

ÄRZTETAG 2009



**Vom Umgang
mit der
Verantwortung**

Behandlungsfehler
im ärztlichen Alltag

Dokumentation


Erzbistum
Paderborn

Inhaltsverzeichnis

Erzbischof Hans-Josef Becker

Vom Umgang mit der Verantwortung –
Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag 4

Prof. Dr. Johannes Köbberling

Moderne Fehlerkultur im risikobehafteten Umfeld 7

Prof. Dr. Thomas Schwartz

Vom Recht auf Verantwortung -
Ärztliches Handeln im Spannungsfeld von Ethik und Recht 20

Biographische Hinweise zu den Referenten 31

Dokumentationen der Ärztetage 32

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Redaktion: Dr. Werner Sosna
Domplatz 3
33098 Paderborn

Vom Umgang mit der Verantwortung

Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag

Eröffnungsworte

von Erzbischof Hans-Josef Becker

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitbrüder!

Ganz herzlich begrüße ich Sie alle zu unserem diesjährigen Ärztetag hier in Paderborn! Seit nunmehr 25 Jahren ist dieser Ärztetag eine etablierte Einrichtung des Erzbistums, um mit Ihnen als Ärztinnen und Ärzten unterschiedlichster Fachrichtungen ein interdisziplinäres Gespräch im Bereich der medizinischen Ethik zu führen. Ethische Fragen sind immer Lebensfragen, die uns in besonderer Weise herausfordern und nach einer Lösung suchen lassen, die das Prädikat richtig und gut verdient – das gilt zunächst natürlich für alles menschliche und in spezieller Weise berufliche Handeln. Denn hier stellt sich ja unausweichlich die Frage nach dem Umgang mit der mir gegebenen Verantwortung. Ich freue mich daher, dass wir uns heute im interdisziplinären Austausch zwischen Medizin und Theologie dieser besonderen Fragestellung widmen können.

Wie schon im vergangenen Jahr, als wir Fragen der spirituellen Dimension im ärztlichen Handeln zum Thema gemacht haben, wenden wir uns auch heute einem Bereich unseres Handelns zu, der unmittelbar von der persönlichen Haltung und Einstellung geprägt ist. Als Ärztin und Arzt stehen Sie in einer unmittelbar gegebenen Verantwortung dem Leben und der Gesundheit des Patienten gegenüber. Ihr ärztliches Berufsethos verpflichtet Sie zur größtmöglichen Umsichtigkeit im Blick auf das Wohl des Patienten, so dass Ihr Berufsstand zu Recht unter dem ethischen Imperativ „Primum nil nocere“ – in erster Linie nicht schaden – steht.

Aus dieser Perspektive ergibt sich die uns allen bekannte sowohl professionelle wie auch menschliche Haltung, Fehler im Umgang

miteinander nach Möglichkeit zu vermeiden. Ich sage bewusst, nach Möglichkeit, denn jeder von uns weiß, dass eine absolute Fehlervermeidung sehr wohl als anvisiertes Ziel im Raum sein kann, aber wohl kaum als durchgängige Realität. Ein solcher ehrlicher Blick wird auf eine wichtige Differenzierung stoßen:

Es wird erstens darum gehen, die Frage nach den Faktoren für ungewollte Behandlungsergebnisse zu stellen. Diese sind ja nicht beabsichtigt, aber gehören doch zur medizinischen Versorgungswirklichkeit. Es ist meines Erachtens ein großer Verdienst der Ärzteschaft, sich mit den Quellen möglicher Fehler auseinanderzusetzen und diese im eigenen Bereich zu kommunizieren, um die Patientensicherheit zu erhöhen und zu stärken. Es verdient große Anerkennung, dass die Ärzteschaft sich hier verstärkt engagiert und z.B. das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ ins Leben gerufen hat¹. Jeder von Ihnen weiß, wie schnell der einzelne Arzt mit Rechtsfragen konfrontiert werden kann. Fehler in ihren Arbeitsfeldern werden gewöhnlich mit schwerem Einzelversagen assoziiert. Es ist sicherlich ein Gebot der Stunde, hier die unterschiedlichen Faktoren in den Blick zu nehmen, um die Situation angemessen beurteilen zu können. Wir brauchen die Augen vor der Erkenntnis nicht zu verschließen, dass das Zusammenarbeiten vieler Menschen in komplexen Systemen mit einer in der Regel hohen Arbeitsbelastung auch störanfällig sein kann. Darüber muss nicht geschwiegen werden, sondern es sollte uns allen die Möglichkeit eröffnet werden, aus Fehlern zu lernen. Das ist nicht nur aus rein pragmatischem Interesse ein erstrebenswertes Ziel, sondern auch im Sinne der Fürsorge und der Wahrhaftigkeit eine gebotene Haltung.

Damit möchte ich kurz auf einen zweiten Aspekt eingehen: Im Blick auf Ihre Verpflichtung, eine Behandlung nach dem aktuellen medizinischen Wissensstand und persönlichem Können durchzuführen, stehen Sie nicht nur dem Patienten gegenüber in einer ethischen Verantwortung, sondern auch sich selbst gegenüber. In manchen Situationen werden Sie sich mitunter selbst gefragt haben: „Was, wenn ich mich für eine andere Behandlungsmethode entschieden hätte? Vielleicht wären auftretende Komplikationen doch vermeidbar gewesen und der Weg des Patienten zur

¹ Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (Hrsg.): Aus Fehlern lernen, Januar 2008 (Broschüre mit Fallbeispielen)

Genesung mit weniger Beschwerden verbunden“. An dieser Stelle kommt Ihre eigene Haltung und Perspektive auf das Verhältnis zum Patienten unmittelbar ins Spiel. Auch wenn unsere Gesellschaft ein Rollenbild des Arztes mit einer „Null-Fehler-Verpflichtung“ propagiert und manche Erwartungen im Blick auf das medizinisch Leistbare immer noch mit dem Nimbus der „Halbgötter in weiß“ genährt werden, so müssen Erwartungen und mögliche Leistungen doch in einem realistischen Verhältnis gesehen werden. Der Bonner Ethiker Hartmut Kress formuliert dazu: „Aus dieser Rollenbeschreibung können sich für den einzelnen Mediziner allerdings Konflikte ergeben – nämlich der Konflikt zwischen dem Anspruch, dem er gerecht werden soll ..., und dem, was er faktisch zu leisten vermag. Daher ist nach der Art und dem Maß ärztlicher Verantwortung zu fragen.“² Genau auf diese Fragestellung möchten wir mit den Impulsen des heutigen Ärztetages zugehen.

Eine Vielzahl von Veranstaltungen auf der Bundesebene haben in diesem Jahr deutlich werden lassen, wie aktuell und dringend unser Thema in der Ärzteschaft behandelt wird. So wurde im Mai das Institut für Patientensicherheit an der Universität Bonn eröffnet. Ebenfalls im Mai führte die Evangelische Akademie in Berlin eine Tagung mit der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und der Alexandra-Lang-Stiftung durch. Und auch die mit uns kooperierende Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe bietet Praxisseminare zum Thema „Patientensicherheit lernen“ an.

Ich freue mich daher sehr, dass die Planungsgruppe des Ärztetages dieses aktuelle Thema aufgegriffen hat und wir heute zwei Spezialisten zu dieser Thematik unter uns begrüßen dürfen: Herrn Prof. Dr. med. Johannes Köbberling aus Wuppertal und Herrn Prof. Dr. theol. Thomas Schwartz aus Augsburg. Ihnen beiden ein herzliches Willkommen hier in Paderborn!

² Hartmut Kress: Aufarbeitung von Behandlungsfehlern: Verantwortungsethische Gesichtspunkte, dokumentiert unter: www.ev-theol.uni-bonn.de/fakultaet/sozialethik/kress/vortraege/kress_behandlungsfehler_arzthaftung_2009.pdf

Moderne Fehlerkultur im risikobehafteten Umfeld

von Johannes Köbberling

Im Jahr 2000 ist in Amerika auf Initiative von Präsident Clinton ein Buch mit dem Titel „To err is human – building a safer health care system“ erschienen, das inzwischen zu einem Standardwerk auf dem Gebiet der Fehler- und Sicherheitskultur geworden ist. Die Erkenntnis, dass Fehler und Irrtum grundsätzlich unvermeidbar sind, wird hier als Voraussetzung für eine Verminderung von Risiken bzw. eine Verbesserung der Sicherheit im Gesundheitssystem dargestellt. Fehlerkultur und Sicherheitskultur gehören also eng zusammen. Dies ist Anlass, sich grundsätzlich mit dem Problem der Fehlerkultur und den Auswirkungen auf mögliche Risiken für Patienten zu befassen.

