

Rezension

Michael Imhof: Eidesbruch. Ärzte, Geschäftemacher und die verlorene Würde des Patienten. Erschienen im Campus-Verlag

Ein Buch mit dem sehr pointierten Titel „Eidesbruch“, das ein Arzt und Gutachter verfasst hat, kündigt wohl allen präsumtiven Lesern mit wohligem Schauer an, dass hier jemand aus konkreter Erfahrung aufzeigt, in wie viel Weisen er die Ärzteschaft (endlich?) ertappt hat, wie sie den - im Übrigen seit dem 12. Jhdt. nicht mehr geschworenen Eid des Hippokrates, den „Berufsschwur“ der Ärzteschule von Kos - gebrochen hat.

Um vorweg einem Missverständnis vorzubeugen, der Rezensent, selbst Arzt und zugleich Medizinethiker, liest dieses Buch nicht in einer Abwehrhaltung, sondern vielmehr mit dem Bestreben auszuloten, inwieweit die harten und teilweise plakativ anmutenden Vorwürfe, die Imhof als „Verfehlungen nach den sieben Todsünden“ bezeichnet argumentativ ausreichend belegt zu sein scheinen.

Ebenfalls vorab soll deutlich gemacht werden, dass das Buch ungeachtet der nachfolgenden Adnota schon deshalb für Ärztinnen und Ärzte als lesenswert angesehen werden kann, weil es anhand der aufgezeigten Aspekte Assoziationen ermöglicht, welche der aufgezeigten Themenkreise im persönlichen Alltag eine Rolle spielen könnten.

Man liest jedenfalls ein sehr engagiert anmutendes, mit viel spürbarem Grimm geschriebenes Buch, wobei allerdings dieser Eifer wohl auch ein Grundproblem verdeutlicht, das durch alle 292 Seiten durchscheint: Unzählige durchaus berechtigt kritische Vorwürfe werden zu häufig vereinfacht auf ökonomische Sachzwänge und moralische Fehlhaltungen zurückgeführt, diverse durchaus anprangerungswerte Missstände werden mitunter ohne Begründung nebenbei flapsig „auch den Ärzten“ unterschoben. Dabei scheinen auch durchaus Inkongruenzen in der Argumentation vorzuliegen, wenn nach zahlreichen, teilweise gar nicht zielgenauen Vorwürfen (siehe unten) die Ärzte plötzlich wieder mit Sentenzen verteidigt werden, wonach diese „nicht bestechlicher als die Vertreter anderer Berufsgruppen“ (145) seien. Ebenso auch, wenn einerseits das Leiden von hochbetagten Patienten an medizinischen Handlungen beklagt (13ff), andererseits aber die Medizin – etwa im Zusammenhang mit einer problemlos

überstandenen großen Bauchoperation an über 90-jährigen Patienten - als „Segen für die Menschheit“ (251) apostrophiert wird, in der sich ihr technische Fortschritt als „zutiefst humane Dimension präsentiert, die...öffentlich zu selten angemessen gewürdigt wird.“(251).

Im ersten Teil wird umfassend über neue Methoden zur Behandlung von Malignomkrankungen berichtet, wobei es überrascht, wenn – letztlich ohne ausreichende Begründung - festgestellt wird, dass ein „Großteil der Krebspatienten derzeit mit Medikamenten behandelt werden, die bei ihnen gar nicht wirksam sein können“(25). Dass die als Wunder bezeichneten „unverkennbaren Erfolge“ (35) sogleich in Beziehung zur vielfach beklagten „Sprachlosigkeit der modernen Medizin“ (36ff) gesetzt werden, ist zu unterstreichen und erinnert an zahlreiche Publikationen, die sich mit dieser Problematik auseinandersetzen.

Was irritiert, ist einerseits die große Zahl an Pauschalierungen, wonach Ärzte „immer“ und „nur mehr“ so handelten sowie der Gebrauch von Stereotypen wie jener, dass Kliniker immer „übermüdet“ seien (15,16) oder Ärzte durchwegs bloß Handlungen anstrebten, die ihnen lukrativ erschienen.

