

1 Der „Gute Arzt“ – Über einen ethisch begründeten ärztlichen Umgang mit chirurgischen Patienten

Dieter Theuer, Rolf Verres, Eike Martin und Markus W. Büchler

Bereits vor der Sesshaftwerdung der Hominiden vor 800.000 bis 600.000 Jahren in der Urfom der Jäger- und Sammlergemeinschaft ist die soziale Verantwortung einer pflegerisch-ärztlichen Tätigkeit erkennbar. Ausgrabungen von Skeletteilen des Homo sapiens neandertalensis haben die Ausheilungszustände von Oberarmfrakturen mit knöcherner Konsolidierung bei im fortgeschrittenen Lebensalter verstorbenen Urmenschen nachweisen können. Man darf annehmen, dass diese Heilungen wohl kaum möglich gewesen wären, wenn nicht andere Individuen durch pflegende Zuwendung geholfen hätten.

Nach Niederlassung der Hominiden als Ackerbauern und Viehzüchter in größeren Gemeinschaften setzte alsbald eine Aufgaben- und Arbeitsteilung ein. Bestimmte Personen gewannen dadurch Erfahrung in verschiedenen speziellen Tätigkeiten, dazu gehörte auch ein zunehmender Erfahrungsschatz an Möglichkeiten der Krankenbehandlung, Behandlung von arbeitsbedingten Verletzungsfolgen, Wundversorgung, Hilfeleistung durch Gebärtechniken und andere. Diese Spezialisierungen konnten von Historikern z. B. in den Siedlungsgebieten des sogenannten „Fruchtbaren Halbmonds“ aufgedeckt werden, im geographischen Bereich zwischen Ägypten, Sinai-Halbinsel, Jordan-Land bis an die Gebiete zwischen Euphrat und Tigris, etwa seit 60.000 bis 40.000 Jahren vor Christus. Neben zunehmender Spezialisierung arbeitsmäßiger Tätigkeiten in den Gemeinschaften der sesshaften Jetztmenschen (Homines sapientes sapientes) war bei ärztähnlichen, gesundheitsfördernden Tätigkeiten insbesondere der Zugewinn der Erfahrung bei Verletzungsbehandlungen maßgeblich. Jedoch war es noch ein historisch langer Weg bis zu einem definierten Arztberuf des Jetztmenschen (Theuer 1966).

Eine Kodifizierung ärztlicher Handlungen und Verhaltensgrundsätze erfolgte als „Eid des Hippokrates“ (460 bis 370 v. Chr.). Dabei wurden Grundsätze herausgestellt, welche noch heute eine universelle Gültigkeit beanspruchen, in den ärztlichen Standesregeln weitergeführt, in staatlichen Gesundheitsgesetzen rechtsgültig formuliert und von ärztlichen Berufsgesellschaften fortlaufend der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung angepasst werden. Die grundsätzlichen beruflich-ethischen Verpflichtungen eines Arztes beinhalten seit mehr als 2.000 Jahren

- ärztliche Verordnungen zum Nutzen der Kranken,
- niemals ein tödliches Mittel zu verabreichen,
- einen kollegialen ärztlichen Umgang (auch mit Söhnen und Töchtern) des ärztlichen Lehrers sowie mit den Medizinstudenten.

Einige dem Eid des Hippokrates zugeordnete Grundsätze haben sich im Verlauf der Jahrtausende entsprechend einer medizinisch-technischen und sozial-gesellschaftlichen Entwicklung verändert, z. B. durch eine eigenständige Abgrenzung der Tätigkeit eines Chirurgen, durch die selbstständige Fachrichtung der Augenheilkunde und Ähnliches.

Eine sozial ausgerichtete und beruflich zugeordnete Stellung erreichte die ärztliche Tätigkeit mit zunehmender Erfolgssammlung und Wissensweitergabe an Nachfolgegenerationen. Dabei kam es zunächst zu verschiedenen eigenständigen Berufsbildern, beispielsweise Schamanentum, Wundarzt, Barbier und Knochenspezialist, Steinschneider und Zahnbehandler.

