

Dr. Andreas Klein

## Ethik im Gesundheitswesen

### EINIGE BEMERKUNGEN UND FRAGESTELLUNGEN



#### 1. Einleitung

Ethik im Kontext des Gesundheitswesens kann nicht im luftleeren Raum agieren, sondern muss sich zunächst ein paar übergreifende ethische Fragestellungen und Problemhorizonte vor Augen führen.

Das übergreifende Thema ist jenes der „Gesundheitsethik“<sup>1</sup>, womit es dann aber nicht nur um medizinische und medizinethische Fragestellungen geht. Auch Pflegeberufe sind hier zentral zu berücksichtigen, da sie einen eminenten Beitrag leisten, aber andere Problem- und Fragestellungen aufweisen als etwa die ärztliche Tätigkeit. Gesundheitsethik ist aber wiederum in den größeren Zusammenhang einer Sozialethik eingebunden. Damit sind etwa Fragen angesprochen, was wir überhaupt als Gesellschaft für wünschenswert oder erstrebenswert erachten. Was sind unsere Primäreinstellungen und zentralen Wertorientierungen? Hier geht es eminent um anthropologische Fragestellungen, die sich jedenfalls nicht alleine in der Gesundheitsperspektive erörtern und beantworten lassen, da dadurch übergreifende Hintergrundannahmen maßgeblich werden. Es handelt sich somit um gesamtgesellschaftliche Fragen, die den begrenzten Kreis der Gesundheitsperspektive transzendieren. Mit Händen zu greifen ist dieser Umstand in den erregten Debatten um den strittigen Begriff der „Menschenwürde“<sup>2</sup>, erst recht im Kontext von Stammzellforschung und Präimplantationsdiagnostik.

Worin besteht eigentlich das Ziel und die Aufgabe medizinischer Intervention? Hier tun sich bereits enorme Schwierigkeiten auf. Wirft man zunächst einen Blick in die geltende

<sup>1</sup> Vgl. u.a. dazu Ulrich H.J. Körtner: Grundkurs Pflegeethik, UTB 2514, Wien 2004, 32ff.

<sup>2</sup> Vgl. etwa nur – als ganz geringen Ausschnitt aus der Debatte – die ganz unterschiedlich gelagerten Beiträge im Sammelband von Matthias Kettner (Hg.): Biomedizin und Menschenwürde, es 2268, Frankfurt a.M. 2004. Siehe auch Franz Josef Wetz: Illusion Menschenwürde. Aufstieg und Fall eines Grundwertes, Stuttgart 2005.

**Autor: Dr. Andreas Klein**

© Dezember 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Ethik im Gesundheitswesen

Seite 1 von 12

Fassung des österreichischen Ärztegesetzes (1998), so erhält man in §1 Abs. 2 die Auskunft: „Die Ausübung des ärztlichen Berufes umfasst jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird, insbesondere 1. die Untersuchung auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von körperlichen und psychischen Krankheiten oder Störungen, von Behinderungen oder Missbildungen und Anomalien, die krankhafter Natur sind; 2. die Beurteilung von in Z 1 angeführten Zuständen bei Verwendung medizinisch-diagnostischer Hilfsmittel; 3. die Behandlung solcher Zustände (Z 1); 4. die Vornahme operativer Eingriffe einschließlich der Entnahme oder Infusion von Blut; 5. die Vorbeugung von Erkrankungen; 6. die Geburtshilfe sowie die Anwendung von Maßnahmen der medizinischen Fortpflanzungshilfe; 7. die Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und medizinisch diagnostischen Hilfsmitteln; 8. die Vornahme von Leichenöffnungen.“

Wie an der Aufzählung zu sehen ist, wäre es offenbar ungenügend, die ärztliche Tätigkeit lediglich im Gegenüber von „Gesundheit“ und „Krankheit“ zu verorten, wie schon die Punkte 6 und 8 deutlich machen.<sup>3</sup> Damit ist jedoch ein Problem verbunden, da gewöhnlich davon ausgegangen wird, dass „Krankheit“ die legitimatorische, „Gesundheit“ die teleologische Kategorie medizinischer Intervention ist. Krankheit wird womit als Anlass medizinischen Handelns betrachtet und die Wiederherstellung oder Erhaltung von Gesundheit als dessen Ziel. Dies greift aber offenbar zu kurz, wie nicht zuletzt auch aktuelle und neue medizinische Interventionsmöglichkeiten, etwa die Schönheitschirurgie, zeigen. Die Folgefrage ist, inwiefern etwa die Gesamtgesellschaft, und hier die einzelnen steuer- und beitragszahlenden und systemerhaltenden Bürger, für medizinische Maßnahmen aufkommen sollen, die etwa nur der individuellen Verbesserung oder Optimierung (Enhancement) dienen oder ob der Wunsch nach bestimmten Verbesserungen auf individuelle Bedingungen zurückgeführt werden kann, die eine gesamtgesellschaftliche finanzielle Beteiligung rechtfertigt. Freilich ist gerade dieser Boden heiß umkämpft. So ist bekanntlich der Passus in Z 6, nämlich die „Anwendung von Maßnahmen der medizinischen Fortpflanzungshilfe“ im Blick auf In-vitro-Fertilisation in Österreich so geregelt, dass die Versicherungsgemeinschaft nicht für die Gesamtkosten der IVF aufkommt, sondern ein erheblicher Selbstbehalt den betroffenen Paaren verbleibt – was wiederum einer Zwei-Klassen-Gesellschaft im Gesundheitswesen Vorschub leistet. Ist dies aber dem Gedanken der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen adäquat, da doch auch in anderen Bereichen weniger bemittelten Menschen gewisse Erleichterungen zuteil werden? Zudem sind die jeweiligen

