

Indikationsqualität im Spannungsfeld des Berufsalltages

Der Ausschuss Qualitätsmanagement der Sächsischen Landesärztekammer hat sich unlängst mit einem spannenden und besonders selbstkritischen Thema auseinandergesetzt. Durch den im Ärztlichen Gelöbnis verankerten hohen ethischen Anspruch im Rahmen aller Behandlungsprozesse haben wir das Thema gemeinsam mit dem Arbeitskreis Ethik in der Medizin diskutiert. Bei einer gemeinsamen Sitzung am 5. Mai 2022 erhielten wir durch den Gastvortrag von Prof. Dr. phil. Alfred Simon, Akademie für Ethik in der Medizin e. V., Göttingen, Grundlagen und Anregungen für den nachfolgenden Austausch. Gedanklicher Ursprung ist eine interessante Schweizer Studie. Diese befasste sich mit der Indikationsstellung zur Hysterektomie bei myomerkrankten Frauen unter Berücksichtigung der jeweiligen Krankenversicherung beziehungsweise der sozialen Stellung. Das Studienergebnis spricht eine eindeutige Sprache: Die meisten Eingriffe wurden an privatversicherten Frauen ausgeführt, am zweithäufigsten bei Frauen aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Die wenigsten Hysterektomien fanden statt, wenn die Betroffenen selbst Fachärztinnen für Frauenheilkunde waren.

Im ärztlichen Alltag sind wir permanent mit der Herausforderung des Stellens von Indikationen, das heißt das Festlegen von Notwendigkeiten für den Einsatz von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen konfrontiert. Die oben erwähnte Studie beweist, dass wir Ärztinnen und Ärzte nicht nur von ethischen Faktoren, sondern von einer Unmenge exogener Einflussgrößen auf bewusster, aber auch auf unbewusster Ebene bei der Entscheidungs-



findung getriggert werden. Selbst die Nutzung von Leitlinien, Standards oder SOP's helfen uns aus dieser Misere nicht heraus. An erster Stelle werden häufig die leistungs- und gewinnorientierenden Finanzierungssysteme als Einflussgröße für die Indikationsstellung genannt. Nicht weniger dafür verantwortlich ist aber auch unser „Schubladendenken“ in der Medizin, also den Fokus nur auf den Lokalbefund zu richten und nicht mehr das betroffene Individuum als Ganzes zu sehen. Weiterhin werden wir zu häufig vom hohen Erwartungsdruck unserer Patienten beeinflusst. Die Medien und der wissenschaftlich-technische Fortschritt in unserer Profession versprechen „alles für alle“ sei möglich. Weiterhin müssen aber auch Ehrgeiz und Profilierungszwang in unseren eigenen Reihen genannt werden. Nicht unerwähnt dürfen juristische Ängste bleiben, denn es ist meist einfacher, Argumente für Diagnostik und Therapien zu finden, als Therapiebegrenzungen zu begründen. Unumstritten und nicht Gegenstand

unserer thematischen Auseinandersetzung ist die Einwilligung bei vorhandener natürlicher Einsichts- und Urteilsfähigkeit nach adäquater Aufklärung. Auch auf die Möglichkeit von nicht einwilligungsfähigen Patienten wollen wir hier nicht eingehen. Neben der gerade erwähnten Einwilligung ist die medizinische Indikation, welche sich aus der aktuellen Lehrmeinung ergibt, die Kernvoraussetzung unseres Handelns. Aus dieser sachlichen Ebene geraten wir nun auf die individuelle Ebene, welche maßgeblich unseren Berufsalltag ausmachen sollte. Verlassen wir diese, dann könnten wir die Entscheidungsfindung der künstlichen Intelligenz überlassen. Unter Betrachtung der unzähligen individuellen Faktoren gelangen wir von der medizinischen Indikation zur ärztlichen Indikation. Wir bewegen uns im Spielraum minimaler bis maximaler Möglichkeiten. Die Kunst muss sein, für den Betroffenen das Optimum zu finden. Als Erstes sind wir angeraten, ein mit dem Patienten gemeinsam gefundenes