Für die moderne Gesellschaft des 21. Jahrhunderts und insbesondere für die Ärzteschaft in einem demokratisch verfassten Staatssystem gilt der Grundsatz, ein persönliches Maß an Empathie und Mitgefühl für den Patienten aus eigenem Gewissensentscheid als Grundlage der ärztlichen Tätigkeit zu erkennen (Hahn 1988; Dörner 2001). Die persönliche, beruflich-ethische Verpflichtung eines Arztes gilt lebenslang. Daher sollte sich der Arzt verpflichtet fühlen, wenn sein persönliches Maß an Empathie und Mitgefühl für den Patienten aus eigenständigen Gründen, persönlichen Problemen, Erkrankung oder Ähnlichem erschöpft ist, aus dem Berufsleben mit direktem Patientenkontakt auszuscheiden.

Den historisch gewachsenen, ärztlich-ethischen Berufspflichten sind alle Verwaltungsanordnungen durch Nichtärzte, staatliche Regularien und Verfügungen unterzuordnen. Stets im Vordergrund einer ärztlichen Entscheidungs- und Handlungslinie müssen das Interesse und das Wohlergehen des sich vertrauenvoll in die Fürsorge eines Arztes begebenden Patienten stehen. Dabei können auch Widerstandshandlungen des ethisch-orientierten Arztes gegen bürokratische Verordnungen notwendig sein. In einer demokratischen Verfassung sind dazu unterstützend die Einspruchsmöglichkeiten der ärztlichen Standesorganisationen und Ärztekammern vorgegeben und einzufordern.

Besonders in diktatorischen Regimes muss der Degradierung und Abwertung des Arztberufes und der Beseitigung der ärztlichen-ethischen Grundlagen einer Tätigkeit des „Guten Arztes“ mit Nachdruck – insbesondere durch Standesorganisationen – entgegengetreten werden. Erwähnt seien in diesem Zusammenhang die „Auschwitz-Ärzte“ Nazideutschlands, die Folterärzte afrikanischer Diktaturen, aber auch der Versuch der Umwandlung einer ethisch-fundierten ärztlichen Grundauffassung in den Beruf eines „Medizin-Ingenieurs“ am menschlichen Organismus, durch das SED-Regime in Ostdeutschland während der 1960er Jahre (Medizin-Ingenieur, Diplom-Mediziner) vorangetrieben, unter anderem einhergehend mit einer maßgeblichen Erschwerung der ärztlichen Promotion. Die ethischen Grundlagen des Arztberufes wurden schrittweise reduziert, bei Ende des Medizinstudiums erfolgte die staatliche Ernennung zum „Diplom-Mediziner“, entsprechend einem Diplom-Ingenieur in den technischen Berufen (Schütt 1999; Schoenemann 2001; David 2006).

In den vergangenen 100 Jahren hat eine Vielzahl von Faktoren tiefgehende Veränderungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis bewirkt. Die fortschreitende Industrialisierung, eine Abwanderung der Bevölkerung in großstädtische Ballungsräume, Kriegshandlungen mit Millionen von Toten und Verletzten, soziale

Umwandlungen von Bevölkerungsstrukturen, aber auch eine zunehmende Kommunikations-, Informations- und Kontaktmöglichkeit mit der Entwicklung von Radio, Fernsehen und Internet haben das ehemals paternalistische Arztbild verändert. Der „kundige Patient“ stellt viele Fragen und möchte bei anstehenden Entscheidungen beteiligt sein (Kunath 2003). Hinzu kommt auf der medizinisch-ärztlichen Seite eine rasante technische Weiterentwicklung diagnostischer und therapeutischer Verfahren und entsprechend normierter Methoden, Anästhesie- und Operationsabläufe u. a.

Dabei trägt eine durch Hygiene, Impfungen und ärztliche Behandlungsmaßnahmen sowie Ernährungsverbesserung explodierende Weltbevölkerung von derzeit 7 Milliarden Menschen zu einer Anonymisierung der persönlichen Kontakte, auch zwischen Arzt und Patient, bei.

