

(1. Umschlagseite)

Weltärztebund / World Medical Association, WMA

Handbuch der ärztlichen Ethik

(2. Umschlagseite)

Medizinstudent mit Neugeborenem
© Roger Ball/CORBIS

(1. Vorsatzseite)

Weltärztebund / World Medical Association, WMA

Handbuch der ärztlichen Ethik

(2. Vorsatzseite)

© 2005 by The World Medical Association, Inc.

All rights reserved. Sie dürfen bis zu 10 Exemplare dieser Veröffentlichung für ihren nicht gewerblichen, persönlichen Gebrauch kopieren, soweit auf die Originalquelle hingewiesen wird. Für jede weitere Vervielfältigung, Speicherung in einem Information Retrieval System oder Übermittlung in welcher Form und mit welchen Mitteln auch immer benötigen Sie eine vorherige schriftliche Genehmigung. Ersuchen um eine solche Genehmigung sind an folgende Anschrift zu richten: The World Medical Association, B.P. 63, F-01212 Ferney-Voltaire Cedex, Frankreich; E-Mail: wma@wma.net; Fax: +33-450-405937.

Das vorliegende Handbuch ist eine Veröffentlichung der Ethikabteilung (*Ethics Unit*) des Weltärztebundes (WMA). Es wurde von John R. Williams, dem Director of Ethics des Weltärztebundes, verfasst. Sein Inhalt entspricht nicht notwendigerweise der Politik des WMA, soweit dies nicht eindeutig und ausdrücklich angegeben ist.

Umschlag, Layout und Konzept von Tuuli Sauren, Inspirit International Advertising, Belgien.

Produktion und Konzept: World Health Communication Associates, Großbritannien.

Fotos von Van Parys Media/CORBIS

Cataloguing-in-Publication Data

Williams, John R. (John Reynold), 1942-.

Medical ethics manual.

1. Bioethics 2. Physician-Patient Relations – ethics
3. Physician's Role. 4. Biomedical research – ethics
5. Interprofessional Relations 6. Education, Medical – ethics
7. Case reports 8. Manuals I. Title

ISBN 92-990028-0-0

(NLM-Klassifikation: W 50)

INHALT

Danksagungen.....

Vorwort.....

Einführung.....

- Was ist ärztliche Ethik?
- Weshalb sollte man ärztliche Ethik studieren?
- Medizinische Ethik, ärztliche Professionalität, Menschenrechte und Recht
- Schlussfolgerung

Kapitel 1 – Hauptmerkmale der ärztlichen Ethik

- Zielsetzungen
- Was ist das Besondere an der Medizin?
- Was ist das Besondere an der ärztlichen Ethik?
- Wer entscheidet, was ethisch vertretbar ist?
- Ändert sich die ärztliche Ethik?
- Ist die ärztliche Ethik von Land zu Land verschieden?
- Die Rolle des Weltärztebundes
- Wie entscheidet der Weltärztebund darüber, was ethisch vertretbar ist?
- Wie entscheidet der Einzelne darüber, was ethisch vertretbar ist?
- Schlussfolgerung

Kapitel 2 – Ärzte und Patienten.....

- Zielsetzungen
- Fallstudie
- Was ist das Besondere an der Arzt-Patienten-Beziehung?
- Achtung und Gleichbehandlung
- Kommunikation und Einwilligung
- Entscheidungen anstelle nicht geschäftsfähiger Patienten
- Vertraulichkeit
- Fragen zum Anfang des Lebens
- Fragen zum Ende des Lebens

Kapitel 3 – Ärzte und die Gesellschaft

- Zielsetzungen
- Fallstudie
- Was ist das Besondere an der Beziehung zwischen Arzt und Gesellschaft?

- Loyalitätskonflikt
- Mittelzuweisung
- Öffentliche Gesundheit
- Gesundheit weltweit
- Zurück zur Fallstudie

Kapitel 4 – Ärzte und ihre Kollegen

- Zielsetzungen
- Fallstudie
- Infragestellung der ärztlichen Autorität
- Beziehungen zu Fachkollegen, Lehrenden und Studierenden
- Meldung unsicherer oder unethischer Praktiken
- Beziehungen zu anderen Heilberuflern
- Zusammenarbeit
- Konfliktlösung
- Zurück zur Fallstudie

Kapitel 5 – Ethik und medizinische Forschung

- Zielsetzungen
- Fallstudie
- Die Bedeutung der medizinischen Forschung
- Forschung in der medizinischen Praxis
- Ethische Anforderungen
 - Genehmigung durch eine Ethikkommission
 - Wissenschaftlicher Wert
 - Bedeutung für die Gesellschaft
 - Nutzen und Risiken
 - Einwilligung nach Aufklärung (*Informed Consent*)
 - Vertraulichkeit
 - Rollenkonflikte
 - Ehrliche Mitteilung der Ergebnisse
 - „Whistle-blowing“
 - Ungeklärte Fragen
- Zurück zur Fallstudie

Kapitel 6 – Schlussfolgerung

- Aufgaben und Vorrechte von Ärzten
- Eigenverantwortung
- Die Zukunft der ärztliche Ethik

Anhang A – Glossar

(im Text *kursiv* gedruckte Begriffe).....

Anhang B – Ressourcen zur ärztlichen Ethik im Internet.....**Anhang C – Weltärztebund:**

Entschließung zur Aufnahme der ärztlichen Ethik und der Menschenrechte
in die Lehrpläne medizinischer Fakultäten weltweit sowie

World Federation for Medical Education (WFME):

Weltweite Standards für Qualitätsverbesserung – ärztliche Grundausbildung.....

Anhang D – Ausbau des Ethikunterrichts an medizinischen Fakultäten.....**Anhang E – Weitere Fallstudien.....**

DANKSAGUNGEN

Die Ethikabteilung (Ethics Unit) des WMA fühlt sich folgenden Personen, die frühere Entwürfe dieses Handbuchs eingehend und wohlüberlegt kommentiert haben, zu größtem Dank verpflichtet:

Prof. Solly Benatar, Universität Kapstadt, Südafrika

Prof. Kenneth Boyd, Universität Edinburgh, Schottland

Dr. Annette J. Braunack-Mayer, Universität Adelaide, Australien

Dr. Robert Carlson, Universität Edinburgh, Schottland

Herr Sev Fluss, WMA und CIOMS, Genf, Schweiz

Prof. Eugenijus Gefenas, Universität Wilna, Litauen

Dr. Delon Human, WMA, Ferney-Voltaire, Frankreich

Dr. Girish Bobby Kapur, George Washington University, Washington, DC, USA

Prof. Nuala Kenny, Dalhousie University, Halifax, Kanada

Prof. Cheryl Cox Macpherson, St. George's University, Grenada

Frau Mareike Möller, Medizinische Hochschule Hannover, Deutschland

Prof. Ferenc Oberfrank, Ungarische Akademie der Wissenschaften, Budapest, Ungarn

Herr Atif Rahman, Khyber Medical College, Peschawar, Pakistan

Herr Mohammed Swailem, Medizinische Fakultät Banha, Banha, Ägypten und zehn seiner Kommilitonen, die Vokabular ermittelten, das Personen mit nicht englischer Muttersprache nicht vertraut war.

Die Ethikabteilung des WMA wird zum Teil durch ohne besondere Auflagen gewährte Forschungsmittel (unrestricted educational grant) der Fa. Johnson & Johnson gefördert.

VORWORT

Dr. Delon Human
Generalsekretär
des Weltärztebundes

Es scheint kaum vorstellbar, dass die Begründer der ärztlichen Ethik, wie z.B. Hippokrates, ihre Werke schon vor mehr als 2000 Jahren veröffentlichten, die Ärzteschaft jedoch auch heute noch nicht über ein grundlegendes, weltweit verwendetes Curriculum für die Unterrichtung in ärztlicher Ethik verfügt. Dieses erste Ethikhandbuch des Weltärztebundes will diese Lücke schließen. Welch eine Ehre, es Ihnen vorstellen zu dürfen!

Das Handbuch geht auf die 51. Generalversammlung der Weltärztebund im Jahre 1999 zurück. Die dort versammelten Ärzte beschlossen als Vertreter von Ärzteorganisationen aus der ganzen Welt, „den medizinischen Fakultäten überall auf der Welt dringend nahe zu legen, die Unterrichtung der ärztlichen Ethik und der Menschenrechte als Pflichtfach in ihre Curricula aufzunehmen“. Entsprechend diesem Beschluss wurde ein Prozess eingeleitet, um für alle Medizinstudenten und Ärzte ein grundlegendes Lehrmittel zur ärztlichen Ethik auszuarbeiten, das auf der Politik des Weltärztebundes aufbaut, selbst aber kein Grundsatzdokument darstellt. Das vorliegende Handbuch ist somit das Ergebnis eines umfassenden weltweiten Erstellungs- und Beratungsprozesses, der von der Ethikabteilung des Weltärztebundes gelenkt und koordiniert wurde.

