

Modellprüfung

C1

Goethe-Format · Übungstest Nr. 4

Im Format: Goethe-Zertifikat C1

Lesen · Hören · Schreiben · Sprechen

Mit Lösungen, Modelltexten, Transkripten
und Antwortbogen.

Originales, unabhängiges Übungsmaterial
von HowToLearnGerman.online.

Keine offizielle Prüfung des Goethe-Instituts
oder der telc gGmbH. Alle Texte sind neu.

howtolearngerman.online

Learn German · Practice Real Situations · Pass Your Exam



Online mit Audio

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Lesen	3
Hören	15
Schreiben	21
Sprechen	24
Lösungen	27
Modelltexte und Redemittel	28
Transkripte	32
Antwortbogen	40

Hinweise zu dieser Modellprüfung

Diese Modellprüfung ist ein **originaler, unabhängiger Übungstest** von HowToLearnGerman.online. Sie bildet das öffentlich beschriebene Format von **Goethe-Zertifikat C1** nach (Aufbau, Aufgabentypen, Zeiten). Alle Texte, Personen und Aufgaben sind neu geschrieben; es handelt sich nicht um offizielles Material.

Zeiten: Lesen ca. 65 Min. · Hören ca. 40 Min. · Schreiben ca. 75 Min. · Sprechen ca. 20 Min.

Hören: Die Audiodateien finden Sie in der Online-Version (QR-Code auf jeder Seite). Die Transkripte stehen am Ende dieses Hefts.

Bewertung: Punkte in diesem Heft sind Übungspunkte. Offizielle Bewertungsregeln veröffentlichen das Goethe-Institut und die telc gGmbH.



Lesen

Der Prüfungsteil Lesen hat vier Teile. Sie lesen populärwissenschaftliche Artikel, einen Kommentar und Fachtexte und lösen 30 Aufgaben. Sie haben 65 Minuten Zeit. Übertragen Sie Ihre Lösungen am Ende auf den Antwortbogen.

Zeit: ca. 65 Minuten · Punkte: 100

Lesen – Teil 1

Lesen Sie den Text und entscheiden Sie, welche Lösung (a, b, c oder d) in die Lücken 1 bis 8 passt. Es gibt jeweils nur eine richtige Lösung. Die Lücke (0) ist ein Beispiel.

Wenn die Erwartung krank macht – der Nocebo-Effekt

Dass Scheinmedikamente Beschwerden lindern können, ist inzwischen weithin bekannt. Deutlich weniger Aufmerksamkeit hat bislang sein Gegenstück erfahren, der sogenannte Nocebo-Effekt. Gemeint ist damit, dass negative Erwartungen körperliche Symptome nicht nur verstärken, sondern unter Umständen überhaupt erst (0) _____ können.

In klinischen Studien zeigt sich das Phänomen besonders deutlich: Auch Teilnehmende, die lediglich ein wirkstofffreies Präparat erhalten, klagen über Nebenwirkungen – und zwar häufig genau über __(1)__, die im Aufklärungsbogen des echten Medikaments aufgeführt sind. Fachleute gehen davon aus, dass ein __(2)__ Teil der Beschwerden, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit Arzneimitteln schildern, auf solche Erwartungseffekte zurückgeht.

Die Mechanismen __(3)__ sind inzwischen zumindest teilweise erforscht. Rechnet ein Mensch mit Schmerzen, schüttet sein Körper vermehrt Botenstoffe aus, die die Schmerzwahrnehmung verstärken; gleichzeitig werden Areale im Gehirn aktiv, die mit Angst in Verbindung stehen. __(4)__ kommt der Kommunikation zwischen Behandelnden und Behandelten eine zentrale Rolle zu. Wer vor einer Spritze hört: „Jetzt tut es gleich richtig weh“, empfindet den Einstich nachweislich als schmerzhafter als jemand, __(5)__ man ankündigt, die Stelle werde vorher betäubt.



Daraus ergibt sich allerdings ein ethisches Dilemma. Ärztinnen und Ärzte sind rechtlich (6) verpflichtet, umfassend über die möglichen Risiken einer Behandlung aufzuklären. Gerade diese Aufklärung kann aber jene Beschwerden begünstigen, vor (7) sie eigentlich warnen soll. Einige Forschende plädieren deshalb für eine bewusste Rahmung der Information: Statt zu betonen, dass zehn Prozent der Behandelten unter Übelkeit leiden, könne man ebenso wahrheitsgemäß sagen, dass neunzig Prozent das Medikament gut (8). Ob eine solche Gesprächsführung die Selbstbestimmung der Patienten stärkt oder sie auf subtile Weise untergräbt, ist in der Medizinethik allerdings umstritten.

Beispiel

- ① ☒ **a** hervorrufen
☐ **b** entstehen
☐ **c** ergeben
☐ **d** beitragen
- ② ☐ **a** denen
☐ **b** derjenigen
☐ **c** diejenigen
☐ **d** derer
- ③ ☐ **a** erheblichen
☐ **b** beträchtlicher
☐ **c** bedeutsamen
☐ **d** vielfältiger
- ④ ☐ **a** darunter
☐ **b** dagegen
☐ **c** davor
☐ **d** dahinter
- ⑤ ☐ **a** Folglich
☐ **b** Dennoch
☐ **c** Hingegen
☐ **d** Zumal



- ⑤ ☐ **a** den
☐ **b** dem
☐ **c** dessen
☐ **d** der
- ⑥ ☐ **a** daran
☐ **b** darauf
☐ **c** dazu
☐ **d** dafür
- ⑦ ☐ **a** dem
☐ **b** die
☐ **c** deren
☐ **d** denen
- ⑧ ☐ **a** vertragen
☐ **b** ertragen
☐ **c** verkraften
☐ **d** aushalten

Lesen – Teil 2

Lesen Sie den Artikel und lösen Sie die Aufgaben 9 bis 15. Wählen Sie bei jeder Aufgabe die richtige Lösung: a, b oder c.

Das Erbgut im Briefumschlag – was kommerzielle Gentests leisten und wo ihre Grenzen liegen

Ein Wattestäbchen, ein Röhrchen, ein vorfrankierter Umschlag: Mehr braucht es nicht, um das eigene Erbgut untersuchen zu lassen. Einige Wochen nach dem Versand erhalten Kundinnen und Kunden einen Online-Bericht, der Auskunft über ihre geografische Herkunft gibt, über die Wahrscheinlichkeit, Koffein schnell abzubauen, und – je nach gebuchtem Paket – auch über ihr Risiko, an Diabetes, Alzheimer oder bestimmten Krebsarten zu erkranken. Die Preise für solche Angebote sind in den vergangenen Jahren deutlich gesunken, die Nachfrage ist entsprechend gestiegen. Viele Käuferinnen und Käufer treibt dabei weniger medizinische Sorge als schlichte Neugier: Man möchte wissen, wer man ist – und glaubt, die Antwort in den eigenen Genen zu finden.



Was dabei oft übersehen wird: Die meisten Anbieter lesen das Erbgut keineswegs vollständig. Statt der rund drei Milliarden Bausteine des menschlichen Genoms untersuchen sie lediglich einige Hunderttausend ausgewählte Stellen, an denen sich Menschen erfahrungsgemäß häufig unterscheiden. Für Abstammungsanalysen reicht das in der Regel aus. Für medizinische Aussagen ist es dagegen heikel, denn gerade seltene Varianten, die ein stark erhöhtes Krankheitsrisiko mit sich bringen können, liegen häufig außerhalb des untersuchten Ausschnitts. „Ein unauffälliges Ergebnis ist deshalb keine Entwarnung“, betont die Humangenetikerin Ruth Albrecht-Mensah. „Es bedeutet nur, dass an den untersuchten Positionen nichts Auffälliges gefunden wurde – über den Rest sagt es nichts.“

Hinzu kommt, dass die verbreiteten Volkskrankheiten nicht auf ein einzelnes Gen zurückgehen, sondern auf das Zusammenspiel zahlreicher Erbanlagen mit jeweils winzigem Effekt sowie auf Faktoren wie Ernährung, Bewegung oder Wohnumfeld. Um dennoch zu einer Aussage zu gelangen, fassen viele Anbieter Hunderte solcher Varianten zu sogenannten polygenen Risikowerten zusammen. Deren Aussagekraft ist jedoch begrenzt – und ungleich verteilt: Weil die zugrunde liegenden Studien überwiegend mit Daten von Menschen europäischer Abstammung durchgeführt wurden, sind die Werte für Personen anderer Herkunft deutlich weniger zuverlässig.

Problematisch ist nach Ansicht von Fachleuten auch die Art, wie Ergebnisse vermittelt werden. Wer liest, sein Risiko für eine bestimmte Erkrankung sei „um 30 Prozent erhöht“, dürfte zunächst erschrecken. Bezieht sich diese Angabe jedoch auf ein Ausgangsrisiko von drei Prozent, steigt die tatsächliche Wahrscheinlichkeit lediglich auf knapp vier Prozent. Solche relativen Angaben sind statistisch korrekt, können aber leicht ein verzerrtes Bild erzeugen, wenn das absolute Risiko nicht danebensteht.

In Deutschland dürfen genetische Untersuchungen zu medizinischen Zwecken grundsätzlich nur von Ärztinnen und Ärzten veranlasst werden; vor Tests, die künftige Erkrankungen vorhersagen sollen, ist zudem eine genetische Beratung vorgesehen. Viele Anbieter haben ihren Sitz jedoch im Ausland und vertreiben ihre Produkte über das Internet, sodass diese Vorgaben in der Praxis häufig ins Leere laufen. Wer einen solchen Test bestellt, erhält Gesundheitsinformationen also oft ohne jede fachliche Einordnung.