Betroffen macht auch die Aussage, wonach der Autor selbst von sich preisgibt, dass er Mitleid mit den Patienten „vor vielen Jahren“ gehabt habe, als „die Medizin in mir noch neu und rein gewesen war“(45), dass er von seinen oftmaligen Erlebnissen spricht, dass sterbende Patienten „...ins Stationsbad geschoben“ wurden (205), wobei sich der Rezensent bei der Frage ertappt, ob – abseits der Tatsache, dass dies wohl heute kaum mehr stattfindet – dem Autor damals nicht möglich gewesen wäre, dies zu verhindern. Auch die Anklänge persönlicher (KH?-) Betroffenheit (44) oder der im Zusammenhang mit dem „Machbarkeitswahn“ in Kapitel 7 geschriebene Ausruf „Mein Gott, dürfen wir Männer noch nicht einmal mehr alt werden?“ lassen das Gefühl aufkommen, dass ein Teil des spürbaren Grimms möglicherweise auch auf persönlichen Belastungen beruht und die schriftstellerische Tätigkeit somit als selbsttherapeutisches Instrument eingesetzt wird.

Im zweiten, umfassenden Teil widmet sich Imhof den aus seiner Sicht „Sieben Todsünden der modernen Medizin“.

Hier nun drängt sich für den Medizinethiker der Verdacht auf, dass der zugegebenermaßen medial interessanten Linie des Konzepts alles und jedes untergeordnet wird. Denn in

wesentlichen – und durchaus zurecht kritisierten - Bereichen stellt sich immer wieder die Frage, ob hier – abseits individuellen Fehlverhaltens, das keineswegs verschwiegen oder verniedlicht werden soll! - nicht doch häufiger und unzutreffend die Gruppe der Ärzte als Schuldige ausgemacht werden.

So wird im Bezug zur absolut diskutierenswerten DRG-Problematik (in Österreich ähnlich: LKF) zu wenig zwischen getriebenen und treibenden Akteuren unterschieden. Dies zeigt sich auch anhand plakativer Fälle wie der fraglichen Indikation zur Operation eines Leistenbruchs (64f), bei der diskutiert werden könnte, ob dieser nicht viel mehr einer wenig sorgfältigen Befunderhebung zugeordnet werden muss, wiewohl selbstverständlich auch nicht negiert werden kann, dass es solche OP-Indikationen aufgrund offener OP-Ressourcen, Zeit, Geld, Bettenbelag, etc. gibt!

Ebenso scheint es nicht ausreichend plausibel, weshalb hygienische Probleme (86-89) einer „unter Gewinnzwang stehenden Medizin“ (84) zugeordnet werden. Denn sieht man vom Beispiel eines leeren Desinfektionsspenders vor einem Krankenzimmer ab, der ja wohl kaum gemeint sein kann, scheint hier ein absolut zu Recht kritisiertes sachlich-fachlich ungenügendes Handeln vorzuliegen, das – wie ja auch der Autor wenig später einräumt - unabhängig von finanziellen Erwägungen und leider auch in unzähligen Variationen tagtäglich gefunden wird!

Auch die zweite Todsünde, die Geldgier, zielt mehr auf die Problematik von Preisbildungen, Gewinnspannen und Vorgehensweisen von Pharmafirmen, obschon auch tatsächlich ärztliches Fehlverhalten beschrieben werden könnte. Halbsätze, die beispielsweise auch gleich die „lukrativen Nebenverdienste der Ärzte“ einbeziehen, fungieren offenbar nach dem alten lateinischen Grundsatz „semper aliquid haeret“.

Dies lässt sich auch kritisch anhand der Thematik „Silikonskandal“ aufzeigen. Schon die Diktion „Silikonskandal und andere“ (109) suggeriert eine Vielzahl von durchaus zu Recht angeprangerten Skandalen. Weshalb allerdings unter dem Titel „Geldgier“ als Todsünde der *Medizin* dann nur 2 – nämlich der medial vielfach aufgezeigte „Silikonskandal“ und die problematische Hüftgelenksimplantationen – präsentiert werden, die *beide* weniger den Ärzten selbst als den teilweise verbrecherischen Machenschaften von Firmenverantwortlichen anzulasten sind, bleibt unklar.