Im Zusammenhang mit Fehlerkultur wird heute gern von den Typen A und B gesprochen. Den meisten Menschen ist seit frühester Kindheit eine Fehlerkultur geläufig, die mit Typ A bezeichnet wird. Für jeden aufgetretenen Fehler ist hiernach ein Verantwortlicher zu suchen, und der Fehler ist je nach Schwere und Verantwortung auf unterschiedliche Weise zu sanktionieren. Die Vorstellung, dass die Angst vor Sanktionen zu einer Vermeidung von Fehlern führt, ist jedoch nur sehr eingeschränkt richtig. Ganz sicher führt aber die Angst vor Sanktionen zu einer Tendenz zur Vertuschung von Fehlern bzw. zu einer Unaufrichtigkeit bei der Ursachenanalyse. Dies kann sicher nicht dienlich für eine zukünftige Fehlervermeidung sein.

Bei der modernen Fehlerkultur Typ B dagegen spielt die Suche nach persönlicher Schuld keine oder eine ganz untergeordnete Rolle. Es wird davon ausgegangen, dass Fehler grundsätzlich menschlich sind und dass nicht der gemachte Fehler entscheidend ist, sondern der in der Zukunft zu vermeidende Fehler. Sanktionen sind dagegen rückwärtsgerichtet und

dienen diesem Ziel wenig oder gar nicht. Hinzu kommt die Erkenntnis, dass in der Klinik nur in der Minderzahl aller Ablaufstörungen Einzelpersonen als Verantwortliche auszumachen sind. Fast immer handelt es sich um Probleme an den Schnittstellen, also häufig um Strukturprobleme, manchmal aber auch um Probleme mit apparativen Ausrüstungen und ähnlichem.

Diese moderne Fehlerkultur entspricht meist nicht unserer frühen Sozialisation, wir müssen sie vielmehr erlernen und einüben. Dass dies wirklich eine Übungssache ist, lässt sich immer wieder erfahren und belegen. Seit einigen Jahren führen wir an unserer Klinik nach größeren Zwischenfällen, insbesondere aber nach unklaren Todesfällen interdisziplinäre Fallbesprechungen durch. Meist sind Vertreter unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen und unterschiedlicher Dienstbereiche daran beteiligt, eigentlich immer mindestens auch Ärzte und Pflegekräfte. Traditionell würde man in einem derart offenen Kreis sehr ungern über eigene Fehler reden. Gerade dies geschieht aber in solch einer Runde, die durch einen neutralen und mit dem Risikomanagement vertrauten Moderator geleitet wird. Die anfangs beobachtete Scheu, die Vorkommnisse direkt und offen anzusprechen, ist längst gewichen. Alle Beteiligten empfinden die sachliche Analyse unter Beachtung der modernen Fehlerkultur eher als eine Art „Befreiung“ von Ängsten. Die den interdisziplinären Fallbesprechungen zugrunde liegenden Regeln sind akzeptiert und zur Selbstverständlichkeit geworden. Immer, wenn neu hinzu gekommene Kollegen erstmals an einer solchen Besprechung teilnehmen, wird an deren Verhalten deutlich, dass ein solcher Umgang mit möglichen Fehlern nicht selbstverständlich ist, dass er vielmehr erlernt und erfahren werden muss. Mit einer gewissen Freude ist gelegentlich sogar zu beobachten, dass bisher hierarchisch und autoritär veranlagte Kollegen besondere Freude an den Fallbesprechungen entwickeln und durchaus auch bereit sind, ihr eigenes Verhalten anzupassen.

Nicht nur im Rahmen der interdisziplinären Fallbesprechungen spielt die Fehlerkultur eine Rolle, sondern auch in vielen anderen Bereichen des Risikomanagements. Ich möchte dies getrennt darstellen für die Probleme im Zusammenhang mit der Risikoprävention und anschließend für die Probleme, die sich nach eingetretenen Behandlungsfehlern ergeben.

Eine wichtige Rolle spielt also die Fehlerkultur in Zusammenhang mit Maßnahmen zur Risikoprävention, dem klinischen Risikomanagement. Erst seit etwa fünf Jahren spielt dieses Thema in der öffentlichen Diskussion in Deutschland eine Rolle. So konnte Frau Ulla Schmidt, die gerade scheidende Bundesgesundheitsministerin kürzlich äußern, dass es natürlich das Ziel sei, einen größtmöglichen Schutz der Patienten vor allen unerwünschten Ereignissen im Behandlungsprozess zu erreichen. Hierzu müssten mögliche Schwachstellen schneller aufgedeckt werden können, und man müsse offen über die Probleme reden. Als sie vor acht Jahren ihr Amt angetreten habe sei es fast ein Verbrechen gewesen, medizinische Fehler überhaupt zu thematisieren. Dies ist natürlich übertrieben. Schon 1986 hat der berühmte Billroth geäußert „nur armselige eitle Toren und Schwächlinge scheuen sich, begangene Fehler einzugestehen. Wer die Kraft in sich fühlt es besser zu machen wird vor dem Bekenntnis eines Irrtums nicht zurückschrecken“.

Richtig ist aber, dass es erst in den letzten Jahren national und international zu einer Bewegung gekommen ist, die sich der Qualität und der Sicherheit der Patienten verschrieben hat. Ein entsprechender internationaler Kongress über „Quality and Safety in Health Care“ vor zwei Jahren war von über 1400 Teilnehmern besucht, worunter sich allerdings nur 7 deutsche Teilnehmer befanden. In den USA gibt es inzwischen eine Bewegung, die sich „100.000 Lives Campaign“ nennt, an der jetzt mehr als 3000 Kliniken teilnehmen. Es wird berichtet, dass allein in den ersten drei Jahren durch die im Rahmen dieser Kampagne entwickelten Methoden mehr als 120.000 Todesfälle vermieden werden konnten.

In Deutschland herrscht nach wie vor eine verbreitete Scheu, von Behandlungsfehlern und klinischen Risiken zu sprechen. Obwohl das Risikomanagement eindeutig der Sicherheit der Patienten dient, ist es nach wie vor leider negativ belegt. Es wird mit „Schande“, „Blamage“, „Kunstfehlerklage“ oder „Abmahnung“ assoziiert. Deshalb wird bei uns im Zusammenhang mit Verbesserungen der Krankenhausleistungen insgesamt weniger auf eine Vermeidung von Risiken Wert gelegt, und man diskutiert lieber über Qualitätsverbesserungen und Qualitätsmanagement, denn diese sind von allen Seiten mit positiven Assoziationen verbunden. Nur in seltenen Fällen hat aber ein solches aus der Industrie

übernommenes Qualitätsmanagement etwas mit einer unmittelbaren Verbesserung der Behandlungsqualität zu tun.

Um gegen ein solches Ungleichgewicht anzugehen, wurde in Deutschland vor zwei Jahren das Aktionsbündnis Patientensicherheit gegründet, ein eingetragener Verein mit persönlicher und institutioneller Mitgliedschaft. Alle Aktivitäten des Aktionsbündnisses und der vier Arbeitsgruppen „Eingriffsverwechslung und Patientenidentifikation“, „CIRS im Krankenhaus“, „Behandlungsfehlermelderegister“ und „Medikationsfehler“ lassen sich im Internet verfolgen.

Ich fürchte aber, dass es leider nicht nur die Sorge um das Wohl des Patienten war, die diese verschiedenen Aktivitäten angestoßen hat, sondern der starke Anstieg von Haftpflichtfällen mit dementsprechend deutlichem Anstieg der Versicherungsprämien. Dieser Anstieg der Haftpflichtfälle ist sicher nicht durch eine vermehrte Fehlerhaftigkeit bei Ärzten oder Pflegepersonen entstanden, sondern beruht auf gesellschaftlichen Veränderungen. Patienten haben zunehmend eine starke Erwartungshaltung und falsche Vorstellungen über das medizinisch Machbare. Sie überschätzen die Bedeutung von Standards und Leitlinien, die im Internet heruntergeladen werden können, und sie sind schnell bereit, medizinische Misserfolge mit Behandlungsfehlern gleichzusetzen. Hinzu kommen gestiegene Erwartungen an Schadensersatzzahlungen, eine allgemein verminderte Hemmschwelle für Klagen und ein fehlendes Prozesskostenrisiko durch Rechtsschutzversicherungen. Dies alles führt dazu, dass immer mehr Kliniken zu ihrem Selbstschutz ein strukturiertes Risikomanagement einrichten.

Ein solches Risikomanagement bemüht sich, schadensträchtige Strukturen zu erkennen und nimmt hierfür nicht selten auch externe Audit-Verfahren in Anspruch. Zum Risikomanagement gehört fernerhin die Steuerung des Vorgehens bei eingetretenen Schäden, worauf ich im zweiten Teil des Vortrags noch zu sprechen kommen werde. Eine dritte ganz wesentliche Säule des Risikomanagement ist das sog. CIRS, das Critical Incident Reporting System, über das ich etwas ausführlicher berichten möchte, weil gerade hierbei die Fehlerkultur eine große Rolle spielt.

Dem CIRS liegt die Erkenntnis zugrunde, dass aus Ablaufstörungen oder Beinahezwischenfällen, die nicht mit Schäden verbunden sind, sog.

