

ERNST HUBER ETHIK-SYMPOSIUM 2009

KERNTHESENSAMMLUNG

20./21. Februar 2009
Maria Plain, Salzburg



Liebe Teilnehmer, Referenten, Moderatoren, Diskutanten, Freunde!

Wenn wir uns heuer zum Ethiksymposium „Der Mensch im Mittelpunkt!? – Menschen und Mächte im Krankenhaus“ des Österreichischen Grünen Kreuz für Gesundheit im schönen Maria Plain treffen dürfen, dann verdanken wir das der vielen unbezahlten Arbeit von Mehreren, viel wenig bezahlter Arbeit von Einzelnen, sowie dem von uns dankbar angenommenen Sponsoring einiger Weniger.

So ein spezielles Gemisch jedes Jahr wieder zum Funktionieren zu bringen, kann nur daran liegen, dass uns die Veranstaltung an sich am Herzen liegt.

Und wie erklärt sich das?

Die schönsten und passendsten Worte zur Selbstbeschreibung hat wohl Prof. Huber, der Gründer dieses nach seinem Tod nach ihm benannten Symposiums, gefunden.

.....Entsprechend dem britischen Vorbild könnte man sagen: They like to be a little different. Die meisten Symposien sind ähnlich Fortbildungskursen, ein Vortragender mit beträchtlichem Wissensvorsprung gegenüber den Zuhörern vermittelt sein Wissen einem staunenden Auditorium. Die ÖGK-Symposien sind konträr: Eine Runde von Fachleuten, alle mit hohem Wissensniveau, wenn auch von verschiedenen Fachrichtungen und mit verschiedenen Ansichten - oder Weltanschauungen - treffen sich zu einem Gespräch. Jeder gibt seine Meinung als kurzes Statement ab und dann wird diskutiert.....

Der Mix an Teilnehmern ist ein ganz besonderer. Und der Mix an Themen ist auch ein ganz besonderer. Die Moderatoren setzen sich zusammen, einigen sich zunächst auf ein Thema als kleinsten gemeinsamen Nenner, laden unabhängig voneinander die Ihrer Meinung nach passenden Referenten ein, schlagen Diskutanten vor – und voilà – plötzlich wird aus einem kleinsten Nenner eine große Vielfalt.

Bestimmt das Thema die Teilnehmer? Bestimmen die Teilnehmer das Thema?

Auch heuer wurde dem Moderatorenteam Barbara Maier, Thomas Russegger und Hans Salzer – bei denen ich mich ganz besonders im Sinne von „viel unbezahlter Arbeit“ bedanken möchte – klar, welcher Auswahl aus der Themenvielfalt wir uns stellen wollen und können. Der inhaltliche Bogen ist weit gespannt.

Rund um eine langsam, nahezu liebevoll zusammengewachsene und zusammenwachsende Stammmannschaft finden sich „alte“ und „neue“ Referenten und Diskutanten höchsten Niveaus (vielen Dank für „viel unbezahlte Arbeit“), um zu lernen und zu lehren, zu referieren, zu diskutieren, zuzuhören und zu begreifen. Anders zu gehen, als man gekommen ist.

Wir alle wissen, wie viel (ungesehene) Arbeit hinter dem Gelingen einer derartigen Veranstaltung steht, und daher sei mir erlaubt, mich öffentlich bei Ulrike Geosits, dem „Office“ zu bedanken. Ganz besonders freut mich in diesem Zusammenhang auch, dass wir heuer wieder eine Kernthesensammlung zusammenstellen konnten, die uns auch die Möglichkeit der „Nachlese“ anbietet.

Viel Freude mit dem Ethiksymposium 2009 „Der Mensch im Mittelpunkt!? – Menschen und Mächte im Krankenhaus“ des ÖGK für Gesundheit wünscht Ihnen

Ihr Christoph Aufricht

VORWORT

UNIV.-PROF. DR. INGOMAR MUTZ

DAS ERNST-HUBER-ETHIK-SYMPOSIUM

EINE WICHTIGE SÄULE DES ÖSTERREICHISCHEN GRÜNEN KREUZES FÜR GESUNDHEIT

Das Österreichische Grüne Kreuz für Gesundheit ist eine Vereinigung namhafter österreichischer Wissenschaftler, deren gemeinsames Ziel es ist, die gesundheitliche Eigenverantwortung des Einzelnen maximal zu fördern und zu stärken.

Der Initiator und Begründer der Institution, Univ. Prof. DDr. Ernst Gottfried Huber, hat das Grüne Kreuz bis zu seinem Tod im Jahr 2005 mehr als zehn Jahre lang als Präsident geleitet und geprägt.

Durch sein außerordentliches Engagement und seine innovativen Ideen konnte er das Österreichische Grüne Kreuz für Gesundheit als kompetenten Ansprechpartner im Bereich der Vorsorgemedizin in weiten Teilen der ärztlichen Fachwelt sowie in der Bevölkerung etablieren.