Das moderne Gesundheitswesen bringt überaus komplexe und vielschichtige ethische Problemstellungen mit sich. Nur allzu oft ist der Arzt nicht auf den sachkundigen Umgang mit ihnen vorbereitet. Die vorliegende Schrift ist eigens so aufgebaut, dass das ethische Denken und die Praxis des Arztes gestärkt und gefestigt werden, damit sich für diese Probleme ethische Lösungen finden lassen. Es handelt sich nicht um eine Liste „richtiger und falscher Handlungsweisen“, sondern um das Bemühen, das Gewissen des Arztes zu schärfen, da dies die Grundlage jeder vernünftigen, ethisch vertretbaren Entscheidungsfindung ist. Sie finden deshalb in dem Buch mehrere Fallstudien, die sowohl die ethischen Überlegungen des Einzelnen voranbringen als auch die Diskussion im Team fördern sollen.

Als Ärzte wissen wir, welches Privileg es bedeutet, in einer Arzt-Patienten-Beziehung zu stehen, einer einzigartigen Beziehung, die den Austausch wissenschaftlicher Erkenntnisse und eine Betreuung auf der Grundlage der Ethik und des Vertrauens ermöglicht. Das Handbuch ist so aufgebaut, dass es sich mit den Themen beschäftigt, die mit den verschiedenen Beziehungen zusammenhängen, in denen Ärzte stehen, doch die Arzt-Patienten-Beziehung bildet stets den Mittelpunkt. In letzter Zeit ist diese Beziehung wegen Mittelknappheit und anderer Faktoren unter Druck geraten, und das vorliegende Handbuch macht die Notwendigkeit deutlich, diese Bindung durch eine ethische Praxis zu festigen.

Schließlich noch ein Wort zur zentralen Stellung des Patienten bei jeder Diskussion über ärztliche Ethik. Die meisten Ärzteorganisationen erkennen in ihren grundlegenden Stellungnahmen an, dass bei jeder Therapieentscheidung zuerst die wohlverstandenen Interessen des einzelnen Patienten zu bedenken sind. Dieses Ethikhandbuch des Weltärztebundes wird sein Ziel nur erreichen, wenn es

dazu beiträgt, Medizinstudenten und Ärzte auf einen besseren Umgang mit den zahlreichen ethischen Herausforderungen vorzubereiten, denen wir uns in der Alltagspraxis gegenübersehen und effektive Wege zu finden, **DEM PATIENTEN DEN VORRANG ZU GEBEN.**

EINFÜHRUNG

WAS IST ÄRZTLICHE ETHIK?

Betrachten Sie folgende medizinischen Fälle, die sich in fast jedem Land zugetragen haben könnten:

1. Dr. P., ein erfahrener und geschickter Chirurg, will gerade seine Nachtschicht in einem mittelgroßen kommunalen Krankenhaus beenden. Eine junge Frau wird von ihrer Mutter in das Krankenhaus gebracht, die sofort danach wieder geht, nachdem sie der Schwester in der Aufnahme erklärt hat, sie müsse sich um ihre anderen Kinder kümmern. Die Patientin hat eine Vaginalblutung und leidet große Schmerzen. Dr. P. untersucht sie und kommt zu dem Schluss, dass sie entweder eine Fehlgeburt oder eine selbst herbeigeführte Abtreibung gehabt hat. Er nimmt eine kurze Dilatation und Kürettage vor und sagt der Schwester, sie solle die Patientin fragen, ob sie sich einen Krankenhausaufenthalt bis zu ihrer sicheren Entlassung leisten könne. Dr. Q. löst Dr. P. ab, der nach Hause geht, ohne mit der Patientin gesprochen zu haben.
2. Dr. S. ist zunehmend verärgert über Patienten, die vor oder nach einem Termin bei einem anderen Heilberufler wegen derselben Erkrankung zu ihr kommen. Sie sieht darin eine Vergeudung der Mittel des Gesundheitswesens sowie eine für die Gesundheit der Patienten kontraproduktive Vorgehensweise. Sie beschließt, diesen Patienten mitzuteilen, dass sie sie nicht mehr behandeln wird, wenn sie wegen derselben Erkrankung andere Ärzte aufsuchen. Sie gedenkt, sich an ihre Ärztekammer zu wenden, um staatliche Stellen dazu zu bewegen, diese Form der Mittelfehlleitung im Gesundheitswesen zu verhindern.
3. Dr. C., ein neu eingestellter *Anästhesist*^{*} in einem Stadtkrankenhaus, ist über das Verhalten des leitenden Chirurgen im Operationssaal alarmiert. Der Chirurg verwendet überholte Techniken, die Operationen verlängern und danach zu größeren Schmerzen und einer längeren Genesungszeit führen. Darüber hinaus macht der Chirurg über die Patientin häufig grobe Scherze, die den anwesenden Schwestern und Pflegern offensichtlich unangenehm sind. Als jüngeres Teammitglied zögert Dr. C., den Chirurgen persönlich zu kritisieren oder ihn höheren Stellen zu melden. Er hat jedoch den Eindruck, dass er etwas tun muss, um die Lage zu verbessern.
4. Dr. R. praktiziert als Allgemeinmedizinerin in einer kleinen Landgemeinde und wird von einem Auftragsforschungsinstitut (CRO) darauf angesprochen, ob sie sich nicht an einer klinischen Studie über ein neues nichtsteroidales Antirheumatikum gegen Osteoarthritis beteiligen wolle. Für jeden Patienten, den sie für die Studie rekrutiert, wird ihr ein Geldbetrag angeboten. Der Vertreter des CRO versichert ihr, für die Studie lägen alle erforderlichen Genehmigungen vor, unter anderem auch die einer Ethikkommission. Dr. R. hat noch nie an einer Studie teilgenommen und freut sich über diese Gelegenheit – und insbesondere über das finanzielle Zubrot. Sie willigt ein, ohne sich weiter nach den wissenschaftlichen oder ethischen Aspekten der Studie erkundigt zu haben.

^{*} *Kursiv* geschriebene Wörter werden im Glossar (Anhang A) definiert.

Jede dieser Fallstudien gibt Anlass zu ethischen Überlegungen. Sie werfen Fragen nach dem **Verhalten** und der **Entscheidungsfindung** des Arztes auf – keine wissenschaftlichen oder fachlichen Fragen, z.B. zur Therapie des Diabetes oder der Vornahme einer doppelten Bypass-Operation –, sondern Fragen nach *Werten*, Rechten und Verantwortung. Ärzte stehen genauso oft vor solchen Fragen wie vor wissenschaftlichen und fachlichen Problemen.

In der ärztlichen Praxis sind manche Fragen unabhängig von der Fachdisziplin oder dem jeweiligen Rahmen viel leichter zu beantworten als andere. Das Richten eines einfachen Bruchs und das Vernähen einer kleinen Laceration stellen Ärzte, die mit solchen Verrichtungen vertraut sind, kaum vor Herausforderungen. Am anderen Ende des Spektrums kann ein hohes Maß an Unsicherheit oder Meinungsverschiedenheiten über die Behandlung bestimmter Krankheiten bestehen, sogar über so verbreitete wie Tuberkulose und Hypertonie. Ebenso sind nicht alle ethischen Fragen in der Medizin gleichermaßen komplex. Einige sind recht leicht zu beantworten, vor allem weil es einen gut ausgebauten *Konsens* über das richtige Vorgehen in der jeweiligen Situation gibt (so sollte der Arzt einen Patienten stets um seine Einwilligung zur Teilnahme an einer klinischen Studie ersuchen). Andere sind deutlich schwieriger, insbesondere wenn kein Konsens vorliegt oder alle Alternativen Nachteile haben (z.B. Rationierung knapper Mittel im Gesundheitswesen).

Was ist Ethik also eigentlich, und wie hilft sie dem Arzt beim Umgang mit solchen Fragen? Vereinfacht gesagt ist Ethik die Lehre von der Moral – das sorgfältige, systematische Nachdenken über frühere, gegenwärtige und künftige moralische Entscheidungen und Verhaltensweisen und deren Analyse. Die Moral ist die wertbezogene Dimension der Entscheidungsfindung und des Verhaltens des Menschen. Zur Sprache der Moral gehören Substantive wie „Rechte“, „Verantwortung“ und „*Tugenden*“ sowie Adjektive wie „gut“ und „schlecht“ (oder „böse“), „richtig“ und „falsch“, „gerecht“ und „ungerecht“. Diesen Begriffsbestimmungen zufolge geht es bei der Ethik primär um **Wissen**, bei der Moral dagegen um **Handeln**. Ihre enge Verbindung liegt in dem Bemühen der Ethik, rationale Kriterien bereitzustellen, damit Menschen auf eine bestimmte Weise statt auf andere Weise entscheiden oder sich verhalten können.