1.1 Arzt-Patient-Beziehung

Die zwischenmenschliche Beziehung zwischen einem Arzt und einem Patienten ist im Idealfall durch ein vertrauensvolles persönliches Verhältnis geprägt. Der Patient möchte mit seinen Beschwerden, Krankheitssymptomen und mit den dadurch ausgelösten subjektiven und sozialen Sorgen vertrauensvoll in der Annahme einer zu erhaltenden Hilfeleistung zum Arzt kommen. Voraussetzung für diese persönliche zwischenmenschliche Beziehung sind verschiedene Grundsätze. Sie zu beachten ist wichtig, da es neben dem Vertrauen auch das Misstrauen und die Angst des Patienten gibt.

Moderne Konzeptionen der Arzt-Patient-Beziehung in Chirurgie und Anästhesiologie gehen zunächst von dem einfachen Grundgedanken aus, dass eine Reduktion des Menschen auf das rein Körperliche zumindest zeitweise unumgänglich ist, dann aber aufgehoben werden muss. Der Chirurg bewältigt die Operationen am Menschen nur dann, wenn der Patient als narkotisierter oder zumindest teilnästhesierter Körper auf dem Operationstisch liegt und schmerzunempfindlich ist. Sobald aber die Notwendigkeit von Compliance deutlich wird, kann eine Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung nützlich werden, wie sie vor allem in der professionellen Psychosomatik selbstverständlich ist (Hontschik 1994; Hontschik und von Uexküll 1999)

1.1.1 Arztdaten

Der Arzt ist durch seine medizinische, fachbezogene und gegebenenfalls weiterführende spezialisierte Ausbildung in der Lage, den Erkrankungen des Patienten entgegenzutreten und einen Heileffekt anzustreben. Dazu gehört die hochqualifizierte medizinische Fachausbildung, gegebenenfalls die spätere Spezialisierung und Facharztanerkennung. Ständige Fortbildung und Anpassung an neue Standards und Techniken garantieren dem Patienten eine optimale, moderne Behandlung unter Gewährleistung eines möglichst umfassenden Nutzens für die Wiedererlangung seiner Gesundheit (Bischof 2010).

Das gegenseitige Verhältnis zwischen Arzt und Patient bleibt somit geprägt durch ein zu lösendes gesundheitliches, körperliches und seelisches Problem. Zum erforderlichen Arztwissen gehört es auch, Ängste und Sorgen des Patienten zu erkennen und darauf in einer Weise einzugehen, dass der Patient tatsächlich ein Vertrauen zum Arzt gewinnt. Auf dieser Basis wird es dann dem Arzt möglich, dem Patienten dessen persönliche Mitarbeit zuzumuten (Rockenbauch et al. 2006).

1.1.2 Ärztliche Leitbilder

Förderlich für die Persönlichkeitsentwicklung eines „Guten Arztes“ ist die frühzeitige Kontaktaufnahme und Beispielgebung durch ethisch fundierte, gute ärztliche Leitbilder und Lehrerpersönlichkeiten. Dazu ist der Medizinstudent aufgerufen, sich vorbildhafte Leitbilder unter der ärztlichen Lehrerschaft und Professorenschaft zu suchen. Im Rahmen des Medizinstudiums und der prägenden Jahre einer Facharztausbildung ist es von besonderem ethischen Wert, wenn der zukünftige, selbstverantwortlich tätige Arzt ethisch fundierte Leitbilder für seine eigene spätere Lebensführung findet. Umgekehrt bedeutet dieses Desiderat, dass sich die Dozenten dieser möglichen Bedeutung ihres Tuns bewusst sein sollten.

1.1.3 Gespräch

Grundlage der Arzt-Patient-Beziehung sowohl in körperlicher, krankheitsspezifischer aber auch psychologischer und seelischer Beziehung ist das persönliche, vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient. Keine regulatorische Behörde kann durch Auferlegung bürokratischer und anderer Lasten in die Zeit hinein regieren, welche der „Gute Arzt“ für ein tiefgründiges und vertrauensvolles Gespräch mit dem Patienten braucht. Allerdings muss die Ärzteschaft dafür sorgen, dass ärztliche Gespräche angemessen honoriert werden. Dies wiederum setzt voraus, dass eine Qualitätskontrolle akzeptiert wird. Das Modell der „psychosomatischen Grundversorgung“ mit entsprechenden Weiterbildungsmodulen und ärztlichen Zusatzbezeichnungen sollte in „abgespeckten“ Formen auch für Chirurgen und Anästhesisten adaptiert werden (Hontschik und von Uexküll 1999).