Geleitet war Ernst Huber immer vom Gedanken an die Verantwortung – sich selbst, aber auch anderen gegenüber. Vor diesem Hintergrund entstand in ihm die Idee des Ethik-Symposiums: „Wo auch immer, nicht nur die Laien brauchen Empfehlungen, auch die Fachleute und Forscher brauchen Orientierungspunkte, die ihnen rechtzeitig den Weg finden helfen. Nur mit interdisziplinärer Hilfe, mit Hilfe aller, kann man im Sinne des ‚respite finem‘ den richtigen Weg finden.“ (Univ. Prof. DDr. Ernst G. Huber)

Wichtig war Prof. Huber ein gemeinsamer – durchaus lebhafter – Diskurs, der deutlich von der sonst üblichen Vortragspraxis abweicht: „Eine Runde von Fachleuten, alle mit hohem Wissensniveau, wenn auch von verschiedenen Fachrichtungen und mit verschiedenen Ansichten – oder Weltanschauungen – treffen sich zu einem Gespräch. Jeder gibt seine Meinung als kurzes Statement ab und dann wird diskutiert. [...] Die Relation Vortrag zu Diskussion ist somit nicht, wie üblich, 10:1, sondern 1:2. Die Diskussion soll dazu führen, die Ansicht der anderen kennen und verstehen zu lernen und damit zu tolerieren. Vielleicht kann der eigene – manchmal schon verhärtete – Standpunkt aufgelockert oder korrigiert werden. Ideal ist natürlich das Finden einer gemeinsamen Resolution, wie es schon oft der Fall war.“

Die Diskussion innerhalb eines zwar interdisziplinären, aber doch auf einen ausgewählten Kreis begrenzten, Zirkels war ihm aber nicht genug: „Auf alle Fälle aber sollen die Ergebnisse der Diskussionen am Ende des Symposiums nicht ad acta gelegt, sondern verwertet und in verschiedener Form publiziert werden, [...]. Aber auch Referate in Ärztezeitungen und anderen Fachzeitschriften sind vorgesehen und last not least, kurze Meldungen an Fernsehen, Rundfunk und Presse.“

Die erfolgreichen Ethik-Symposien der letzten Jahre haben gezeigt, dass Prof. Hubers Idee ihre Berechtigung hatte und hat. In seinem Sinne wollen wir weiterhin an der Optimierung seiner weniger – wie er selbst einmal meinte – illusionären, denn visionären Vorstellung arbeiten.

Ich wünsche Ihnen ein interessantes und erfolgreiches Ethik-Symposium 2009.

Ihr



Ingomar Mutz
Präsident des ÖGK für Gesundheit

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

Freitag, 20.02.2009

15.00 Uhr **Ethische und rechtliche Aspekte der Macht im Spital**

Moderator: Christoph Aufricht, Wien

Referenten: Ulrich Körtner, Wien
Christian Kopetzki, Wien

17.00 Uhr **Grußworte von LAbg. Michael Kretz, Salzburg**

Festvortrag

Menschen und Mächte im Krankenhaus

Klaus Ratheiser, Wien

Samstag, 21.02.2009

08.30 Uhr **Der Arzt im Mittelpunkt?!
.....oder bloß Personalressource**

Moderator: Hans Salzer, Tulln

Referenten: Gerd Eichberger, Tulln
Ulrike Salzer-Muhar, Wien
Evelyn Walter, Wien

10.30 Uhr **Der Patient im Mittelpunkt?!
Patientenautonomie und ärztliche Fürsorge**

Moderator: Thomas Russegger, Salzburg

Referenten: Michael Fischer, Salzburg
Richard Greil, Salzburg

14.00 Uhr **(Ohn)Mächtigkeiten im Spitalssetting**

Moderatorin: Barbara Maier, Salzburg

Referenten: Bärbel Som mavilla, Salzburg
Karl-Heinz Wehkamp, Bremen
Anna Wenger, Salzburg

Geladene Diskutanten zu mehreren Themen:

Gerhard Aigner, Wien

Karl Altenhuber, Wien

Alfred Dilch, Wien

Markus Grimm, Wien

Kurt Grünewald, Wien/Innsbruck

Wilfried Leeb, Salzburg

Elisabeth J. Nöstlinger, Wien

Arnold Pollak, Wien

Ernst Porpaczy, Wien

Peter Rehak, Graz

Andreas Sönnichsen, Salzburg

Wolfgang Sperl, Salzburg

Gerhard Schwischo, Salzburg

Rudolf Steininger, Wien

Beate Wimmer-Puchinger, Wien

ETHISCHE UND RECHTLICHE ASPEKTE DER MACHT IM SPITAL

Moderator: Christoph Aufricht, Wien
Referenten: Ulrich Körtner, Wien
Christian Kopetzki, Wien

Ethische Aspekte von Macht im Krankenhaus

Univ.-Prof. Dr. Ulrich Körtner, Wien

Machtfragen werden in Medizin und Pflege häufig tabuisiert. Dabei sind Machtfragen und Machtverhältnisse für alles helfende und heilende Handeln ganz zentral. Nach Max Weber ist Macht „jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf die Chance beruht“. Allerdings ist zwischen emanzipatorischen und Abhängigkeit schaffenden Formen der Macht zu unterscheiden. Das Phänomen der Macht und ihrer Ambivalenzen betrifft die personale, die organisatorische und die politische Ebene im Krankenhaus. Angesprochen werden auch das Verhältnis von Sprache, Kommunikation und Macht sowie das Problem der Gewalt in Medizin und Pflege.

Rechtliche Aspekte der Macht im Spital

Univ.-Prof. DDr. Christian Kopetzki

I. „Macht“ – ein schillernder Begriff

Das Phänomen „Macht“ kann man unterschiedlich definieren und aus unterschiedlichen Perspektiven analysieren. Aus juristischer Sicht kann „Macht“ als (rechtlich verliehene) Fähigkeit verstanden werden, das Verhalten (Tun, Unterlassen) Dritter auch ohne deren Willen zu bestimmen („Heteronomie“).