Eine weitere Dimension betrifft den Umgang mit den Daten. Genetische Informationen sind nicht nur besonders sensibel, sie sind auch nicht austauschbar: Ein Passwort lässt sich ändern, das eigene Genom nicht. Zudem verrät es stets auch etwas über Eltern, Geschwister und Kinder – also über Menschen, die selbst nie in eine Untersuchung eingewilligt haben. Manche Unternehmen bitten ihre Kundschaft um die Zustimmung, die Daten für Forschungszwecke weiterzugeben, teilweise auch an Pharmafirmen. Was mit den Informationen geschieht, wenn ein Anbieter verkauft wird oder Insolvenz anmeldet, ist für Laien kaum zu durchschauen.

Und wie gehen die Getesteten selbst mit den Ergebnissen um? Erste Untersuchungen zeichnen ein ernüchterndes Bild: Nur ein kleiner Teil ändert infolge eines ungünstigen Befunds dauerhaft seinen Lebensstil. Manche reagieren mit anhaltender Beunruhigung, andere wiegen sich nach einem unauffälligen Ergebnis in falscher Sicherheit und nehmen etwa Vorsorgeuntersuchungen weniger ernst.

Ein Verbot solcher Tests hält Albrecht-Mensah dennoch weder für realistisch noch für wünschenswert. „Menschen haben ein Recht darauf, etwas über sich selbst zu erfahren“, sagt sie. Entscheidend sei aber, dass die Grenzen der Verfahren ebenso deutlich kommuniziert würden wie ihre Möglichkeiten – und dass Betroffene bei auffälligen Befunden wüssten, an wen sie sich wenden können. „Jeder Test sollte eine Art Beipackzettel haben, der ehrlich sagt, was er nicht kann.“

- ⑨ Was erfährt man im ersten Abschnitt über die Kundschaft der Testanbieter?
- ☐ **a** Sie entscheidet sich meist für das umfassendste Paket.
 - ☐ **b** Viele interessieren sich eher aus Neugier als aus gesundheitlichen Gründen für die Tests.
 - ☐ **c** Sie lässt sich vor allem aus Angst vor schweren Krankheiten testen.



- ⑩ Warum sind die meisten Tests für medizinische Aussagen nur bedingt geeignet?
- ☐ **a** Weil sie Herkunftsanalyse und Gesundheitsanalyse nicht sauber trennen.
 - ☐ **b** Weil die Proben auf dem Postweg häufig beschädigt werden.
 - ☐ **c** Weil seltene, aber folgenreiche Varianten oft gar nicht untersucht werden.
- ⑪ Was gilt laut Text für polygene Risikowerte?
- ☐ **a** Sie sind für Menschen nichteuropäischer Herkunft weniger verlässlich.
 - ☐ **b** Sie beziehen Ernährung und Bewegung bereits mit ein.
 - ☐ **c** Sie beruhen auf wenigen Genen mit besonders großer Wirkung.
- ⑫ Was soll das Beispiel des „um 30 Prozent erhöhten“ Risikos verdeutlichen?
- ☐ **a** Dass Anbieter häufig statistisch falsche Zahlen veröffentlichen.
 - ☐ **b** Dass ein leicht erhöhtes Risiko von den Getesteten meist ignoriert wird.
 - ☐ **c** Dass relative Angaben ohne das Ausgangsrisiko ein schiefes Bild vermitteln können.
- ⑬ Was sagt der Text über die Rechtslage in Deutschland?
- ☐ **a** Der Verkauf von Tests ausländischer Anbieter ist dort verboten.
 - ☐ **b** Die Vorgaben werden durch den Onlinevertrieb aus dem Ausland oft unterlaufen.
 - ☐ **c** Vor jedem Gentest, auch zur Herkunft, ist eine Beratung Pflicht.
- ⑭ Was unterscheidet genetische Daten nach Darstellung des Textes von anderen sensiblen Daten?
- ☐ **a** Sie geben auch über Angehörige Auskunft und lassen sich nicht ersetzen.
 - ☐ **b** Sie dürfen grundsätzlich nicht an Pharmafirmen weitergegeben werden.
 - ☐ **c** Sie werden im Fall einer Insolvenz automatisch gelöscht.



- ⑮ Was fordert die Humangenetikerin Albrecht-Mensah?
- ☐ **a** Die Kosten für Gentests sollten von den Krankenkassen übernommen werden.
 - ☐ **b** Gesundheitsanalysen sollten nur noch in Arztpraxen angeboten werden.
 - ☐ **c** Anbieter sollten offen darlegen, was ihre Tests nicht leisten können.

Lesen – Teil 3

Lesen Sie den Kommentar. Welcher Satz (a-j) passt in welche Lücke (16-23)? Jeden Satz können Sie nur einmal verwenden. Zwei Sätze bleiben übrig. Der Satz (0) ist ein Beispiel.

Die Zeit, die niemand bezahlt – ein Kommentar

Wer in diesen Tagen eine hausärztliche Praxis betritt, kennt das Ritual: volles Wartezimmer, kurzes Gespräch, schnelles Rezept. (0) Für die Frage, was hinter einer Beschwerde stecken könnte, bleibt in diesem Takt kaum Raum – und für die Frage, was der Mensch, der da sitzt, eigentlich will, noch weniger.

Dabei ist längst belegt, dass das ärztliche Gespräch selbst eine therapeutische Wirkung hat. (16) Wer sich verstanden fühlt, nimmt seine Medikamente zuverlässiger ein, kommt seltener mit denselben Beschwerden wieder und lässt weniger unnötige Untersuchungen über sich ergehen.

Warum also wird ausgerechnet diese Leistung so stiefmütterlich behandelt? Die Antwort liegt im Abrechnungssystem. (17) Ein ausführliches Gespräch hingegen wird mit einer Pauschale vergütet, die kaum über der für einen Fünf-Minuten-Kontakt liegt. Wer als Ärztin oder Arzt wirtschaftlich denken muss – und das müssen alle, die eine Praxis führen –, wird sich gut überlegen, wie viel Zeit er sich leisten kann.

Man mag einwenden, dass Zeit allein noch keine gute Medizin macht. (18) Doch dieser Einwand verkennt, worum es geht: nicht um Plauderei, sondern um strukturiertes Zuhören, das man lernen kann – und das im Medizinstudium noch immer eine Nebenrolle spielt.



Hinzu kommt eine ethische Dimension, die in der Debatte häufig untergeht. Das Prinzip der informierten Einwilligung setzt voraus, dass Patientinnen und Patienten verstehen, worauf sie sich einlassen. **__(19)__** Wer unter Zeitdruck aufgeklärt wird, unterschreibt im Zweifel, ohne nachzufragen – und die Einwilligung wird zur bloßen Formalie.

Besonders hart trifft der Mangel diejenigen, die ohnehin benachteiligt sind: ältere Menschen mit mehreren Erkrankungen, Menschen mit geringen Deutschkenntnissen, Menschen, die sich im Gesundheitssystem nicht auskennen. **__(20)__** So verstärkt ein scheinbar neutrales Vergütungssystem bestehende Ungleichheiten.

Einige Krankenkassen erproben inzwischen Modelle, in denen längere Gespräche gesondert honoriert werden. **__(21)__** Erste Auswertungen deuten darauf hin, dass sich die Mehrausgaben durch eingesparte Folgeuntersuchungen teilweise wieder ausgleichen.

Das ist ermutigend, sollte aber nicht zum einzigen Maßstab werden.

__(22)__ Ein Gespräch, das einem Menschen hilft, eine schwere Diagnose einzuordnen, spart vielleicht keinen Cent – und ist trotzdem unverzichtbar.

Die Politik sollte daher nicht abwarten, bis die letzte Studie ausgewertet ist. **__(23)__** Eine Medizin, die sich das Zuhören nicht mehr leistet, wird am Ende teurer – und das nicht nur in finanzieller Hinsicht.

0 Kaum hat man begonnen, seine Beschwerden zu schildern, wird man auch schon unterbrochen.

a Tatsächlich gibt es Ärztinnen und Ärzte, die in zehn Minuten mehr erfahren als andere in einer halben Stunde.

b Was es jetzt braucht, ist eine Vergütung, die Zuwendung nicht länger bestraft, sondern ermöglicht.

c Wer daran teilnimmt, berichtet, seltener zu Überweisungen zu greifen, weil sich Beschwerden im Gespräch besser einordnen lassen.

d Es ist also keineswegs bloße Höflichkeit, sondern selbst ein Teil der Behandlung.

e Die Digitalisierung der Praxen hat dieses Problem inzwischen weitgehend gelöst.

f Verstehen aber braucht Zeit – für Rückfragen, für Zweifel, manchmal auch für eine Nacht Bedenkzeit.

g Nicht alles, was in der Medizin wertvoll ist, rechnet sich auch.



h Apparative Untersuchungen lassen sich präzise erfassen und werden entsprechend gut honoriert.

i Viele Patientinnen und Patienten wünschen sich ohnehin vor allem eine zügige Abfertigung.

j Gerade sie bräuchten mehr Zeit, bekommen aber oft am wenigsten davon.

Beispiel

①	Lücke 0	0
①⑥	Lücke 16	
①⑦	Lücke 17	
①⑧	Lücke 18	
①⑨	Lücke 19	
②①	Lücke 20	
②②	Lücke 21	
②③	Lücke 22	
②④	Lücke 23	

Lesen - Teil 4

Lesen Sie die drei Texte a, b und c. Zu welchem Text passen die Aussagen 24 bis 30? Jeder Text kann mehrmals gewählt werden. Zwei Aussagen passen zu keinem Text; markieren Sie dann „0“.

a) Text a - Dr. Malte Riegler, Bioingenieur



In unserem Labor wachsen auf Kunststoffträgern, kaum größer als ein Daumen, menschliche Leberzellen in feinen Kanälen, durch die eine Nährlösung gepumpt wird – ähnlich wie Blut durch ein Gefäß. Solche Organ-Chips reagieren auf Wirkstoffe erstaunlich ähnlich wie das entsprechende Gewebe im Körper. Der entscheidende Vorteil gegenüber dem Tiermodell liegt auf der Hand: Wir arbeiten mit menschlichen Zellen. Viele Substanzen, die sich im Tierversuch als unbedenklich erwiesen haben, scheitern später in klinischen Studien, weil der menschliche Stoffwechsel anders funktioniert. Diese Lücke können Chips zumindest verkleinern.