Inzidenzen, dasselbe für die Fehlervermeidung gelernt werden kann, wie aus eingetretenen Schäden. Das CIRS befasst sich nun mit der systematischen Erfassung und kritischen Aufarbeitung solcher Inzidenzen. Wir alle wissen, dass viele der als trivial wahrgenommen unerwünschten Ereignisse im Klinikalltag in sich das Risiko von schweren Komplikationen oder Todesfällen bergen. Lassen Sie mich einige solcher Trivialereignisse nennen:

- Eine unzureichende Flüssigkeitsaufnahme, insbesondere bei älteren oder behinderten Patienten kann schnell zu einer Exsikkose und damit zu einem akuten Nierenversagen führen.
- Jeder harmlose Sturz kann neben komplikationsträchtigen Frakturen auch intrazerebrale Blutungen zur Folge haben.
- Eine zu lange liegende Venenverweilkanüle, übrigens eine fast täglich zu beobachtende Nachlässigkeit auf der Station, kann zu lokalen Entzündungen und dann zu einer Phlegmone und einer Sepsis führen.
- Wichtige Entgleisungen von Laborwerten, die durch Nachlässigkeit übersehen werden, können mit lebensbedrohlichen Veränderungen verbunden sein.
- Pflege- und Überwachungsmängel jeglicher Art bei lang liegenden Patienten können zum Decubitus mit allen seinen bösen Folgen führen.

Wann immer ein solches Trivialereignis in der Klinik beobachtet wird, darf die Reaktion nicht lauten „noch mal gut gegangen“ oder „Glück gehabt“. Es muss vielmehr versucht werden, aus dem eingetretenen und hoffentlich noch nicht mit Komplikationen behafteten Zwischenfall entsprechende Lehren zu ziehen.

Vom Aktionsbündnis Patientensicherheit wurden Empfehlungen erarbeitet, wie ein CIRS in Kliniken einzurichten sei. In den deutschen Kliniken hat sich trotzdem nicht eine einheitliche Struktur durchgesetzt. Ich halte es allerdings auch nicht für problematisch, dass diesbezüglich eine hohe Variabilität herrscht, und ich vertrete die Auffassung, dass es nicht darauf ankommt, wie ein CIRS durchgeführt wird, sondern vor allem darauf, dass

eine Klinik überhaupt das Thema aufgegriffen hat und sich damit bemüht, eine moderne Fehlerkultur einzuführen.

Trotzdem darf ich einige Punkte nennen, die ich persönlich für ein gut funktionierendes CIRS für wichtig halte:

- Besonders wichtig erscheint mir, dass die aktiv am CIRS arbeitende Gruppe interdisziplinär zusammengesetzt ist, also mindestens aus Pflegekräften und Ärzten und ggf. aus Vertretern weiterer Dienstbereiche besteht.
- CIRS sollte auch nicht primär eine Angelegenheit der Klinikleitung sein, viel wichtiger ist die Beteiligung der Basiskräfte, also derjenigen, in deren Alltag die zu behandelnden Zwischenfälle tatsächlich vorkommen.
- Die Klinikleitung muss die CIRS-Arbeit allerdings ideell und ggf. materiell unterstützen, und sie muss vorab garantieren, dass für Meldungen von Zwischenfällen, die im Rahmen von CIRS erfolgen, Sanktionen sicher ausgeschlossen sind. Sie muss mitwirken, ein Klima des gegenseitigen Vertrauens zu schaffen, damit auch Ängste vor Gesichtsverlust abgebaut werden. Nicht selten sind hierfür Hierarchien und bürokratische Hemmnisse abzubauen.
- CIRS-Meldungen müssen grundsätzlich anonym erfolgen können, und die Einhaltung der Anonymität muss von der CIRS-Gruppe dargelegt werden können. Andererseits sollte man die Notwendigkeit der Anonymität nicht überbetonen, denn dies widerspricht eigentlich dem Gedanken einer modernen Fehlerkultur. Nach unseren eigenen Erfahrungen werden nur etwa 30 % aller CIRS-Meldungen anonym erstattet.
- Die Methode der Dateneingabe, sei es nun über Papierzettel oder intranet- bzw. internetbasiert, muss einfach sein, damit sich nicht die verständliche Aversion gegen den überbordenden Papierkrieg auf CIRS überträgt.
- Aus den gemachten Angaben dürfen nicht Rückschlüsse auf Zeitpunkt, Ort und handelnde Personen möglich sein.
- Ganz besonders wichtig für die Motivation der Mitarbeiter in der Klinik erscheint mir, dass über regelmäßige Berichte aus der CIRS-Gruppe

eine Transparenz geschaffen wird. Die Berichte müssen nicht nur den Vorfall, natürlich anonym, beschreiben, sondern vor allem auch die Maßnahmen, die zur künftigen Vermeidung ähnlicher Vorfälle ergriffen wurden. In unserem Hause bestehen diese internen Berichte aus einer kurzen Schilderung des Vorfalls mit der nachgestellten Frage, „Was ist daraus zu lernen?“ bzw. „Welche Maßnahmen wurden ergriffen?“.

In unserem ersten Bericht wurde folgender Vorfall skizziert: „Bei der sonntäglichen Visite hat der Chefarzt mehrere Medikamente (u. a. Cortison) abgesetzt, ohne dies schriftlich zu fixieren, und den Patienten anschließend vorübergehend entlassen. Bei der Wiederaufnahme nach zwei Tagen wurden die Medikamente zunächst nach der vorhandenen Kurve weiter verabreicht, bis der Irrtum bemerkt wurde“. Unter „Was ist daraus zu lernen?“ stand „Alle Anordnungen sind ausnahmslos schriftlich festzulegen und gegenzuzeichnen, dies gilt auch für Chefärzte“.

Ich habe keine Probleme darin gesehen, dass sich in der Klinik bald herumgesprochen hat, dass diese geschilderte Nachlässigkeit mir selbst passiert war. Ein CIRS hätte keine Lebenschancen in einer Klinik, wenn die Führungspersonen aus Angst um ihre Autorität sich nicht selbst aktiv beteiligen würden. Das Bekenntnis der Vorgesetzten zur eigenen Fehlerhaftigkeit stellt sogar einen besonderen Stimulus für die nachgeordneten Mitarbeiter dar.

Kleinere strukturelle Mängel, die anhand von CIRS-Meldungen erkannt werden, lassen sich häufig auch subsidiär beseitigen. Ernsthafte strukturelle oder organisatorische Mängel sollten jedoch nicht durch die CIRS-Gruppe selbst, die ja keinen exekutiven Auftrag hat, bearbeitet werden. Die Mängel müssen vielmehr unter Wahrung der Anonymität den zuständigen Gremien, z. B. dem Qualitätsmanagement, dem Gerätebeauftragten oder, in besonderen Fällen, auch der Klinikleitung mitgeteilt werden. Auch hierüber sollte in den CIRS-Meldungen berichtet werden, damit sich bei den Mitarbeitern die Überzeugung festsetzt, dass CIRS-Meldungen auch geeignet sind, etwas Wichtiges zu bewirken. Auch hierzu darf ich ein Beispiel nennen. Nachdem mehrfache Berichte über Dosierungsfehler bei der Medikamenteneingabe über Infusionspumpen eingegangen waren, die auf unterschiedlichen Ursachen beruhten, wurde

das Qualitätsmanagement eingeschaltet. Hier wurde beschlossen, dass mittelfristig nur ein Typ von Infusionspumpen im Hause zum Einsatz kommen sollte. Vor allem wurden aber klinikeinheitliche Listen mit Verdünnungsstufen und Infusionsgeschwindigkeiten für alle im Hause verwandten Präparate erstellt, die überall dort zum Aushang gelangten, wo die Infusionspumpen zum Einsatz kommen.

Ein großer Teil aller CIRS-Meldungen bezieht sich auf Fehler in der Arzneimitteltherapie, wobei sich die Ursachen auf Kommunikationsprobleme, allgemeine Dokumentationsprobleme, schlechte Handschrift, Unaufmerksamkeit der handelnden Personen, allgemeine Organisationsprobleme oder auch persönliche Fehler im pflegerischen oder ärztlichen Bereich erstrecken.

Die Einrichtung eines CIRS ist durchaus mit Aufwand verbunden und es sind in der Anfangszeit viele Widerstände zu überwinden. Häufig wird deshalb die Frage gestellt, ob sich dieser Aufwand für eine Klinik wirklich lohnt. Diese Frage ist deshalb berechtigt, weil es statistisch kaum zu beweisen sein wird, dass nach Einführung von CIRS weniger Fehler in der Klinik auftreten und das die Patientensicherheit zunimmt. Abweichend von dem Gedanken der evidenzbasierten Medizin, nach dem für jede Behauptung statistisch belastbare Belege verlangt werden, würde ich mich im vorliegenden Falle gerne damit begnügen, dass überhaupt Fehler vermieden werden können, denn jeder vermeidbare Fehler ist einer zuviel.