„...Ethik (ist) die Lehre von der Moral – das sorgfältige, systematische Nachdenken über ... moralische Entscheidungen und Verhaltensweisen und deren Analyse.“

Da sich die Ethik mit allen Aspekten menschlichen Verhaltens und Entscheidens beschäftigt, bildet sie ein sehr ausgedehntes, komplexes Studienggebiet mit vielen Verzweigungen und Unterteilungen. Dieses Handbuch legt den Schwerpunkt auf die ärztliche Ethik, jenen ihrer Zweige, der sich mit moralischen Fragen in der ärztlichen Praxis auseinandersetzt. Die ärztliche Ethik ist eng verwandt mit der Bioethik (biomedizinische Ethik), mit ihr jedoch nicht deckungsgleich. Während die ärztliche Ethik sich primär mit Fragen beschäftigt, die sich aus der Ausübung der Medizin ergeben, ist die Bioethik ein sehr breit angelegtes Thema, bei dem es um die moralischen Fragen geht, die durch die

allgemeineren Entwicklungen in den biologischen Wissenschaften aufgeworfen werden. Die Bioethik unterscheidet sich von der ärztlichen Ethik auch insofern, als sie nicht die Übernahme bestimmter traditioneller Wertvorstellungen erfordert, die, wie wir in Kapitel 2 sehen werden, für die ärztliche Ethik von grundlegender Bedeutung sind.

Als akademisches Fachgebiet hat die ärztliche Ethik auch ihr eigenes Fachvokabular entwickelt, zu dem viele Begriffe gehören, die aus der Philosophie entlehnt sind. Dieses Handbuch setzt bei seinen Lesern keine Vertrautheit mit Philosophie voraus, sodass Schlüsselbegriffe entweder dort, wo sie im Text auftreten oder in dem Glossar am Ende des Handbuchs definiert werden.

WESHALB SOLLTE MAN ÄRZTLICHE ETHIK STUDIEREN?

„Solange der Arzt ein kenntnisreicher und fähiger Kliniker ist, spielt Ethik keine Rolle.“

„Ethik lernt man in der Familie, nicht an der medizinischen Fakultät.“

„Ärztliche Ethik erlernt man durch Beobachtung des Vorgehens erfahrener Ärzte, nicht aus Büchern oder Vorlesungen.“

"Ethik ist wichtig, aber unser Lehrplan ist schon jetzt zu voll und für Ethikunterricht ist kein Platz."

Das sind einige der häufigsten Gründe dafür, weshalb der Ethik in den Lehrplänen medizinischer Fakultäten keine wichtige Rolle zugewiesen wird. Jeder von ihnen ist zum Teil, aber wirklich nur zum Teil, stichhaltig. Immer mehr erkennen medizinische Fakultäten überall auf der Welt, dass sie ihren Studierenden genügend Zeit und ausreichende Ressourcen für Ethikstudien zur Verfügung stellen müssen. Sie werden von Organisationen wie der Weltärztebund und der World Federation for Medical Education nachdrücklich darin bestärkt, sich in diese Richtung zu bewegen (vgl. Anhang C).

Die Bedeutung der Ethik in der ärztlichen Ausbildung wird überall in diesem Handbuch deutlich. Zusammengefasst stellt die Ethik seit jeher eine wesentliche Komponente der ärztlichen Berufsausübung dar. Ethische Grundsätze wie Achtung vor dem Menschen, Einwilligung nach Aufklärung und Vertraulichkeit bilden die Grundlage für die Arzt-Patienten-Beziehung. Allerdings ist die Anwendung dieser Grundsätze in spezifischen Situationen oft problematisch, da Ärzte, Patienten, ihre Angehörigen und andere Mitarbeiter des Gesundheitswesens sich darüber uneins sein können, wie in einer bestimmten Situation die richtige Vorgehensweise aussieht. Die Beschäftigung mit der Ethik bereitet Medizinstudenten auf das Erkennen schwieriger Situationen und den rationalen, prinzipienfesten Umgang mit ihnen vor. Außerdem ist die Ethik auch bei Interaktionen der Ärzteschaft mit der Gesellschaft und ihren Kollegen sowie für die Durchführung klinischer Studien von Bedeutung.

„Die Beschäftigung mit der Ethik bereitet Medizinstudenten auf das Erkennen schwieriger Situationen und den rationalen, prinzipienfesten Umgang mit ihnen vor.“

ÄRZTLICHE ETHIK, ÄRZTLICHE PROFESSIONALITÄT, MENSCHENRECHTE UND RECHT

Wie Kapitel 1 zeigen wird, ist die Ethik mindestens seit der Zeit des Hippokrates, des griechischen Arztes aus dem 5. Jahrhundert vor Christi, der als Begründer der ärztlichen Ethik betrachtet wird, ein integrierender Bestandteil der Medizin. Von Hippokrates stammt das Konzept der Medizin als **Beruf**, wobei Ärzte ein öffentliches Gelöbnis ablegen, die Interessen ihrer Patienten über die eigenen zu stellen (vgl. die weiterführenden Erläuterungen in Kapitel 3). Die enge Verbindung zwischen Ethik und Professionalität wird überall in diesem Handbuch deutlich werden.

In jüngster Zeit ist die ärztliche Ethik stark durch Entwicklungen bei den **Menschenrechten** beeinflusst worden. In einer *pluralistischen* und multikulturellen Welt mit vielen verschiedenen Moraltraditionen können die großen internationalen Menschenrechtsübereinkommen der ärztlichen Ethik eine Grundlage geben, die über nationale und kulturelle Grenzen hinweg akzeptiert wird. Darüber hinaus haben Ärzte häufig mit medizinischen Problemen zu tun, die sich aus Menschenrechtsverletzungen ergeben, wie z.B. Zwangsmigration und Folter. Und sie werden stark durch die Diskussion darüber berührt, ob Gesundheitsversorgung ein Menschenrecht darstellt, da die Antwort auf diese Frage in jedem einzelnen Land in hohem Maße darüber entscheidet, wer Zugang zu ärztlicher Versorgung erhält. Dieses Handbuch wird sich eingehend mit Menschenrechtsfragen beschäftigen, die sich auf die ärztliche Praxis auswirken.

Die ärztliche Ethik ist außerdem eng mit dem **Recht** verbunden. In den meisten Staaten gibt es Gesetze, die angeben, auf welche Weise Ärzte mit ethischen Fragen der Patientenversorgung und der Forschung umgehen müssen. Darüber hinaus können die ärztlichen Zulassungsstellen und Regulierungsbeauftragten jedes Landes Ärzte wegen ethischer Verfehlungen bestrafen und tun dies auch. Ethik und Recht sind jedoch nicht deckungsgleich. Recht oft schreibt die Ethik strengere Verhaltensregeln als das Gesetz vor, und gelegentlich verlangt sie, dass Ärzte Gesetzen, die unethisches Verhalten fordern, zuwiderhandeln. Außerdem unterscheiden sich die Gesetze von Land zu Land beträchtlich, während die Ethik über die Landesgrenzen hinweg anwendbar ist. Deshalb liegt der Schwerpunkt dieses Handbuchs auf der Ethik und nicht auf dem Recht.

„...oft schreibt die Ethik strengere Verhaltensregeln als das Gesetz vor, und gelegentlich verlangt sie, dass Ärzte Gesetzen, die unethisches Verhalten erfordern, zuwiderhandeln.“

SCHLUSSFOLGERUNG

Die Medizin ist Wissenschaft und Kunst zugleich. Die Wissenschaft beschäftigt sich mit dem Beobachtbaren und Messbaren, und ein kundiger Arzt erkennt die Anzeichen eines Leidens und einer Krankheit und weiß, wie sich eine Genesung erreichen lässt.

Die wissenschaftliche Medizin stößt jedoch an Grenzen, gerade im Hinblick auf Individualität, Kultur, Religion, Freiheit, Rechte und Verantwortung des Menschen. Zur ärztlichen Kunst gehört die Anwendung der wissenschaftlichen Medizin und der Medizintechnik auf einzelne Patienten, Familien und Gemeinschaften, von denen keine den anderen gleichen.