Ich will aber nichts beschönigen: Ein einzelner Chip bildet nur einen winzigen Ausschnitt ab. Wie ein Medikament in der Leber umgebaut wird, dann am Herzen wirkt und schließlich über die Nieren ausgeschieden wird, können wir bislang nur ansatzweise darstellen. Wir arbeiten daran, mehrere Organ-Chips miteinander zu koppeln, doch bis zum „Menschen auf dem Chip“ ist es noch ein weiter Weg. Was mich mitunter frustriert, ist das Ungleichgewicht bei der Finanzierung: Für die Entwicklung tierfreier Methoden steht nur ein Bruchteil der Mittel zur Verfügung, die nach wie vor in die klassische tierexperimentelle Forschung fließen.

b) Text b – Prof. Dr. Selin Aksoy, Ethikerin

Seit Jahrzehnten orientiert sich die Forschung am sogenannten 3R-Prinzip: Tierversuche sollen ersetzt, in ihrer Zahl verringert und in ihrer Belastung für die Tiere gemildert werden. Das war ein Fortschritt, greift aus meiner Sicht aber zu kurz. Denn das Prinzip setzt stillschweigend voraus, dass der Tierversuch der Normalfall ist, von dem man nur unter bestimmten Bedingungen abweicht. Ich plädiere dafür, die Beweislast umzukehren: Nicht die tierfreie Methode muss sich rechtfertigen, sondern derjenige, der ein empfindungsfähiges Lebewesen für seine Zwecke belastet. Er sollte nachvollziehbar darlegen müssen, dass es keine gleichwertige Alternative gibt und der erwartete Erkenntnisgewinn das zugefügte Leid aufwiegt.



Zugleich warne ich vor einer bequemen Form moralischer Selbsttäuschung. Wenn strengere Auflagen hierzulande lediglich dazu führen, dass Versuche an Auftragslabore in Staaten mit niedrigeren Tierschutzstandards vergeben werden, ist für die Tiere nichts gewonnen – im Gegenteil. Eine glaubwürdige Ethik muss deshalb auch die Lieferketten der Forschung in den Blick nehmen. Und wir sollten ehrlich bleiben: Auch die besten Alternativen werden in absehbarer Zeit nicht jede Frage beantworten können. Daraus folgt aber nicht, dass alles beim Alten bleiben darf.

c) Text c – Dr. Ines Hollweg, Toxikologin in einer Zulassungsbehörde

Aus regulatorischer Sicht stellt sich die Frage anders, als sie in der öffentlichen Debatte meist diskutiert wird. Wir müssen sicherstellen, dass ein Arzneimittel oder eine Chemikalie für Mensch und Umwelt unbedenklich ist – und die Vorschriften, nach denen wir das beurteilen, wurden über Jahrzehnte auf Daten aus Tierversuchen zugeschnitten. Eine neue Methode kann deshalb nicht von heute auf morgen an die Stelle eines etablierten Tests treten. Sie muss in aufwendigen Validierungsstudien zeigen, dass sie verlässlich ist und in verschiedenen Laboren zu denselben Ergebnissen führt. Das dauert oft fünf bis zehn Jahre. Immerhin: Bei der Prüfung auf Haut- und Augenreizungen haben sich tierfreie Verfahren inzwischen weitgehend durchgesetzt; bei komplexeren Fragestellungen, etwa möglichen Schäden für das ungeborene Kind, sind wir davon noch weit entfernt.

Ein oft unterschätztes Hindernis ist die fehlende internationale Abstimmung. Erkennt eine Behörde in Europa eine neue Methode an, eine Behörde in einem anderen wichtigen Absatzmarkt aber nicht, bleibt den Herstellern nichts anderes übrig, als beide Prüfungen durchzuführen. Paradoxerweise entstehen dadurch sogar zusätzliche Versuche. Harmonisierung ist deshalb kein bürokratisches Detail, sondern eine Schlüsselfrage für den Tierschutz.

Wenn es keine passende Lösung gibt, schreiben Sie 0.

Beispiel



- | | | |
|----|--|--|
| ① | Ergebnisse, die an menschlichen Zellen gewonnen werden, lassen sich besser auf Patienten übertragen. | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; display: inline-block;">a</div> |
| ②④ | Neue Prüfverfahren müssen ihre Zuverlässigkeit zunächst in langwierigen Verfahren belegen. | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px; display: inline-block;"></div> |
| ②⑤ | Es wäre problematisch, wenn Versuche lediglich in Länder mit weniger strengen Regeln verlagert würden. | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px; display: inline-block;"></div> |
| ②⑥ | Das Zusammenwirken mehrerer Organe lässt sich mit den neuen Modellen bisher nur unvollständig abbilden. | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px; display: inline-block;"></div> |
| ②⑦ | In der Grundlagenforschung spielen Tierversuche inzwischen kaum noch eine Rolle. | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px; display: inline-block;"></div> |
| ②⑧ | Wer Tiere für Versuche einsetzt, sollte begründen müssen, warum es keine Alternative gibt. | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px; display: inline-block;"></div> |
| ②⑨ | Weil Behörden verschiedener Staaten unterschiedlich entscheiden, kann es sogar zu mehr Versuchen kommen. | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px; display: inline-block;"></div> |
| ③⑩ | Eine Mehrheit der Bevölkerung lehnt Tierversuche grundsätzlich ab. | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px; display: inline-block;"></div> |



Hören

Der Prüfungsteil Hören hat vier Teile. Sie hören einen Podcast, ein Interview, eine Diskussion und einen Vortrag und lösen 30 Aufgaben. Manche Texte hören Sie einmal, andere zweimal. Am Ende haben Sie drei Minuten Zeit, um Ihre Lösungen auf den Antwortbogen zu übertragen.

Zeit: ca. 40 Minuten · Punkte: 100

Hören – Teil 1

Sie hören einen Podcast. Zu welchem der drei vorgestellten Angebote (a, b oder c) passen die Aussagen 1 bis 6? Sie hören den Text einmal. Lesen Sie zuerst die Aussagen. Dazu haben Sie 60 Sekunden Zeit.

Sie hören die Texte einmal. Audio: Online-Version (QR-Code unten).

a	„Zwischen den Monitoren“ – Karin Öztürk-Lang
b	„Fieberkurven“ – Bernhard Ostermann
c	„Die Vermessung der Gesundheit“ – Dana Kowalczyk

Beispiel

- | | |
|---|--|
| ① Die Autorin schreibt aus eigener beruflicher Erfahrung. | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; display: inline-block;">a</div> |
| ② Das Buch stellt infrage, dass zusätzliche Untersuchungen automatisch der Gesundheit dienen. | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px; display: inline-block;"></div> |
| ③ Der Aufbau des Buches erschwert stellenweise die Orientierung. | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px; display: inline-block;"></div> |
| ④ Die Lektüre kann emotional sehr belastend sein. | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px; display: inline-block;"></div> |
| ⑤ Das Buch ist auch für Leser ohne mathematische Vorkenntnisse verständlich. | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px; display: inline-block;"></div> |
| ⑥ Der Autor bemüht sich, das Handeln früherer Mediziner aus ihrer Zeit heraus zu verstehen. | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px; display: inline-block;"></div> |
| ⑦ Bei diesem Buch gehen die Meinungen der beiden Moderatoren auseinander. | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px; display: inline-block;"></div> |



Hören – Teil 2

Sie hören ein Interview. Entscheiden Sie bei den Aussagen 7 bis 15: Stimmt die Aussage, stimmt sie nicht oder wird dazu nichts gesagt? Sie hören den Text zweimal. Lesen Sie zuerst die Aussagen. Dazu haben Sie 60 Sekunden Zeit.

Sie hören die Texte zweimal. Audio: Online-Version (QR-Code unten).

- ⑦ Frau Sandoval-Brandt hat früher selbst als Ärztin gearbeitet.
- ☐ **a** stimmt
 - ☐ **b** stimmt nicht
 - ☐ **c** dazu wird nichts gesagt
- ⑧ In strittigen Fällen trifft die Ethikberatung die endgültige Entscheidung.
- ☐ **a** stimmt
 - ☐ **b** stimmt nicht
 - ☐ **c** dazu wird nichts gesagt
- ⑨ Angehörige können eine Ethikberatung nur über die behandelnden Ärzte anfordern.
- ☐ **a** stimmt
 - ☐ **b** stimmt nicht
 - ☐ **c** dazu wird nichts gesagt
- ⑩ Die meisten Anfragen stellen Pflegekräfte.
- ☐ **a** stimmt
 - ☐ **b** stimmt nicht
 - ☐ **c** dazu wird nichts gesagt
- ⑪ Für Angehörige ist die Teilnahme an einer Fallbesprechung kostenlos.
- ☐ **a** stimmt
 - ☐ **b** stimmt nicht
 - ☐ **c** dazu wird nichts gesagt



- ⑫ Meistens geht es in der Ethikberatung darum, ob eine Behandlung beendet werden soll.
- ☐ a stimmt
 - ☐ b stimmt nicht
 - ☐ c dazu wird nichts gesagt
- ⑬ Viele Patientenverfügungen sind zu allgemein, um im Ernstfall weiterzuhelfen.
- ☐ a stimmt
 - ☐ b stimmt nicht
 - ☐ c dazu wird nichts gesagt
- ⑭ Sie empfiehlt, eine Patientenverfügung von einem Notar prüfen zu lassen.
- ☐ a stimmt
 - ☐ b stimmt nicht
 - ☐ c dazu wird nichts gesagt
- ⑮ Sie bedauert, dass Ethik im Medizinstudium kaum unterrichtet wird.
- ☐ a stimmt
 - ☐ b stimmt nicht
 - ☐ c dazu wird nichts gesagt

Hören – Teil 3

Sie hören eine Diskussion in vier Abschnitten. Zu jedem Abschnitt lösen Sie zwei Aufgaben (16-23). Wählen Sie die richtige Lösung: a, b oder c. Sie hören jeden Abschnitt einmal. Vor jedem Abschnitt haben Sie 30 Sekunden Zeit, um die Aufgaben zu lesen.

