





Foto: Peter Witz

Ärzte müssen immer wieder Entscheidungen treffen, bei denen Ziel- und Wertekonflikte auftreten. Dazu zwei Beispiele:

- Ein Patient will weiterhin an Marathonläufen teilnehmen, obwohl der Arzt ihm dringend davon abrät. Soll der Arzt dem Patienten gegenüber energisch werden (und so möglicherweise einen Patienten verlieren) oder sich dem Willen des Patienten beugen, um Ärger zu vermeiden. Klein begeben könnte man in diesem Fall auch dahingehend interpretieren, dass der Arzt seinen ärztlichen Pflichten nicht nachkommt – so interpretierte ein Kardiologe mit Praxis in Dresden diese Situation.

- Aus wirtschaftlichen Gründen sollte ein Berliner Augenarzt seine Auszubildende eigentlich nicht übernehmen, weil er es sich nicht leisten kann. Der Arzt fühlt sich jedoch sozial verantwortlich für die junge Frau. Auch im Hinblick auf eine optimale Patientenbetreuung wäre es sinnvoll, das Praxisteam um eine Helferin zu erweitern.

Eine Regel, wie Ärzte in solchen Situationen „richtig“ entscheiden, kann es es nicht geben. Angenommen, die Patientenorientierung genießt auf der subjektiven Werteskala für den Arzt höchste Priorität. Er will dem Marathonmann „reinen Wein“ einschenken und die Auszubildende übernehmen. Dies wäre ökonomisch unvernünftig (eventuell auch den Patienten gegenüber, weil auch sie ein Interesse an der

Weiterexistenz der Praxis haben). Und wenn dem Arzt das Vertrauen zu den Mitarbeiterinnen wichtig ist: Was, wenn durch einen Fehler der Mitarbeiterin die Gesundheit eines Patienten gefährdet würde?

Die Beispiele zeigen, wie wichtig es ist, bei den Entscheidungskriterien keinen Wert zu verabsolutieren und die Situation zu berücksichtigen, in der eine Entscheidung zu fällen ist. Bleibt die Frage, ob es ein Entscheidungsraaster gibt, das den Arzt bei komplexen Entscheidungen unterstützt.

Ziel- und Wertekonflikte sind etwas Normales und sollten deshalb nicht überbewertet werden. Sie stellen den Arzt vor besondere Herausforderungen, sind aber kein Grund,

sich von ihnen zerreiben zu lassen oder gar eine Entscheidungsschwäche auszubilden. Nur eines ist schlimmer, als eine falsche Entscheidung zu treffen: nämlich gar keine zu treffen. Zumal die Frage, ob eine Entscheidung angemessen war, immer erst mit zeitlichem Abstand zu beantworten ist. Ein Arzt, der sich diese Einstellung erarbeitet, befreit sich von der Last der „perfekten“ Entscheidung.

**Ein „Entscheidungskreislauf“ kann helfen, Ziel- und Wertekonflikte zu lösen:**

**1.** Zu Beginn definiert der Arzt die Problemstellung auf Basis der Faktenlage. Gerät er wegen der schlechten ökonomischen Situation unter Entscheidungsdruck, muss er den wirklichen Gründen auf die Spur kommen – nur dann kann er begründet feststellen, ob ihm etwa eine Personalentscheidung weiterhilft.

**2.** Der Arzt legt für sich persönlich fest, welche Folgen seine Entscheidung mindestens haben muss. Ist die Problemstellung ökonomisch begründet, wäre eine Option: „Meine Entscheidung muss dazu führen, dass ich meine Kosten mindestens um zehn Prozent senke.“ Beim Marathonmann lautet die Mindestanforderung: „Meine Entscheidung muss dazu beitragen, dass

sich der Mann keiner akuten gesundheitlichen Gefährdung aussetzt.“

**3.** Anschließend hat der Arzt die Möglichkeit, mehrere Entscheidungsalternativen aufzustellen, die die Minimalanforderungen erfüllen.

**4.** Danach stehen die Zielsetzungen im Mittelpunkt, die der Arzt in eine Rangordnung bringt. Dabei kann er zwischen Muss- und Wunschielen unterscheiden, die er auf die Entscheidungsalternativen bezieht.

**5.** Nachdem der Arzt nochmals die Vor- und Nachteile, die Chancen und Risiken der verbliebenen Entscheidungsalternativen durchdacht hat, entscheidet er sich und leitet die Umsetzungsschritte ein.

Dieses zeitaufwendige Verfahren bietet die Möglichkeit, auch Werte und ethische Überzeugungen zu berücksichtigen. Dabei sollte sich der Arzt davon lösen, Entweder-oder-Entscheidungen treffen zu müssen. Sinnvoller ist ein Sowohl-als-auch-Denken, das davon ausgeht, dass Ethik und Gewinn weder unvereinbare Gegensätze sind, noch konfliktfrei miteinander harmonisieren müssen. Die Werte des Arztes werden so zum Bestandteil der Diskussion um wirtschaftliche Rentabilität.

**Alfred Lange**

E-Mail: a.lange@medicen.de

## STANDPUNKT

Der Gesetzgeber fordert eine Abrechnung der Krankenhausleistungen nach DRGs und die Einhaltung von Mindestmengen. Der dadurch ausgeübte wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser führt dazu, dass es zu einer Konzentration der Krankenhausbehandlung an weniger Orten kommen wird. Die Krankenhäuser gehören immer weniger Trägern. In den verbleibenden Krankenhäusern wächst die Spezialisierung bis hin zur „Fließbandarbeit“.

Die damit einhergehende Konzentration kann zu verbesserten Ergebnissen bei der Diagnostik und Therapie, aber auch zu empfindlichen Lücken bei der wohnortnahen Versorgung führen. Die Arbeitsgemeinschaft für ArztRecht appelliert an die Entscheidungsträger in den Krankenhäusern, die Spezialisierung patientenbezogen zu organisieren. Dies bedeutet, den Patienten mit seinem Behandlungsablauf entsprechend der einheitlichen Natur der Erkrankung in das Zentrum der Bemühungen zu stellen. Im Hinblick auf die demographische Entwicklung darf die Menschlichkeit bei der Behandlung der älter werdenden Patienten nicht verloren gehen. Eine starre Spezialisierung,

welche die Humanität missachtet, bewirkt eine Gefährdung der Patienten. Ebenso risikoreich sind fachübergreifende Bereitschaftsdienste und Parallelnarkosen. Dies kann Straf- und Haftpflichtprozesse gegen Leitende Ärzte und Geschäftsführer von Krankenhäusern zur Folge haben. Mit den Methoden des Riskmanagements sollten rechtzeitig fachübergreifende Behandlungskonzepte erarbeitet und umgesetzt werden. Gerade die Schnittstellen

### Konzentration

sind durch geeignete Zuständigkeitsregelungen eindeutig zu definieren. Spezialisierung und Konzentration sind unbestritten notwendige Prozesse, deren Verwirklichungen aber nicht nur die Interessen der Patienten wahren, sondern auch die Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter in den hiervon betroffenen Krankenhäusern berücksichtigen muss. Die Arbeitsgemeinschaft für ArztRecht rät den leitenden Abteilungsärzten, sich den Anforderungen an neue Organisationsformen im Krankenhaus nicht zu verschließen, sondern die neuen Strukturen aktiv mitzugestalten.

**Prof. Dr. med. Klaus Junghans**  
Arbeitsgemeinschaft für ArztRecht, Karlsruhe