---

<sup>3</sup> An dieser Stelle ist es bereits etwas verräterisch oder zumindest asymmetrisch, dass etwa Geburtshilfe in „Krankenhäusern“ bzw. „Krankenanstalten“ vorgenommen wird, was beinahe unterstellen könnte, als seien gebärende Frauen mit einer Krankheit behaftet. Vielleicht wäre es an der Zeit, die entsprechenden Institutionen mit einem neuen Namen zu versehen oder eine Namensweiterung anzubringen.

Modalitäten bzw. Angebote bezüglich IVF international sehr unterschiedlich. Wie steht es etwa um die psychische Dissoziationen, die aus einem Unwohlsein aufgrund des Brustumfanges resultieren?<sup>4</sup> Wie stark muss hier die psychische Belastung sein, damit gerechtfertigterweise die Gesamtbevölkerung dafür solidarisch aufzukommen hat? Wie einfach gelangt man zu einem entsprechenden psychologischen Gutachten?

Ein brisanter Bereich betrifft sicherlich schon die Eingangsbestimmungen 1-3 von § 2 Abs. 2 ÄrzteG, wonach Ärzten die „Untersuchung“, die „Beurteilung“ und die „Behandlung“ von „körperlichen und psychischen Krankheiten oder Störungen, von Behinderungen oder Missbildungen und Anomalien, die krankhafter Natur sind“, obliegt. Einerseits scheint damit eine Monopolisierung zumindest implizit einhergehen zu können, obwohl die Gesamtausbildung für Allgemeinmedizin lediglich spezifische psychiatrische oder neurologische Ausbildungen vorsieht (§ 7 Abs. 2). Jedenfalls ist mit psychiatrischen oder neurologischen Kenntnissen und Kompetenzen nicht das Gesamtfeld sinnvoller psychischer Interventionsmöglichkeiten abgedeckt. Psychologische Hilfe und Intervention wird aber häufig von anerkannten TherapeutInnen vorgenommen, die ihrerseits keine vollwertige medizinische Ausbildung absolviert haben. Damit ist aber ein Konfliktpotential zwischen MedizinerInnen und PsychologInnen verbunden. Es ist ja „unzweifelhaft, dass Psychotherapien die subjektive Lebensqualität vielfach sehr viel nachhaltiger verbessern können als somatisch ansetzende Behandlungen“, was eigentlich selbstverständlich dazu anhalten sollte, der „gegenwärtige[n] Unterfinanzierung der Psychotherapie“ entgegenzuwirken.<sup>5</sup> Traditionelle medizinische Heilkunst rekurriert aber primär auf biologische Systeme. Dabei leisten sie jedoch dem Problem Vorschub, dass nicht der gesamte Mensch (welcher mehr ist, als die Summe seiner Teile), sondern lediglich bestimmte Teilperspektiven, etwa organische Dysfunktionen, Organverletzungen usw. im Zentrum stehen. Der Mensch kann aber nicht über seine organischen Funktionen definiert werden.

Darüber hinaus ist die medizinische Ausbildung eigentlich gar nicht darauf eingestellt, mit dem jeweiligen konkreten Menschen als leib-seelische Ganzheit in seinen vielschichtigen Bedürfnissen und Befindlichkeiten adäquat umzugehen. Notwendige übergreifende Gesichtspunkte müssen dadurch systemintern außen vor bleiben. Freilich kann dies auch von ÄrztInnen nicht erwartet werden und würde in eine Überforderung münden. ÄrztInnen müssen an diesem Punkt auch deutlich entlastet werden, da hier auch zentrale ethische und weltanschauliche Fragestellungen anstehen, für welche sie keine zureichende Ausbildung erfahren haben. Man spricht hier gerne von „ganzheitlicher Medizin“, wobei dieses Motto durchaus auch kritisch zu beurteilen ist,

---

<sup>4</sup> Vgl. u.a. Dieter Birnbacher, a.a.O., 352ff.

<sup>5</sup> Dieter Birnbacher: Bioethik zwischen Natur und Interesse, stw 1772, Frankfurt a.M. 2006, 353.

weil damit sehr Unterschiedliches und auch Unplausibles konnotiert sein kann, bis hin zu religiösen Ganzheitsvorstellungen. Ulrich Körtner schlägt darum vor, nicht von ganzheitlicher Medizin, sondern von einem „mehrdimensionalen Konzept von Heilkunst und Heilung“ zu sprechen, was er als „integrale Medizin“ bezeichnet.<sup>6</sup>