1.1.4 Vertrauen zwischen Arzt und Patient

Der Patient sucht den Arzt mit dem Wunsch eines umfassenden Vertrauens auf, um von ihm

- ärztliches Verständnis,
- menschliches Verständnis und
- medizinisch-ärztliche Hilfeleistung zu erhalten.

Dieses Vertrauen muss bereits im Anfangsgespräch des Arztes mit dem zukünftigen Patienten angestrebt werden, da es weitere Möglichkeiten der Arzt-Patient-Beziehung eröffnet. Dazu gehören Andeutungen über diskret zu behandelnde Symptome, Eheprobleme, Familienschwierigkeiten, aber auch vom Patienten nur unter Vorbehalt eingestandene persönliche Leistungseinbußen, körperliche Schwächen oder berufliche Schwierigkeiten. Ohne ein diesbezügliches Vertrauensverhältnis vermag die Heilung der vordergründigen Krankheit zwar im ingenieurmedizinischen Sinne möglich sein; eine ganzheitliche Wiederherstellung der Persönlichkeit und Leistungsfähigkeit sowie der sozialen Integration des Patienten ist aber ein Ziel, das nicht grundsätzlich an „Psycho-Spezialisten“ abgeschoben werden kann, sondern zu den genuin ärztlichen Aufgaben gehört (Schreiber et al. 2010).

1.1.4.1 Aufklärung, Erläuterungen des Vorgehens

Der „Gute Arzt“ gewinnt unverzichtbare Vorteile, wenn er den Patienten zu einer Kooperation bei den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gewinnt. Die dem Auffassungsvermögen des Patienten angepasste Wissensübermittlung und Aufklärung über diagnostische Verfahren, z. B. Endoskopie, Computertomografie, sowie die Erläuterung des weiteren therapeutischen Verfahrens, insbesondere im chirurgischen Fachgebiet, schafft eine Kooperationsbasis zwischen Arzt und Patient, die insbesondere bei schwierigen, langwierigen therapeutischen Maßnahmen, komplikationsbehafteten operativen Eingriffen für beide Seiten – Arzt und Patient – von Vorteil ist. Der Patient gewinnt durch eine ausführliche fachbezogene und seinem Verständnis angepasste Aufklärung und Erläuterung aller Maßnahmen das Gefühl, so kraftvoll wie möglich in die Durchführung des ärztlichen Behandlungsregimes einbezogen zu sein. Das bedeutet eine grundlegende Verbesserung von Kooperation und Freisetzung von Motivation, persönlichen Patientenaktivitäten und Eigeninitiativen.

In einem vertrauensvollen Arzt-Patient-Gespräch sollte einem schwerkranken Patienten die Hoffnung auf ein erträgliches Weiterleben möglichst nicht genommen werden. Die Vermittlung der Gewissheit eines unausweichlichen oder nahen Todes des Patienten, zum Beispiel bei Krebs im Endstadium, sollte unterbleiben – es sei denn, der Patient fragt danach. Dann gehört es zu den vornehmsten Aufgaben des „Guten Arztes“, eine Kunst der andeutenden Sprache zu entwickeln und von Mensch zu Mensch zu kommunizieren.

1.1.4.2 Interaktion Chirurgie und Anästhesie

Die Chirurgie hat durch die Entwicklung des Faches Anästhesiologie ihre operativen Möglichkeiten dramatisch erweitern können (selbst bei Hochrisikopatienten, lange dauernden Eingriffen etc.). Ohne Zweifel ist deshalb die Kommunikation zwischen Anästhesiologie und Chirurgie von entscheidender Bedeutung nicht nur im interdisziplinären Sinne, sondern vor allem bezüglich