II. Recht und Macht

Rechtliche Bindung ist in gewisser Weise immer „heteronom“, weil die Verpflichtung in aller Regel unabhängig vom aktuellen Willen des Verpflichteten „gilt“ (Ausnahme: Gewissensklausel etc). Beim Zustandekommen rechtlicher Bindungen kann aber der Wille des Betroffenen mehr oder weniger mitspielen (Privatautonomie versus Heteronomie). Bei der Durchsetzung sind auch privatautonom begründete Verpflichtungen (z.B. Verträge) auf organisierte (staatliche) „Macht“ angewiesen („Gewaltmonopol“).

„Freiheit“ und „Macht“ sind kein zwingendes Gegensatzpaar: Auch individuelle Freiheitsräume sind auf Absicherung durch Recht & Staatsmacht angewiesen. Wieviel individuelle Freiheit verbleibt, ist eine Frage der inhaltlichen Ausgestaltung der Rechtsordnung.

III. Das Konzept des Rechtsstaates und die „besonderen Gewaltverhältnisse“

Das (Dauer-)Projekt „Rechtsstaat“ sichert rechtlich geregelte Räume gesicherter Freiheitsentfaltung (Grundrechte, Legalitätsprinzip, effektiver Rechtsschutz etc). Die Durchsetzung rechtsstaatlicher Prinzipien erfolgte in manchen Rechtsbereichen allerdings nur zögernd („besondere Gewaltverhältnisse“ als rechtsstaatsfreie Inseln). Die „Anstalten“ des Sanitätsrechts weisen eine besondere historische Verspätung auf („wer heilt, hat immer recht“). Erst zögernd hat der individuelle Rechtsschutz auch hier Platz gegriffen (Patientenrechte, unabhängiger Rechtsschutz durch Gerichte ua).

IV. Beispiel: Wer oder was legitimiert den ärztlichen Eingriff?

Über mehrere Jahrhunderte vollzog sich ein schrittweiser Paradigmenwechsel von einer „paternalistischen“ Legitimation des ärztlichen Eingriffs durch „Fürsorge“ zu einer individuellen Legitimation durch „informed consent“. Wegbereiter dieser Entwicklung waren zunächst weniger die Gesetzgebungen, sondern (bei gleichbleibenden Normtexten) die Gerichte. Heute ist weitgehend unbestritten, dass die ärztliche Heilbehandlung ihre juristische Rechtfertigung nicht durch das „gute“ therapeutische Ziel, sondern durch die Einwilligung und Aufklärung des Patienten erfolgt (Ausnahme: Zwangsbehandlung etc). Nach und nach haben diese Grundsätze auch in die Gesetze Eingang gefunden (statt aller zB § 110 StGB – eigenmächtige Heilbehandlung“) und wurden durch flankierende Regelungen des Patientenschutzes mehr und mehr verstärkt (Patientenrechte, Patientenanwaltschaften etc).

V. Aktuelle Spannungsfelder zwischen „Patientenautonomie“ und Fremdbestimmung

Neben den – durch das Recht nicht gänzlich beseitigbaren – organisatorischen und ökonomischen Zwängen in behandelnden Institutionen verbleiben (bzw entstehen neue) Defizite der Gewährleistung von Patientenautonomie (Abhängigkeit von Leistungen Dritter; Ressourcen und Allokation; gesellschaftlich sensible Kollisionen zwischen bestimmten Moralvorstellungen und den Folgen und Risiken von individueller Freiheitsausübung).

Ein aktuelles Beispiel bietet die chronische Diskussion über die „Sterbehilfe“: Wie ist vorzugehen, wenn der Patientenwille mit (mehr oder weniger breit akzeptierten) „Wertüberzeugungen“ der Mitmenschen kollidiert? Gibt es – juristisch gesehen – eine ethisch bzw. rechtlich begründbare Zwangsbehandlung zum Schutz der Moral? Schützt das Recht uU auch vor der „herrschenden Bioethik“? Dass diese Themen jederzeit einen „Kulturkampf“ auslösen können, zeigt nicht zuletzt der italienische Fall Eluana Englaro.

DER ARZT IM MITTELPUNKT?!ODER BLOSS PERSONALRESSOURCE

Moderator: Hans Salzer, Tulln
Referenten: Gerd Eichberger, Tulln
Ulrike Salzer-Muhar, Wien
Evelyn Walter, Wien

Die Pathologie der Macht

- ein Beitrag zur Analyse seelischer Probleme von Führungspersonen

Prim. Dr. Gerd Eichberger, Tulln

Zitate:

Oscar Wilde: „Macht ist die einzige Lust, derer man nicht müde wird“.

Max **Weber** (1956/1980): Macht ist „jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel, worauf diese Chance beruht.“

„Power tends to corrupt, and absolute power corrupts absolutely.“ – „Die Macht neigt dazu, zu korrumpieren, und die absolute Macht korrumpiert absolut.“ – (John Emerich Dalberg-Acton, 1907)

Gareth Morgan (1986) Quellen von Macht in Organisationen:

Formale Autorität

Verfügungsgewalt über Ressourcen,

Organisationsstrukturen und -prozeduren

Kontrolle über den Entscheidungsprozess

Verfügungsgewalt über Wissen und Information

Management der Grenzen

Fähigkeit Unsicherheit zu verarbeiten

Verfügungsgewalt über Technologie

Allianzen und informelle Netzwerke

Symbolismus und das Management der Bedeutung

Welche Persönlichkeitsstrukturen drängen an die Macht?

Aus den Diagnosesystemen - ICD 10 und DSM IV:

Antisoziale, paranoide, narzisstische Persönlichkeitsstörungen

Paranoide Persönlichkeitstörung.