Auf einer anderen Ebene lohnt sich aber die Einführung von CIRS für die Klinik ganz eindeutig. Die Darlegung einer gesunden Fehlerkultur führt zu einem Imagegewinn für die Klinik, der übrigens auch in dem im Internet einsehbaren strukturellen Qualitätsbericht erwähnt werden darf. CIRS führt, nicht zuletzt wegen der damit verbundenen antiautoritären Komponenten, zu besser motivierten Mitarbeitern und damit zu einem besseren Betriebsklima. CIRS stellt gewissermaßen die Eintrittspforte für eine gesunde Fehlerkultur in den Kliniken dar. Nicht zuletzt ist zu erwähnen, dass viele Haftpflichtversicherer bei der Festlegung ihrer Prämien sich nach dem Risikomanagement in den Kliniken erkundigen. Möglich ist sogar, dass bei Budgetverhandlungen mit den Kassen das Vorhandensein von CIRS in Zukunft eine wichtige Rolle spielen wird.

Wie erwähnt spielt die Fehlerkultur auch beim Umgang mit vorgeworfenen oder tatsächlich eingetretenen Behandlungsfehlern eine wichtige Rolle. Ein großer Teil der angestregten Haftungs- oder Strafprozesse ließe sich durch einen geschickten Umgang mit dem Ereignis und durch eine gute Kommunikation zwischen Arzt, Klinik und Patienten vermeiden. Ähnliches gilt auch für die meist sehr unangenehmen Berichterstattungen über vermeintliche Behandlungsfehler in den Medien.

Viele Patienten, die Ärzte oder Krankenhäuser öffentlich anklagen oder gar verklagen, bringen zum Ausdruck, dass der Hauptgrund ihrer Anklage in einem empfundenen Mangel an Sorgfalt liegt oder in dem Eindruck, dass der Arzt oder die Pflegekräfte sich nicht ausreichend um ihn gekümmert hätten. Sehr häufig wird geäußert, dass der Arzt Befürchtungen des Patienten ignoriert habe oder seine Sicht nicht genügend beachtet habe. Dies hat zur Folge, dass eine große Zahl von Rechtsstreitigkeiten nur aus einem Mangel an Kommunikation entstehen, nicht aus einem echten ärztlichen oder pflegerischen Fehlverhalten. Zunehmend beobachten wir in der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer, dass Vorwürfe erhoben wurden, die sehr leicht auszuräumen gewesen wären, wenn es zu einem vernünftigen Gespräch zwischen Arzt und Patienten gekommen wäre.

Die mangelhafte Gesprächskultur im Klinikalltag ist auch verantwortlich für einen anderen häufig genannten Grund zur Einschaltung der Kommission für ärztliche Behandlungsfehler, nämlich der Wunsch, die Wahrheit über das tatsächlich Geschehene zu enthüllen. Selbst in Amerika, wo bekanntlich über Arzthaftungsprozesse erhebliche Entschädigungssummen eingeklagt werden, wird die Mehrzahl der Prozesse in erster Linie angestrengt, um eine Erklärung über von Patienten nicht verstandene Vorgänge in der Klinik zu erhalten.

Nicht nur Vertuschungsversuche sind problematisch, auch schon ein sich Zurückziehen des Arztes hinter professionellem Gebaren wird als fehlende Anteilnahme interpretiert, und dies verstärkt das Empfinden des Patienten, im Stich gelassen zu werden.

Leider ist unser Gesundheitssystem so konstruiert, dass es zunehmend unökonomisch wird, Zeit mit dem Patienten zuzubringen. Viel schneller werden technische Verfahren und endlose Tests angesetzt, aus denen sich

dann automatisierte Arztbriefe zusammenstellen lassen. Das Gespräch mit dem Patienten bei der Anamneseerhebung und der Beschwerdebildbeschreibung und das erklärende Gespräch während des diagnostischen Ablaufs und der eingeleiteten Therapiemaßnahmen und vor allem das abschließende Gespräch mit Erläuterungen über die gewonnenen Erkenntnisse und die Auswirkung für die Zukunft verkümmern immer mehr. Das Gespräch wird ersetzt durch ritualisierte und standardisierte Aufklärungsmaßnahmen.

Zugegebenermaßen wird auch von Patientenseite das klärende Gespräch zu wenig in Anspruch genommen. Patienten scheuen häufig eine Auseinandersetzung mit ihrem Arzt und überlassen dies lieber ihrer Rechtsschutzversicherung.

Zunehmend wird die Tendenz beobachtet, dass auch die Krankenkassen die Patienten ermutigen und unterstützen, Forderungen gegen ihre Ärzte geltend zu machen. Sie gerieren sich damit einerseits als Anwalt des Patienten, was im Wettbewerb der Kassen durchaus eine Rolle spielen könnte, und andererseits hoffen sie über Regressansprüche gegen Kliniken eigene Forderungen durchsetzen zu können.

Die meisten Ärzte reagieren verstört und verunsichert, wenn gegen sie persönlich straf- und haftungsrechtlich ermittelt wird oder wenn sich eine gegen das Krankenhaus gerichtete Ermittlung auf Vorgänge bezieht, an denen sie beteiligt sind. Wichtig ist deshalb, schon im Vorfeld das angemessene Verhalten im Schadensfall zu beschreiben oder einzuüben. Klinikinterne Regelungen, am besten sogar in Form einer Dienst-anweisung, über das Verhalten im Schadensfall müssen die Begriffe erläutern, Zuständigkeiten festlegen und Verhaltensregeln beschreiben. Hierbei ist z.B. festzulegen, an welche Stellen ein Schadensfall zu melden ist, wer die notwendige Korrespondenz führt bzw. Erklärungen abgibt, wie in Todesfällen die Todesbescheinigung auszufüllen ist, in welchen Fällen ggf. der medizinisch-technische Dienst einzuschalten ist und wie auf eine angekündigte Beschlagnahme der Krankenakte zu reagieren ist und welche Dokumentationen vorzunehmen sind.

Von besonderer Bedeutung ist, wie in solchen Fällen Gespräche mit Patienten zu führen sind. Wie bereits erwähnt darf der Arzt einem Gespräch mit dem Patienten auf keinem Fall ausweichen. Er muss dem

Patienten vielmehr vermitteln, dass ihm jederzeit Gelegenheit gegeben wird, Kritik, Wünsche und Sorgen anzubringen. Eine mangelnde Gesprächsbereitschaft führt regelmäßig zur Vermutung, dass etwas veruscht werden solle. Dies kann sich bei Patienten bis hin zu regelrechten Verschwörungstheorien auswachsen, was dazu führt, dass nachträglich eine Verständigung kaum mehr möglich ist.

Immer wieder taucht die Frage auf, welche Rolle der Begriff des Fehlers in solchen Gesprächen zwischen Arzt und Patient einnimmt. Manchmal wird irrtümlich die Auffassung vertreten, dass ein Arzt verpflichtet sei, von sich aus dem Patienten gegenüber einen Behandlungsfehler offen zu legen. Eine derartige Auffassung hat sich juristisch nicht durchgesetzt, was ja auch im Einklang mit dem allgemeinen Strafrecht steht, dass niemand sich selbst belasten muss. Auch aus dem Behandlungsvertrag heraus ist der Arzt nicht verpflichtet, von sich aus auf einen Fehler hinzuweisen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass der Arzt auf Rückfrage des Patienten zur Lüge berechtigt sei. Zumindest aus standesrechtlichen Gründen ist ihm dieses verwehrt.

Aus dem Behandlungsvertrag ergibt sich aber die Verpflichtung des Arztes, den Patienten über den medizinischen Jetzzustand zu informieren, selbst wenn dies zu unangenehmen Nachfragen führen könnte. Dies gilt auch für den Fall einer Komplikation, sei sie nun schicksalhaft eingetreten oder vom Arzt zu verantworten. Insbesondere, wenn sich hieraus die Notwendigkeit einer Nachbehandlung ergibt, muss der Patient entsprechend aufgeklärt werden. Fragt ein Patient in solchen Fällen konkret danach, wie der Misserfolg zustande gekommen ist, muss ihm Unterstützung bei der Aufklärung zugesichert werden. Wenig hilfreich ist es in diesem Zusammenhang, wenn der Arzt vorbeugend betont, dass ihm sicher keinerlei Fehler unterlaufen seien. Er soll vielmehr deutlich machen, dass die vorurteilsfreie Aufarbeitung auch dazu führen kann, dass eigene Fehler aufgedeckt werden könnten.