Sie hören die Texte einmal. Audio: Online-Version (QR-Code unten).

- ⑯ Womit begründet Herr Brenner seinen Vorschlag?
- ☐ a Das solidarische Versicherungssystem habe sich überlebt.
 - ☐ b Zur Solidarität gehöre auch die Verantwortung des Einzelnen.
 - ☐ c Riskantes Verhalten müsse spürbar bestraft werden.



- ⑪ Was wendet Frau Demir ein?
- ☐ **a** Der Lebensstil hängt stark von sozialen Bedingungen ab, daher träfe ein Aufschlag vor allem Benachteiligte.
 - ☐ **b** Es gibt bisher kaum Forschung zum Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheitskosten.
 - ☐ **c** Menschen mit Bürojobs leben in Wahrheit ungesünder als Schichtarbeiter.
- ⑫ Was befürchtet Herr Weber vor allem?
- ☐ **a** Chronisch Kranke könnten künftig schlechter medizinisch versorgt werden.
 - ☐ **b** Riskante Sportarten könnten verboten werden.
 - ☐ **c** Das Vorurteil, Kranke seien an ihrer Krankheit selbst schuld, würde offiziell bestätigt.
- ⑬ Wie reagiert Herr Brenner auf Herrn Webers Einwand?
- ☐ **a** Er räumt das Problem ein und schlägt Belohnungen statt Zuschlägen vor.
 - ☐ **b** Er bezeichnet das Abgrenzungsproblem als übertrieben.
 - ☐ **c** Er schlägt vor, eine Liste riskanter Freizeitaktivitäten zu erstellen.
- ⑭ Was kritisiert Frau Demir an den bestehenden Bonusprogrammen?
- ☐ **a** Sie seien für die Krankenkassen zu teuer.
 - ☐ **b** Von ihnen profitierten vor allem Menschen, die ohnehin gesund leben.
 - ☐ **c** Sie seien für die Versicherten zu kompliziert.
- ⑮ Worauf zielt Herr Webers Einwand in diesem Abschnitt?
- ☐ **a** Programme in Betrieben seien grundsätzlich unfreiwillig.
 - ☐ **b** Bonusprogramme seien für chronisch Kranke nicht zugänglich.
 - ☐ **c** Eine Überprüfung des Gesundheitsverhaltens ginge zu weit in den Alltag hinein.



- ②② Was schlägt Frau Demir vor?
- ☐ **a** Die Lebensumstände so zu gestalten, dass gesundes Verhalten für alle leichter wird.
 - ☐ **b** Mehr Aufklärungskampagnen über die Risiken des Rauchens.
 - ☐ **c** Höhere Steuern auf sämtliche Lebensmittel.
- ②③ Was betont Herr Weber in seinem Schlusswort?
- ☐ **a** Prävention sei wichtiger als jede Behandlung.
 - ☐ **b** Bonusmodelle und Verhältnisprävention ließen sich gut kombinieren.
 - ☐ **c** Eine Krankenversicherung müsse unabhängig von der Ursache einer Krankheit schützen.

Hören - Teil 4

Sie hören einen Vortrag. Lösen Sie die Aufgaben 24 bis 30. Wählen Sie die richtige Lösung: a, b oder c. Sie hören den Text zweimal. Lesen Sie zuerst die Aufgaben. Dazu haben Sie 90 Sekunden Zeit.

Sie hören die Texte zweimal. Audio: Online-Version (QR-Code unten).

- ②④ Warum verschwieg man Patienten früher häufig ihre Diagnose?
- ☐ **a** Ärzte wollten so ihre Autorität sichern.
 - ☐ **b** Man fürchtete, schlechte Nachrichten könnten die Genesung gefährden.
 - ☐ **c** Die Patienten wollten ihre Diagnose in der Regel nicht erfahren.
- ②⑤ Welche Bedeutung hatte das Urteil des Reichsgerichts?
- ☐ **a** Es verpflichtete Ärzte zu einer schriftlichen Aufklärung.
 - ☐ **b** Es schränkte medizinische Eingriffe bei Minderjährigen ein.
 - ☐ **c** Es machte die Zustimmung des Betroffenen zur Voraussetzung für die Rechtfertigung eines Eingriffs.
- ②⑥ Was hebt die Referentin an den Grundsätzen von 1947 besonders hervor?
- ☐ **a** Sie bezogen sich zunächst nur auf Forschung, nicht auf die Behandlung.
 - ☐ **b** Sie wurden sofort auch im klinischen Alltag umgesetzt.
 - ☐ **c** Sie gingen auf Forderungen der Patientenbewegung zurück.



- ②⑦ Was kritisiert die Referentin an heutigen Aufklärungsbögen?
- ☐ **a** Sie sind meist zu knapp, um alle Risiken zu erfassen.
 - ☐ **b** Sie dienen oft eher der rechtlichen Absicherung als dem Verständnis.
 - ☐ **c** Sie werden den Patienten erst nach dem Eingriff ausgehändigt.
- ②⑧ Wozu dient die Teach-back-Methode laut der Referentin vor allem?
- ☐ **a** Um festzustellen, ob Patienten ausreichend medizinisches Wissen haben.
 - ☐ **b** Um Aufklärungsgespräche zeitlich zu verkürzen.
 - ☐ **c** Um zu überprüfen, ob die eigene Erklärung verständlich war.
- ②⑨ Welches Missverständnis von Autonomie beschreibt die Referentin?
- ☐ **a** Patienten werden mit Informationen versorgt und dann mit der Entscheidung allein gelassen.
 - ☐ **b** Ärzte treffen wieder allein die Entscheidungen, berufen sich dabei aber auf Autonomie.
 - ☐ **c** Angehörige werden aus Respekt vor der Autonomie nicht mehr informiert.
- ③⑩ Wie lautet die abschließende These der Referentin?
- ☐ **a** Das paternalistische Modell sollte in Teilen wieder eingeführt werden.
 - ☐ **b** Autonomie muss in der Beziehung zwischen Arzt und Patient erst ermöglicht werden.
 - ☐ **c** Schriftliche Einwilligungen sollten durch mündliche ersetzt werden.



Schreiben

Der Prüfungsteil Schreiben hat zwei Teile. Sie schreiben einen Forumsbeitrag und eine formelle Nachricht. Sie haben insgesamt 75 Minuten Zeit.

Zeit: ca. 75 Minuten · Punkte: 100

Schreiben – Teil 1

Sie schreiben einen Beitrag für ein Online-Forum. Bearbeiten Sie alle vier Punkte. Schreiben Sie ca. 230 Wörter. Sie haben dafür ca. 50 Minuten Zeit.

Aufgabe 1

Im Onlineforum des Magazins „Gesundheit im Blick“ wird diskutiert, ob Vorsorgeuntersuchungen – zum Beispiel zur Früherkennung von Krebs – für alle Erwachsenen ab einem bestimmten Alter verpflichtend sein sollten. Schreiben Sie einen Diskussionsbeitrag.

Gesundheit im Blick – Forum

Diskussionsthema der Woche: „Pflicht zur Vorsorge – vernünftig oder Bevormundung?“

Viele Krankheiten wären heilbar, wenn sie früher entdeckt würden. Trotzdem nimmt nur ein Teil der Berechtigten die angebotenen Vorsorgeuntersuchungen wahr. Sollte der Staat hier stärker eingreifen? Wir sind gespannt auf Ihre Meinung!

- Beschreiben Sie, welche Rolle Vorsorgeuntersuchungen in Ihrem Umfeld spielen.
- Erläutern Sie, was für eine Pflicht sprechen könnte, und nennen Sie ein Beispiel.
- Nennen Sie Argumente gegen eine solche Pflicht.
- Schlagen Sie eine Alternative vor, wie mehr Menschen für die Vorsorge gewonnen werden könnten.

ca. 230 Wörter · ca. 50 Minuten



Schreiben - Teil 2

Sie schreiben eine formelle Nachricht. Bearbeiten Sie alle vier Punkte. Schreiben Sie ca. 120 Wörter. Sie haben dafür ca. 25 Minuten Zeit.

Aufgabe 2

Sie sind ehrenamtliches Mitglied im Patientenbeirat des Klinikums Am Stadtpark. Die Koordinatorin des Beirats, Frau Dr. Hallmann, hat Sie gebeten, in der nächsten Sitzung eine kurze Stellungnahme zum geplanten neuen Besuchskonzept des Klinikums vorzutragen. Sie können an der Sitzung jedoch nicht teilnehmen. Schreiben Sie Frau Dr. Hallmann eine E-Mail.