Der bei weitem größte Teil der Unterschiede zwischen Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften ist nicht physiologisch bestimmt, und bei der Erkennung dieser Unterschiede und dem Umgang mit ihnen kommt der Kunst, den Geisteswissenschaften und den Sozialwissenschaften gemeinsam mit der Ethik eine bedeutende Rolle zu. Dabei erfährt die Ethik durch die Erkenntnisse und Ergebnisse der anderen Disziplinen selbst eine Bereicherung. So kann eine Theateraufführung über ein klinisches Dilemma ethische Überlegungen nachdrücklicher anregen als eine bloße Fallbeschreibung.

Das vorliegende Handbuch kann nur eine elementare Einführung in die medizinische Ethik und einige ihrer Kernfragen geben. Darin soll Ihnen die Notwendigkeit ständigen Nachdenkens über die ethische Dimension der Medizin nahe gelegt werden – insbesondere für den Umgang mit den ethischen Fragen, auf die Sie in Ihrer eigenen Praxis stoßen werden. Anhang B enthält eine Ressourcenliste, die Ihnen bei der Vertiefung Ihrer Kenntnisse auf diesem Gebiet helfen soll.

KAPITEL 1 – HAUPTMERKMALE DER ÄRZTLICHEN ETHIK

(Bildlegende)

Ein Tag im Leben einer französischen Hausärztin
© Gilles Fonlupt/CORBIS

ZIELSETZUNGEN

Wenn Sie dieses Kapitel durchgearbeitet haben, sollten Sie in der Lage sein,

- die Bedeutung der Ethik für die Medizin zu erklären;
- die Hauptquellen der ärztlichen Ethik anzugeben;
- verschiedene Ansätze – auch Ihren eigenen – zur ethischen Entscheidungsfindung zu erkennen.

WAS IST DAS BESONDERE AN DER MEDIZIN?

In nahezu der gesamten bekannten Geschichte und so gut wie allen Teilen der Welt war es immer schon etwas Besonderes, Arzt zu sein. Menschen gehen zum Arzt in der Hoffnung auf Hilfe bei ihren dringendsten Bedürfnissen – Erlösung von Schmerzen und Leiden und Wiederherstellung der Gesundheit und des Wohlbefindens. Sie gestatten es dem Arzt, jeden Teil ihres Körpers – auch die intimsten – zu betrachten, zu berühren und zu manipulieren. Sie tun dies, weil sie darauf vertrauen, dass ihr Arzt in ihrem wohlverstandenen Interesse handelt.

Der Status des Arztes ist von Land zu Land und sogar innerhalb des jeweiligen Landes unterschiedlich. Im Allgemeinen scheint es jedoch einen Niedergang zu geben. Viele Ärzte haben den Eindruck, dass sie nicht mehr so geachtet werden wie früher. In einigen Ländern hat sich die Kontrolle über die Gesundheitsversorgung immer mehr von den Ärzten hin zu professionellen Managern und Bürokraten verlagert, von denen einige die Ärzte eher als Hindernisse denn als Partner für Reformen des Gesundheitswesens betrachten. Patienten, die Anweisungen ihres Arztes früher widerspruchslos hinnahmen, bitten den Arzt nun bisweilen, seine Empfehlungen zu rechtfertigen, wenn diese von Ratschlägen anderer Heilberufler oder aus dem Internet abweichen. Manche Verrichtungen, die vormals nur von Ärzten vorgenommen werden konnten, werden nun auch von medizinisch-technischen Assistenten, Pfleger(inne)n oder anderen Vertretern medizinischer Assistenzberufe angeboten.

„Viele Ärzte haben den Eindruck, dass sie nicht mehr so geachtet werden wie früher.“

Trotz dieser Veränderungen mit ihren Folgen für den Status der Ärzteschaft bleibt die Medizin weiterhin ein Beruf, der von den Kranken, die auf diese Leistungen angewiesen sind, hoch geschätzt wird. Ebenso zieht sie immer noch große Zahlen der begabtesten, strebsamsten und engagiertesten Studierenden an. Um den Erwartungen der Patienten wie der Studierenden zu entsprechen, kommt es darauf an, dass der Arzt die Grundwerte der Medizin, insbesondere Mitgefühl, Sachverstand und Eigenständigkeit, kennt und beispielhaft vorlebt. Diese Werte bilden zusammen mit der Achtung der grundlegenden Menschenrechte das Fundament der ärztlichen Ethik.

„Um den Erwartungen der Patienten wie der Studierenden zu entsprechen, kommt es darauf an, dass der Arzt die Grundwerte der Medizin, ..., kennt und beispielhaft vorlebt.“

WAS IST DAS BESONDERE AN DER ÄRZTLICHEN ETHIK?

Mitgefühl, Sachverstand und Eigenständigkeit sind nicht allein der Medizin vorbehalten. Von einem Arzt wird jedoch erwartet, sie in höherem Maße beispielhaft vorzuleben als andere Menschen, darunter auch Angehörige vieler anderer freier Berufe.

Mitgefühl, das als Verständnis für und Anteilnahme an der Not eines anderen Menschen definiert ist, besitzt für die Ausübung der Medizin grundlegende Bedeutung. Um mit den Problemen des Patienten umzugehen, muss der Arzt die Symptome, die der Patient aufweist und die diesen zugrunde liegenden Ursachen ermitteln und den Wunsch verspüren, dem Patienten zu einer Besserung zu verhelfen. Patienten sprechen auf eine Behandlung besser an, wenn sie den Eindruck haben, dass der Arzt ihre Besorgnisse teilt und sie selbst als Menschen und nicht nur ihre Krankheit behandelt.

Von einem Arzt wird ein sehr hohes Maß an **Sachverstand** erwartet und verlangt. Fehlender Sachverstand kann bei einem Patienten zum Tode oder zu einer schweren Erkrankung führen. Ärzte absolvieren eine lange Ausbildung, um diesen Sachverstand zu erwerben, doch sehen sie sich angesichts der schnellen Fortschritte der medizinischen Wissenschaft der ständigen Herausforderung gegenüber, diesen Sachverstand zu bewahren. Außerdem müssen sie nicht nur ihre wissenschaftlichen Kenntnisse und fachlichen Qualifikationen aufrechterhalten, sondern auch ihr ethisches Wissen und ihre diesbezüglichen Fertigkeiten und Einstellungen, da bei Veränderungen der medizinischen Praxis und ihres gesellschaftlichen und politischen Umfelds neue ethische Fragen auftauchen.

Die **Eigenständigkeit** – oder Selbstbestimmung – ist der medizinische Grundwert, der sich im Laufe der Jahre am stärksten verändert hat. Der einzelne Arzt hat bei der Entscheidung über die

Behandlung seiner Patienten traditionell ein hohes Maß an klinischer Eigenständigkeit (Autonomie) genossen. Die Ärzte als Kollektiv (die Ärzteschaft) haben die Freiheit gehabt, die Standards der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der ärztlichen Berufsausübung festzulegen. Wie überall in diesem Handbuch deutlich werden wird, sind diese beiden Formen der eigenständigen medizinischen Berufsausübung in vielen Staaten von den Regierungen und anderen Stellen, die den Ärzten Auflagen gemacht haben, eingeschränkt worden. Trotz dieser Herausforderungen schätzen die Ärzte ihre klinische und berufliche Eigenständigkeit auch weiterhin und bemühen sich, sie weitestgehend zu erhalten. Gleichzeitig haben Ärzte überall auf der Welt die Eigenständigkeit der Patienten (Patientenautonomie) weit gehend akzeptiert, was bedeutet, dass letztlich die Patienten in sie betreffenden Fragen die Entscheidung treffen sollten. In dem vorliegenden Handbuch werden Beispiele denkbarer Konflikte zwischen der Eigenständigkeit des Arztes und der Achtung der Patientenautonomie behandelt.

DAS GENFER GELÖBNIS DES WELTÄRZTEBUNDES

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand:

Ich gelobe feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen,.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.

Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.

Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein.

Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Dies alles verspreche ich feierlich und frei auf meine Ehre.

Neben ihrer Verpflichtung auf diese drei Grundwerte unterscheidet sich die ärztliche Ethik von der für jeden geltenden allgemeinen Ethik dadurch, dass in einem Gelöbnis wie der **Genfer Deklaration** und/oder einem Kodex ein öffentliches *Bekanntnis* zu ihr abgelegt wird. Die Eidesformeln und Kodizes sind von Land zu Land und sogar innerhalb des jeweiligen Landes verschieden, weisen jedoch eine Reihe gemeinsamer Merkmale auf, darunter die Zusage, dass Ärzte die Interessen ihrer Patienten über ihre eigenen stellen, Patienten nicht aufgrund ihrer Rasse, Religion oder anderer Menschenrechtsaspekte diskriminieren, die Vertraulichkeit der Patientendaten wahren und jeden Hilfsbedürftigen im Notfall behandeln.