Immer wieder taucht die Frage auf, ob der Arzt in dem Gespräch mit dem Patienten einen Fehler einräumen darf. In keinem Fall darf er im Zusammenhang mit der Benennung eines Fehlers ein Schuldeingeständnis abgeben, für das er seine Haftpflichtversicherung in Anspruch nehmen wolle. Dies kann im schlimmsten Fall sogar zum Verlust des

Versicherungsschutzes führen. In einem in diesem Jahr erschienenen und von Juristen verfassten Buch über Schadensmanagement für Ärzte steht der Satz „der Begriff Fehler darf nicht verwendet werden“. Dies wird damit begründet, dass der Patient die Differenzierung zwischen Fehler und Schuld nicht vornehmen könne und schnell geneigt sei, einen Arzt für schuldig zu halten, der einen Fehler einräumt.

Ich halte diese apodiktische Festlegung nicht für richtig, sie widerspricht modernen Kommunikations- und Fehlerkultur. Dies lässt sich auch belegen. In einer vergleichenden Studie wurden Ärzte angewiesen, in Gesprächen mit Patienten entweder offen über Fehler bzw. mögliche Fehler zu reden oder das Wort Fehler ganz gezielt zu vermeiden bzw. zu umschiffen. In der erst genannten Gruppe war sehr viel häufiger eine Verständigung mit dem Patienten zu erreichen, während in der letztgenannten Gruppe die Tendenz zu juristischen Auseinandersetzungen mit dem Arzt deutlich höher war. Ich empfehle also, den Begriff Fehler oder möglichen Fehler sehr offen zu verwenden und dies ggf. mit der Feststellung zu verbinden, dass man es dritten überlassen müsse, einen Fehler und die damit möglicherweise zusammenhängende Schuld zu beurteilen.

Ganz Analoges gilt für die Kommunikation mit den Medien. Durch kluge und gezielte Presse und Öffentlichkeitsarbeit muss versucht werden, verloren gegangenes Vertrauen zurück zu gewinnen. Hierzu sind klare und eindeutige Sprachregelungen notwendig, und Äußerungen sollten möglichst nur über zuvor bestimmte und mit den entsprechenden Problemen vertraute Personen an die Öffentlichkeit gehen. Auch hier muss vermieden werden, in der Klinik aufgetretene Fehler oder Versäumnisse zu leugnen. Die Hoffnung, dass die Öffentlichkeit Fehler nicht findet oder nicht beweisen kann ist meist trügerisch. Eine solche Abschottung führt außerdem zu einem tiefen Misstrauen gegen das Krankenhaus und verschärft in aller Regel die Krisensituation. Das Krankenhaus muss vielmehr gegenüber den Medien klar machen, dass alle strittigen Vorgänge jederzeit durch unbeteiligte Personen oder Instanzen offen untersucht werden dürfen, und dass man dabei auch für mögliche Fehler einstehen würde. Auch Medienvertretern kann man die Besonderheiten einer modernen Fehlerkultur in einem risikobehafteten Umfeld deutlich machen, dabei sogar einen Imagegewinn erzielen. Wenn dies mit der Zusicherung

verbunden wird, dass mögliche Fehlerquellen zeitnah behoben werden sollen, werden viele medienwirksame Anklagen schnell in sich zusammenfallen.

Vom Recht auf Verantwortung – Ärztliches Handeln im Spannungsfeld von Ethik und Recht

von Thomas Schwartz

In diesem Referat geht es mir darum, aufzuweisen, dass eine Definition ärztlicher Verantwortung mehr umfasst als die Reflexion auf eine – letztlich heteronom festgelegte – Verletzung normativer Regeln, wie sie die Zuweisung der Verantwortung für einen Behandlungsfehler impliziert. Die Frage nach der Verantwortung des Arztes bei Behandlungsfehlern wird meiner Überzeugung nach vielmehr deshalb immer häufiger gestellt, weil sich das Verständnis von Gesundheit und – mit ihm verbunden – das Selbst- und Fremdverständnis des ärztlichen Berufes gewandelt hat.

Zugleich sei schon in der Einleitung auf einen zweiten Punkt verwiesen, der mit dem Titel meiner Ausführung impliziert wird: Verantwortung hat meines Erachtens eben nicht nur eine rechtliche Dimension „ex post“, sondern auch einen Bezug zur Autonomie des Arztes, die sich darin zeigt, dass er vor jeder Behandlung, also „ex ante“ bereit ist, eine besondere Aufgabe zu übernehmen. Diese Bereitschaft des Arztes zur Übernahme einer Aufgabe verpflichtet ihn nicht nur zur Einhaltung bestimmter Normen, sondern vorgängig ist die Pflicht immer auch an die Freiheit zum Handeln, mithin auf ein Recht auf Verantwortung gebunden.

In diesem Vortrag möchte ich dementsprechend zunächst einige mit dem Verantwortungsbegriff einhergehende Implikationen für das Selbstverständnis des Arztberufes beleuchten, denen ein Wandel des Gesundheitsbegriffes als solchem entspricht. In einem weiteren Schritt ergeben sich daraus Überlegungen zum Arzt-Patienten-Verhältnis, die besonders die Frage des Behandlungsfehlers betreffen.

1. Der Begriff der „Verantwortung“

Der Begriff der „Verantwortung“ ist im philosophisch-ethischen Diskurs noch recht jung. Wie der Münsteraner Philosoph Kurt Bayertz in einem wichtigen Sammelband (1995) aufgewiesen hat, entstammt er in seinem heutigen Verständnis erst dem 19. Jahrhundert. In der klassischen moralphilosophischen Tradition wurde statt von „Verantwortung“ eher von „Schuld“ gesprochen.

Von der Pflicht zur Verantwortung, rechtlich mit dem Begriff der Haftung umkleidet, haben wir bereits gehört. Sie ist ja auch im Thema des heutigen Ärztetages grundgelegt und ich denke, dass die meisten hier anwesenden praktizierenden Mediziner eine entsprechende Versicherung abgeschlossen haben, die sie vor zivilrechtlichen Schadensersatzkosten schützt. Der vom Haftungsdenken geprägte Verantwortungsbegriff bezeichnet jenen Aspekt von Verantwortung, der über die Zurechenbarkeit der Folgen einer Handlung bzw. einer Entscheidung ein Urteil abgibt. Diese Folgenzurechenbarkeit kann spätestens seit Max Weber als eine wesentliche Eigenschaft des Verantwortungsbegriffes angesehen werden. Er unterscheidet dabei fünf Bereiche der Verantwortung:

1. Jemand / ein Handlungssubjekt – in unserem Zusammenhang vor allem der Arzt – trägt Verantwortung
2. „für“ eine Handlung
3. „im Blick auf“ den Adressaten oder den Betroffenen – in unserem Kontext: den Patienten –
4. „in Anbetracht von“ Werten und Normen, wobei es in unserem Zusammenhang um die ärztlichen Normen geht. Diese Verantwortung trägt er
5. „vor“ seinem Gewissen als innerer Instanz (*coram conscientia*), ggfs. aber auch „vor“ dem Gericht als äußerer Institution (*coram iudicio*).

In der Beurteilung von möglichen bzw. tatsächlichen Behandlungsfehlern wird im Blick auf dieses Konzept einer fünffachen Verantwortung strikt zu unterscheiden sein zwischen rechtlichen und ethisch-moralischen Perspektiven. Deshalb ist es erforderlich, dabei genauer die Art und das jeweilige Maß der ärztlichen Verantwortung zu betrachten. Zusätzliche Komplexität ergibt sich dann auch noch daraus, dass nicht immer eindeutig

feststeht, wer bei Behandlungsdesideraten oder Behandlungsfehlern eigentlich das Subjekt der Verantwortung ist. Das zu entscheiden wird in der juristischen Praxis der Schadensersatzklagen nach einem Behandlungsfehler in der Regel nicht medizinischen Sachverständigen aufgetragen, sondern Juristen, also Sach- und Fachfremden. Dort wird nach den klassischen Kriterien der Ursächlichkeit, der Bewertbarkeit, der Wissentlichkeit und der Willentlichkeit vorgegangen werden, zumal dann, wenn es um die Klärung strafrechtlicher Verantwortung geht.

Ärzte haben in diesen Prozessen lediglich die Aufgabe, als Gutachter zu klären, was das Objekt der Verantwortung gewesen ist, also darzulegen und zu prüfen, was als medizinischer „state of the art“, als Standard der wissenschaftlichen und empirischen Praxis sowie der damit verbundenen Dokumentationspflichten, die ein Handeln gemäß der Standards nachvollziehbar machen sollen, gilt.

2. Die Verantwortung „ex ante“

Ein wesentlicher Aspekt von „Verantwortung“ wird bei der Fokussierung des Begriffs auf die Zurechenbarkeit von Handlungs- bzw. Entscheidungsergebnissen allerdings häufig übersehen. Verantwortung hat auch – und zwar vor aller Folgenrechnung – einen prospektiven Charakter. Dieser bezieht sich jetzt nicht mehr nur auf mögliche negative Folgen, sondern auf positive Zustände. Verantwortung in diesem Sinne trägt, wer Sorge für das Vermeiden von Organisations- bzw. Systemversagen zu tragen hat. Es gibt also eine Verantwortung des Arztes, die schon vor jedem konkreten Tätigwerden eintritt. Bereits in der Entscheidung für den ärztlichen Beruf und mit der Zulassung zu diesem Beruf übernimmt man Verantwortung.