Die Formulierung in Z 1-3 eröffnet die weitergehende Frage, was überhaupt als „Störung“ charakterisiert werden soll und darf. Fasst man diese Formulierung weit, hätten wir es mit einer Totalpathologisierung der Gesellschaft zu tun, was übrigens auch auf die Gesundheitsdefinition der WHO zutrifft. Dies wäre jedoch niemandem dienlich und auch nicht finanzierbar. Zieht man jedoch die Grenzen zu eng, könnten blinde Flecke in der Wahrnehmung von Beeinträchtigungen und medizinischen bzw. psychologischen Interventionserfordernissen die Folge sein. Damit sind wir bei der Frage angelangt, was überhaupt als „Störung“ oder als „Krankheit“ bzw. „Gesundheit“, dann aber auch als „Behinderung“ zu bezeichnen ist. Diese Fragen lassen sich selbstredend nicht innermedizinisch definieren<sup>7</sup>. Sie unterliegen unterschiedlichen geschichtlichen, kulturellen, gesellschaftlichen, religiösen, empirischen und persönlich-individuellen Faktoren. Das, was als Krankheit bzw. Gesundheit verstanden wird, ist letztlich ein multifaktorales Konstrukt, aber nicht einfach etwas „Gegebenes“. Dementsprechend wird auch das, was als Krankheit bezeichnet wird, etwa von der WHO-Liste regelmäßig korrigiert (Beispiel Homosexualität). Die sog. Disability-Emanzipations-Bewegung etwa bietet ein ganz eigenes Konzept von Gesundheit und Krankheit, dem man auch ethisch nicht leichtfertig entgegen kann. Man denke aber auch an sog. Nicht-Krankheiten<sup>8</sup> (also etwa Haarausfall, Altern, Menopause oder Mikromastie), was wiederum auch nichtmedizinische Definitionen erfordert. Freilich wären die Konsequenzen kaum abzusehen, würden zahlreiche Fälle von Störungen oder natürlichen organismischen Veränderungen als Krankheiten beurteilt.

Jedenfalls muss auch die Medizin stets vor einem Hintergrund theoretischer oder praktischer Einstellungen und Haltungen urteilen, die selbst nicht wieder in den alleinigen Zuständigkeitsbereich medizinischer Definitionshoheit angesiedelt werden können. So ist etwas überhaupt nur eine Anomalie, eine Abweichung usw., wenn man bereits einen hinlänglich plausiblen Begriff von „Normalität“ hat. Dies kann aber nur

---

<sup>6</sup> Vgl. u.a. dazu Ulrich H.J. Körtner: Grundkurs Pflegeethik (s. Anm. 1), 35.

<sup>7</sup> Es ist darum sehr bedauerlich, wenn von hochrangigen und einflussreichen Vertretern im Gesundheitswesen, wie etwa von Hans-Jörg Schelling, in seinem Vortrag vom 4.9.2009 im Rahmen der Gesundheitsgespräche im Europäischen Forum Alpbach auf die selbst gestellte Frage: „Warum Gesundheit“, die Antwort gegeben wird, dass der Mensch eine „Ressource“ ist und insofern volkswirtschaftlich gesehen werden muss. Auf die Frage, warum wir überhaupt Gesundheit wollen, kann jedenfalls gerechtfertigter Weise nicht mit dem Menschen als wirtschaftlicher Ressource geantwortet werden. Dass der Mensch *auch* als eine solche gesehen werden kann, ist dabei unbestritten. Aber das ist keine hinreichend adäquate Antwort auf die Ausgangsfrage.

<sup>8</sup> Vgl. u.a. dazu Richard Smith: In search of „non-disease“, BMJ 324 (2002), 883-885.

z.T. durch medizinische Forschung geleistet werden. Darüber hinaus ist auch nicht von vornherein klar, wie Abweichungen von der Norm zu bewerten sind. Das Abweichende kann, je nach Vorannahme, als „gut“ oder „schlecht“ bewertet werden. Ist etwa das geistige Genie als Heilungsbedürftiger einzustufen?<sup>9</sup>

Insofern greifen zunächst Überlegungen zu kurz, die angesichts von Ressourcenknappheit nach adäquaten Verteilungsmöglichkeiten unter den Schlagworten von Rationalisierung, Rationierung oder der Effizienz und Effektivität fragen. Denn im Hintergrund muss stets die Frage thematisiert werden, was der „Sinn“ des Ganzen, damit auch des Gesundheitswesens, ist. Freilich kann es nicht das erklärte oder auch nur implizite Ziel sein, letztlich den ökonomischen Interessen das Feld zu überlassen, wengleich umgekehrt ökonomische Perspektiven von erheblicher Relevanz sind. Dies wäre eigens zu erörtern, da es natürlich handfeste partikulare ökonomische Eigeninteressen gibt. Zudem muss natürlich gesehen werden, dass gesellschaftliche Subsysteme ihre eigenen Primärunterscheidungen und -orientierungen zu verabsolutieren geneigt sind (Stichwort: Geld regiert die Welt).

## 2. Therapie als medizinisches Handlungsziel?

Wie bereits erläutert, zeigt das ÄrzteG in seiner Auflistung von Tätigkeitsbereichen, dass medizinisches Handeln primär am Begriff der (Wiederherstellung oder Erhaltung von) Gesundheit oder der Heilung orientiert ist. Abgesehen von den erwähnten Ausnahmen, spricht das ÄrzteG lediglich von „Behandlung“ bestimmter Krankheiten usw. Allerdings ist dadurch noch nicht eindeutig spezifiziert, was genau als „Behandlung“ zu verstehen ist. Ist man primär am Gesundheitsbegriff orientiert, so ist zu fragen, wie Fälle von unheilbar Kranken einzuschätzen sind.