WER ENTSCHEIDET, WAS ETHISCH VERTRETBAR IST?

Ethik ist *pluralistisch*. Die Einzelnen sind sich nicht darüber einig, was richtig und was falsch ist und selbst wenn sie übereinstimmen, kann es dafür unterschiedliche Gründe geben. In einigen Gesellschaften wird diese Meinungsverschiedenheit als normal betrachtet, und es gibt ein hohes Maß an Freiheit, gemäß den eigenen Vorstellungen zu handeln, solange nicht die Rechte anderer verletzt werden. In traditionelleren Gesellschaften bestehen dagegen größere Einigkeit über Ethik und ein größerer, bisweilen durch die Gesetze unterstützter gesellschaftlicher Druck, auf eine bestimmte Weise und nicht in anderer Form zu handeln. In solchen Gesellschaften spielen die Kultur und die Religion bei der Festlegung ethischen Verhaltens oft eine beherrschende Rolle.

Die Antwort auf die Frage „Wer entscheidet, was für Menschen ganz allgemein ethisch vertretbar ist?“, lautet deshalb von Gesellschaft zu Gesellschaft – ja sogar innerhalb ein und derselben Gesellschaft – anders. In liberalen Gesellschaften verfügt der Einzelne über ein hohes Maß an Freiheit, für sich selbst zu entscheiden, was ethisch vertretbar ist, auch wenn er wahrscheinlich von seinen Angehörigen, Freunden, seiner Religion, den Medien und anderen externen Quellen beeinflusst wird. In traditionelleren Gesellschaften spielen bei der Festlegung des ethisch Vertretbaren die Familie und die Sippenoberhäupter, die religiösen Autoritäten und politische Führer gewöhnlich eine größere Rolle als der Einzelne.

Ungeachtet dieser Unterschiede hat es den Anschein, dass die meisten Menschen sich auf einige grundlegende ethische Prinzipien verständigen können, und zwar die grundlegenden Menschenrechte, wie sie in der **Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte** der Vereinten Nationen und anderen weithin akzeptierten und offiziell unterstützten Dokumenten verkündet werden. Zu den für die ärztliche Ethik besonders bedeutsamen Menschenrechten gehören das Recht auf Leben, auf Freiheit von Diskriminierung, Folter und grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung, Meinungs- und Redefreiheit, gleichen Zugang zu öffentlichen Leistungen im eigenen Land und medizinische Versorgung.

Für Ärzte galt auf die Frage „Wer entscheidet, was ethisch vertretbar ist?“, bis vor kurzem eine etwas andere Antwort als für die Bevölkerung im Allgemeinen. Im Laufe der Jahrhunderte hat die Ärzteschaft für ihre Mitglieder eigene Verhaltensnormen entwickelt, die in Ethikkodizes und verwandten Grundsatzdokumenten zum Ausdruck kommen. Der Weltärztebund hat weltweit eine breite Palette ethischer Stellungnahmen vorgelegt, in denen das von Ärzten, wo immer sie auch leben und praktizieren, an den Tag zu legende Verhalten beschrieben wird. In vielen, wenn nicht sogar den

meisten Ländern sind die Ärzteorganisationen für die Erarbeitung und Durchsetzung der geltenden ethischen Normen zuständig. Je nach der Haltung des betreffenden Landes zum Medizinrecht haben diese Normen u.U. Gesetzesrang.

Allerdings ist das Vorrecht der Ärzteschaft, ihre eigenen ethischen Normen festzulegen, nie absolut gewesen. Beispiele:

- Ärzte waren immer schon den allgemeinen Gesetzen des Landes unterstellt und wurden bisweilen wegen eines von diesen Gesetzen abweichenden Vorgehens bestraft.
- Einige Ärzteorganisationen stehen unter dem starken Einfluss von Glaubenslehren, die ihren Mitgliedern neben den für alle Ärzte geltenden Verpflichtungen zusätzliche Pflichten auferlegen.
- In vielen Ländern haben die Organisationen, von denen die ärztlichen Verhaltensnormen festgelegt werden und die deren Einhaltung überwachen, heute viele Nichtmediziner unter ihren Mitgliedern.

Die ethischen Leitlinien der Ärzteorganisationen sind allgemein gehalten. Sie können nicht jede Situation berücksichtigen, denen sich ein Mediziner in seiner ärztlichen Praxis gegenübersehen kann. In den meisten Fällen muss der Arzt selbst entscheiden, welche Vorgehensweise richtig ist, doch ist es bei Entscheidungen hilfreich zu wissen, was andere Ärzte in vergleichbaren Situationen tun würden. Aus ärztlichen Ethikkodizes und sozialpolitischen Aussagen geht ein allgemeiner Konsens darüber hervor, wie Ärzte zu handeln haben und diesem sollte Folge geleistet werden, soweit keine guten Gründe für ein anderes Vorgehen sprechen.

„... bei Entscheidungen (ist es) hilfreich zu wissen, was andere Ärzte in vergleichbaren Situationen tun würden.“

ÄNDERT SICH DIE ÄRZTLICHE ETHIK?

Es lässt sich kaum bezweifeln, dass sich einige Aspekte der ärztlichen Ethik im Laufe der Jahre gewandelt haben. Bis vor kurzem hatten Ärzte das Recht und die Pflicht zu entscheiden, wie Patienten behandelt werden sollten und die Einholung der Einwilligung des Patienten nach entsprechender Aufklärung war nicht vorgeschrieben. Dagegen beginnt die **Deklaration von Lissabon zu den Rechten des Patienten** des Weltärztebundes in ihrer Fassung von 1995 mit der Feststellung: „Die Beziehungen zwischen den Ärzten, ihren Patienten und der größeren Gesellschaft haben in letzter Zeit einen bedeutsamen Wandel erfahren. Zwar sollte ein Arzt stets nach seinem Gewissen und immer im wohlverstandenen Interesse des Patienten handeln, doch sind gleichermaßen Anstrengungen zu unternehmen, Patientenautonomie und Gerechtigkeit zu gewährleisten.“ Viele Menschen betrachten sich heute als ihre eigenen primären Erbringer von Gesundheitsleistungen und sehen die Ärzte als ihre Berater oder Anleiter. Diese Betonung der gesundheitlichen Selbstversorgung

ist zwar keineswegs überall zu beobachten, scheint aber um sich zu greifen und ist symptomatisch für eine allgemeinere Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung, aus der sich andere ethische Verpflichtungen für die Ärzte als früher ergeben.

Bis vor kurzem waren die Ärzte im Allgemeinen der Auffassung, nur sich selbst, ihren Medizinerkollegen und, soweit sie gläubig waren, Gott *Rechenschaft* zu schulden. Heute tragen sie weitere Rechenschaftspflichten – gegenüber ihren Patienten, Dritten wie z.B. Krankenhäusern und *Managed Care*-Organisationen, gegenüber medizinischen Zulassungs- und Regulierungsbehörden und oft auch gegenüber Gerichten. Diese verschiedenen Rechenschaftspflichten können miteinander in Konflikt geraten, wie die Erörterung der doppelten Loyalität in Kapitel 3 zeigen wird.

„Diese verschiedenen Rechenschaftspflichten können miteinander in Konflikt geraten...“

Die ärztliche Ethik hat sich auch in anderen Bereichen gewandelt. Die Beteiligung an einem Schwangerschaftsabbruch war in den ärztlichen Ethikkodizes bis vor kurzem verboten, wird nun jedoch von der Ärzteschaft vieler Länder unter bestimmten Auflagen geduldet. Während in der traditionellen ärztlichen Ethik die Ärzte allein gegenüber ihren einzelnen Patienten Verantwortung trugen, besteht heute allgemein Einverständnis darüber, dass Ärzte, z.B. bei der Zuweisung knapper Mittel im Gesundheitswesen, auch den Bedürfnissen der Gesellschaft Rechnung tragen müssen (vgl. Kapitel 3).

Die Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft und der Medizintechnik werfen neue ethische Fragen auf, die von der traditionellen ärztlichen Ethik nicht beantwortet werden können. Assistierte Reproduktion, Genetik, Gesundheitsinformatik und lebensverlängernde und -verbessernde Technologien, bei denen in allen Fällen Ärzte beteiligt sein müssen, besitzen ein großes Potenzial, den Patienten zu nutzen, können jedoch auch je nach ihrer Einsatzform Schaden zufügen. Um den Ärzten bei der Entscheidung zu helfen, ob und unter welchen Bedingungen sie an diesen Aktivitäten teilnehmen sollten, müssen die Ärzteorganisationen verschiedene Analyseverfahren anwenden, statt sich allein auf die bestehenden Ethikkodizes zu stützen.