Tiefgreifendes Mißtrauen und Argwohn gegenüber anderen, sodass deren Motive als böswillig ausgelegt werden (DSM IV). Verdächtigt andere ohne ausreichenden Grund. Vertraut sich nur zögernd anderen Menschen an. Liest in harmlose Bemerkungen oder Vorkommnisse eine versteckte, abwertende oder bedrohliche Bedeutung hinein. Ist lange nachtragend, verzeiht Kränkungen nicht.

Streitsüchtiges und situationsunangemessenes Bestehen auf eigenen Rechten (ICD 10)

Tendenz zu überhöhtem Selbstwertgefühl in Verbindung mit ständiger Selbstbezogenheit

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer, Verantwortungslosigkeit und Mißachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen, Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen, geringe Frustrationstoleranz, niedrige Schwelle für aggressives...Verhalten, Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Denkt man über die Merkmale der Devianz und Kriminalität hinaus, dann finden sich diese Merkmale auch bei erfolgreichen Sportlern, Abenteurern usw.

So dürften.. auch auf eine Reihe von zumeist höchst angesehenen Politikern einzelne, wenn nicht gar die meisten der angegebenen ICD-Kriterien zutreffen, und zwar als Kompetenzen, die sie benötigen, um sich angemessen durchsetzen zu können. (Fiedler, 2001)

Narzisstische Persönlichkeitsstörungen (DSM IV):

Tiefgreifendes Muster von Großartigkeit, Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie

Grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit

Stark eingenommen von Fantasien grenzenloser Erfolge

Glaubt, besonders und einzigartig zu sein

Verlangt nach übermäßiger Bewunderung

In zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch

Zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen

Kernberg, 1998: Ideologie, Konflikt und Führung: ... fünf bedeutende wünschenswerte Persönlichkeitsmerkmale, die für rationale Führung erforderlich sind:

Intelligenz, persönliche Aufrichtigkeit und Unbestechlichkeit, Fähigkeit zur Herstellung und Aufrechterhaltung intensiver Objektbeziehungen, gesunder Narzissmus, gesunde, berechnete, antizipatorische paranoide Haltung, die das Gegenteil von Naivität bedeutet.

Ein gesunder Narzissmus schützt den Führer vor übergroßer Abhängigkeit von der Zustimmung anderer und stärkt seine Fähigkeit zu selbständigem Handeln

Führung durch eine paranoide Persönlichkeit:

Nimmt sogar gewöhnliche Diskussionen oder eine schwache Opposition als gefährliche Rebellion oder als kaschierten Angriff wahr. Da sie alles, was sie sieht, als mangelnden Respekt, schlechte Behandlung und versteckte Feindseligkeit interpretieren kann, fürchten sich die Mitarbeiter davor offen zu sprechen. Die Ängstlichkeit des Personals wiederum kann das Misstrauen des Leiters verstärken, so dass sich ein Teufelskreis entwickelt.

Paranoide Persönlichkeiten können unter revolutionären Bedingungen gut funktionieren – erfolgreiche Projektion all seiner Aggression auf ein Objekt außerhalb der Grenzen seiner eigenen Gruppe. Nach dem Erfolg aber Wendung der Aggression nach innen mit rachsüchtiger Verfolgung kreativer Kritiker.

Führung durch eine narzisstische Persönlichkeit

Größte Gefahr für Institutionen. Die Unfähigkeit, sich selbst und andere wirklich einzuschätzen, machte es Ihnen unmöglich, andere differenziert wahrzunehmen. All dies kann verheerende Folgen haben, wenn solche Personen in leitende Positionen gelangen.

Weil narzisstische Persönlichkeiten häufig von einem starken Macht- und Prestigeverlangen zur Übernahme von Führungspositionen getrieben werden, finden sich Menschen mit diesen Charaktereigenschaften oft in Spitzenpositionen. Sie streben diese vor allem deshalb an, weil sie ihnen Bewunderung und narzisstische Gratifikation von Seiten der Mitarbeiter gewähren und nicht, weil sie sich einer bestimmten Aufgabe oder einem Ideal verpflichtet fühlen.

Führung durch eine narzisstische Persönlichkeit

Fordert nicht nur Unterwerfung ihrer Mitarbeiter, sondern auch Liebe ein. Wenn den Mitarbeitern bewusst wird, wie wichtig es für den Leiter ist, ständige Demonstrationen ihrer bedingungslosen Liebe und Bewunderung zu erhalten, werden Schmeichelei und Speichelleckertum zu konstanten Merkmalen ihrer Kommunikation. Die Ziele der pathologisch narzißtischen Führungskraft .. konzentrieren sich auf die Gewinnung einer primitiven Macht über andere, auf das Bedürfnis nach Bewunderung, sogar Ehrfurcht, und den Wunsch, für persönlichen Charme und Brillanz bewundert zu werden – nicht für reife menschliche Eigenschaften wie moralische Integrität oder kreative Führung

Der narzisstische Chef beurteilt Menschen nach dem oberflächlichen Eindruck, den er aus ihrem Verhalten gewinnt. Ihm ist das Prestige wichtig, das sie sich bereits erworben haben, oder er läßt sich von politischen Überlegungen leiten statt von einer reifen Einschätzung der Art der Aufgabe....der Persönlichkeit und der Kenntnisse des Betreffenden.