Damit aber gelangen Pflegeberufe, aber auch Konzepte von „palliative care“ in den Blickpunkt. Denn Lebensqualität, Schmerz- und Leidminderung<sup>10</sup> oder ein „menschwürdiges“, „gutes“ Sterben sind Güter, die nicht einseitig am Heilungsbegriff ausgerichtet werden können oder dürfen. „Nicht nur Gesundheit, sondern auch Komfort“ sind „als Gut zu bewerten“<sup>11</sup>. Dabei spielen auch Sinnfragen eine zentrale Rolle. Individuelle und subjektive Befindlichkeiten erfahren dadurch eine besondere Berücksichtigung und Wertigkeit. Dies betrifft freilich auch noch andere Faktoren, wie etwa die Aufwertung psychologischer Betreuung und Beratung.

---

<sup>9</sup> Vgl. etwa George Edward Moore, *Principia Ethica*, Cambridge 1903; (dt.) Stuttgart 1996.

<sup>10</sup> Vgl. Dieter Birnbacher: a.a.O., 353.

<sup>11</sup> U.H.J. Körtner: *Grundkurs Pflegeethik* (s. Anm. 1), 42.

Ökonomische Gesichtspunkte sind dadurch keineswegs ausgeblendet, bedürfen aber auch einer hinlänglichen Transparenz – was in manchen Bereichen eher ein Desiderat darstellt. Beispielsweise wäre zu prüfen, ob auf längere Zeit verschriebene Medikamente von Patienten überhaupt in der nötigen Gesamtdauer eingenommen bzw. angewandt werden. Ist dies etwa nicht in adäquater Weise der Fall, sind Folgekosten für das gesamte Gesundheitssystem – und damit auch für den Beitragszahler – vorprogrammiert.<sup>12</sup> Zu fragen ist auch, ob überhaupt alle durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen notwendig und damit von der Versicherungsgemeinschaft finanziell zu tragen sind? Oder stehen im Hintergrund doch eher ökonomische Interessen? Insbesondere dann, wenn manche Ressourcen knapp sind oder knapper werden, muss daran gelegen sein, eine ausgewogene Balance zu finden, wenngleich eine solche wahrscheinlich immer nur Ziel oder Ideal bleiben wird. Es soll selbstverständlich immer das Notwendige getan, geleistet und auch finanziert werden.<sup>13</sup> Was aber das jeweils Notwendige, Zweckmäßige usw. ist, muss allererst über rationale Überlegungen – und auch über eine gesellschaftliche Akzeptanz – herausgefunden werden.<sup>14</sup> Dafür wäre aber eine hinreichende Transparenz im Gesundheitswesen vorauszusetzen. Daneben bedarf es aber einer ausdifferenzierten ethischen und anthropologischen Grundlagenbetrachtung.

In diesem Kontext sollte auch an adäquaten Präventivmaßnahmen und einer präventiven Medizin gelegen sein, welche einer kurativen Medizin zur Seite tritt. So sollten bereits im Vorfeld ganz bestimmte Maßnahmen ergriffen werden, die schließlich das Gesundheitswesen in finanzieller Hinsicht entlasten. Freilich darf man nicht in das Extrem verfallen, nun den Bärenanteil von der Präventionsmöglichkeit zu erhoffen. Es muss hier immer auch danach gefragt werden, um welchen Preis evtl. die Prävention durchgesetzt werden soll. Da solche Präventionsmaßnahmen zumeist mit Disziplinierungs- und Kontrollmaßnahmen einhergehen, können diese die eigene Freiheit und die jeweiligen individuellen Optionen in unangemessener Weise einschränken. Eine direktiv gehandhabte Überpräventionalisierung ist sicherlich kein gangbarer Weg. Nichtsdestoweniger sind die Möglichkeiten, auch die finanziellen Einsparungspotentiale eines entsprechenden Präventionssystems noch nicht ausgeschöpft.

---

<sup>12</sup> Es ist ohnedies eine eigene Frage, wie etwa Patienten, die von Krankenanstalten entlassen und neuerlich aufgenommen werden, in Statistiken aufscheinen. Soweit ich sehen kann, bietet nicht einmal die OECD-Studie hierfür eine eigene Rubrik – ganz abgesehen davon, dass in manchen Bereichen dieser Studie Österreich nicht einmal angeführt ist, was wohl dahingehend zu deuten ist, dass die entsprechenden Daten und Informationen nicht vorgelegen haben.

<sup>13</sup> Die gesetzlichen Formulierungen hinsichtlich des Notwendigen bzw. Zweckmäßigen sind alles andere als luzide. Es handelt sich hier – wie auch sonst – um ganz spezifische Konstruktionen von Beteiligten. Vgl. auch insgesamt Peter Jabornegg: Ökonomie und Krankenversicherung (Modelle zur Kostensenkung im Gesundheitswesen), Wien 2001.

<sup>14</sup> Vgl. u.a. Dieter Birnbacher: a.a.O., 351ff.