und realistisches Behandlungsziel festzulegen. Die Spannweite geht dabei von Heilung über Linderung bis Sterbegleitung. Das empathische Arzt-Patienten-Verhältnis, getragen von beiderseitigem Vertrauen, sollte auf einer transparenten Nutzen-Schaden-Abwägung beruhen. Weiterhin sind wir aufgefordert, den Prozess vom Therapieziel über die Indikationsstellung bis hin zu Aufklärung, Einwilligung und Durchführung ständig zu evaluieren. Somit ist es auch nicht unmöglich, dass sich Therapieziele ändern können, oder dass es unterschiedliche Ziele bei verschiedenen Erkrankungen gleichzeitig geben kann. Hilfreich sind die Arbeiten im Team und die Einbeziehung von Angehörigen.

Diese rein ethische Betrachtungsweise wird beeinflusst, da der Gesetzgeber im SGB V die Wirtschaftlichkeit (das heißt Sparsamkeit) von unserer Profession erwartet und die Ökonomisierung (das heißt Gewinnerzielung) Einzug gehalten hat. Es resultieren zwangsläufig Konfliktsituationen, welche Fehlanreize bei Indikationsstellungen bewirken. Damit ist der erste Schritt zur Deprofessionalisierung des Arztberufes durch die Beeinflussung der Therapiefreiheit als wesentlichster Aspekt des freien Arztberufes getan. Das Arzt-Patienten-Verhältnis auf der Basis ethischer Wertvorstellungen wird verschoben in Richtung eines reinen Dienstleistungsverhältnisses. Dieser Herausforderung müssen wir uns täglich stellen.

Besonders gravierend kommt diese Problematik im Zusammenhang mit der wunscherfüllenden Medizin durch das wachsende Anspruchsdenken in der Bevölkerung zum Ausdruck. Neben kosmetischen Eingriffen müssen die Verordnung von leistungssteigernden Substanzen oder die Durchführung von Wunsch-Kaiserschnitten als Beispiele genannt werden. In allen Fällen wird der Wunsch des Patienten oder der

Patientin bestimmend und es wird nicht mehr krankheitskorrelierend entschieden. Die Umsetzung der Patientenwünsche reduziert das Arzt-Patienten-Verhältnis endgültig auf ein Dienstleistungsverhältnis. Der Patient degradiert sich selbst zum Kunden, der Arzt degradiert sich zum Dienstleister, die ärztliche Fürsorge verschwindet und es entsteht ein rein geschäftliches Verhältnis. Je großzügiger derartige Indikationen gestellt werden, desto dünner wird das Eis aus juristischer Sicht bei auftretenden Komplikationen im nachfolgenden Streitfall. Die Anforderungen an die Aufklärung und deren Dokumentation sind besonders hoch. Bei falscher Nutzen-Schaden-Abwägung durch Ausblenden von Risikofaktoren wird bei guter anwaltschaftlicher Vertretung des oder der Betroffenen der Arzt oder die Ärztin mit Sicherheit das juristische Nachsehen haben.

Das Stellen von Indikationen für diagnostische aber auch für therapeutische Maßnahmen ist zu einer enormen Herausforderung im ärztlichen Alltag geworden. Wir werden von einer Unmenge einfließender Faktoren beeinflusst. Priorität sollte immer ein mit dem Patienten gemeinsam gefundenes Behandlungsziel sein. Ethische Aspekte dürfen nicht zweitrangig bei unserer Entscheidungsfindung werden. Der Faktor Zeit wird einmal mehr zum limitierenden Faktor. Teamgespräche, Patienten- und Angehörigengespräche sowie deren korrekte Dokumentation sind Voraussetzung, um das jeweilige Optimum für eine individuelle Patientensituation zu ermitteln und entsprechende Entscheidungen hinsichtlich Diagnostik und Therapie zu treffen. Dieser Artikel kann nur ein Denkanstoß an unser Handeln sein und soll uns an unsere Wertvorstellungen erinnern. ■

Dr. med. Dirk Müller
Vorsitzender Ausschuss Qualitätsmanagement