- Bedanken Sie sich für die Anfrage und entschuldigen Sie sich.
- Nennen Sie den Grund, warum Sie nicht teilnehmen können.
- Bieten Sie an, Ihre Stellungnahme schriftlich einzureichen.
- Bitten Sie um die Zusendung des Protokolls.

ca. 120 Wörter · ca. 25 Minuten







Sprechen

Der Prüfungsteil Sprechen hat zwei Teile: einen Vortrag und eine Diskussion. Sie haben 20 Minuten Zeit zur Vorbereitung und dürfen sich Notizen machen. Die Prüfung dauert für zwei Teilnehmende ca. 20 Minuten.

Zeit: ca. 20 Minuten · Punkte: 100

Sprechen – Teil 1

Wählen Sie eines der beiden Themen und halten Sie einen Vortrag von ca. 5 Minuten. Gehen Sie dabei auf die vier Punkte ein und strukturieren Sie Ihren Vortrag mit Einleitung, Hauptteil und Schluss. Anschließend stellen Ihnen Ihr Partner / Ihre Partnerin und die Prüfenden Fragen (ca. 2 Minuten).

Teil 1 – Kandidat/in A, Thema 1 (A)

Halten Sie einen Vortrag zum Thema „Komplementärmedizin – sinnvolle Ergänzung oder Irrweg?“. Gehen Sie auf die folgenden Punkte ein.

Vorbereitungszeit: 20 Minuten

- Beschreiben Sie verschiedene Formen komplementärmedizinischer Behandlung.
- Erläutern Sie, welche Rolle sie in Ihrem Heimatland spielt.
- Nennen Sie Vor- und Nachteile.
- Nehmen Sie Stellung: Sollten Krankenkassen solche Behandlungen bezahlen? Begründen Sie Ihre Meinung.

Teil 1 – Kandidat/in A, Thema 2 (A)

Halten Sie einen Vortrag zum Thema „Teure Therapien – was darf Gesundheit kosten?“. Gehen Sie auf die folgenden Punkte ein.

Vorbereitungszeit: 20 Minuten

- Beschreiben Sie, warum manche Behandlungen besonders teuer sind.
- Erläutern Sie, wie in Ihrem Heimatland über die Übernahme der Kosten entschieden wird.
- Nennen Sie Argumente für und gegen finanzielle Obergrenzen.
- Nehmen Sie Stellung: Nach welchen Kriterien sollte entschieden werden?



Teil 1 – Kandidat/in B, Thema 1 (B)

Halten Sie einen Vortrag zum Thema „Ärztemangel auf dem Land“. Gehen Sie auf die folgenden Punkte ein.

Vorbereitungszeit: 20 Minuten

- Beschreiben Sie, wie sich der Ärztemangel für die Betroffenen auswirkt.
- Erläutern Sie die Situation in Ihrem Heimatland.
- Nennen Sie mögliche Ursachen.
- Schlagen Sie Maßnahmen vor und bewerten Sie diese.

Teil 1 – Kandidat/in B, Thema 2 (B)

Halten Sie einen Vortrag zum Thema „Der Arztberuf im Wandel“. Gehen Sie auf die folgenden Punkte ein.

Vorbereitungszeit: 20 Minuten

- Beschreiben Sie, wie sich die Arbeit von Ärztinnen und Ärzten in den letzten Jahrzehnten verändert hat.
- Erläutern Sie, welches Ansehen der Arztberuf in Ihrem Heimatland hat.
- Nennen Sie Herausforderungen, vor denen junge Ärztinnen und Ärzte heute stehen.
- Äußern Sie Ihre Meinung dazu, was eine gute Ärztin / einen guten Arzt ausmacht.

Teil 1 – Fragen nach dem Vortrag

Nach dem Vortrag stellt der Partner / die Partnerin eine Frage zum Vortrag und die Prüfenden stellen weitere Fragen. Antworten Sie ausführlich.

Sprechen – Teil 2

Diskutieren Sie mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin über die Frage auf dem Aufgabenblatt. Tauschen Sie Argumente aus, gehen Sie auf die Äußerungen Ihres Partners / Ihrer Partnerin ein und versuchen Sie, am Ende zu einem Ergebnis zu kommen. Die Diskussion dauert ca. 5 Minuten.

Teil 2 – Diskussion

Diskutieren Sie mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin die Frage: „Sollte jeder Mensch automatisch als Organspender gelten, sofern er nicht ausdrücklich widersprochen hat?“ Gehen Sie dabei auf die folgenden Punkte ein, bringen Sie eigene Argumente ein und reagieren Sie auf die Argumente Ihres Partners / Ihrer Partnerin. Fassen Sie am Ende zusammen, in welchen



Punkten Sie übereinstimmen.

Aus einem Zeitungsbericht

Tausende Menschen warten auf ein Spenderorgan, viele von ihnen jahrelang. In Umfragen steht eine große Mehrheit der Organspende positiv gegenüber, doch nur ein Teil hat diese Haltung auch dokumentiert. Befürworter einer sogenannten Widerspruchslösung argumentieren, man nehme den Menschen damit lediglich eine Entscheidung ab, die sie ohnehin so getroffen hätten. Kritiker halten dagegen: Schweigen sei keine Zustimmung.

- Selbstbestimmung und Recht auf körperliche Unversehrtheit
- lange Wartelisten und Mangel an Spenderorganen
- Rolle und Belastung der Angehörigen
- Alternativen (z. B. bessere Aufklärung, regelmäßige Nachfrage bei Behördengängen)



Lösungen

Lesen

Lesen - Teil 1

1 c, 2 b, 3 d, 4 a, 5 b, 6 c, 7 d, 8 a

Lesen - Teil 2

9 b, 10 c, 11 a, 12 c, 13 b, 14 a, 15 c

Lesen - Teil 3

16 d, 17 h, 18 a, 19 f, 20 j, 21 c, 22 g, 23 b

Lesen - Teil 4

24 c, 25 b, 26 a, 27 o, 28 b, 29 c, 30 o

Hören

Hören - Teil 1

1 c, 2 b, 3 a, 4 c, 5 b, 6 a

Hören - Teil 2

7 a, 8 b, 9 b, 10 a, 11 c, 12 b, 13 a, 14 c, 15 c

Hören - Teil 3

16 b, 17 a, 18 c, 19 a, 20 b, 21 c, 22 a, 23 c

Hören - Teil 4

24 b, 25 c, 26 a, 27 b, 28 c, 29 a, 30 b



Modelltexte und Redemittel

Schreiben – Teil 1 – Aufgabe 1

Die Frage, ob Vorsorgeuntersuchungen verpflichtend sein sollten, beschäftigt mich schon länger, denn in meinem Bekanntenkreis gehen die Meinungen dazu weit auseinander. Während meine Eltern jeden Termin gewissenhaft wahrnehmen, schieben viele Gleichaltrige solche Untersuchungen vor sich her – meist aus Zeitmangel, manchmal auch aus Angst vor einem unangenehmen Befund.

Für eine Pflicht spricht auf den ersten Blick einiges. Zahlreiche Erkrankungen lassen sich in einem frühen Stadium deutlich besser behandeln, was nicht nur den Betroffenen viel Leid erspart, sondern auch das Gesundheitssystem entlastet. Ein Beispiel ist Darmkrebs: Wird er früh entdeckt, sind die Heilungschancen ausgesprochen gut, während eine späte Diagnose oft langwierige und kostspielige Therapien nach sich zieht. Dennoch halte ich eine gesetzliche Verpflichtung für den falschen Weg. Zum einen ist jede Untersuchung mit Risiken verbunden, etwa mit falsch positiven Befunden oder unnötigen Folgebehandlungen. Ob man diese Risiken in Kauf nimmt, sollte jeder selbst entscheiden dürfen. Zum anderen ließe sich eine solche Pflicht kaum kontrollieren, ohne tief in die Privatsphäre der Menschen einzugreifen.

Sinnvoller erschien es mir daher, auf Information und Erleichterungen zu setzen: persönliche Einladungen mit verständlichen Angaben zu Nutzen und Risiken, Termine auch abends oder am Wochenende und eine ärztliche Beratung, die Zweifel ernst nimmt. Wer gut informiert ist und keine großen Hürden überwinden muss, entscheidet sich nach meiner Erfahrung häufig von selbst für die Vorsorge.

Wie seht ihr das – wäre eine Pflicht für euch akzeptabel?

Bewertungskriterien: Aufgabenerfüllung: alle vier Punkte angemessen und ausführlich bearbeitet, Textsorte Forumsbeitrag; Kohärenz: klarer Aufbau mit Einleitung und Schluss, vielfältige Konnektoren und Verweise; Wortschatz: differenziert, präzise, auch abstrakte Ausdrücke; Strukturen: komplexe Satzstrukturen (Nebensätze, Passiv, Nominalisierungen), hohe Korrektheit; Umfang: ca. 230 Wörter

Schreiben – Teil 2 – Aufgabe 2

Betreff: Sitzung des Patientenbeirats – Stellungnahme zum Besuchskonzept



Sehr geehrte Frau Dr. Hallmann,
vielen Dank für Ihre Anfrage, in der kommenden Sitzung eine Stellungnahme zum geplanten Besuchskonzept vorzutragen. Über Ihr Vertrauen habe ich mich sehr gefreut. Umso mehr bedauere ich, Ihnen mitteilen zu müssen, dass ich an der Sitzung leider nicht teilnehmen kann: Meine Mutter wird in derselben Woche operiert, und ich habe zugesagt, sie in den ersten Tagen danach zu Hause zu versorgen.

Gern würde ich meine Überlegungen dennoch einbringen. Wäre es möglich, Ihnen bis Ende nächster Woche eine schriftliche Stellungnahme zukommen zu lassen, die in der Sitzung verlesen werden könnte?

Darüber hinaus wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mir im Anschluss das Protokoll der Sitzung zusenden könnten.