Trotz dieser offensichtlichen Änderungen in der ärztlichen Ethik ist sich die Ärzteschaft weitgehend darüber einig, dass die grundlegenden Werte und ethischen Grundsätze der Medizin sich nicht ändern – oder jedenfalls nicht ändern sollten. Da Menschen zwangsläufig immer Krankheiten haben werden, werden sie auch weiterhin für ihre Versorgung mitfühlende, sachkundige und eigenständige Ärzte brauchen.

IST DIE ÄRZTLICHE ETHIK VON LAND ZU LAND VERSCHIEDEN?

Genau wie die ärztliche Ethik sich im Laufe der Zeit als Reaktion auf Entwicklungen in der medizinischen Wissenschaft und der Medizintechnik sowie bei den Wertvorstellungen der Gesellschaft ändern kann und auch tatsächlich ändert, unterscheidet sie sich je nach eben diesen Faktoren von

Land zu Land. Bei der Sterbehilfe zum Beispiel herrschen zwischen den nationalen Ärzteorganisationen deutliche Meinungsverschiedenheiten. Einige ärztliche Organisationen verurteilen sie, während andere neutral sind und zumindest eine, die Königlich Niederländische Ärztevereinigung, sie unter bestimmten Voraussetzungen akzeptiert. In gleicher Weise unterstützen einige nationale Vereinigungen, was den Zugang zur Gesundheitsversorgung angeht, die Gleichheit aller Bürger, während andere bereit sind, ein hohes Maß an Ungleichheit hinzunehmen. In einigen Ländern besteht an den von der fortgeschrittenen Medizintechnik aufgeworfenen ethischen Fragen lebhaftes Interesse, während diese Fragen sich in Ländern, die keinen Zugang zu einer solchen Technik haben, nicht stellen. In manchen Ländern vertrauen die Ärzte darauf, dass ihre Regierung sie nicht zu unethischen Handlungen zwingen wird, während es ihnen in anderen Ländern unter Umständen schwer fällt, ihren ethischen Verpflichtungen nachzukommen und zum Beispiel angesichts von Forderungen der Polizei oder der Armee, „verdächtige“ Verletzungen zu melden, die ärztliche Schweigepflicht in Bezug auf Patienten zu wahren.

Auch wenn diese Unterschiede beträchtlich erscheinen mögen, sind die Ähnlichkeiten doch weitaus größer. Ärzte überall auf der Welt haben viel gemeinsam und wenn sie in Organisationen wie dem Weltärztebund zusammenkommen, erzielen sie gewöhnlich eine Verständigung über kontroverse ethische Fragen, auch wenn dies oft eine langwierige Diskussion erfordert. Die grundlegenden Werte der ärztlichen Ethik wie Mitgefühl, Sachverstand und Eigenständigkeit bilden in Verbindung mit der Erfahrung und den Fähigkeiten der Ärzte bei allen Aspekten der Medizin und der Gesundheitsversorgung eine solide Grundlage für die Analyse ethischer Fragen in der Medizin und für die Annahme von Lösungen, die im wohlverstandenen Interesse der einzelnen Patienten und Bürger sowie ganz allgemein der öffentlichen Gesundheit liegen.

Die Rolle des Weltärztebundes

Als einzige internationale Organisation, die alle Ärzte ungeachtet ihrer Nationalität oder Fachrichtung vertreten will, hat der Weltärztebund die Aufgabe übernommen, weltweit anwendbare allgemeine Standards für die ärztliche Ethik zu erarbeiten. Seit seiner Gründung 1947 hat er sich dafür eingesetzt, jede Wiederholung unethischer Verhaltensweisen, die Ärzte in Nazideutschland und anderswo an den Tag gelegt hatten, zu verhindern. Die erste Aufgabe des Weltärztebundes war die Anpassung des Hippokratischen Eides an die Erfordernisse des 20. Jahrhunderts. Das Ergebnis war die Genfer Deklaration, die 1948 auf der zweiten Generalversammlung des Weltärztebundes angenommen wurde. Sie ist seitdem mehrfach überarbeitet worden, zuletzt 1994. Die zweite Aufgabe war die Entwicklung eines Internationalen Kodex für ärztliche Ethik, der 1949 auf der dritten Generalversammlung angenommen und 1968 sowie 1983 überarbeitet wurde. Dieser Kodex erfährt zurzeit erneut eine Überarbeitung. Die nächste Aufgabe war die Erarbeitung ethischer Richtlinien für Forschungen an menschlichen Probanden. Dies dauerte viel länger als bei den ersten beiden Dokumenten. Erst 1964 wurden die Richtlinien als Deklaration von Helsinki (DoH) angenommen. Auch dieses Dokument ist regelmäßig überarbeitet worden, zuletzt im Jahr 2000.

„...der Weltärztebund (hat) die Aufgabe übernommen, weltweit anwendbare allgemeine Standards für die ärztliche Ethik zu erarbeiten.“

Neben diesen grundlegenden ethischen Erklärungen hat der Weltärztebund Grundsatzaussagen zu mehr als 100 spezifischen Fragen verabschiedet, von denen die meisten ethischer Art sind, während sich andere mit gesellschaftlich-medizinischen Themen wie der Ärzteausbildung und den Gesundheitssystemen beschäftigen. Jedes Jahr überarbeitet die Generalversammlung des Weltärztebundes einige der bestehenden Stellungnahmen und/oder nimmt neue an.

Wie entscheidet der Weltärztebund, was ethisch vertretbar ist?

Internationale Verständigung über strittige ethische Fragen ist keine leichte Aufgabe, nicht einmal in einer so relativ geschlossenen Berufsgruppe wie der Ärzteschaft. Der Weltärztebund stellt sicher, dass seine ethischen Stellungnahmen einem Konsens entsprechen, indem für jede neue oder überarbeitete Stellungnahme auf der Jahresversammlung eine Dreiviertelmehrheit verlangt wird. Eine Voraussetzung für eine so weit gehende Einigung sind umfassende Beratungen über Entwürfe von Stellungnahmen, die sorgfältige Prüfung der bei dem Ausschuss für ärztliche Ethik des Weltärztebundes oder manchmal bei einer eigens eingesetzten Arbeitsgruppe zu dem Thema eingegangenen Kommentare, die Neuformulierung der Stellungnahme und häufig weitere Beratungen. Dieser Prozess kann langwierig sein, je nachdem wie komplex und/oder neuartig die Thematik ist. So wurden die Arbeiten an der neuesten Fassung der **Deklaration von Helsinki** Anfang 1997 begonnen und erst im Oktober 2000 abgeschlossen. Auch danach waren noch Fragen offen geblieben, die in dem Ausschuss für ärztliche Ethik und einer Reihe von Arbeitsgruppen weiter untersucht wurden.

„Internationale Verständigung über strittige ethische Fragen ist keine leichte Aufgabe...“

Gute Abläufe sind für ein gutes Endergebnis wesentlich, stellen aber keine Garantie dar. Bei seiner Entscheidung darüber, was ethisch vertretbar ist, greift der Weltärztebund auf eine lange Tradition der ärztlichen Ethik zurück, wie sie sich in seinen früheren Stellungnahmen zur Ethik niederschlägt. Er nimmt darüber hinaus auch andere Positionen – nationaler und internationaler Organisationen und von in Fragen der Ethik bewanderten Einzelpersonen – zu dem zu prüfenden Sachverhalt zur Kenntnis. In manchen Fragen, wie z.B. beim *Informed Consent*, befindet sich der Weltärztebund in

Übereinstimmung mit der Mehrheitsmeinung. In anderen, so bei der Vertraulichkeit personenbezogener medizinischer Daten, muss die Position der Ärzte unter Umständen nachdrücklich gegenüber der von Regierungen, Verwaltungsleitern im Gesundheitswesen und/oder Wirtschaftsunternehmen gefördert werden. Ein kennzeichnendes Merkmal des Vorgehens des Weltärztebundes in Fragen der Ethik ist die Priorität, die er dem einzelnen Patienten oder Studienteilnehmer beimisst. In der Präambel der Genfer Deklaration gelobt der Arzt: „Die Gesundheit meines Patienten soll mein vornehmstes Anliegen sein.“ Und in der Deklaration von Helsinki heißt es: „In der medizinischen Forschung am Menschen haben Überlegungen, die das Wohlergehen der Versuchsperson betreffen, Vorrang vor den Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft.“

„In manchen Fragen ... muss die Position der Ärzte unter Umständen nachdrücklich gegenüber der von Regierungen, Verwaltungsleitern im Gesundheitswesen und/oder Wirtschaftsunternehmen gefördert werden.“

WIE ENTSCHEIDET DER EINZELNE DARÜBER, WAS ETHISCH VERTRETBAR IST?