### 3. Ethische Kompetenzen

Ein zentrales Problem ist natürlich, dass ÄrztInnen immer wieder in ethisch hoch aufgeladenen Situationen agieren müssen, obwohl sie gewöhnlich hierin keine fundierte und adäquate Ausbildung erfahren haben. Der neutrale, non-direktive sog. „informed consent“ (vgl. GTG § 69) ist im konkreten Beratungsgespräch zw. Arzt und Klient kaum durchzuhalten. Obwohl der Ausgangsgedanke der Autonomie-Stärkung des Klienten durchaus zu begrüßen ist, bestehen doch aufgrund der spezifischen Situationen ganz bestimmte Abhängigkeiten bzw. Desorientierungen (der Patient bleibt mit seinen Fragestellungen allein). Der Arzt kann sich demgegenüber auf eine reine Informationspflicht zurückziehen. Auf weitere Probleme in diesem Zusammenhang, etwa jenes, dass unerwartete Ergebnisse bei Genanalysen so mitzuteilen sind, „dass sie auf die untersuchte Person nicht beunruhigend wirken“ (GTG § 71 [1] 2.), gehe ich hier nicht weiter ein.

Die ethischen Kompetenzen, die hier erforderlich sind, werden aber weitgehend durch die jeweilige wissenschaftliche Ausbildung nicht adäquat abgedeckt, was nicht selten zu einer Überforderung der ÄrztInnen führt. Der Rückzug auf einen „gesunden Instinkt“ oder einen „ursprünglichen Hausverstand“ wird da sicherlich nicht ausreichen. Können überhaupt medizinische Beratungsgespräche non-direktiv verlaufen? Der Patient ist einerseits Ratsuchender, andererseits kaum mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Alternativen vertraut. Es ist jedenfalls auffällig, dass bereits ein Trisomie-21-Befund in den meisten Fällen zum Schwangerschaftsabbruch führt, obwohl der Befund als solcher noch relativ wenig über die „Schädigung“ aussagt. In ethischer Hinsicht müsste an dieser Stelle weitere Aufklärung geleistet werden.

### 4. Chancen und Herausforderungen im Krankenanstaltenwesen

Privat geführte Krankenanstalten (kurz: PKA) scheinen einen sehr guten Zufriedenheitsindex zu erbringen. Insbesondere die individuelle Betreuung und damit das explizite Interesse am einzelnen Menschen und seinen Bedürfnissen scheinen in PKAs – nicht zuletzt in kirchlicher Trägerschaft – sehr gut realisierbar zu sein. Auch die entsprechenden jeweiligen Leitbilder und Leitlinien<sup>15</sup> lassen dieses Interesse deutlich

---

<sup>15</sup> Ein generelles Problem von Leitbildern und Leitlinien ist natürlich, dass sie eher idealtypisch verstanden werden können bzw. müssen. Selbstverständlich möchten derartige Veröffentlichungen das Beste der jeweiligen Institution zur Darstellung bringen. Es wird aber kaum sichtbar, wie eigentlich bei Konflikten zwischen einzelnen Werten zu verfahren ist. Sind beispielsweise die Kosten zu favorisieren oder der Mensch mit seinen Bedürfnissen? Zu fragen ist weiters, ob die Forderungen eines Leitbildes und der Leitlinien auch einklagbar sind? Nicht sehr viel anders verhält es sich mit ethischen Richtlinien in Unternehmen. Es ist ja erstaunlich, dass zahlreiche Unternehmen ethische Richtlinien entwerfen, also einen

hervortreten.

Gleichwohl können mit einer privaten Trägerschaft auch spezifische, auch ethisch relevante Probleme verbunden sein. So haben PKAs natürlich ein Interesse daran, Gewinn zu erzielen, da sie ja keine Non-profit-Unternehmen sind.<sup>16</sup> Das bedeutet, dass an bestimmten Stellen und in bestimmten Situationen Interessenskonflikte auftreten. Da PKAs nicht durchgängig eine allgemeine oder umfassende Therapieverpflichtung – d.h. einen umfassenden Versorgungsauftrag – besitzen, kann es nahe liegen, Patienten, bei welchen absehbar ist, dass sie kostenintensiv zu stehen kommen<sup>17</sup>, an öffentliche Krankenanstalten weiterzuleiten, welche dann ihrerseits natürlich aufgrund der Aufwendungen unter Druck geraten.<sup>18</sup> So heißt es beispielsweise: „Die Krankenanstalt erklärt sich bereit, die vom Arzt namhaft gemachten Patienten nach Maßgabe ihrer Kapazität aufzunehmen; sie ist jedoch nicht dazu verpflichtet und hat insbesondere das Recht, eine Aufnahme auch ohne Angabe von Gründen abzulehnen.“<sup>19</sup> Vice versa ist es natürlich für PKAs von Vorteil, wenn Patienten schlussendlich für den „Betrieb“ gewissermaßen als Nettozahler fungieren. Immerhin haben sich die jeweiligen Ärzte auch an den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu orientieren.<sup>20</sup> Damit eröffnet sich auch eine ethisch relevante Schere. Jedenfalls kann und darf es nicht sein, dass kostenintensive Patienten „weitergereicht“ werden.<sup>21</sup> Hier bedarf es einer ernsthaften Evaluierung und entsprechender Transparenz.