Mit freundlichen Grüßen

Samira Okonkwo-Hesse

Bewertungskriterien: Aufgabenerfüllung: alle vier Punkte bearbeitet, Anliegen klar; Register: formell und höflich (Sie-Form, passende Anrede und Grußformel); Kohärenz: logische Reihenfolge, angemessene Verknüpfungen; Wortschatz und Strukturen: präzise, weitgehend fehlerfrei; Umfang: ca. 120 Wörter

Sprechen – Teil 1 – Teil 1 – Kandidat/in A, Thema 1

Beispiel für den Einstieg: „In meinem Vortrag beschäftige ich mich mit der Frage, ob Komplementärmedizin eine sinnvolle Ergänzung zur Schulmedizin darstellt. Unter diesem Begriff fasst man sehr unterschiedliche Verfahren zusammen – von Akupunktur über pflanzliche Arzneimittel bis hin zur Homöopathie. In meinem Heimatland ist ... weit verbreitet, vor allem weil ... Ein Vorteil liegt sicherlich darin, dass sich Behandelnde oft mehr Zeit nehmen; problematisch wird es jedoch, wenn wirksame Therapien deshalb hinausgezögert werden. Ich persönlich bin der Ansicht, dass Kassen nur Verfahren bezahlen sollten, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist.“ Nützliche Redemittel: „In meinem Vortrag möchte ich auf ... eingehen.“ – „Zunächst möchte ich ... erläutern, anschließend ...“ – „In meinem Heimatland ist es üblich, dass ...“ – „Einerseits ..., andererseits ...“ – „Ein gewichtiges Argument dafür ist ...“ – „Abschließend lässt sich festhalten, dass ...“

Sprechen – Teil 1 – Teil 1 – Kandidat/in A, Thema 2



Beispiel: „Neue Medikamente gegen seltene Krankheiten kosten mitunter mehrere Hunderttausend Euro pro Patient. Das liegt unter anderem an hohen Entwicklungskosten und an der geringen Zahl der Behandelten. In meinem Heimatland entscheidet darüber ... Für eine Obergrenze spricht, dass die Mittel begrenzt sind; dagegen spricht, dass sich ein Menschenleben nicht in Geld aufwiegen lässt. Meiner Meinung nach sollte vor allem der nachgewiesene Nutzen für die Patienten den Ausschlag geben.“ Nützliche Redemittel: „In meinem Vortrag möchte ich auf ... eingehen.“ – „Zunächst möchte ich ... erläutern, anschließend ...“ – „In meinem Heimatland ist es üblich, dass ...“ – „Einerseits ..., andererseits ...“ – „Ein gewichtiges Argument dafür ist ...“ – „Abschließend lässt sich festhalten, dass ...“

Sprechen – Teil 1 – Teil 1 – Kandidat/in B, Thema 1

Beispiel: „Wer auf dem Land lebt, muss oft weite Wege und lange Wartezeiten in Kauf nehmen, bis er einen Termin bekommt. Besonders betroffen sind ältere Menschen ohne Auto. In meinem Heimatland ... Als Ursachen werden häufig die hohe Arbeitsbelastung in Einzelpraxen und die geringere Attraktivität ländlicher Regionen für junge Familien genannt. Ich halte Gemeinschaftspraxen mit geregelten Arbeitszeiten für eine vielversprechende Lösung, wobei sie allein das Problem sicher nicht beheben werden.“ Nützliche Redemittel: „In meinem Vortrag möchte ich auf ... eingehen.“ – „Zunächst möchte ich ... erläutern, anschließend ...“ – „In meinem Heimatland ist es üblich, dass ...“ – „Einerseits ..., andererseits ...“ – „Ein gewichtiges Argument dafür ist ...“ – „Abschließend lässt sich festhalten, dass ...“

Sprechen – Teil 1 – Teil 1 – Kandidat/in B, Thema 2



Beispiel: „Noch vor einigen Jahrzehnten galt der Arzt als unangefochtene Autorität. Heute kommen Patientinnen und Patienten oft gut informiert in die Praxis und erwarten, in Entscheidungen einbezogen zu werden. Hinzu kommen ein wachsender Dokumentationsaufwand und wirtschaftlicher Druck. In meinem Heimatland genießt der Beruf nach wie vor hohes Ansehen, allerdings ... Für mich zeichnet sich eine gute Ärztin vor allem dadurch aus, dass sie zuhören und Unsicherheit offen ansprechen kann.“
Nützliche Redemittel: „In meinem Vortrag möchte ich auf ... eingehen.“ – „Zunächst möchte ich ... erläutern, anschließend ...“ – „In meinem Heimatland ist es üblich, dass ...“ – „Einerseits ..., andererseits ...“ – „Ein gewichtiges Argument dafür ist ...“ – „Abschließend lässt sich festhalten, dass ...“

Sprechen – Teil 1 – Teil 1 – Fragen nach dem Vortrag

Fragen stellen: „Sie haben erwähnt, dass ... Könnten Sie das noch etwas genauer erläutern?“, „Wie sieht das in Ihrem Heimatland konkret aus?“

Antworten: „Das ist eine berechtigte Frage. Ich würde sagen ...“, „Da muss man unterscheiden: ...“, „Darauf bin ich im Vortrag nur kurz eingegangen – ausführlicher gesagt ...“

Sprechen – Teil 2 – Teil 2 – Diskussion

Redemittel: „Ich sehe das etwas anders, denn ...“ – „Da muss ich Ihnen widersprechen: ...“ – „Das ist ein berechtigter Einwand, allerdings ...“ – „Habe ich Sie richtig verstanden, dass ...?“ – „Lassen Sie uns festhalten, dass wir uns zumindest darin einig sind, dass ...“

Beispiel: A: „Für mich überwiegt das Argument der Wartelisten. Wenn die meisten Menschen ohnehin spenden würden, warum sollen wir es ihnen so schwer machen?“ – B: „Das verstehe ich, aber Schweigen ist eben keine Zustimmung. Gerade bei einer so persönlichen Entscheidung sollte niemand übergangen werden.“ – A: „Und wenn man bei jeder Ausweisverlängerung verpflichtend gefragt würde?“ – B: „Das wäre für mich ein guter Kompromiss: Jeder muss sich mit der Frage beschäftigen, aber die Entscheidung bleibt bei ihm.“



Transkripte

Hören – Teil 1

Text h1

Lena: Herzlich willkommen zu einer neuen Folge von „Lesezeichen Gesundheit“, dem Podcast, in dem wir jeden Monat neue Sachbücher rund um die Medizin vorstellen. Ich bin Lena ...

Jonas: ... und ich bin Jonas. Heute haben wir drei Bücher mitgebracht, die – jedes auf seine Weise – um eine Frage kreisen: Was dürfen und was sollen wir in der Medizin eigentlich tun?

Lena: Fangen wir an mit „Zwischen den Monitoren“ von Karin Öztürk-Lang. Die Autorin hat fast zwanzig Jahre als Pflegekraft auf einer Intensivstation gearbeitet, und das merkt man wirklich auf jeder Seite. Sie erzählt von Patientinnen und Patienten, bei denen das Team entscheiden musste, ob eine Behandlung weitergeführt oder bewusst beendet wird – und zwar aus der Perspektive derjenigen, die nachts am Bett stehen.

Jonas: Und das geht, ehrlich gesagt, ganz schön an die Substanz. Ich musste das Buch ein paarmal zur Seite legen, weil mich einzelne Schicksale wirklich mitgenommen haben.

Lena: Ging mir ähnlich. Aber gerade das macht für mich die Stärke aus. Sie beschönigt nichts, und trotzdem ist es kein hoffnungsloses Buch. Ich fand es großartig.

Jonas: Hm, da bin ich nicht ganz bei dir. Mir war es auf Dauer zu gleichförmig: Kapitel für Kapitel dasselbe Muster – ein Fall, ein Dilemma, eine Entscheidung. Ab der Hälfte hatte ich das Gefühl, das kenne ich jetzt schon.

Lena: Okay, da sind wir uns heute mal nicht einig – das darf ja auch sein.

Jonas: Buch Nummer zwei: „Fieberkurven“ von Bernhard Ostermann, einem Medizinhistoriker aus Leipzig. Er erzählt die Geschichte der klinischen Versuche – von den ersten Experimenten mit Impfstoffen bis zu den streng regulierten Studien von heute. Und die dunklen Kapitel spart er dabei nicht aus.

Lena: Was mir besonders gefallen hat: Ostermann sitzt nicht über die Ärzte früherer Jahrhunderte zu Gericht. Er versucht vielmehr zu verstehen, warum sie so gehandelt haben – aus dem Wissen und den Wertvorstellungen ihrer Zeit heraus. Das ist ein sehr fairer Ansatz.

Jonas: Absolut. Allerdings – und das muss man sagen – ist es kein Buch, das man mal eben so wegliest. Ostermann springt ständig zwischen den



Epochen hin und her: Gerade ist man noch im 18. Jahrhundert, im nächsten Absatz in den 1960er-Jahren. Da habe ich zwischendurch echt den Faden verloren.

Lena: Ja, eine Zeittafel im Anhang hätte nicht geschadet. Trotzdem: Wer sich für Geschichte interessiert, kommt hier voll auf seine Kosten. Da waren wir uns ja auch einig – ein wichtiges Buch.

Jonas: Auf jeden Fall.

Lena: Und schließlich „Die Vermessung der Gesundheit“ von der Wissenschaftsjournalistin Dana Kowalczyk. Hier geht es um Früherkennung und Vorsorge, und die zentrale These klingt erst mal provokant: Mehr Untersuchungen bedeuten nicht automatisch mehr Gesundheit.

Jonas: Sie zeigt das am Beispiel von Überdiagnosen – also Befunden, die zwar korrekt sind, aber nie Beschwerden verursacht hätten und die trotzdem behandelt werden, mit allen Nebenwirkungen, die das mit sich bringt.