Für den einzelnen Arzt und den Medizinstudenten erschöpft sich die ärztliche Ethik nicht in der bloßen Befolgung der Empfehlungen des Weltärztebundes oder anderer Ärztevereinigungen. Diese Empfehlungen sind gewöhnlich allgemein gehalten, und der Einzelne muss entscheiden, ob sie für die jeweilige Situation gelten oder nicht. Darüber hinaus stellen sich in der medizinischen Praxis viele ethische Fragen, bei denen die Ärzteverbände keine Hilfestellung bieten. Letztlich ist der Einzelne für seine eigenen ethischen Entscheidungen und deren Umsetzung verantwortlich.

„Letztlich ist der Einzelne für seine eigenen ethischen Entscheidungen und deren Umsetzung verantwortlich.“

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, sich wie in den Fällen am Anfang dieses Handbuchs ethischen Fragen zu nähern. Sie können grob in zwei Kategorien unterteilt werden: nicht rational und *rational*. Dabei ist der Hinweis wichtig, dass „nicht rational“ nicht „irrational“ bedeutet, sondern lediglich von dem systematischen, reflektierten Einsatz der Vernunft bei der Entscheidungsfindung unterschieden werden muss.

Nicht rationale Ansätze

- **Gehorsam** ist eine verbreitete Form, ethische Entscheidungen zu treffen, gerade bei Kindern und in autoritären Strukturen (z. B. dem Militär, der Polizei, einigen religiösen Organisationen und vielen Unternehmen) arbeitenden Personen. Die Moral besteht im Befolgen der Vorschriften oder Anweisungen der Autoritätsinhaber, ob man ihnen nun zustimmt oder nicht.
- **Nachahmung** ähnelt insofern dem Gehorsam, als sie das eigene Urteil darüber, was richtig und was falsch ist, dem Urteil einer anderen Person, in dem vorliegenden Fall eines Rollenmodells, unterordnet. Die Moral besteht darin, dem Beispiel des Rollenmodells zu folgen. Sie ist möglicherweise die häufigste Methode, mit der angehende Ärzte medizinische Ethik erlernen, wobei die Rollenvorbilder die Chefarzte sind und die Moralvorstellungen durch Beobachtung und Aneignung der dargestellten Werte erlernt werden.
- **Gefühl** oder **Wunsch** ist ein subjektives Herangehen an moralische Entscheidungen und Verhaltensweisen. Richtig ist, was als richtig empfunden wird oder den eigenen Wunsch erfüllt. Falsch ist, was falsch wirkt oder den eigenen Wunsch unbefriedigt lässt. Der moralische Maßstab liegt in jedem Einzelnen und kann natürlich von Mensch zu Mensch, ja sogar im Laufe der Zeit bei ein und demselben Menschen sehr unterschiedlich sein.
- **Intuition** ist das sofortige Erkennen der richtigen Handlungsweise in einer bestimmten Situation. Sie ist dem Wunsch insofern ähnlich, als sie völlig subjektiv ist. Sie unterscheidet sich jedoch dadurch, dass sie im Geist und nicht im Willen angelegt ist. In dieser Hinsicht steht sie den rationalen Formen ethischer Entscheidungsfindung näher als Gehorsam, Nachahmung, Gefühl und Wunsch. Sie ist jedoch weder systematisch noch reflektierend, sondern lenkt moralische Entscheidungen auf dem Wege über eine spontane Eingebung. Wie Gefühl und Wunsch kann sie von Mensch zu Mensch große Unterschiede aufweisen, ja sogar im Laufe der Zeit bei ein und demselben Menschen sehr unterschiedlich sein.
- **Gewohnheit** ist eine sehr effiziente Methode moralischer Entscheidungsfindung, da es nicht nötig ist, einen systematischen Entscheidungsprozess jedes Mal zu wiederholen, wenn sich eine ähnliche moralische Frage wie die schon zuvor behandelte stellt. Es gibt jedoch schlechte Gewohnheiten (z.B. Lügen) und gute (z.B. die Wahrheit sagen). Außerdem können ähnlich wirkende Situationen deutlich unterschiedliche Entscheidungen erfordern. Wie nützlich eine Gewohnheit auch sein mag, verdient sie doch kein uneingeschränktes Vertrauen.

Rationale Ansätze

Als Lehre von der Moral erkennt die Ethik den Vorrang dieser nicht rationalen Ansätze in Bezug auf Entscheidungsfindung und Verhaltensweisen an. Ihr geht es allerdings primär um rationale Ansätze. Vier derartige Ansätze sind die Deontologie, der Konsequentialismus, der Prinzipalismus und die Tugendethik.

- Bei der **Deontologie** (ärztliche Ethik und Berufsordnung/Pflichtenlehre) geht es um die Suche nach wohlfundierten Regeln, die als Grundlage für zu treffende moralische Entscheidungen dienen können. Eine solche Regel lautet beispielsweise: „Alle Menschen sind gleich zu behandeln.“ Sie kann religiös (z.B. mit dem Glauben, dass alle menschlichen Geschöpfe Gottes gleich sind) oder nichtreligiös (z.B. Menschen haben fast alle Gene gemeinsam) begründet sein. Liegen die Regeln erst einmal fest, sind sie auf spezifische Situationen anzuwenden, und hier gehen die Meinungen über das nach den Regeln Erforderliche oft auseinander (z.B. ob das Verbot, einen anderen Menschen zu töten, eine Abtreibung oder die Todesstrafe untersagt).
- Der **Konsequentialismus** stützt die ethische Entscheidungsfindung auf eine Analyse der wahrscheinlichen Folgen oder Ergebnisse verschiedener Auswahlentscheidungen und Handlungen. Richtig ist die Vorgehensweise, die zu den besten Ergebnissen führt. Natürlich können die Meinungen darüber, was als gutes Ergebnis gelten kann, auseinander gehen. Eine der bekanntesten Formen des Konsequentialismus, der **Utilitarismus**, verwendet als Messlatte den „Nutzen“ und definiert ihn als „das größte Glück der größten Zahl“. Andere bei Entscheidungen im Gesundheitswesen verwendete Maßgrößen des Erfolgs sind die Kosteneffektivität und die Lebensqualität in QALYs (qualitätsbereinigte Lebensjahre) oder DALYs (behinderungsfreie Lebensjahre). Anhänger des Konsequentialismus können im Allgemeinen mit Prinzipien nicht viel anfangen. Sie sind zu schwer zu identifizieren, zu priorisieren und anzuwenden und berücksichtigen in jedem Fall nicht, was ihrer Ansicht nach bei moralischen Entscheidungen wirklich zählt, nämlich die Ergebnisse. Mit dieser Prinzipienferne setzt sich der Konsequentialismus allerdings dem Vorwurf aus, er akzeptiere die Aussage „das Ziel rechtfertigt die Mittel“, sodass individuelle Menschenrechte preisgegeben werden können, um ein soziales Ziel zu erreichen.
- Der **Prinzipialismus** verwendet, wie der Name sagt, ethische Grundsätze als Grundlage für moralische Entscheidungen. Er wendet diese Prinzipien auf bestimmte Fälle oder Situationen an, um die richtige Handlungsweise zu ermitteln, wobei sowohl die Vorschriften als auch die Folgen berücksichtigt werden. Der Prinzipialismus hat sich bei den jüngsten Ethikdiskussionen, insbesondere in den USA, als überaus einflussreich erwiesen. Vor allem vier Grundsätze – Achtung der Eigenständigkeit, *fürsorgliches Handeln (beneficence)*, *Schadensvermeidung (Primum nil nocere-Prinzip, non-maleficence)* und *Gerechtigkeit* – werden als die für die ethische Entscheidungsfindung in der ärztlichen Praxis wichtigsten Prinzipien genannt. Grundsätze spielen bei rationalen Entscheidungen in der Tat eine wichtige Rolle. Allerdings spiegelt sich in der Auswahl dieser vier Prinzipien und insbesondere in der Höherbewertung der Achtung der Eigenständigkeit gegenüber den anderen Prinzipien die liberale Kultur des Westens, die nicht zwangsläufig universell ist. Außerdem geraten die vier Grundsätze in besonderen Situationen oft miteinander in Konflikt, und zur Lösung dieser Konflikte sind Kriterien oder Prozesse erforderlich.
- Die **Tugendethik** konzentriert sich weniger auf Entscheidungen und mehr auf den Charakter der Entscheider, der sich in ihrem Verhalten zeigt. Eine Tugend ist eine Form moralischer

Exzellenz. Wie oben schon angegeben, ist eine für den Arzt besonders wichtige Tugend das Mitgefühl. Weitere Tugenden sind Ehrlichkeit, Umsicht und Aufopferung. Ärzte, die diese Tugenden besitzen, dürften eher gute Entscheidungen treffen und sie positiv umsetzen. Selbst tugendhafte Menschen sind sich jedoch oft nicht sicher, wie sie in bestimmten Situationen handeln sollen und sind gegen Fehlentscheidungen nicht immun.