Zugerechnet werden bei dieser Form der Verantwortung nicht mehr Handlungsfolgen, sondern zukünftige Aufgaben oder Verpflichtungen. Verantwortlich für einen bestimmten Zustand kann allerdings nur sein, wer kausalen Einfluss nehmen kann und wer in einer spezifischen normativ relevanten Beziehung zu der Sache steht und von daher die Aufgabe erfüllen soll. Übertragen auf die ärztliche Verantwortung bedeutet das: Der Mediziner übernimmt die Aufgabe der Sorge um das Wohlergehen des Patienten. In der Übernahme dieser Verantwortung anerkennt er eine normativ relevante Beziehung zum Patienten. Sie lässt sich im Prinzip „nil

nocere“ negativ fassen. Eine positive Beziehungsbeschreibung ist wesentlich schwieriger zu formulieren, bedenkt man, wie sehr sich das Verständnis dessen, was „Patientenwohl“ und „Gesundheit“ meinen, in den vergangenen Jahrzehnten verändert hat.

Um diese Verantwortung ausfüllen zu können, ist der Arzt aufgefordert, sein persönliches Berufsethos zu kultivieren und sich um ethische Maßstäbe sowie um die Qualität seines Handelns zu bemühen, das dem Gut der Gesundheit und damit dem Patientenwohl zugute kommen soll. Eine solche persönliche Verantwortung für die Qualität seines Handelns trägt der Arzt auf jeden Fall ex ante (im Vorhinein): Er ist dafür verantwortlich, sein jeweils aktuelles und sein künftiges Tun und Lassen gewissenhaft, rechtschaffen und dem medizinischen Wissen gemäß durchzuführen.

Wie nun einer solchen Verantwortung nachzukommen ist, bleibt allerdings grundsätzlich mit Unsicherheiten verbunden. Es ist nicht möglich, einen alle Eventualitäten umfassenden Pflichtenkatalog aufzustellen, weil die Ursachen für ein Scheitern des jeweiligen Projekts nicht übersehbar sind. Verantwortungsvolle Aufgaben sind gerade solche, für die es im Letzten keine erprobten Routinen gibt. Das gilt auch und gerade im Bereich der medizinischen Praxis. Kein Patient ist und kein Patient reagiert wie der andere. Keine Behandlungssituation stellt sich genauso dar wie eine andere. Zwar werden durch Wissen und Erfahrung gewisse Formen der Routine ermöglicht. Diese aber sind prinzipiell nicht in einem rein technisch-naturwissenschaftlichen Sinne berechenbar. Das naturwissenschaftliche Prinzip der induktiven Methode kann nicht anders, als zu „ut in pluribus“-Aussagen zu kommen. Die Wahrscheinlichkeit ist aber der „Feind“ der Wahrheit.

Der Berliner Ethiker Michael Bongardt hat darauf im Jahr 2007 in einem Artikel in der Zeitschrift für medizinische Ethik hingewiesen: „Situationen, in denen eine solche Überschaubarkeit gegeben ist, [dürfen] heute als Ausnahmesituationen bezeichnet werden. Es kommt vor dass ein Arzt wissentlich und willentlich zum Mörder wird und zur Ausführung seines Plans zur falschen Spritze greift. Und es kommt vor, dass eine Ärztin nach einem rauschenden Fest bei dem viel Alkohol geflossen ist, die ihr verbliebene Klarheit überschätzt, ärztlich tätig wird und einen schwer-

wiegenden Fehler macht. Beide sind in vollem Umfang für ihre Taten verantwortlich zu machen. Doch der Alltag – auch der medizinische Alltag – ist von einer ungleich höheren Komplexität gekennzeichnet. Nicht nur das Wissen um die unüberschaubare Vielfalt der Zusammenhänge, die uns in unserem Handeln beeinflussen und ebenso die Folgen unseres Handelns mitbestimmen, sondern auch die Komplexität unserer Lebenswelt selbst ist in erheblichem Maße gestiegen.“ Und er fährt fort: „Die Vorstellung einer Handlungsfolge nach dem Muster ‚A vollzieht aus freien Stücken die Handlung B, die zum Ergebnis C führt‘, erscheint in den meisten Fällen nicht nur naiv, sondern falsch. Diese gewachsene Einsicht in die gewachsene Komplexität kann an unserem überkommenen Verständnis von Verantwortung nicht spurlos vorübergehen.“

Bongardt behauptet also in diesem Zitat nichts anderes, als dass eine reine Verantwortung „ex post“ (im Nachhinein) an den Schwierigkeiten scheitert, die unser systemisches Handeln im heutigen Gesundheitsbereich kennzeichnen. Das hat aber dann doch auch Folgen für den Begriff der Verantwortung „ex post“. Sie kann nicht mehr vollständig oder nur mit erheblichem juristischen und gutachterlichen Aufwand geklärt werden und selbst dann, wenn es zu einem Urteil kommt, weiß jeder Betroffene, dass das Prinzip „Recht haben ist etwas anderes als Recht kriegen“ immer einen faden Beigeschmack zurück lässt.

Wie sehen die von Bongardt angedeuteten Schwierigkeiten konkret aus? Sie haben einerseits mit dem Wandel des Gesundheitsbegriffes zu tun, andererseits aber auch mit den daraus resultierenden Änderungen im Arzt-Patienten-Verhältnis und schließlich mit den Entwicklungen unseres Gesundheitssystems, das mit seiner Tendenz zu einer immer stärkeren Ökonomisierung mitverantwortlich ist für die deutliche Zunahme der Klagen wegen eines Behandlungsfehlers.

3. Die Paradigmenwechsel der modernen Medizin

Der Freiburger Bioethiker und Leiter des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, Giovanni Maio, sieht die heutige Medizin mit folgenden Umbrüchen konfrontiert:

„(1) eine Patientenschaft, die durch ihre zunehmende Anspruchshaltung charakterisiert ist und Erwartungen in die Medizin hineinlegt, die die

Medizin zu einer glücks-, ja heilsverheißenden Institution werden lässt; eine Gesellschaft, die sich verabschieden möchte vom Schicksal, die alles für machbar hält, (...); (2) ein Marktsystem Medizin, das die Wünsche nach Selbstbestimmung und Jugendlichkeit immer weiter steigert (...) und (...) (3) eine veränderte ärztliche Grundhaltung, nach der sich der Arzt moralisch herauszuhalten habe und das Gute allein über den Wunsch der Patienten definiert wissen möchte bzw. eine Medizin, die sich (...) der Marktkategorien und die (...) narzisstischen Wünsche ihrer Klienten zu eigen machen und zur reinen Erfüllungsgehilfin degeneriert.“ (Maio, 2007, 244)

Man kann der Argumentation von Maio vorhalten, dass seine Engführungen zu pauschal und deshalb eigentlich nicht treffend sind. Zubilligen muss man ihm dennoch, dass er mit seinen provokanten Thesen den Finger in die Wunde von gesellschaftlichen Entwicklungen legt, die den Gesundheitsbegriff, wie wir ihn - meist unreflektiert - verwenden, grundlegend verändert haben und die in der Folge auch das Verständnis des ärztlichen Berufes in eine Richtung bewegen, die letztlich zu dem Faktum führen, dass wir gegenwärtig eine jährliche Zunahme von über zehn Prozent bei Klagen wegen Behandlungsfehlern konstatieren müssen.

4. Der verabsolutierte Begriff der Gesundheit

Der Gesundheitsbegriff hat im vergangenen Jahrhundert eine Veränderung erfahren, die ihn einerseits sehr ausgeweitet hat, andererseits gerade darin in die Gefahr einer Verengung geführt hat. Wenn man unter Gesundheit nämlich wirklich den „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheiten und Gebrechen.“ versteht, wie es die WHO bereits in den siebziger Jahren getan hat, wird sich kaum ein Mensch als im umfassenden Sinne gesund ansehen können. Es ist zwar richtig, dass der zum Wohlbefinden nicht nur körperliche Elemente beitragen, sondern auch der seelische Zustand sowie die Einbettung in soziale Kontexte ihren Beitrag leisten, aber problematisch ist die geforderte „Vollständigkeit“. Ein solcher Umfang des Gesundheitsbegriffs erinnert in gewisser Weise an den Glücksbegriff der klassischen Philosophie, in der die „plenitudo essendi“, die Fülle des Sein-Könnens, als Parameter gelingenden Lebens angesehen wurde. Allerdings war solcherart Glück in dieser Welt niemals zu erreichen. Glück galt stets als

unvollkommen und ausgerichtet auf eine Vollendungsgestalt des Menschen, den er erst in der Schau Gottes, mithin nach seinem Tode erreichen konnte. Dieser „eschatologische Vorbehalt“ aller Glücksvorstellungen der christlichen Tradition ist aber heutzutage verloren gegangen, zumindest jedenfalls im Blick auf den Gesundheitsbegriff fallen gelassen worden. Vielmehr redet man in der heutigen Debatte um (innerweltliches) Glück vom „umfassenden Gelingen“ menschlichen Lebens. Das hat fatale Konsequenzen, denn es ist die Frage zu stellen: Wann und wie „gelingt“ ein solches innerweltlich begrenztes Leben? Auch dazu äußert sich Giovanni Maio:

„Der moderne Mensch ist (...) einem kollektiven Gelingenspostulat unterworfen. Er setzt sich selbst unter Druck, sein Leben als ein dem Gelingen zugeführtes Leben präsentieren zu können.“ (232) Dieses Gelingen hat aber keine transzendenten Parameter mehr, sondern orientiert sich an den Kriterien der Konsum- und Leistungsgesellschaft selbst, letztlich also am Erfolg: *„Die modernen Imperative und Zwänge (...) suggerieren dem Einzelnen, dass er nur so lange einen Wert hat, wie er etwas aus sich macht.“* (ebd.)