der gemeinsam anvertrauten Patienten. In aller Regel haben die Patienten vor der Narkose mehr Angst als vor einer Operation, da der operative Eingriff als Maßnahme zur Gesundung verstanden wird und damit als notwendig angesehen wird. Die dazu benötigte Narkose wird überwiegend durch negative Pressemitteilungen als hohes Risiko angesehen. Die psychologische Situation des Patienten, ausgeschaltet zu sein, selbst nicht eigenhändig eingreifen zu können, ausgeliefert zu sein und ohne Möglichkeiten, den eigenen Willen einsetzen zu können, ist bei vielen Patienten mit erheblichen Angstzuständen assoziiert. Diese Situation muss sich der Narkosearzt permanent bewusst machen. Das Arztgespräch vor einer Operation aus Sicht des Anästhesisten hat hier einen erheblichen Einfluss auf die emotionale Gemütsverfassung des Patienten und damit auch auf den operativen Verlauf. Es gilt hier, den Patienten über das Vorgehen der Allgemeinnarkose entsprechend seiner Aufnahmefähigkeit, seiner Nachvollziehbarkeit und seiner Verständigungsfähigkeit aufzuklären und dadurch Vertrauen zu schaffen. Die beste Form, den Patienten zu informieren, ist das vertrauensschaffende Gespräch und gleichzeitig, z. B. in Verbindung mit entsprechendem visuellen Material, die Abläufe einer Narkose sehr übersichtlich und verständnisvoll darzustellen. Die Bedeutung der Gesprächsführung allerdings darf nicht unterschätzt werden. Verständnis entgegen zu bringen, zuhören zu können, Ängste der Patienten wahrnehmen zu können und diese ernst zu nehmen, sind in der Alltagshektik eines Krankenhauses immer wieder neu zu praktizieren. Speziell bei der Aufklärung über mögliche Komplikationen, so z. B. Risiken bei der Allgemeinnarkose bzw. Risiken bei den sogenannten Regionalverfahren ist im ersten Falle das Worst-Case-Szenario der Tod durch Allgemeinnarkose bzw. das Worst-Case-Szenario bei Regionalverfahren die Querschnittslähmung. Zweifellos muss die Gesprächsführung das Ziel haben, entsprechende Ängste, Sorgen und Verunsicherungen im Patienten zu beseitigen. Ein weiteres wesentliches Moment für den Patienten ist die Phase vor der Operation. Zunächst wird er liegend – im Bett sediert oder auch nicht – in den OP-Bereich gefahren, dort wird er auf den OP-Tisch umgelagert und von in OP-Kleidung „vermummten“, ihm nicht bekannten Menschen in den Operationssaal bzw. in den Einleitungsraum zur Narkose gebracht. Sehr oft wird sich der Patient in diesem Moment der Bedrohung seiner Erkrankung bewusst, ohne zu wissen, wie es ausgehen wird. Hier ist eine besondere Sorgfalt von Seiten des Narkosearztes als auch der Anästhesiepflegekraft angebracht, sich auf den Patienten zu konzentrieren, sich ihm optimistisch freundlich zuzuwenden und Vertrauen zu schaffen, da häufig der Narkosearzt nicht derjenige Arzt ist, mit dem der Patient das Aufklärungsgespräch geführt hat. Die Wirkung der Prämedikationsmedikamente führt in aller Regel dazu, dass der Patient seine Selbstkontrolle in einer gewissen Art und Weise verliert bzw. sie zumindest erheblich eingeschränkt ist und er sich in einem Zustand befindet, in dem unter Umständen seine bislang unterdrückten Ängste offensichtlich werden, die Angst vor dem Eingriff, die Angst vor der endgültigen Diagnose, die Angst vor Komplikationen, die Angst nicht mehr aufzuwachen etc. Der gute Narkosearzt muss sich dessen bewusst sein und sich auf den Patienten einstellen.

Auch die Kommunikation während einer Operation zwischen Anästhesisten und Chirurgen hat eine hohe Bedeutung. Sie ist die Voraussetzung für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, da sich jeder auf den anderen in dieser Situation verlassen muss und ihm vertrauen können muss. Vertrauen heißt gegenseitige Achtung, Respekt, Anerkennung und Wertschätzung der jeweilig anderen ärztlichen Tätigkeit. Die Unterstützung des Chirurgen in kritischen Situationen während einer Operation und umgekehrt die moralische Unterstützung in kritischen Situationen des Narkosearztes bei einer Operation sind essenzielle Elemente in der Zusammenarbeit und ist speziell in der täglichen Interaktion zwischen Anästhesie und Chirurgie von enormer Bedeutung. Die Notwendigkeit, jeden Tag miteinander als Ärzte zusammenzuarbeiten, ist eine ganz spezielle Konstellation in der Medizin und der „Gute Arzt“ muss diese Tatsache internalisieren und sie im positiven Sinne umsetzen.