Die Unfähigkeit des narzißtischen Führers, reife Urteile über Menschen zu treffen, und seine Tendenz, sich auf Ja-Sager zu verlassen, verstärken einander und können eine Situation heraufbeschwören, in der er ausschließlich von Personen umgeben ist, die ihm selbst ähneln, Personen, die sich ihr Gespür für seine psychischen Bedürfnisse zynisch zunutze machen

Dammann, 2007

Wer Macht hat, kann sich Liebe und Anerkennung erzwingen und erkaufen. Er verschleiert damit seine fundamentale Abhängigkeit, ohne sie jedoch wirklich aufheben zu können. Das daraus folgende Fehlen von Anerkennung führt beim Mächtigen jedoch zu einer narzisstischen Mangelerfahrung und zu narzisstischer Wut, die er mit einer weiteren Steigerung seiner Macht beantwortet. Aus dieser Dynamik leitet sich der suchartige Charakter von Machtprozessen ab. Wir haben es hier also mit einem Teufelskreis zu tun, in dem Macht aus Mangel Macht generiert.

Kramer, 2003:

Führer, die nach oben kommen und auch dort bleiben, zeichnen sich durch fünf Aspekte...aus:

Sie vereinfachen ihr Leben, bleiben bescheiden, sprechen ihre Schwächen an
Sie setzen Probedallons aus, um Wahrheit aufzudecken
Sie ärgern sich nicht über den Kleinkram bzw. kümmern sich auch um Details
Sie überlegen mehr, nicht weniger

Wege aus dem Dilemma von Macht und Narzißmus:

Demut

Erich **Fromm** (Die Kunst des Liebens): Die der Vernunft und Objektivität entsprechende emotionale Haltung als Voraussetzung der Überwindung des eigenen Narzissmus.

Antike: „Bedenke Imperator, Du bist sterblich!“

Medizinische Entscheidungsfindung im Spannungsfeld verschiedener Mächte

Univ.-Prof. Dr. Ulrike Salzer-Muhar, Wien

Wie treffen wir als Ärzte unsere medizinischen Entscheidungen? Nur wenige sind wirklich „evidence based“, Lehrbücher sind bei ihrem Erscheinen bereits veraltet, es gibt unterschiedliche medizinische Schulen, institutionelle Gegebenheiten und Möglichkeiten, Expertenwissen und letztlich auch ein intuitives Wissen.

Meine Thesen resultieren aus meiner Tätigkeit als Kinderkardiologin, im Besonderen aus meinen Erfahrungen 2002-2008 in der Funktion als supplierende Leiterin der Abteilung für Pädiatrische Kardiologie am AKH Wien.

Die Kinderkardiologie ist ein interdisziplinäres Fach, nicht nur im pädiatrischen sondern vor allem im interventionell-chirurgischen Bereich, viele der Patienten sind kritisch krank, medizinische Entscheidungen sind oft akut zu treffen, genauso wie komplexe High-End Entscheidungen müssen sie so gut wie unter den Umständen möglich sein. Mortalität wird es in diesem Fach immer geben.

Welche Mächte spielen nun bei solchen Entscheidungsfindung eine Rolle?

Zunächst die Macht der Krankheit, die sich durch ihre Akuität, Dynamik, den zeitlichen Verlauf und die vorhandenen Therapieoptionen ergibt. Das Alter des Kindes spielt eine Rolle, das Kind selbst als kleiner Patient übt wahrscheinlich auf uns eine ganz subtile Form der Macht aus, da es ganz besonders an uns appelliert, Verantwortung wahrzunehmen.

Erfahrung, Wissen und Können, und letztlich ein großes Maß an Antizipationsfähigkeit und Intuition sowie die Persönlichkeit machen den Arzt aus. Dass Medizin per se Macht bedeutet, ist klar - der eine steht, der andere liegt - dass jedoch diese Macht begrenzt ist, müssen wir uns als Ärzte immer wieder bewusst machen, damit wir uns selbst nicht überfordern.

Die medizinische Arzt-Patientenbeziehung und damit verbundene Entscheidungen werden von anderen Mächten - inneren und äußeren - beeinflusst. Innere Mächte sind ethische Prinzipien, Gewissen und Kerninhalte des hippokratischen Eids. Unter die äußeren Mächte zähle ich die Eltern des Kindes, psychosoziale Aspekte und andere Menschen - Einzelpersonen im Abteilungsteam oder im erweiterten interdisziplinären Team, die Institution per se, Kooperations- und Konkurrenzpartner am Gesundheitsmarkt, die öffentliche Meinung, die Medien und finanzielle Ressourcen. Auch der Dimension Zeit und dem richtigen Zeitpunkt kommt Macht zu, dem Ort ebenso wie dem Recht und Gesetz.

Einfache und komplexere medizinische Entscheidungsfindungen unter dem Einfluss der verschiedenen Mächte werden anhand von 3 Szenarien illustriert.

Je weiter ein Arzt/eine Ärztin in der medizinischen Hierarchie hinaufsteigt, desto mehr wird er/sie in das Spannungsfeld die sogenannten äußeren Mächte geraten. Ärztliche Abteilungsleiter sind Manager, aber sie haben auch die medizinische Letztverantwortung in komplexen „High-End Entscheidungen“ und deren Durchsetzung. In der Entscheidungsfindung hat „the best interest of the patient“ klare Priorität.

DER ARZT IM MITTELPUNKT?!ODER BLOSS PERSONALRESSOURCE

DER ARZT IM MITTELPUNKT?!ODER BLOSS PERSONALRESSOURCE

Dr. Evelyn Walter, Wien

Das Ziel eines Krankenhauses muss darin liegen, eine Basis zu schaffen, die jederzeit medizinisch rationale und ökonomisch optimale Behandlungsstrategien zulässt ohne dabei die ethischen Verpflichtungen zu verletzen.

Die Gesundheitspolitik ist gefordert die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen!