In ähnlicher Weise wird im Kapitel drei zum Thema Habsucht verfahren. Wenn von der „Maßlosigkeit in Vorstandsetagen“ (120f) und dem „Bürokratieirrsinn“ von Organisationen,

einschließlich „Kassenärztlicher Zusammenschlüsse“ (123) die Rede ist, fragt man sich schon, inwieweit dies tatsächlich „der Medizin“ und „den Ärzten“ direkt anzulasten sei und ob hier nicht vielmehr etwa Krankenhausverwaltung, politische Ärztepräsidenten und Firmen gemeint sind und dies alles – eigentlich unzulässiger Weise - unter „Medizin“ subsumiert wird.

Vorbehaltlos zu unterstreichen sind jene Probleme, die Imhof aufzeigt, wenn „Chefärzte unter Druck“ des (gewinnorientierten) Managements stehen, beispielsweise ein zunehmendes Fallzahlaufkommen zu erreichen, sodass sich letztlich das „unternehmerische Risiko“ mithilfe von „Zielvereinbarungen“ auf ihre Schultern verlagert“ (131f).

Selbst in Wien wurde ein im Übrigen seit Jahren umsichtig tätiger chirurgischer Abteilungschef von Konzernmanagern gekündigt, weil er das ihm von wirtschaftlicher Seite im Rahmen von Zielvereinbarungsgesprächen vorgegebene Fallzahlplus nicht erreichte!

Ambivalent erscheinen auch die Aussagen in Kapitel 4, das die „Todsünde Korruption“ behandelt, die – vergleicht man die Rangordnungen weltweit publizierten Statistiken - im Gesundheitswesen tatsächlich ein großes Problem darstellt. Denn einerseits werden die Pharmavertreterbesuche zu Recht als mit Problemen behaftet angesehen (137ff) und richtigerweise die Schwierigkeit des einzelnen Arztes beschrieben, „zwischen Werbung, unmoralischem Angebot und echter Korruption zu unterscheiden (142). Andererseits aber wird im Hinblick auf diese und bereits in den Vorkapiteln (2. Todsünde!) erwähnte Probleme anschließend resümiert, dass es „unsinnig“ wäre, „das Sponsoring von Forschungsvorhaben durch die Industrie unkritisch dämonisieren und kriminalisieren zu wollen.“ (143)

Die für einen Ethiker etwas problematische Überschrift im 5. Kapitel „Ethische Dambrüche“ bezieht sich vorwiegend auf gefälschte Studien (148f), problematische Forschung der Pharmaunternehmen (152-159) und Organspendeskandale. Scientific fraud stellt allerdings häufig, wie die Beispiele beweisen, oft mehr ein Problem der nicht ärztlich tätigen Forscher und weniger der im Alltag tätigen Ärzte dar. Hier wäre eine Differenzierung angebracht gewesen. Dementsprechend wurde die Helsinki-Deklaration auch nicht – wie auf 158 fälschlich behauptet – als „Standesärztliche Ethik“ entwickelt, sondern um Wildwüchsen in der Forschung generell Einhalt zu gebieten! Zur Forderung, dass zur Prävention Studiendesigns im Internet veröffentlicht werden sollten (158f) bleibt anzumerken, dass dies wohl auch zahlreiche Probleme – unter Anderem des Ideenschutzes - nach sich ziehen würde!

Die Thematik Organspendeskandale beinhaltet zwar durchaus Motive wie Gier (169), die nicht von der Hand zu weisen sind, allerdings verweist der Autor schon auf Seite 165 unter

dem Stichwort Gerechtigkeit zu Recht auf der Transplantationsmedizin wesensimmanente Probleme, die ebenfalls zu Fehlhandlungen führen können.

Zweifellos bedeutsam erscheint der Abschnitt „Überflüssige Operationen“ (172ff), wobei naturgemäß eine gewisse Redundanz zur DRG-Problematik nicht verhindert werden kann. Widersprochen jedoch muss dem Satz werden „Hier hat die Ökonomie – oder andersherum: die Geldgier – wieder einmal gesiegt“ (181): Denn dieser Satz erweist sich nicht nur als inhaltlich falsch, sondern es erscheint vielmehr auch fatal, die Wissenschaft Ökonomie in die Nähe zur Geldgier zu setzen. Gerade dieser diametrale Gegensatz zwischen Ökonomie und Medizin hat bislang leider verhindert, dass es zu einer „Medizinalisierung der Ökonomie“ und einer „Ökonomisierung der Medizin“ (Wehkamp) gekommen ist!