Der gute Narkosearzt wird auch postoperativ den Patienten aufsuchen, ihn nach seinem Wohlbefinden befragen, um hieraus Hinweise auf seine Tätigkeit als Narkosearzt zu bekommen, wie der Patient die Narkose und das Aufwachen als solches erfahren hat. Kältezittern, Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen sind die Nebenwirkungen, die bei dem Patienten den nachhaltigsten Eindruck mit negativer Prägung hinterlassen. Aus diesen Beobachtungen allein kann der „Gute Arzt“ sich in seinen Fähigkeiten verbessern und sich weiter entwickeln, um die Patienten sicher und schmerzfrei aus der Narkose aufwachen zu lassen und sie ohne Erbrechen und Übelkeit postoperativ der Gesundung zuzuführen.

1.1.5 Einbeziehung der ärztlichen Helfer

Unumgänglich ist die Einbeziehung der beruflichen und persönlichen Kompetenz von Pflegekräften, Operationspflegern und weiteren Fachleuten wie z. B. Sozialarbeitern. Diese Mitarbeiter müssen dem grundsätzlichen, ethisch ausgerichteten, vertrauensvollen Arbeitsstil des handelnden „Guten Arztes“ entsprechen und seine auf Vertrauen gerichteten Prinzipien unumgänglich vertreten und ebenfalls in ihrer Berufsausübung vollziehen. Dadurch gewinnt der Patient den überzeugenden Eindruck, dass das Gesamtsystem „Arztpraxis“ oder „Krankenhaus“ ausschließlich zu seinem Wohl in höchster Fachkompetenz, vertrauensvoller Kooperation und Offenheit für ihn tätig ist. So entsteht im optimalen Fall eine „gute Atmosphäre“, eine Beziehungskultur. Sie ist umso glaubwürdiger, je offener auch über Ängste und Grenzen des Verkraftbaren, aber auch über die Begrenzung der ärztlich-klinischen Leistungsmöglichkeiten gesprochen werden kann.

Die enge Vertrauensbeziehung zwischen dem gesamten personellen Behandlungskomplex und dem Patienten führt zu einer echten, gegenseitig zugewandten Kooperation zwischen Arzt und Patient, sie verbessert die Heilungschancen, vermindert die Komplikationsraten und führt zu einer raschen und optimalen Wiedereingliederung in das eigene Sozialsystem des Patienten.

1.1.6 Behandlungsauftrag, spezifische Qualifikation, kollegiale ärztliche Zusammenarbeit

Der „Gute Arzt“ handelt wohlüberlegt und erfolgreich, wenn er primär auf dem Gebiet seiner spezifischen Qualifikation, z. B. Chirurg, Internist, Gastroenterologischer Endoskopiker tätig bleibt. Er sollte sich am Behandlungsauftrag orientieren, dabei universelle Werte des Arztberufes im Blick haben und zunächst den aktuellen Behandlungs-, Heil- oder Diagnostikauftrag im Rahmen der Krankheitsbehandlung wahrnehmen.

Die unter den vorangegangenen Gliederungspunkten dargestellten Bezüge stellen die Grundlage für den vertrauensvollen und letztlich erfolgreichen Ablauf des Heilauftrages dar. Der gesamte Ablauf ist an einer sachlichen, medizinisch-ärztlichen Motivation orientiert, wobei das Wohl der Patienten und ein positiver Heilungsausgang über kommerziellen Interessen stehen müssen.

Dabei sind kooperierende Fachrichtungen – wenn erforderlich – unbedingt einzubeziehen, um den Behandlungsauftrag bzw. Heilauftrag in einer komplexen Sicht erfolgreich zu Ende zu bringen.