Lena: Und das Schöne ist: Man braucht keinerlei Vorwissen in Statistik. Sie erklärt Begriffe wie „falsch positiv“ mit Beispielen aus dem Alltag – etwa mit einem Rauchmelder, der eben auch losgeht, wenn man nur Toast macht.

Jonas: Genau. Und ihr Ton ist angenehm unaufgeregt. Sie sagt ja nicht, Vorsorge sei grundsätzlich schlecht, sondern plädiert dafür, sich vorher gut zu informieren. Von mir gibt es da eine klare Empfehlung.

Lena: Von mir auch. Das war's für heute – alle drei Bücher findet ihr wie immer in den Shownotes. Bis zum nächsten Mal!

Hören - Teil 2

Text h2 (österreichisch)

Moderator: Grüß Gott und herzlich willkommen bei „Wissen am Mittag“. Wenn im Spital schwierige Entscheidungen anstehen – etwa, ob eine Therapie fortgesetzt werden soll –, dann gibt es an vielen Häusern inzwischen eine Anlaufstelle dafür: die klinische Ethikberatung. Bei mir im Studio ist Dr. Miriam Sandoval-Brandt. Sie leitet die Ethikberatung an einem großen Wiener Krankenhaus. Frau Doktor, schön, dass Sie da sind.

Dr. Sandoval-Brandt: Danke für die Einladung.

Moderator: Ethikberaterin – das ist ja kein Beruf, den man als Kind auf dem Wunschzettel stehen hat. Wie sind Sie dazu gekommen?

Dr. Sandoval-Brandt: Nein, sicher nicht. Ich habe ursprünglich Medizin studiert und dann ungefähr acht Jahre als Internistin gearbeitet, zuletzt auf einer Station mit vielen schwerkranken, oft sehr alten Menschen. Da bin ich



immer wieder an einen Punkt gekommen, an dem ich gemerkt habe: Medizinisch weiß ich, was möglich ist – aber ob es auch das Richtige ist, darauf hatte ich keine Antwort. Also habe ich berufsbegleitend Philosophie studiert, und irgendwann ist aus der Nebensache die Hauptsache geworden.

Moderator: Was genau passiert denn bei einer Ethikberatung?

Dr. Sandoval-Brandt: Wir werden gerufen, wenn es in der Behandlung eine Situation gibt, in der die Beteiligten nicht weiterwissen oder sich nicht einig sind. Ein typisches Beispiel: Ein Patient kann sich selbst nicht mehr äußern, und die Familie und das Behandlungsteam haben unterschiedliche Vorstellungen davon, was er gewollt hätte. Dann organisieren wir eine sogenannte Fallbesprechung, an der alle Beteiligten teilnehmen – Ärztinnen und Ärzte, die Pflege, die Angehörigen, manchmal auch die Seelsorge.

Moderator: Und am Ende sagen Sie dann, was gemacht wird?

Dr. Sandoval-Brandt: Nein – und das ist mir ganz wichtig. Wir sind beratend tätig. Wir helfen, die Argumente zu sortieren, die Wertvorstellungen des Patienten herauszuarbeiten, und am Ende steht eine Empfehlung. Die Entscheidung selbst bleibt beim Behandlungsteam und natürlich, soweit das möglich ist, beim Patienten oder seiner gesetzlichen Vertretung.

Moderator: Wer kann Sie denn rufen? Nur die Ärzte?

Dr. Sandoval-Brandt: Nein, das kann wirklich jeder, der an der Behandlung beteiligt oder von ihr betroffen ist. Auch Angehörige können sich direkt bei uns melden, da braucht es keinen Umweg über die Station.

Interessanterweise kommen aber die meisten Anfragen aus der Pflege.

Moderator: Woran liegt das, Ihrer Meinung nach?

Dr. Sandoval-Brandt: Ich glaube, weil Pflegekräfte die Patienten rund um die Uhr erleben. Sie sind oft die Ersten, die merken: Da stimmt etwas nicht, der Patient leidet, oder er hat etwas gesagt, was in der Visite gar nicht vorkommt. Gleichzeitig haben sie am wenigsten Entscheidungsbefugnis. Und das erzeugt das, was wir moralischen Stress nennen.

Moderator: Man hört oft, eine Ethikberatung werde vor allem dann angefordert, wenn man eine Behandlung abbrechen will. Stimmt das?

Dr. Sandoval-Brandt: Das ist ein weit verbreitetes Missverständnis. Natürlich geht es manchmal um die Frage, ob man eine Therapie begrenzt. Aber mindestens genauso häufig haben wir die umgekehrte Situation: Das Team hält eine Behandlung noch für sinnvoll, und die Familie möchte, dass man aufhört. Oder es geht um ganz andere Fragen – etwa, ob man jemanden gegen seinen Willen in ein Pflegeheim entlassen darf.

Moderator: Kommen wir zur Patientenverfügung. Viele Menschen glauben ja: Wenn ich eine habe, ist alles geregelt.



Dr. Sandoval-Brandt: Hm, schön wär's. Das Problem ist, dass viele Verfügungen sehr allgemein formuliert sind. Da steht dann „Ich möchte keine Apparatedizin“ oder „keine lebensverlängernden Maßnahmen“. Aber was heißt das konkret? Eine Dialyse über ein paar Wochen nach einer Operation? Eine künstliche Ernährung? In der akuten Situation helfen solche Formulierungen leider oft wenig.

Moderator: Was raten Sie also?

Dr. Sandoval-Brandt: Darüber sprechen – mit der Hausärztin oder dem Hausarzt, und zwar nicht nur einmal. Und vor allem mit den Menschen, die im Ernstfall für einen sprechen sollen. Die wichtigste Frage ist nämlich nicht: Welche Maschine will ich nicht? Sondern: Was ist mir im Leben wichtig, und unter welchen Umständen wäre ein Weiterleben für mich nicht mehr annehmbar? Wenn die Angehörigen das wissen, können sie im Ernstfall viel sicherer handeln.

Moderator: Ist das nicht trotzdem eine enorme Last für die Angehörigen?

Dr. Sandoval-Brandt: Doch, absolut. Ich erlebe oft, dass Angehörige das Gefühl haben, sie müssten über Leben und Tod entscheiden. Da versuchen wir zu entlasten, indem wir sagen: Es geht nicht darum, was Sie wollen, sondern Sie helfen uns herauszufinden, was Ihr Vater oder Ihre Mutter gewollt hätte. Das ist ein großer Unterschied – auch emotional.

Moderator: Zum Schluss: Was wünschen Sie sich für Ihre Arbeit?

Dr. Sandoval-Brandt: Mehr Zeit. Die Ethikberatung wird bei uns zum großen Teil von Kolleginnen und Kollegen gemacht, die das nach einer entsprechenden Fortbildung zusätzlich zu ihrer eigentlichen Arbeit übernehmen. Das funktioniert, aber oft nur dank sehr viel Idealismus. Und ich würde mir wünschen, dass ethische Fragen auf den Stationen viel früher besprochen werden – nicht erst dann, wenn eine Situation schon eskaliert ist.

Moderator: Frau Dr. Sandoval-Brandt, vielen Dank für das Gespräch.

Hören – Teil 3

Text h3a

Moderatorin: Guten Abend und willkommen zu „Streitpunkt“. Wer raucht, sich kaum bewegt oder regelmäßig zu viel Alkohol trinkt, verursacht im Durchschnitt höhere Kosten im Gesundheitssystem. Sollten solche Versicherten deshalb auch mehr bezahlen? Darüber diskutiere ich heute mit dem Gesundheitsökonom Dr. Lukas Brenner, mit der Sozialmedizinerin Prof. Aylin Demir und mit Konstantin Weber vom Bundesverband chronisch



kranker Menschen. Herr Brenner, Sie haben vorgeschlagen, die Beiträge stärker an das Verhalten der Versicherten zu koppeln. Warum?

Herr Brenner: Na ja, „koppeln“ ist vielleicht ein großes Wort. Mir geht es um Folgendes: Unser System beruht auf Solidarität, und das ist auch gut so. Aber Solidarität hat eben zwei Seiten. Zu ihr gehört auch die Verantwortung des Einzelnen, die Gemeinschaft nicht unnötig zu belasten. Wenn jemand bewusst Risiken eingeht, die er ohne großen Aufwand vermeiden könnte, dann finde ich es nicht unfair, dass er einen Teil der Folgekosten mitträgt. Es geht mir da gar nicht ums Bestrafen, sondern um ein Signal.

Moderatorin: Frau Demir, Sie schütteln den Kopf.

Frau Demir: Ja, weil das Wörtchen „bewusst“ in diesem Argument sehr viel Arbeit leistet. Wir wissen aus der Forschung ziemlich genau, dass Rauchen, starkes Übergewicht und Bewegungsmangel eng mit Einkommen, Bildung und Arbeitsbedingungen zusammenhängen. Wer im Schichtdienst arbeitet, vielleicht zwei Jobs hat und in einem Viertel ohne Grünflächen wohnt, entscheidet nicht so frei über seinen Lebensstil wie jemand mit Bürojob und Fitnessstudio um die Ecke. Ein Aufschlag würde also ausgerechnet die treffen, die ohnehin am stärksten belastet sind.

Text h3b

Moderatorin: Herr Weber, Sie vertreten Menschen mit chronischen Erkrankungen. Wie kommt diese Debatte bei Ihren Mitgliedern an?

Herr Weber: Ehrlich gesagt mit großer Sorge. Viele unserer Mitglieder kennen den Satz „Selbst schuld“ nur zu gut. Wer Typ-2-Diabetes hat, bekommt oft zu hören, er hätte halt weniger essen sollen – dabei spielen Veranlagung, Medikamente oder psychische Belastungen eine riesige Rolle. Ich befürchte, dass solche Aufschläge dieses Vorurteil quasi amtlich machen würden. Und dann stellt sich ja auch die Frage: Wo hört man auf? Ist Skifahren ein Risiko? Motorradfahren? Ein stressiger Job?