DER PATIENT IM MITTELPUNKT?! PATIENTENAUTONOMIE UND ÄRZTLICHE FÜRSORGE

Moderator: Thomas Russegger, Salzburg
Referenten: Michael Fischer, Salzburg
Richard Greil, Salzburg

Univ.-Prof. DDr. Michael Fischer, Salzburg

Der Beitrag geht davon aus, dass die Medizin keine Wissenschaft ist, sondern eine „historisch gewordene Sammlung von heterogenen Fakten, Methoden, Konzepten und Praktiken“ ist. Daher zählen neben der wissenschaftlichen Kenntnis vor allem handwerkliches Geschick und breite Erfahrung. Allein das zwingt den Arzt in eine spezifische Rolle, vor allem in einer Zeit, wo die ökonomischen Verwerfungen schlagend werden und der Sparkurs sich radikal bemerkbar macht in Problemen wie Personalmangel, Mangel an State-of-the-art von technologischen Möglichkeiten etc. Umgekehrt wird dort, wo die Ökonomie alles entscheidend ist, der Kunde immer wichtiger.

Die Situation ist kritisch und in kritischen Situationen ist der Ruf nach der Ethik immer besonders laut. Theoretiker haben Hochkonjunktur! Aber vielleicht wäre es besser, Empiriker zu befragen, da in der ärztlichen Praxis mit höchst unterschiedlichen Verantwortungsbegriffen gearbeitet wird. Die offizielle Rhetorik ist untauglich. Dies wird an einer Fallstudie erläutert. An einer zweiten Fallstudie die Strukturprobleme in einem medizinischen System und die Frage: Wann die Patientenadvokatur (aus ethischen Gründen) in Anspruch genommen werden soll.

Abschließend wird das Problem der Reflexivität im medizinischen System behandelt und die Transformation von der Krankheitsfrage hin zur Gesundheitsfrage. Was wären die künftigen Voraussetzungen eines solchen Gesundheitssystems.

**DER PATIENT IM MITTELPUNKT?!
PATIENTENAUTONOMIE UND ÄRZTLICHE FÜRSORGE**

Prim. Univ.-Prof. Dr. Richard Greil, Salzburg

(OHN)MÄCHTIGKEITEN IM SPITALSETTING

Moderatorin: Barbara Maier, Salzburg
Referenten: Bärbel Somnavilla, Salzburg
Karl-Heinz Wehkamp, Bremen
Anna Wenger, Salzburg

Medizin und Verwaltung- ein Kampf der Kulturen

Karl-Heinz Wehkamp, Bremen

1. Die Institution Krankenhaus befindet sich heute ebenso im Umbruch wie das übergeordnete Gesundheitswesen und die noch umfassenderen Konzepte moderner ‚Gouvernementalität‘ (Foucault). Hier brechen Konflikte auf, die auf den ersten Blick Klinik-spezifisch sind, jedoch aus größerem Abstand betrachtet konkurrierende Grundlinien nationaler, internationaler und globaler Politik- und Wirtschaftskonzepte darstellen.
2. Der Umbruch spiegelt sich in neuen Sprachregelungen und Begriffen sowie in einer neuen Kaste von Spezialisten wider. Das Krankenhaus gibt es nicht mehr- an seine Stelle tritt das Gesundheitsunternehmen. Das Gesundheitswesen wird ersetzt durch die Gesundheitswirtschaft. Die Verwaltung wandelt sich zum Management.. Zum Experten für ‚Gesundheit‘ ist der Gesundheitsökonom geworden, ggf. noch der Public Health- Agent. Berater und z.T. global agierende Consulting- Firmen sowie Rating- und Zertifizierungsagenturen sind auf den Plan getreten und scheinbar unverzichtbar. Der Patient hingegen wird teils ersetzt, teils verdoppelt durch den Kunden bzw. den Health Care Consumer.
3. Die Gründe und Hintergründe für den Umbruch („die Umbrüche“?) werden häufig in demografischen Veränderungen sowie in den Kosten des medizinischen Fortschritts gesehen. Da im Grundsatz gleiche Veränderungen aber in allen traditionell staatlich oder ‚öffentlich‘ organisierten ‚Sektoren‘ ablaufen (vom Schulsektor über die Wasserwerke, die Stromversorgung bis zu den Autobahnen und Gefängnissen) kann die Erklärung nicht allein im Gebiet der Gesundheitssysteme gesehen werden. Handelt es sich nicht vielmehr um einen aus der anglo- amerikanischen Welt stammendes Politik- und Wirtschaftskonzept, das als ‚Neo- Liberalismus‘ grundsätzlich die Rolle der Märkte und der freien Wirtschaft stärken möchte?
4. Im Krankenhaus sind die Inhalte und die Rahmenbedingungen in Konflikt geraten, weil die Inhalte (die Medizin) durch ‚Strukturen‘ in neue Bahnen und zu neuen Funktionsweisen geführt werden sollen. Steuerung soll nach politischem Willen durch ökonomische Vorgaben erfolgen. Damit wird im Grunde verlangt, dass wirtschaftliche Überlegungen in die medizinischen Indikationsstellungen eingreifen sollen, ja müssen. Damit vollzieht sich eine echte Revolution: die medizinisch analysierte und definierte Situation eines Patienten und der ‚Stand der medizinischen Wissenschaft‘ sind nicht allein hinreichend für die Diagnostik und Therapie. Im Kern geht es auch um eine Abwägung der Interessen des individuellen Patienten und eines mehr oder weniger klar definierten Kollektivs.
5. Es findet ein soziologisch als Ausdifferenzierung zu bezeichnender Prozess statt, in dem ‚die Medizin‘ und das Rahmenwerk zu seiner Finanzierung, Organisation und Ausrichtung auseinander treten und ein neues Verhältnis miteinander eingehen

müssen. Auch die Pflege differenziert sich als ein relativ selbständiger Bereich neu aus und verlangt neue Formen der Vernetzung.