Die Grundsätze der ärztlichen Kollegialität sind dabei unbedingt zu wahren, auch die übrigen im Gesundheitssystem tätigen Mitarbeiter brauchen Anerkennung und Würdigung. Abfällige Bemerkungen über Tätigkeit oder Behandlungsrahmen miteinbezogener Kollegen sind zu unterlassen.

Ergeben sich objektive Hinweise auf ein ärztliches Fehlverhalten bei gemeinsamen Patienten, so ist das direkte kollegiale Arztgespräch zu suchen oder die zuständige Ärztekammer einzuschalten (Fritze u. Mehrhoff 2008).

Spezielle ärztliche Tätigkeiten und Qualifikationen können herausgestellt werden, jegliche Provision oder andersartige, wertbeinhaltende Zuwendung für eine Patientenzuweisung ist unzulässig.

1.1.7 Gleichheit der Patienten

Es versteht sich von selbst, dass unter den ethischen Grundprinzipien des Eides des Hippokrates sowie unter der geltenden Würdigung persönlicher Menschenrechte im Rahmen der Globalisierung die ärztliche Tätigkeit unabhängig von der Zugehörigkeit des Patienten zu bestimmten Rassen, Religionen oder Andersartigkeit der Hautfarbe erfolgt.

Die persönliche, weltanschauliche Grundhaltung des Arztes kann mit seiner ärztlich-medizinischen Handlungsbereitschaft interferieren. Im Zweifelsfall sollte ein Gespräch mit Kollegen im Sinne einer Supervision oder Intervision gesucht werden. Andersdenkende, auch kriminell Handelnde, Haftinsassen etc. müssen eine gleichwertige ärztliche Zuwendung erhalten. Es ist nicht Aufgabe des Arztes, die Weltanschauung des Patienten oder dessen charakterliche Grundhaltung zu verändern. Sieht der Arzt aber beispielsweise Zeichen von Kindesmisshandlung oder andere Formen häuslicher Gewalt, so ist er gefordert, den Bezugsrahmen seiner Aufmerksamkeit auf größere soziale Systeme zu erweitern, Täter und Opfer zu identifizieren und gegebenenfalls mit

Hilfe des klinischen Sozialdienstes oder anderer spezialisierter Einrichtungen (Staatsanwaltschaft) weiteres Leid von den Opfern abzuwenden und Tätern, die die Gesundheit eines Patienten bedrohen, das Handwerk zu legen.

Jeder Patient ist auf der Grundlage der Menschenrechte gleich zu behandeln. Bei Schwierigkeiten der kulturellen Adaptation während des Arzt-Patient-Verhältnisses ist die Hinzuziehung eines Dolmetschers nützlich, weil der sprachliche Kontakt zwischen Arzt und Patient einen wesentlichen Faktor des optimalen Arzt-Patient-Verhältnisses darstellt. Dabei ist davon auszugehen, dass der Patient persönlich ein hohes Interesse daran hat, wieder gesund zu werden und damit die Verpflichtung eingeht, eine Kooperation bei allen Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen mit dem Arzt zu ermöglichen.

Dabei muss auch bei Patienten aus unterschiedlichen Kulturschichten der Arzt die Rolle des vertrauensvollen Therapeuten und des medizinischen Experten herausstellen und dem Patienten verdeutlichen: Unter dieser Klarheit des gegenseitigen Rollenverständnisses ist auch bei Patienten unterschiedlicher Kulturschichten mit einem optimalen Behandlungsergebnis zu rechnen, wenn die aufgebaute Vertrauensbasis über den Therapiezeitraum hinweg aufrecht erhalten werden kann.

Als Selbstverständlichkeit gilt, dass das Gesprächsverhalten des Arztes mit seiner inneren Einstellung übereinstimmt. Verhält sich der Arzt einem Patienten gegenüber freundlicher als ihm eigentlich zumute ist, so kann sich daraus eine interessante Chance ergeben, dass der Arzt auf diese Weise auch tatsächlich freundliche Gefühle in sich selbst entdeckt, die durch ebenfalls freundliche Resonanzen seines Gegenübers verstärkt werden. Die einfache Metapher: „Wie man in den Wald hineinruft, so schallt es heraus“ kann durch moderne Erklärungsansätze mit der Theorie der Spiegelneuronen expliziert werden (Bauer 2005), spricht aber für sich und muss hier nicht weiter erläutert werden.