Für den öffentlichen Bereich sind in diesem Zusammenhang auch Formulierungen des ASVG (österreichisches Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) § 133, Abs. 2, von Interesse: „Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ Aber gerade Begriffe wie „ausreichend“, „zweckmäßig“ und „Maß des Notwendigen“ sind notorisch strittig. In

---

ethischen Bedarf sehen und diesen auch den Mitarbeitern zur Kenntnis bringen, diese Richtlinien aber nur selten auf offiziellen Internetseiten zu finden sind. Zudem sind diese Richtlinien zumeist derart vage formuliert, dass sehr viel Raum für Auslegungsmöglichkeiten besteht. Angreifbar ist man mit solchen Richtlinien kaum und einklagbar sind sie wohl ebenso wenig, schon gar nicht von MitarbeiterInnen auf unterer Betriebsstufe. Interessant ist hier auch, dass manche äußerst renommierte Unternehmen noch nicht einmal einen Betriebsrat vorweisen können.

<sup>16</sup> Vgl. u.a. auch <http://oe1.orf.at/104275.html> oder <http://www.goldenes-kreuz.at/belegarztservice/beleg-arztorganisation>.

<sup>17</sup> Vgl. etwa Wiener Zeitung vom 25. Jänner 2007:

<http://abo.wienerzeitung.at/DesktopDefault.aspx?TabID=4518&Alias=wzo&cob=267335&currentpage=2>.

<sup>18</sup> Vgl. u.a. [http://www.mydrg.de/dload/Private\\_Krankenhaeuser\\_kommunale\\_Krankenhaeuser.pdf](http://www.mydrg.de/dload/Private_Krankenhaeuser_kommunale_Krankenhaeuser.pdf).

<sup>19</sup> Allgemeine Vertragsbedingungen für Belegärzte in der Goldenes Kreuz Privatlinik BetriebsGmbH, gültig ab 6. April 2009 ([http://www.goldenes-kreuz.at/belegarztservice/allgemeine-vertragsbedingungen/Allgemeine\\_Vertragsbedingungen\\_Belegarzte\\_Neu\\_April09](http://www.goldenes-kreuz.at/belegarztservice/allgemeine-vertragsbedingungen/Allgemeine_Vertragsbedingungen_Belegarzte_Neu_April09)), § 2 (2).

<sup>20</sup> Vgl. u.a. Allgemeine Vertragsbedingungen für Belegärzte in der Goldenes Kreuz Privatlinik BetriebsGmbH, gültig ab 6. April 2009 ([http://www.goldenes-kreuz.at/belegarztservice/allgemeine-vertragsbedingungen/Allgemeine\\_Vertragsbedingungen\\_Belegarzte\\_Neu\\_April09](http://www.goldenes-kreuz.at/belegarztservice/allgemeine-vertragsbedingungen/Allgemeine_Vertragsbedingungen_Belegarzte_Neu_April09)), § 4 (9).

<sup>21</sup> Vgl. u.a. Allgemeine Vertragsbedingungen für Belegärzte in der Goldenes Kreuz Privatlinik BetriebsGmbH, gültig ab 6. April 2009 ([http://www.goldenes-kreuz.at/belegarztservice/allgemeine-vertragsbedingungen/Allgemeine\\_Vertragsbedingungen\\_Belegarzte\\_Neu\\_April09](http://www.goldenes-kreuz.at/belegarztservice/allgemeine-vertragsbedingungen/Allgemeine_Vertragsbedingungen_Belegarzte_Neu_April09)), § 5 (5).

**Autor: Dr. Andreas Klein**

© Dezember 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Ethik im Gesundheitswesen

Seite 8 von 12

KAKuG (österreichisches Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz) § 19a, Abs. 4, heißt es: „Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 3 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen.“

Aber auch die bereits angesprochenen empirischen Evaluierungen über die Zufriedenheit von Patienten müssen kritisch gesichtet werden. Natürlich ist es begrüßenswert, wenn sich Patienten in einer Krankenanstalt wohl fühlen und sie nicht nur als Therapieobjekt in den Blick kommen.<sup>22</sup> Gleichwohl sind die subjektiven Patientenstatements auch mit Vorsicht zu betrachten, da sie keinerlei – oder nur sehr bedingt – Rückschlüsse über andere – objektive – Bedingungen zulassen. So wäre etwa genau darauf zu achten, auf welchem Niveau – im Gesamtvergleich – die jeweilige medizintechnische Ausstattung ist, die Qualität und Anzahl der Personals usw.<sup>23</sup> Noch mehr Transparenz für den „Kunden“ und die Öffentlichkeit wäre an dieser Stelle wünschenswert. Auch eine durchgängige unabhängige Qualitätssicherung wäre in jedem Fall begrüßenswert.

Ein Problem besteht auch hinsichtlich der Heranziehung von Belegärzten in PKAs. Diese sind nicht definitiv angestellt, sondern werden aufgrund von Honorarbasis bzw. bestimmten Verträgen entlohnt. Auch sie haben natürlich ein Interesse, jene Leistungen zu erbringen, die auch gut abgegolten werden. Die Gefahr besteht also darin, dass Leistungen erbracht werden, die möglicherweise gar nicht zwingend erforderlich sind.<sup>24</sup> Freilich haben auch öffentliche Krankenanstalten etwa ein Interesse daran, dass bestimmte Standorte erhalten bleiben, was wiederum über den jeweiligen Bedarf geregelt werden soll. Erstaunlich ist an dieser Stelle, dass Österreich im Krankenanstaltenbereich deutlich mehr stationäre Aufnahmen verzeichnet als andere EU-Länder.<sup>25</sup> Werden in zahlreichen EU-Ländern bestimmte Behandlungen nicht-