6. All diese Prozesse sind konfliktreich und für viele Beteiligte schmerzhaft. Oft sind sie intransparent und schlecht begründet, so dass sie für viele Menschen als bedrohlich und verunsichernd wahrgenommen werden. Wahrscheinlich sind sie aber unvermeidbar, einmal weil die Sorge um die Gesundheit permanent mehr Komplexität und Kosten (und damit Management- Erfordernisse) erzeugt, zum anderen, weil Veränderungen im Kontext des kaum durchschaubaren Komplexes aus Staat(en) und Wirtschaft(en) ebenfalls unvermeidbar sind. Wie diese freilich aussehen sollten ist umstritten und angesichts der aktuellen globalen Finanz- und Wirtschaftskrise hoch brisant.
7. Politiker sind nicht blind gegenüber den Gefahren, die eine ‚Ökonomisierung‘ von Medizin und Gesundheitswesen mit sich bringen kann. Sie haben deshalb sowohl im Kontext der Kostendämpfungs- und Sparpolitik als auch im Rahmen der geförderten Privatisierung der Gesundheitsfürsorge die Forderung nach Qualitätssicherung gesetzlich festgeschrieben. Die Qualität soll sich nicht verschlechtern- deshalb muss sie permanent vermessen und kontrolliert werden. Klinikverwaltungen sind sowohl Kosten- als auch Qualitätsverantwortliche und treten als solche zunehmend den Gesundheitsarbeitern entgegen.
8. Während der Staat (Makroebene) die Kosten- und Finanzverantwortung zunehmend an die Gesundheitsunternehmen (Mesoebene) überträgt greift diese wiederum zunehmend gestaltend in die Arbeit auf der Mikroebene ein. Was nun geschieht ist brisant und sollte sehr sorgfältig und sehr ehrlich analysiert werden, denn es muss zu einem Abgleich individueller und kollektiver Interessen kommen. Medizin kann nicht grenzenlos finanziert werden. Berücksichtigung ökonomischer Argumente muss stattfinden. Aber wie?
9. Aktuell erleben wir in Deutschland eine Art erste Phase der Konfrontation und Umgestaltung. Dabei geschehen sinnvolle und unsinnige Dinge parallel. Aus medizinethischer Sicht finden viele unakzeptable nicht-medizinische Interventionen in die Versorgungspraxis statt. Vielfach beteiligen sich Ärzte und andere Gesundheitsberufe an diesem Spiel, indem sie z.B. betriebswirtschaftliche Interessen vor medizinische stellen. Oder die Diagnosen werden ‚getunt‘, sei es für die DRG's oder den neuen Gesundheitsfonds mit seinem Risikostrukturausgleich. Oder das Qualitätsmanagement arbeitet von vornherein unter ökonomistischen Prämissen und mit entsprechenden Methoden- häufig unter vollkommener Unkenntnis der Tatsache, die ‚Qualität‘ in der Medizin nicht allein technisch, sondern immer auch ethisch zu definieren ist.
10. Wir brauchen Ehrlichkeit in der Beschreibung und Diskussion der Konflikte und Reibungsflächen, denn diese müssen entschärft werden. Medizin muss von den Rahmenbedingungen ihrer Organisation und Finanzierung zunächst geschieden betrachtet werden, danach erst sind beide Seiten aufeinander u beziehen. Medizin hat notwendig einen anderen Wertekanon als ein Gesundheitssystem oder eine Gesundheitswirtschaft. Alle machen Sinn- aber sie sind verschieden und bedürfen offener, fairer, klarer Prozesse der Abstimmung. Ethik spielt dabei eine entscheidende Rolle.

Von der Familie zur Gruppe zum Team !

**Mag. Anna Wenger, Salzburg
DKGS Bärbel Somavilla, Salzburg**

Gruppendynamische Modelle können helfen, die Hintergründe von Entwicklungen zu verstehen. Dabei spielen Abwehrmechanismen wie Projektion, Verschiebung usw. ebenso eine Rolle wie Motivationstheorien. Rollen wie Führer- oder Retter-Sein, Opfer-Sein oder als Fachmann in der Gruppe gelten,... all diese Zuschreibungen wiederholen sich und tragen oft zum Gefühl der (Ohn)Mächtigkeit bei.

Die Motivation eines Mitarbeiters verändert sich mit der Rolle, die die Person im Arbeitsprozess einnimmt.

Es stellt einen wesentlichen Unterschied dar, ob jemand mit einer Leitungsfunktion beauftragt wird oder selbst um seinen Platz kämpfen muss.

Die Motivation verändert sich auch durch die lebensgeschichtlichen Fragen, die sich eine Person mit 30 oder 50 Jahren stellt. Umso autonomer, unabhängiger ein Mitarbeiter wird, umso unbequemer kann das für einen unsicheren Vorgesetzten sein. Die beruflichen Veränderungen fallen in diese Phase. Erfahrene Mitarbeiter verlassen die Institution in dieser Entwicklungsphase.

Störungsrollen wie aggressives Verhalten, Dominanz, Blödelei, Sympathie suchen oder sich Zurückziehen sind auch Möglichkeiten, Macht und Ohnmacht zu demonstrieren.

All diese Formen kommen auch im Spitalssetting vor und können dort motivieren wie irritieren.

