© Nach P. Unschild

Abb. 1: Faktoren, die auf die Arzt-Patienten-Beziehung Einfluss nehmen.

Kranken drängt sich zunehmend die Frage auf: Wird ein medizinischer Eingriff an mir aus Renditeerwägungen oder aus medizinisch-fachlichen Gründen durchgeführt?

Verstärkt wurden die Thesen von Unschild von Prof. Giovanni Maio, Leiter des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Freiburg/Breisgau. Für ihn werden die Ärzte mehr und mehr Techniker am Objekt, Ingenieure der Medizin mit Checklisten-Mentalität. Die betriebswirtschaftliche Logik habe längst die Ärzte infiziert, die eine Fast-Food-Medizin am Fließband betreiben. Bei der Begegnung mit dem Kranken gehe es um Formallogik, Reibungslosigkeit. Ein Kurzschluss: Der Diagnostik folgt die Therapie, es fehlt die Reflexion des „Kümmerers“. Statt auf die Not des Patienten einzugehen, erfolgt ein unpersönlicher Verwaltungsakt, eine Rezeptologie. Nach Maio ist Medizin kein Handwerk, nicht routinierbar. Der Arzt braucht Reflexionskompetenz und hat einen sozialen Auftrag zu erfüllen, er ist Anwalt des Patienten.

Die ärztliche Strategie muss sich zwangsläufig zwischen Ökonomie und Ethik neu erfinden. Prof. Yskert von Kodolitsch, UKE Hamburg, erinnerte hauptsächlich an Kant („Habe Mut, dich deines eigenen Verstands zu bedienen!“) und Clausewitz („Mut gegen die Verant-

wortung“), an deren strategischem Genie man sich orientieren könne.

In Anlehnung an Clausewitz gibt es drei Tendenzen, die als eigenständige Kräfte die Individualität der Behandlungssituation begründen.

— **Die 1.** Tendenz besteht in der Gewalt-samkeit, die als Todesdrohung der Erkrankung das Handlungsfeld unter die Wirkung menschlicher Gefühle stellt.

— **Die 2.** Tendenz besteht in der Unsicherheit, die jede Entscheidung zum Kalkül der Wahrscheinlichkeit macht.

— **Die 3.** Tendenz besteht in der Politik, die die Medizin zum Instrument ihres Willens macht (aus Y. von Kodolitsch et al. Strategisches Denken als Schlüssel zu chirurgischer Exzellenz. Z Herz-Thorax-Gefäßschir. 2013;27:282-9).

Wie seine Vorredner wendet sich auch von Kodolitsch gegen die Einengung des Denkens aufgrund des ökonomischen Drucks. Der Arzt dürfe sich nicht zum Homo oeconomicus machen lassen, der den finanziellen Höchstangeboten der Klinikmanager, Industrie, Krankenkasse oder Gesetzgeber willfährig nachgibt. Der Arzt sei vielmehr ein Homo sociologicus, „Arzt = pflichtorientiertes Handeln“.

Wie sich die ärztliche Strategie in der Praxis weiterentwickeln soll, wird bereits in Modellen diskutiert.

Dr. med. Jochen Aumiller

GARY schreibt TAVI-Erfolgsgeschichte fort

Das von den Kardiologen und Herzchirurgen 2010 begründete Aortenklappen-Register (GARY) ist schon heute eine spektakuläre Erfolgsgeschichte. Nicht nur, weil die beiden Disziplinen die Ergebnisse ihrer Therapieverfahren offenlegen und vergleichen, sondern weil sich erkennen lässt, welches Potenzial in den neuen transkathetischen Implantationsverfahren steckt.

Prof. Helge Möllmann, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I, St.-Johannes-Hospital Dortmund, präsentierte in Mannheim die letzte Auswertung der TAVI-Ergebnisse.

Bis Ende 2015 erfolgten 33.034 Aortenklappen-Implantationen (TAVI), davon 25.785 transkathetisch und 7.249 transapikal. Das Durchschnittsalter der Patienten blieb mit 80,9 Jahren gleich. Die Komplikationsraten nahmen zum Teil drastisch ab (Lernkurve).

So sank die TAVI-Mortalität von 5,9 auf 2,7 % (!). Die Quote schwerer Gefäßverletzungen ging im Verlauf der Studie von 6,3 auf 2,1 % zurück, schwere Blutungen sogar 31,1 auf 10,0 % und Schlaganfälle von 2,0 auf 1,4 % (TIA von 1,6 auf 0,7 %). Brauchten 2011 noch 19,5 % der Patienten nach der TAVI einen Schrittmacher oder ICD, waren es 2015 noch 15,5 %.

JA

© thedaffish / Getty Images / iStock