Im Kapitel sechs, das die Todsünde der „Mitleidlosigkeit“ behandelt (199ff), werden zwar absolut bedenkenswerte Aspekte über die Liebe in der Medizin beschrieben. Zugleich erscheint es zu kritiklos, etwa von Pflegeheimen zu sprechen, „wo die dementen Menschen in ihren meist sauberen Betten, jedoch in der Regel allein gelassen, ihrem Tod entgegendämmern“ (199), - derlei pauschalierende Urteile machen deshalb betroffen, wenn man zugleich auch um eine Vielzahl von Beispielen weiß, in denen diese Menschen dennoch von Pflegekräften in meist zahlenmäßig kaum ausreichend ausgestatteten Institutionen sehr menschlich, einfühlsam und engagiert betreut werden!

Äußerst nachdenklich stimmt es, wenn der Autor anhand zweier Beispiele von persönlichen Freunden – einer unter Maximaltherapie und einer unter Ablehnung weiterer Therapieschritte – dem Ablehnenden „das Format“ zusprach, „in seiner Krankheitssituation die Endlichkeit seines Lebens zu akzeptieren“ (203f). Damit wird eigentlich die – ebenso selbstbestimmte - Entscheidung des ersten Freundes, sich jeder erdenklichen Therapie zu unterziehen, letztlich desavouiert!

Kapitel sieben, das sich dem Hochmut und Machbarkeitswahn widmet (214ff), zeichnet sich durch eine wohlthuend pragmatische Berichtsweise aus, die kaum auf Pauschalierungen und sprachliche Übertreibungen zurückgreift, umso mehr, als die realen Beispiele durchaus deutlich genug für sich sprechen. Hinsichtlich der WHO-Definition wäre es begrüßenswert gewesen, auf die modernere Ottawa-Definition von Gesundheit abzustellen. Zu unterstreichen sind Überlegungen, die den Ärzten häufig ein „Analphabetentum“ hinsichtlich statistischer Kenntnisse zusprechen (253), ein Thema, das etwa auch Gerd Gigerenzer nicht müde wird zu betonen.

Im Hinblick auf die Vielzahl an tatsächlichen oder vermeintlicher Weise den Ärzten zugeschriebenen Problemen wäre man auf konkrete Lösungsvorschläge gespannt gewesen. Der Autor schließt allerdings seine Tour durch die von ihm diagnostizierten Niederungen ärztlichen Fehlhandelns eher mit romantisch-moralischen Appellen, die ebenso oft gehört wie im Alltag wenig wirksam geworden sind. So wird niemand widersprechen, wenn Imhof von der Notwendigkeit der Wahrhaftigkeit des Arztes spricht, insbesondere dann, wenn ihm ein Fehler unterlaufen ist (258f) oder die Forderung erhebt, dass sich die moderne Medizin gegen eine „Un-Kultur des Todes und des unwürdigen Sterbens“ wehren muss (259). Besonderes Gewicht – ungeachtet dessen, dass auch diese Sentenz derzeit in zahlreichen Variationen quer durch die Publikationen zu finden ist - aber besitzt der Appell, wonach die Ärzte des 21. Jahrhunderts wieder zu verstehen lernen müssten, „was aus den Krankheiten zu ihnen spricht...“, „die Sprache des erkrankten Menschen zu verstehen und auch selbst zu sprechen.“ (253)

Resumee : Bei allen kritischen Adnota insbesondere im Hinblick auf Pauschalierungen, fraglicher Identifizierung von Schuldigen und allzu plakativen Fallbeispielen enthält dieses Buch doch sehr viel Bedenkenswertes und Stoff genug für jede Ärztin und jeden Arzt, sich selbst zu einigen der hier vorgebrachten Missstände und moralisch fragwürdigen Verhaltensweisen Gedanken zu machen. In diesem Sinn ist dieses Buch auch vom Rezensenten als lesenswert zu empfehlen.

Wien, November 2014

Univ.Lektor OA Dr.med. Michael Peintinger
Institutsleiter