REFERENTEN und DISKUTANTEN

- AIGNER Gerhard, Hon.-Prof. Min.-Rat. Dr. jur.
BM f. Gesundheit, Familie und Jugend, Radetzkystraße 2, 1030 Wien
- ALTENHUBER Karl
Generalsekretär, EIMSED, Stadiongasse 2, 1010 Wien,
- AUFRIECHT Christoph, Univ.-Prof. Dr. med.,
Univ. Klinik für Kinder- u. Jugendheilkunde,
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
- DILCH Alfred, OA Dr. med.
Gottfried Preyer'sches Kinderspital, Schrankenberggasse 31, 1100 Wien
- EICHBERGER Gerd, Prim. Dr. med.
Landeskrankenhaus Donauregion – Psychiatrie Süd,
Alter Ziegelweg 10, 3430 Tulln
- FISCHER Michael, Univ.-Prof. Dr. jur. Dr. phil.
Fachber. Sozial- und Wirtschaftswiss. der Universität Salzburg,
Churfürststr. 1, 5020 Salzburg
- GREIL, Richard Prim. Univ.-Prof. Dr. med.
III. Med. Univ.-Klinik f. internistische Onkologie, Hämatologie,
Rheumatologie, Infektiologie
Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg
- GRIMM Markus, Dr. jur.
Rechtsabteilung der Med. Universität Wien, Spitalgasse 23, 1090 Wien
- GRÜNEWALD Kurt, Univ.-Prof. Dr. med., Abg. z. NR
Universtätsklinik für Innere Medizin, Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck
Die Grünen, Dr. Karl Renner Ring 3, 1017 Wien
- KOPETZKI Christian, Univ. Prof. Dr. med. Dr. jur.
Institut f. Staats- und Verwaltungsrecht - Juridicum, Schottenbastei 10-16,
1010 Wien
- KÖRTNER Ulrich, Univ.-Prof. Dr. theol.
Inst. f. Systematische Theologie an der Evangelisch-Theologischen Fakultät,
Universität Wien, Dr. Karl Lueger Ring 1, 1010 Wien
- LEEB Wilfried, Prim. Dr. med.
Sonderauftrag für Stationäre Psychotherapie, Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie I, Ignaz-Harrer-Straße 79, 5020 Salzburg
- MAIER Barbara, OÄ, Univ.-Doz. Dr. med. Dr. phil.
Univ.-Frauenklinik Salzburg, Müllner Hauptstr. 48, 5020 Salzburg,
Mitarbeiterin am Institut für Ethik und Recht der Universtät Wien
- NÖSTLINGER Elisabeth J.
ORF Wissenschaftsred., Prod. „Das Salzburger Nachtstudio“,
Argentinierstr. 30 A, 1040 Wien
- POLLAK Arnold, Univ.-Prof. Dr. med.
Univ. Klinik für Kinder- u. Jugendheilkunde,
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
- PORPACZY Ernst, Dr. jur.
Wittgensteinstraße 50, 1130 Wien
- RATHEISER Klaus, Univ.-Prof. Dr. med.
Michaelbeuernstraße 5/19, 1090 Wien
- REHAK Peter, Univ.-Prof. DI Dr. med.
Ethikkommission der Med. Univ. Graz, Auenbruggerplatz 2, 8036 Graz
- RUSSEGGER Thomas, Mag. jur.
Salzburger Patientenvertretung, Sigmund-Haffner-Gasse 18/3, 5020 Salzburg
- SALZER Hans, Prim. Univ.-Doz. Dr. med.
Landeskrankenhaus Tulln, Alter Ziegelweg 50, 3430 Tulln
- SALZER-MUHAR Ulrike, Univ.-Prof. Dr. med.
Univ. Klinik für Kinder- u. Jugendheilkunde,
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
- SÖNNICHSEN Andreas, Univ.-Prof. Dr. med.

Institut f. Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin der PMU Salzburg
Strubergasse 21, 5020 Salzburg
SCHWISCHEI Gerhard, Dr. jur.
Salzburger Nachrichten, Karolingerstraße 40, 5021 Salzburg
SOMMAVILLA Bärbl, DGKS u. DB
Landeslinik f. Innere Med. I, Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg
SPERL Wolfgang, Prim. Univ.-Doz. Dr. med.
Univ.-Klinik f. Kinder- u. Jugendheilkunde,
Müllner Hauptstr. 48, 5020 Salzburg,
STEININGER Rudolf, Univ.-Prof. Dr.med.
Univ.-Klinik f. Chirurgie, Abt. f. Transplantation,
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
WALTER Evelyn, Dr.soz.oec.
Inst. f. Pharmaökonomische Forschung, Wolfengasse 4/7, 1010 Wien
WEHKAMP Karl-Heinz, Prof. Dr. rer. pol. Dr. med.
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg,
Parkstraße 116, D-28209 Bremen
WENGER Andrea, Mag.phil.
Psychosomatische Ambulanz, Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg
WIMMER-PUCHINGER Beate, Univ.-Prof. Dr.rer.nat.
Inst. f. Pharmaökonomische Forschung, Wolfengasse 4/7, 1010 Wien

Das Symposium wird dankenswerterweise ideell und materiell unterstützt durch:

Land Salzburg
EIMSED (European Institute for Medical & Scientific Education)
Sanofi Pasteur MSD

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Christoph Aufricht für das ÖGK für Gesundheit, Borromäumstraße 12,
5020 Salzburg

Die Beiträge dieser Kernthesensammlung wurden uns freundlicherweise von den
Moderatoren und Referenten zur Verfügung gestellt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur
mit schriftlicher Genehmigung.

Redaktion: Ulrike Geosits