

5. Ökonomische Aspekte in den ausgewählten Spital-Leitbildern

Die Leistungen im Gesundheitswesen und speziell auch in den Spitälern werden nicht nur daran gemessen, inwiefern sie qualitativ gut die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung und insbesondere der Patientinnen befriedigen, sondern auch an der Höhe der aufgewendeten Mittel. Zusätzlich zu einer medizinischen Sicht der bestmöglichen Versorgung individueller Patientinnen kommt berechtigterweise auch eine ökonomische und gesundheitspolitische Perspektive.

Gesundheitsökonomik hilft, diagnostische, therapeutische und pflegerische Handlungen effizienter zu gestalten. Mit einer vernünftigen Balance zwischen Patientinnen-Interessen und ökonomischen Interessen sollte es Spitälern und ihren Mitarbeitenden gelingen, das Vertrauen der Patientinnen zu gewinnen, die in Not und Krankheit besonders darauf angewiesen sind. Ökonomische Überlegungen zu Programmen wie ‚Smarter Medicine‘, ‚Choosing Wisely‘ und ‚Chronic Care Management‘ müssten in den Leitbildern sichtbar und fruchtbar gemacht werden.

‚Smarter Medicine‘, eine Kampagne der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGIM, befasst sich mit der Problematik der Überdiagnostik und Überversorgung in der Medizin und propagiert eine Liste von Untersuchungen, die häufig durchgeführt werden und nur geringen oder gar keinen Nutzen zeigen und unerwünschte Nebenwirkungen haben können – das heisst, vermeidbare Kosten verursachen.

‚Smarter Medicine‘ entspricht dem US-amerikanischen Programm «Choosing Wisely», propagiert durch die Advancing Medical Professionalism to Improve Health Care Foundation. Die Initiative soll Ärztin und Patientin motivieren, zu besprechen, wie eine evidenzbasierte Behandlung gewählt wird, die wirklich notwendig ist und möglichst keinen Schaden verursacht, und wie man verhindert, dass bereits durchgeführte Tests und Verfahren unnötig wiederholt werden.

Das ‚Chronic Care Model‘ wurde in den ersten Jahren des 21. Jh. in den USA entwickelt: Ärztinnen betreuen chronisch Kranke individuell, regelmässig und umfassend, sie koordinieren ambulante sowie Spital-Abklärungen und -Behandlungen. Gesellschaftliche Ressourcen wie Selbsthilfegruppen, Senioren-Zentren und Spitex-Organisationen werden beigezogen.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse

„Um leistungsstark zu sein, brauchen unsere Spitäler eine aufgeklärte Governance, in welcher das Einvernehmen zwischen der Verwaltung, dem Pflegepersonal und der Ärzteschaft die Qualität der Leistungen, das Wohl der Patientinnen, die allgemeine Arbeitsatmosphäre und nicht zuletzt die solide wirtschaftliche Verfassung des regionalen Gesundheitssystems gewährleistet“, schreibt Pierre-François Cuénoud, Vizepräsident der FMH, 2013. Eine aufgeklärte Führungsstruktur bedient sich der Leitbilder – mit ihren moralischen Leitplanken –, um Mitarbeitende beziehungsweise ein Unternehmen zu führen, um Patientinnen darzulegen, welche Abklärungen und Behandlungen und welche Pflege sie erwarten dürfen, und um den Spitalträgern und der Öffentlichkeit zu demonstrieren, wie sie haushälterisch mit den Ressourcen umgehen.

Die untersuchten Leitbilder werben in erster Linie mit Leistungen des Wohltuns.

Als Zweites wird Qualität in allen untersuchten Leitbildern prominent erwähnt

Des Weiteren sind drei der fünf Institutionen explizit um gerechtes Handeln bemüht: Sie wollen mit Ressourcen gerecht umgehen, sich an ihnen orientieren und sie zweckmässig einsetzen. Alle untersuchten Leitbilder erwähnen ressourcengemässes wirtschaftliches Handeln.

Die Autonomie der Patientinnen im Speziellen wird im Leitbild der Psychiatrischen Klinik eingehend respektiert.

7. Fazit

Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie der Patientin sollte meines Erachtens im Gesundheitsbereich allgemein als zentral erachtet werden – und in jedem Spital-Leitbild erstrangig und ausführlich festgehalten werden. Dieser Respekt drückt sich darin aus, dass man Patientinnen so umfassend informiert, wie es ihrem Aufnahmevermögen, ihrem Krankheitszustand und ihrer Gemütsverfassung entspricht. Nur genügend aufgeklärte Patientinnen können bei Abklärungen und Behandlungen bewusst mitbestimmen. Entscheidend ist, dass die Mitarbeitenden in den Spitälern zu Kommunikationstraining angehalten werden; sie sollten fähig sein, mit Patientinnen Gespräche zu führen und zu erfassen, was die Kranken wissen möchten, was sie bewegt, um dann mit den richtigen Worten darauf einzugehen. Eine befriedigende Gesprächskultur ist auch die beste Voraussetzung für das Wohlbefinden der Patientin – und der Behandelnden.

Mit adäquat informierten Patientinnen lassen sich auch ökonomische Aspekte vernünftig besprechen. Abgesehen davon können gesundheitsökonomische Überlegungen durchaus helfen, Abklärungen und Behandlungen effizienter, zum Wohl der Patientin, zu gestalten.

Zurück zur eingangs erwähnten Patientin mit einer schweren valvulären Aortenstenose: Der ärztliche Befund wird konfrontiert mit den Vorstellungen und Wünschen der Patientin; Ärztin und Patientin debattieren darüber und entscheiden partnerschaftlich; möglicherweise ist dabei das evidence-basierte Kriterium der verengten Klappenöffnungsfläche nicht allein ausschlaggebend für das weitere Procedere.