„Gesundheit“ verkommt in dieser Perspektive zu einem „unabdingbaren Ermöglichungsgut für eine auf Machbarkeit und Gestaltungsimperativ ausgerichtete Gesellschaft“ (ebd.): Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts! Ein solcher Satz, gedankenlos formuliert, hat schreckliche Implikationen: Chronisch Kranke, Behinderte und alte Menschen können demnach kein gelingendes Leben führen. Mit dem Gut der Gesundheit verlieren sie die würdevolle Existenz! Das bedeutet in der Folge für das Arzt-Patienten-Verhältnis: Der Patient ist dann nicht mehr der Leidende, dem fachliche und menschliche Zuwendung in seiner existentiellen Notsituation zuzukommen hat. Er wird vielmehr zu einem Leistungsabrufenden, der vom Arzt erwartet, ihn bis ins hohe Alter „leistungsfähig“ zu halten, damit sein Leben im Blick auf das bereits erwähnte gesellschaftliche Gelingenspostulat nicht unter das Verdikt des Scheiterns falle. *„Dementsprechend bringen Noch-Nicht-Patienten ihren Körper zum Arzt, damit dieser nicht nur nach Krankheiten suche, sondern damit dieser den Körper so wieder herrichte, dass er (...) für die eigene Genussfähigkeit eingesetzt werden könne.“* (Maio 2007, 231)

All das bleibt nicht ohne Auswirkungen auf das Verständnis des Arztberufes.

5. Der Arzt als Dienstleister

Wenn der Satz richtig ist: „Der Mediziner wird erst über einen Patienten zum Arzt“ (Maio, aaO., 236), dann erscheint es konsequent, dass Ärzte den Wünschen und Forderungen ihrer Patienten zu entsprechen versuchen. Nicht mehr die Sorge um den in seinem Leiden hilflosen Patienten kennzeichnet seine Tätigkeit, sondern die Bereitschaft, den Ansprüchen der Klienten-Patienten mit entsprechenden Dienstleistungen gerecht zu werden. Gefragt ist dabei nicht mehr das, was existentielle Not lindert, sondern das, was Wünsche erfüllt. Das führt in der Folge zu einer Entpersonalisierung des Verhältnisses zum Patienten als Patienten. Gefragt ist nicht mehr das umfassende Vertrauen zwischen Patient und seinem behandelnden Arzt, sondern die umfassende Kenntnis aller Techniken und Therapien, auf die der Klient-Patient einen Anspruch erhebt. Ein neues Geschäftsfeld einer „präferenzorientierten Medizin“ (Maio, aaO.) entsteht: Ästhetische Chirurgie, kosmetische Dermatologie und ästhetische Zahnheilkunde seien nur genannt! Erreicht der Arzt mit seiner Dienstleistung nicht den gewünschten Erfolg, wird er verklagt und mit Schadensersatzansprüchen überzogen. Ein besonders erschreckender Fall war die Klage eines Ehepaars, das trotz Sterilitätstherapie (allein das Wort ist grauenhaft!) von einer Schwangerschaft „betroffen“ wurde und den Arzt auf Zahlung von Unterhalt verklagte. Dass ein deutsches Gericht dem klagenden Elternpaar Recht gab, belegt einmal mehr die Richtigkeit der o.g. Analyse. Noch bedeutsamer wird dieses neue Verständnis des Arztberufes in der Fertilitätsmedizin und der mit ihr verbundenen Diagnostik. Der Patient möchte nicht nur im Blick auf seinen eigenen Leib, sondern auch im Blick auf seine Leibesfrucht jede Krankheit und Behinderung „weg haben“. Und er hat heute keine Mühe, Ärzte zu finden, die ihm dabei helfen, selbst mit der Folge, dass man dann die Leibesfrucht „weg haben“ will.

Dass die Ärzteschaft an dieser Entwicklung nicht unschuldig ist, liegt im Selbstverständnis der medizinischen Forschung begründet. Sie versteht sich zunächst und vor allem als naturwissenschaftlich-technische Disziplin. Schon vor über 40 Jahren hat Eduard Seidler in einem jüngst wieder

zugänglich gemachten Beitrag darauf hingewiesen, dass die Medizin wieder eine Hinwendung zu den Geistes- und Sozialwissenschaften machen müsse, wolle sie nicht ihren sozialen Auftrag im Blick auf die Sorge um das Wohlergehen des Patienten verlieren. Die Entwicklung der Medizin seither belegt m. E. Seidlers Sorge. Die Medizin bringt in ihrer Forschung immer neue Möglichkeiten hervor, die auf Seiten der Patienten immer neue Ansprüche generieren. Als Beispiel dafür kann die Präimplantationsdiagnostik dienen.

6. Folgen für die Verantwortung des Arztes – forensisch-defensives Verhalten

Wird der Patient immer stärker zum Anspruchssteller, dem der Arzt mit allen möglichen medizinischen und technischen Dienstleistungen zu willfahren hat, verliert er mit der ursprünglichen personalen Beziehung zum Patienten auch das Vertrauen in das Vertrauen des Patienten. Er wird sich zu schützen versuchen gegen mögliche nachträgliche Klagen. Viele Ärzte agieren deswegen heutzutage verstärkt defensivmedizinisch, weil sie Furcht vor rechtlichen Sanktionen haben. Ein Beispiel für defensivmedizinisches Verhalten ist es, wenn ein Arzt am Ende des Lebens eines Patienten statt der Therapiebegrenzung, die medizinisch und ethisch sinnvoll wäre, „vorsichtshalber“ eine Maximaltherapie durchführt.

Ein anderes Beispiel bietet die Notfallmedizin. Dort ist mitunter festzustellen, dass Ärzte mit den größten Ängsten vor Schadenersatzklagen dazu neigen, Patienten mit niedrigem Risiko „zur weiteren Diagnostik“ zu hospitalisieren und mehr Patienten auf die Intensivstation zu überweisen. Solche defensivmedizinischen Entscheidungen (Überdiagnostik; Übertherapie) sind für die Patienten oftmals abträglich; überdies sind sie kostenträchtig. Auch die Aufklärungspflicht, die der Arzt gegenüber dem Patienten hat, droht ihres Sinnes entleert zu werden. Die Aufgabe des Arztes, sachkundig zu beraten, wird zwar inzwischen sogar im Ständerecht und in Gesetzen rezipiert. Ein Beispiel hierfür ist die Musterrichtlinie der Bundesärztekammer zur assistierten Reproduktion von 2006. Faktisch erfolgt die ärztliche Aufklärung und Beratung oft aber unter Zeitdruck. Unter Umständen degeneriert die Arztaufklärung gar dazu, Risiken an den Patienten zu überwälzen. Dies hat aber einen konkreten Hintergrund. Wenn Patienten gegen den Arzt Haftungsansprüche erheben,

können sie ihm oftmals zwar keinen direkten Behandlungsfehler nachweisen. Jedoch wird ersatzweise manchmal der Vorwurf unzureichender oder unterlassener Aufklärung erhoben – was prozessentscheidend werden kann. Für den Arzt kann die Aufklärung deshalb zur Haftungsfalle werden. Unter Umständen ziehen Ärzte freilich allzu weitgehende Konsequenzen und verhalten sich gegenüber ihren Patienten von Vornherein rein defensiv. Problematisch wird es, wenn sie übervorsichtig sind und die Patienten vor allem mit der Absicht aufklären, sich selbst abzusichern, damit notfalls später einmal der Aktenlage gemäß (Aufklärungsdokumentation) belegt werden kann, dass ihre Information und Aufklärung formal korrekt stattgefunden hat. Die genannten Beispiele belegen das gebrochene Verhältnis von Arzt und Patient, das ich oben bereits angedeutet habe. Letztlich wird darin die Vorverlagerung der Verantwortung „ex post“ an den Anfang der Behandlung sichtbar!