1.1.8 Themen des Arzt-Patient-Gesprächs

Das Gespräch und die körperliche Untersuchung bedeuten gleichermaßen wesentliche Merkmale des vertrauensvollen Arzt-Patient-Kontaktes. Dabei soll vom „Guten Arzt“ besonderer Wert gelegt werden auf

- Erläuterung der diagnostischen Maßnahmen,
- Verlauf der erläuterten Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen,
- Möglichkeiten von Komplikationen wie
 - Verletzung von Nachbarorganen,
 - Blutungen,
 - Wundinfektionen,
 - Nahtinsuffizienzen,
 - Notwendigkeit eines Zweiteingriffes bzw. Wiederholungseingriffes usw.
 - Risiko des vorgesehenen Diagnose- und Behandlungsverlaufes,
 - Erfolglosigkeit der geplanten Therapiemaßnahmen, z. B. der Operation, und letztlich

- den vertrauensvollen Hinweis, dass er sein Bestes gibt und das vorgetragene bzw. vorhandene gesundheitliche Problem zu lösen bzw. zu lindern versucht.

Mit dieser Darstellungsweise ist die psychologische und ärztlich-ethische Grundlage gelegt für eine erfolgreiche Kooperation durch den Patienten und den zielführenden, auf den Erfolg gerichteten Behandlungsablauf des vorgetragenen Krankheitsbildes. Wohlgemerkt erwartet kaum ein Mensch eine ausführliche Darstellung denkbbarer Komplikationen und Risiken. Der „Gute Arzt“ wird diese Aufklärung in einer möglichst nicht ängstigenden Weise und so kurz wie möglich durchführen, immer mit Blick auf das eigentliche Ziel der beabsichtigten Maßnahmen. Wenn ein Patient sehr verunsichert auf die angesprochene Möglichkeit von Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung reagiert, kann der Arzt von sich aus anbieten, dass der Patient eine zweite Meinung einholt oder dass ihm zumindest eine Bedenkzeit eingeräumt wird.

1.1.9 Körperlische Untersuchung

Als unverzichtbarer Bestandteil der Tätigkeiten des „Guten Arztes“ gilt die trotz aller technischen Diagnosemöglichkeiten (differenzierte Labordiagnostik, bildgebende Verfahren wie Sonografie, Röntgen, Computerdiagnostik, Endoskopie) weiterhin bestehende Notwendigkeit einer körperlichen Untersuchung, insbesondere im chirurgischen Fachbereich durch

- Inspektion z. B. Spider naevi (Lebererkrankung), Beinödeme (Herzinsuffizienz), Petechien (Thrombozythopathie), Hämatome (Gerinnungsstörung), Emphysemthorax (Lungenfunktion) etc.
- Palpation, z. B. der Bauchorgane im Hinblick auf Lebergröße, Tumorbildung etc.
- Perkussion, z. B. im Hinblick auf Aszitesbildung, Meteorismus,
- Perkussion, z. B. im Hinblick auf Luftverteilung, Flüssigkeitansammlung in den Flankenregionen etc.
- Auskultation, z. B. zur Beurteilung der Darmgeräusche und Peristaltik, Abklärung von Ileuszuständen, Peritonitis etc.

Auf diese Möglichkeiten des Blickkontakts und des körperlichen Kontaktes mit dem Patienten sollte der „Gute Arzt“ in keinem Einzelfall verzichten, da der Körperkontakt mit den althergebrachten Untersuchungsmethoden das mit dem Arzt-Patient-Gespräch aufgebaute Vertrauensverhältnis weiter festigt und vertieft: Die körperliche Untersuchung des Arztes dient nicht nur dem Arzt als Informationsquelle, sondern auch dem Patienten, der in der Berührung eine zwischenmenschliche Begegnung spüren kann.

Auch im weiteren Verlauf der Patientenbetreuung im Rahmen der operativen Nachbehandlung stellt die körperliche Untersuchung mit