---

<sup>22</sup> So ist in Leitbildern von PKAs immer wieder zu lesen, dass es um eine „ganzheitliche“ Betreuung geht. Allerdings ist gerade das Stichwort „Ganzheitlichkeit“ auch kritisch zu bedenken, weil damit recht unterschiedliche Vorstellungen verbunden sein können. Vgl. u.a. U. H.J. Körtnner, Leib und Leben. Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen, APTh 61, Göttingen 2010. Die Frage ist natürlich, inwiefern die spezifischen Bedürfnisse Andersgläubiger in kirchlich geführten Krankenanstalten entsprechend wahrgenommen werden (können). Das betrifft gar nicht nur die inneren Einstellungen von Personen, sondern auch die häufig damit verbundenen äußeren Bedingungen, also beispielsweise die Situation, dass muslimische Frauen eine innere Distanz gegenüber männlichem Betreuungspersonal aufweisen.

<sup>23</sup> Vgl. etwa <http://abo.wienerzeitung.at/DesktopDefault.aspx?TabID=4518&Alias=wzo&cob=267335&cur-rentpage=2> (Wiener Zeitung vom 25. Jänner 2007). Es wäre beispielsweise wünschenswert, dass in der „Kommission für Qualitätssicherung“, wie sie in Krankenanstalten installiert werden müssen (KAKuG § 5b), auch ein Ethiker beigezogen wird.

<sup>24</sup> Vgl. noch einmal u.a. [http://www.mydrg.de/dload/Private\\_Krankenhaeuser\\_kommunale\\_Krankenhaeuser.pdf](http://www.mydrg.de/dload/Private_Krankenhaeuser_kommunale_Krankenhaeuser.pdf).

<sup>25</sup> Vgl. u.a. OECD, Health at a Glance 2009. OECD Indicators, OECD 2009, 95; WHO Health for all database, November 2007 und BMGFJ, IHS HealthEcon 2008. Siehe auch den Rechnungshofbericht unter: [http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/Teilberichte/Kaernten/Kaernten\\_2006\\_01/Kaernten\\_2006\\_01\\_1.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/Teilberichte/Kaernten/Kaernten_2006_01/Kaernten_2006_01_1.pdf) und <http://www.rechnungshof.gv.at/berichte/kernaussagen/kernaussagen/detail/angebotsinduzierte-krankenanstaltenleistungen-leistungsangebotsentwicklung.html> (10.12.2008). Weiters vgl. die OECD-Gesundheitsdaten 2009,

stationär vorgenommen, so verzeichnet Österreich bei vergleichbaren Eingriffen eine weit höhere Anzahl stationärer Aufnahmen.

In die gleiche Richtung geht etwa die interessante Beobachtung, dass manche österreichischen regionalen Krankenanstalten vor einiger Zeit einen erheblich höheren Anteil an Appendektomien (Blinddarmoperationen; aber auch an Gebärmutterentfernungen) verzeichneten, nach verschiedenen Interventionen jedoch eben diese Krankenanstalten plötzlich zu denjenigen gehören, die erheblich weniger entsprechende Eingriffe verzeichnen und damit zu Vorzeigeeinrichtungen avancierten.<sup>26</sup> Es ist nur schwer vorstellbar, dass der Grund hierfür bei den Patienten oder den regionalen Bedingungen zu suchen sei<sup>27</sup> oder bei einem Virus, der möglicherweise für eine Blinddarmentzündung ursächlich beteiligt sein könnte – aber dann offenbar regional stärker verbreitet zu sein scheint. Die PatientInnen selbst können sich freilich über die notwendige und adäquate Indikation nur schwerlich ein hinreichendes Bild machen und sind gewöhnlich auf das „Fachurteil“ des Arztes angewiesen.

Jedenfalls müssen die Vergleiche zu anderen Ländern (insbesondere EU-Ländern) hergestellt und aufeinander bezogen werden, um schlussendlich auch im Blick auf Ressourcenallokationen einen optimalen Weg zu finden. Gerade bei den Ausgaben, die allein das Gesundheitswesen in sich aufnimmt (die Zahlen sind zwar derzeit relativ konstant, jedoch immer noch erheblich), muss stets gefragt werden, was man unter einer optimalen Versorgung verstehen soll und was der Bevölkerung bzw. den Beitragszahlern zuzumuten ist.<sup>28</sup>

Noch ein abschließendes Wort zu Status, Rolle und Funktion des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger in Österreich. Man wird sich jedenfalls des Eindrucks nicht ganz erwehren können, dass der Hauptverband – bei Bedarf – letztlich doch unabhängig von Bescheiden etwa der „Unabhängigen Heilmittelkommission“<sup>29</sup> (als zweite Instanz)

---

Österreich im Vergleich (Überschrift: Personelle, materielle, technische Ressourcen im Gesundheitswesen: <http://www.oecd.org/dataoecd/14/25/39001223.pdf>) und MedMedia (Medical Opinion Network; Artikel von Irmgard Mayer: <http://www.medmedia.at/aktuell/2009/01/6500.php>).

<sup>26</sup> Vgl. u.a. Ernest G. Pichlbauer: Die Appendektomie, Ärzte Krone 5/10 (2010), 8. Siehe auch NEWS vom 1.12.2004 und die APA-Presseaussendung vom 1.12.2004 (OTS 0007: Aussender ist der Hauptverband der Sozialversicherungsträger).