7. Zum Schluss: Das Recht auf Verantwortung

Ziel dieses Vortrages war es, aufzuweisen, dass die einseitige Betonung von Verantwortung „ex post“ - also der Zurechenbarkeit von Handlungsfolgen - bei der Frage ethischen wie rechtlichen Umgangs mit Behandlungsfehlern letztlich nichts anderes ist, als eine Reaktion auf Veränderungen, die den Gesundheitsbegriff als ganzen und mit ihm den Arztberuf in seinem wesentlichen Verhältnis zum Patienten betreffen.

Die Perspektive einer Verantwortung „ex ante“, also jener Dimension, mit der die grundlegende Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben gemeint ist, kann bei aller Komplexität und Problematik des heutigen Gesundheitssystems als ein möglicher Weg angesehen werden, die von mir skizzierten Folgen dieser Entwicklung abzumildern.

Wenn und insofern der Arzt „ex ante“ wieder stärker reflektiert, welche Bedeutung sein Beruf hat, wenn und insofern der Mediziner wieder seine Funktion sozialwissenschaftlich, vielleicht gar theologisch reflektiert, kann er sich bereits im Vorfeld seiner Behandlungstätigkeit seiner besonderen Aufgabe und damit seiner Verantwortung versichern. Er wird nicht nur „ex post“ überprüfen, ob er sein Tun und Lassen gewissenhaft, rechtschaffen und dem medizinischen Wissen gemäß vollzogen wurde, sondern er wird dieses Tun und Lassen selbst zu einer Gewissenssache machen und

damit letztlich Furcht vor der Verantwortung „ex post“ abbauen und im besten Sinne selbst-bewusst tätig werden.

Die Referenten:

Erzbischof Hans-Josef Becker

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindegeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Bischofsvikar für Priesterfortbildung und Mitglied der Kommission IV (Geistliche Berufe und Kirchliche Dienste) und der Kommission IX (Publizistische Fragen) der Deutschen Bischofskonferenz. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn.

Johannes Köbberling, Prof. Dr. med.

geboren 1940 in Lötzen/Ostproußen, von 1960-1965 Studium der Medizin in Göttingen, Abschluss mit Staatsexamen und Promotion; 1972 Facharzt für Innere Medizin und Habilitation; 1980 Ernennung zum Professor auf Lebenszeit und zum geschäftsführenden Oberarzt der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Göttingen. 1986 Ernennung zum Direktor des Ferd.-Sauerbruch-Klinikums in Wuppertal; seit 2000 Chefarzt für Innere Medizin der St. Antonius-Kliniken Wuppertal; dort Aufbau und Leitung eines integrierten Zentrums für Innere Medizin. Seit der Pensionierung 2005 Fortbildungsbeauftragter und Leiter des Bereichs Risiko- und Qualitätsmanagement. 1981 – 1992 Mitglied der Ehtikkommission der Ärztekammer Nordrhein, 1997 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und 2003 Präsident des Europäischen Internistenkongress in Berlin.

Thomas Schwartz, Prof. Dr. theol.

geboren 1964 in Landstuhl/Pfalz, von 1984 – 1991 Studium der Philosophie und katholischen Theologie in Münster, Augsburg und Rom. 1990 Priesterweihe durch den nachmaligen Kardinal Lehmann in Rom. 2001 Promotion in Moraltheologie an der Ludwig-Albert-Universität Freiburg. Seit 2005 Honorarprofessor für Angewandte Ethik, insbesondere Wirtschafts- und Unternehmensethik an der Universität und an der Hochschule Augsburg. Von 1999 bis 2009 Leiter der Hochschul- und Akademikerseelsorge im Bistum Augsburg und seit 2009 Mitglied der Direktion der Kath. Jugendfürsorge Augsburg, die mit 80 Kliniken, Einrichtungen und Diensten zu den größten Sozialdienstleistern Bayerns gehört. Seit 2003 zusammen mit Prof. Dr. Harald Lesch Moderation der Sendung „Alpha bis Omega“ im Bayerischen Fernsehen.

Bisher erschienen:

- 1985 **Freiheit und Lebensengagement**
Beiträge von: Prof. Dr. J. Splett, Frankfurt am Main
 Prof. Dr. H.-B. Wuermeling, Erlangen
- 1986 **Technik und Humanität im ärztlichen Dienst**
Beiträge von: Prof. DDr. H. Schipperges, Heidelberg
 Prof. Dr. A. Auer, Tübingen
- 1987 **Heil und Heilung in der Medizin**
Beiträge von: Prof. Dr. E. Seidler, Freiburg
 Prof. DDr. E. Biser, München
- 1988 **Sucht – ein Alarmsignal**
Beiträge von: Dr. med. F. Böcker, Erlangen
 Prof. Dr. J. Gründel, München
- 1989 **Pränatale Diagnostik und Schutz des Lebens**
Beiträge von: Prof. Dr. R. A. Pfeiffer, Erlangen
 Prof. Dr. G. Hunold, Tübingen
- 1990 **Wahrheit am Krankenbett**
Beiträge von: Prof. Dr. J. van de Loo, Münster
 Prof. Dr. H. Kramer, Bochum
- 1991 **Medizinische Altersversorgung**
Beiträge von: PD Dr. A. Kruse, Heidelberg
 Prof. Dr. J. Müller, Freiburg
- 1992 **„Mens sana in corpore sano“ – Pastorale und medizinische Fragen zur Zunahme psychosomatischer Erkrankungen**
Beiträge von: Prof. DDr. A Görres, München
 Prof. Dr. E. Schockenhoff, Regensburg
- 1993 **Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht**
Beiträge von: Dr. med. T. Kruse, Marburg
 Dr. med. G. Markus, Paderborn
 Prof. Dr. F. Furger, Münster
 Prof. Dr. H. L. Schreiber, Göttingen
- 1994 **Hat dein Glaube dich gesund gemacht? – Konventionelle und nicht-konventionelle Methoden in der Medizin**
Beiträge von: Prof. Dr. I. Oepen, Marburg
 P. Dr. U. Niemann SJ, Frankfurt am Main
- 1995 **Angst als Grund von Krankheit**
Beiträge von: Prof. Dr. W. Fiegenbaum, Münster
 Prof. Dr. R. Haskamp OFM, Münster

- 1996 **Von der Not der Sprachlosigkeit – Schwierigkeiten und Wege des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten**
 Beiträge von: Prof. Dr. Hannes Friedrichs, Göttingen
 Prof. Dr. Josef Kopperschmidt, Erkelenz
 Sr. Ursula Bittner, Paderborn
- 1997 **Öffentliches Image und Selbstverständnis. Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild**
 Beiträge von: Günter Haaf
 Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen
- 1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums“**
 Beiträge von: Prof. Dr. Heinz Angstwurm, München
 Prof. Dr. Bernhard Fralng, Würzburg
- 1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**
 Beiträge von: Prof. Dr. Josef Römelt, Erfurt
 Dr. Dr. Ulla Pruss-Kaddatz, Bielefeld
- 2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**
 Beiträge von: Erzbischof. Dr. Degenhardt, Paderborn
 Bernward Büchner, Freiburg
 Prof. Dr. Hansjakob Müller, Basel
 Prof. Dr. Hans Gleixner, Paderborn
- 2001 **Als Mensch beginnen - als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**
 Beiträge von: Kardinal Johannes Joachim Degenhardt
 Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen
 Christa Nickels MdB, Berlin
 Prof. Dr. Ulrich Lücke, Aachen
- 2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**
 Beiträge von: Diözesanadministrator Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Gerd Fasselt, Münster
 Dr. Gerd Lütz, Köln
- 2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Eggert Beleites, Jena
 Prof. Dr. Stephan Ernst, Würzburg
 Hildegard Müller MdB, Berlin

- 2004 **Eu thanatos – Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Dr. Hermann-Josef Pielken, Dortmund
 Prof. Dr. Klaus Arntz, Augsburg
 Dr. Peter Liese, MdEP
- 2005 **Wie alt werden in unserer Gesellschaft - Lebensqualität nur durch Medizin?**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Dr. Michael Pries, Hamburg
 Prof. Dr. Peter Schallenberg, Fulda
 Prof. DDr. Paul Michael Zulehner, Wien
- 2006 **(K)ein Platz für die Seele – Neurobiologie und Transzendenz im Widerspruch?**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Dr. Dieter Hattrup, Paderborn
 Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze, Magdeburg
- 2007 **Arzt und Patient – wider den Vertrauensverlust**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln
 Prof. Dr. Volker Eid, Bamberg
- 2008 **Leben bis zuletzt – Palliativmedizin in Sorge um den ganzen Menschen**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Eberhard Klaschik, Bonn
 Dr. Erhard Weiher, Mainz
- 2009 **Vom Umgang mit der Verantwortung – Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Johannes Köbberling, Wuppertal
 Prof. Dr. Thomas Schwartz, Augsburg