Herr Brenner: Das Abgrenzungsproblem sehe ich durchaus, da haben Sie völlig recht. Deshalb halte ich, offen gesagt, auch wenig von Strafbzuschlägen im engeren Sinn. Was ich mir aber gut vorstellen kann, sind Bonusmodelle: Wer an einem Präventionsprogramm teilnimmt, mit dem Rauchen aufhört oder regelmäßig zur Vorsorge geht, bekommt einen Teil seines Beitrags zurück. Das ist positiv formuliert, und niemand wird ausgeschlossen.

Text h3c

Moderatorin: Frau Demir, solche Bonusprogramme gibt es ja bereits. Wie wirksam sind sie denn?



Frau Demir: Die Ergebnisse sind, vorsichtig formuliert, ernüchternd. Das Hauptproblem ist, dass vor allem Menschen mitmachen, die ohnehin gesund leben. Die joggen sowieso, gehen sowieso zur Vorsorge – und bekommen jetzt zusätzlich Geld dafür. Das nennt man Mitnahmeeffekt. Die Gruppen, die man eigentlich erreichen möchte, erreicht man damit kaum. Im Grunde verteilt man so eher von unten nach oben um.

Herr Brenner: Moment, das würde ich so nicht stehen lassen. Dass die bisherigen Programme nicht gut gemacht sind, heißt doch nicht, dass die Idee falsch ist. Man könnte gezielter vorgehen, zum Beispiel über die Betriebe.

Herr Weber: Und wer überprüft das dann? Muss ich in Zukunft nachweisen, dass ich mich genug bewege, dass ich richtig esse? Das läuft doch auf eine Kontrolle des Alltags hinaus, die ich in einem Gesundheitssystem nicht haben möchte.

Herr Brenner: Freiwilligkeit wäre da selbstverständlich die Voraussetzung.

Text h3d

Moderatorin: Zum Schluss die Frage an alle: Wenn nicht über die Beiträge – wie bringt man Menschen dann dazu, gesünder zu leben? Frau Demir?

Frau Demir: Indem man nicht nur auf den Einzelnen schaut, sondern auf die Verhältnisse, in denen er lebt. Gesundes Essen in Schulkantinen, sichere Radwege, Arbeitszeiten, die Bewegung überhaupt zulassen, eine Abgabe auf stark gezuckerte Getränke – das erreicht alle, und niemand muss irgendetwas nachweisen.

Herr Brenner: Da sind wir gar nicht so weit auseinander, wie es vielleicht vorhin geklungen hat. Ich würde nur sagen: Das eine schließt das andere nicht aus.

Herr Weber: Mir ist wichtig, dass wir nicht vergessen, wofür eine Krankenversicherung eigentlich da ist: Sie soll Menschen absichern, wenn sie krank werden – ganz gleich, warum. Wenn wir anfangen, nach Schuld zu fragen, verliert das System seinen Kern.

Moderatorin: Ein deutliches Schlusswort. Ich danke Ihnen allen für die Diskussion.

Hören – Teil 4

Text h4

Prof. Lindemann: Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Studierende, in der heutigen Sitzung unserer Ringvorlesung „Medizin und Ethik“ möchte ich mit Ihnen einen Begriff genauer betrachten, der uns allen



selbstverständlich erscheint: die informierte Einwilligung. Heute unterschreibt jede Patientin vor einer Operation einen Aufklärungsbogen. Dass das nicht immer so war, ist bekannt. Weniger bekannt ist, wie jung diese Selbstverständlichkeit eigentlich ist – und wie umstritten sie in mancher Hinsicht bis heute bleibt.

Prof. Lindemann: Ich gliedere den Vortrag in drei Teile: zunächst ein Blick zurück, dann die Frage, was aus dem Prinzip in der Praxis geworden ist, und schließlich einige Überlegungen dazu, wohin die Entwicklung gehen könnte.

Prof. Lindemann: Über weite Strecken der Medizingeschichte galt ein Leitbild, das wir heute als Paternalismus bezeichnen: Der Arzt – und es waren fast ausnahmslos Männer – entschied im wohlverstandenen Interesse des Kranken, was zu tun sei, ähnlich wie ein Vater für seine Kinder. Den Patienten zu informieren, galt dabei nicht als Pflicht, sondern eher als Risiko. Man befürchtete nämlich, schlechte Nachrichten könnten den Lebensmut und damit die Heilung beeinträchtigen. Noch bis in die Siebzigerjahre hinein war es in vielen Ländern üblich, Patientinnen und Patienten eine Krebsdiagnose zu verschweigen und stattdessen nur die Angehörigen einzuweihen.

Prof. Lindemann: Erste Risse bekam dieses Bild übrigens nicht in der Medizin selbst, sondern in der Rechtsprechung. Bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts entschied das Reichsgericht in einem viel beachteten Urteil, dass auch ein medizinisch gebotener Eingriff, der gegen den erklärten Willen vorgenommen wird, als Körperverletzung gelten kann. Damit war erstmals festgehalten, dass ärztliches Handeln nicht schon durch gute Absichten gerechtfertigt ist, sondern erst durch die Zustimmung der Betroffenen.

Prof. Lindemann: Den tiefsten Einschnitt markierten jedoch die Verbrechen, die Ärzte während des Nationalsozialismus an Gefangenen in Konzentrationslagern begangen haben. Im Zusammenhang mit dem Nürnberger Ärzteprozess wurden 1947 Grundsätze formuliert, deren erster besagt, dass die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson unbedingt erforderlich ist. Bemerkenswert ist allerdings – und darauf möchte ich ausdrücklich hinweisen –, dass diese Grundsätze zunächst ausschließlich für die Forschung galten. Im klinischen Alltag, also bei der Behandlung, blieb das paternalistische Modell noch jahrzehntelang bestimmend. Erst mit den Bürgerrechts- und Patientenbewegungen der Sechziger- und Siebzigerjahre setzte sich die Überzeugung durch, dass Selbstbestimmung auch für Kranke gilt.



Prof. Lindemann: Damit komme ich zum zweiten Teil: Was ist aus dem Prinzip in der Praxis geworden? Formal ist die Lage eindeutig. Ohne wirksame Einwilligung keine Behandlung – und wirksam ist sie nur, wenn ihr eine verständliche Aufklärung vorausgegangen ist. Die Wirklichkeit sieht allerdings oft anders aus. Studien zeigen immer wieder, dass Patientinnen und Patienten wenige Tage nach einem Aufklärungsgespräch nur noch einen Bruchteil der Informationen wiedergeben können. Aufklärungsbögen umfassen nicht selten mehrere eng bedruckte Seiten, deren Hauptzweck – seien wir ehrlich – häufig weniger das Verständnis des Patienten ist als die rechtliche Absicherung der Klinik. Man könnte zugespitzt sagen: Wir haben die Unterschrift perfektioniert, aber nicht das Verstehen.

Prof. Lindemann: Dabei gibt es durchaus einfache Mittel, das zu ändern. Eines davon ist die sogenannte Teach-back-Methode: Die Ärztin bittet den Patienten am Ende des Gesprächs, in eigenen Worten wiederzugeben, was er verstanden hat. Das klingt banal, deckt aber erstaunlich zuverlässig Missverständnisse auf. Und – das ist entscheidend – es ist nicht als Prüfung des Patienten gedacht, sondern als Prüfung der eigenen Erklärung: Ist das, was ich gesagt habe, überhaupt verständlich angekommen?

Prof. Lindemann: Im dritten Teil möchte ich auf eine Entwicklung eingehen, die gewissermaßen als Korrektur der Korrektur entstanden ist. Mit dem Siegeszug der Autonomie hat sich nämlich mancherorts ein Missverständnis eingeschlichen: die Vorstellung, Respekt vor der Selbstbestimmung bedeute, dem Patienten eine Liste von Optionen vorzulegen und ihn dann mit der Wahl allein zu lassen – nach dem Motto: Sie haben jetzt alle Informationen, entscheiden Sie. Viele Menschen erleben das nicht als Freiheit, sondern als Überforderung.

Prof. Lindemann: Das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung versucht, hier einen Mittelweg zu gehen. Ärztin und Patient bringen jeweils ihr eigenes Wissen ein: die eine das medizinische Fachwissen, der andere das Wissen über sein Leben, seine Werte, seine Prioritäten. Die Entscheidung entsteht dann im gemeinsamen Gespräch.

Prof. Lindemann: Lassen Sie mich mit einer These schließen, über die wir im Anschluss gern diskutieren können: Autonomie ist kein Zustand, den man einem Patienten mit einem Formular bescheinigt, sondern etwas, das in einer Beziehung erst ermöglicht werden muss. Insofern ist die Geschichte der informierten Einwilligung noch lange nicht zu Ende erzählt. Vielen Dank.



Antwortbogen

Name: _____ Datum: _____

Lesen – Teil 1

	a	b	c	d
1	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐

Lesen – Teil 2

	a	b	c
9	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐

Lesen – Teil 3

	Lösung
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	

Lesen – Teil 4

	Lösung
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	

Hören – Teil 1

	Lösung
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Hören – Teil 2

	a	b	c
7	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐



Hören – Teil 3

	a	b	c
16	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐
22	☐	☐	☐
23	☐	☐	☐

Hören – Teil 4

	a	b	c
24	☐	☐	☐
25	☐	☐	☐
26	☐	☐	☐
27	☐	☐	☐
28	☐	☐	☐
29	☐	☐	☐
30	☐	☐	☐