<sup>27</sup> Vgl. u.a. auch Robert Rebhan, Robert: Gesundheitsreform – systematisch betrachtet (2. Teil), Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung 03/2010, 126-141, bes. 137f.

<sup>28</sup> Vgl. u.a. Dieter Birnbacher, a.a.O., 350ff.

<sup>29</sup> Freilich ist es auch hier auffällig, dass die Mitglieder der Unabhängigen Heilmittelkommission (UHK) keinerlei Ethiker aufweisen. Vgl. dazu Die Sozialversicherung (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger), Arbeitsbehelf Erstattungskodex, hg. von Gregor Mandl, 14.4.2009, bes. 56f. Der Text des Hauptverbandes ist auch insofern von Interesse, als der (die) Vorsitzende der UHK vom Bundesminister für Justiz bestellt wird. Eine weibliche Formulierung, die sonst weitgehend eingehalten wird, findet sich hier nicht. Gleiches gilt für die Bestellung der Beisitzer(innen) und Stellvertreter(innen), die wiederum von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bestellt wird. Es wird offenbar davon ausgegangen, dass die jeweiligen Ressorts entsprechend männlich oder weiblich besetzt sind. Wahrscheinlich wird

**Autor: Dr. Andreas Klein**

© Dezember 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Ethik im Gesundheitswesen

Seite 10 von 12

operieren kann<sup>30</sup>. Es bedarf lediglich einer angepassten Argumentation oder des Nachweises eines Verfahrensfehlers, um Beschwerden von Antragstellern (zumeist aus dem Pharmaziebereich) zu unterlaufen, auch wenn bestimmte Produkte in vielen EU-Ländern längst erstattet werden. Interessant ist auch, dass die jeweiligen Amtsträger durch die politischen Mehrheitsverhältnisse installiert werden, aber nicht aufgrund ihrer fachlichen Eignung. Es ist zumindest auffällig, dass der Verbandsvorstand des Hauptverbandes primär aus Vertretern der Bundesarbeitskammer und der Wirtschaftskammer entsendet sind.<sup>31</sup> Eine *unabhängige* Überprüfung oder ein unabhängiges Regulativ, möglicherweise auch auf EU-Ebene, wären m.E. wünschenswert. Es geht doch auch hier letztlich um das Wohl von Menschen. Dazu wären auch ethische Expertisen und Fachvertreter vonnöten, die bis jetzt offenbar nicht anvisiert sind, obwohl es sich doch auch dort um ethisch relevante Fragestellungen handelt. Natürlich ließe sich unterstellen, dass durch Hinzuziehung unabhängiger ethischer Qualifikationen das jeweilige Procedere möglicherweise (noch weiter) erschwert wird, da diese nicht von vornherein politisch reguliert werden können. Gleichwohl sollte doch dann, wenn im Gesundheitsbereich weit reichende und auch ethisch relevante Entscheidungen getroffen werden, eine entsprechende ethische Urteilsbildung ihre zentralen Kompetenzen ins Spiel bringen können.

---

aber nur der aktuellen politischen Verteilung Rechnung getragen. Interessant ist jedoch, warum gerade das Justizministerium den (die) Vorsitzende bestimmt, während es hier doch primär um Gesundheitsfragen geht. Der Vorsitz wird jedenfalls von einem Richter (einer Richterin) bekleidet, nicht jedoch von Gesundheitsexperten.

<sup>30</sup> Immerhin besagt der § 351g des ASVG – VO-EKO, dass der Hauptverband auf Grundlage der Empfehlungen der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK) entscheidet. Vgl. auch Die Sozialversicherung (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger), Arbeitsbehelf Erstattungskodex, hg. von Gregor Mandlz, 14.4.2009, 57.

<sup>31</sup> Bemerkenswert – jedenfalls für einen Ethiker – ist auch der Umstand, dass etwa der Vorsitzende des Vorstandes des Hauptverbandes nicht nur der Wirtschaftskammer zugehört, sondern auch Mitglied des Aufsichtsrates (früher Geschäftsführer) von XXLutz ist. Offenbar versammeln sich hier in imponierender Weise unterschiedlichste Kompetenzen.

**Autor: Dr. Andreas Klein**

© Dezember 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Ethik im Gesundheitswesen

Seite 11 von 12

## Über den Autor: PD Univ.Ass. Dr. Andreas Klein

Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft  
Interner Mitarbeiter am Institut für Ethik und Recht in der Medizin  
Evangelisch-Theologische Fakultät der Universität Wien  
Schenkenstraße 8-10  
A-1010 Wien  
Tel.: +43/1/4277 32732  
Fax: +43/1/4277 9327  
Mail: dr@andreasklein.at  
WWW: www.andreasklein.at

### Wissenschaftliche Tätigkeiten:

Seit 30. März 2009      **Privatdozent** und Lehrbefugnis für Systematisch Theologie

1/2003 – 12/2008      **Universitätsassistent**

Institut für Systematische Theologie an der  
Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien

2000 – 2002      **Vertragsassistent**

Institut für Systematische Theologie an der  
Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien

1999 – 2000      **Studienassistent**

Institut für Systematische Theologie an der  
Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien

### Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf [www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com) zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: [post.ppa@noel.gv.at](mailto:post.ppa@noel.gv.at)

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

**Autor: Dr. Andreas Klein**

© Dezember 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Ethik im Gesundheitswesen

Seite 12 von 12