Keiner dieser vier Ansätze oder auch andere vorgeschlagene Wege haben allgemeine Zustimmung gefunden. Die Einzelnen differieren in ihrer Präferenz für einen rationalen Ansatz für ethische Entscheidungen wie auch in ihrer Bevorzugung eines nicht rationalen Ansatzes. Das lässt sich teilweise mit dem Umstand erklären, dass jeder Ansatz Stärken und Schwächen aufweist. Vielleicht ist eine Kombination aller vier Ansätze mit den besten Merkmalen eines jeden von ihnen der beste Weg, um rationale ethische Entscheidungen zu treffen. Dabei würden Regeln und Grundsätze ernsthaft berücksichtigt, indem diejenigen ermittelt werden, die für die Situation oder den vorliegenden Fall am relevantesten sind und versucht wird, sie weitestgehend umzusetzen. Außerdem würden die wahrscheinlichen Folgen alternativer Entscheidungen untersucht und die vorzuziehenden Folgen ermittelt. Schließlich würde versucht werden sicherzustellen, dass das Verhalten des Entscheiders sowohl im Entscheidungsprozess als auch bei dessen Umsetzung bewundernswürdig ist. Ein solcher Prozess könnte folgende Schritte umfassen:

1. Klären Sie, ob die jeweilige Thematik Ethikfragen betrifft.
2. Nehmen Sie Einblick in autoritative Quellen wie Ethikkodizes und politische Vorgaben von Ärzteverbänden und konsultieren Sie angesehene Kollegen, um zu sehen, wie Ärzte ganz allgemein mit solchen Fragen umgehen.
3. Prüfen Sie Alternativlösungen im Lichte der von ihnen vertretenen Grundsätze und Wertvorstellungen und ihrer wahrscheinlichen Folgen.
4. Erörtern Sie die von Ihnen vorgeschlagene Lösung mit den Betroffenen.
5. Treffen Sie Ihre Entscheidung und handeln Sie entsprechend – mit dem nötigen Feingefühl gegenüber den anderen Betroffenen.
6. Bewerten Sie Ihre Entscheidung und seien Sie bereit, künftig anders zu handeln.

SCHLUSSFOLGERUNG

Dieses Kapitel gibt einen Vorgeschmack auf das Folgende. Beim Umgang mit spezifischen Fragen der ärztlichen Ethik ist es gut, sich daran zu erinnern, dass Ärzte im Laufe der Geschichte vor vielen vergleichbaren Fragen gestanden haben und dass ihre gesammelten Erfahrungen und Weisheiten heute sehr wertvoll sein können. Der Weltärztebund und andere medizinische Organisationen tragen diese Tradition weiter und leisten der Ärzteschaft umfassende ethische Hilfestellung. Ungeachtet eines weit gehenden Konsenses unter den Ärzten in ethischen Fragen kann der Einzelne zum Umgang mit spezifischen Fällen durchaus eine andere Ansicht vertreten und tut dies oft auch. Außerdem können die Ansichten von Ärzten durchaus stark von denen der Patienten und anderer Heilberufler abweichen. Als erster Schritt zur Auflösung ethischer Konflikte kommt es darauf an, dass die Ärzte verschiedene Ansätze für das Treffen ethischer Entscheidungen verstehen, darunter ihre eigenen und die der Menschen, mit denen sie zu tun haben. Das wird ihnen dabei helfen, für sich selbst die beste Vorgehensweise zu finden und ihre Entscheidungen anderen zu erläutern.

KAPITEL 2 – ÄRZTE UND PATIENTEN

(Abb.)

Ärztliches Mitgefühl
José Luis Peláez, Inc./CORBIS

ZIELSETZUNGEN

Nach dem Durcharbeiten dieses Kapitels sollten Sie in der Lage sein,

- zu erklären, weshalb alle Patienten ein Anrecht auf Achtung und Gleichbehandlung haben;
- die Hauptbestandteile der Einwilligung nach Aufklärung zu nennen;
- zu erklären, wie ärztliche Entscheidungen bei Patienten getroffen werden sollten, die unfähig sind, für sich selbst zu entscheiden;
- die Rechtfertigung des vertraulichen Umgangs mit Patientendaten zu erläutern und berechnete Ausnahmen hiervon zu erkennen;
- die wichtigsten ethischen Fragen zu erkennen, die sich am Anfang und am Ende des Lebens stellen;
- die Argumente für und gegen die Praxis der Sterbehilfe/Beihilfe zum Suizid sowie den Unterschied zwischen diesen Maßnahmen und einer Palliativversorgung oder einem Therapieverzicht zusammenfassend darzustellen.

FALLSTUDIE 1

Dr. P., ein erfahrener, sehr fähiger Chirurg, will gerade seinen Nachtdienst in einem mittelgroßen Gemeindekrankenhaus beenden. Eine junge Frau wird von ihrer Mutter in das Krankenhaus gebracht, die daraufhin sofort wieder geht und der Schwester in der Aufnahme sagt, sie müsse sich um ihre anderen Kinder kümmern. Die Patientin hat eine Vaginalblutung und große Schmerzen. Dr. P. untersucht sie und kommt zu dem Schluss, dass sie entweder eine Fehlgeburt oder eine selbst herbeigeführte Abtreibung hatte. Er nimmt eine schnelle Dilatation sowie eine Kürettage vor und sagt der Schwester, sie solle die Patientin fragen, ob sie sich den Aufenthalt im Krankenhaus solange leisten könne, bis sie ohne Bedenken wieder entlassen werden könne. Dr. Q. löst Dr. P. ab, der nach Hause geht, ohne mit der Patientin gesprochen zu haben.

WAS IST DAS BESONDERE AN DER ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG?

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist der Eckstein der ärztlichen Praxis und damit auch der ärztlichen Ethik. Wie oben schon angegeben wurde, verlangt die Genfer Deklaration von dem Arzt, dass „die Gesundheit meines Patienten ... mein vornehmstes Anliegen sein (soll)“ und in dem Internationalen Kodex für ärztliche Ethik heißt es: „Der Arzt schuldet seinen Patienten uneingeschränkte Loyalität und alle Möglichkeiten seines Fachs.“ Wie in Kapitel 1 erörtert wurde, ist die traditionelle paternalistische Interpretation der Arzt-Patienten-Beziehung, bei der der Arzt die Entscheidungen trifft und der Patient sich diesen unterwirft, in den letzten Jahren von vielen Seiten in der Ethik wie im Recht abgelehnt worden. Da viele Patienten entweder nicht in der Lage oder aber nicht bereit sind, Entscheidungen über ihre medizinische Versorgung zu treffen, ist die Patientenautonomie oft sehr problematisch. Ebenso problematisch sind andere Aspekte der Beziehung, wie die Pflicht des Arztes zum vertraulichen Umgang mit Patientendaten in einer Zeit EDV-gestützter medizinischer Unterlagen und der Managed Care und die Verpflichtung, Leben zu erhalten angesichts von Bitten, schneller den Tod herbeizuführen.

In diesem Kapitel werden sechs Themen behandelt, die den Arzt in seiner Alltagspraxis vor besonders schwierige Probleme stellen: Achtung und Gleichbehandlung; Kommunikation und Einwilligung; Treffen von Entscheidungen für nicht geschäftsfähige Patienten; Vertraulichkeit; Fragen zum Beginn des Lebens und Fragen zum Ende des Lebens.

„Die Gesundheit meines Patienten soll mein vornehmstes Anliegen sein.“

ACHTUNG UND GLEICHBEHANDLUNG

Die Überzeugung, dass alle Menschen Achtung und Gleichbehandlung verdienen, ist verhältnismäßig neu. In den meisten Gesellschaften wurde eine respektlose und ungleiche Behandlung Einzelner und von Gruppen als normal und natürlich hingenommen. Die Sklaverei war eine derartige Praxis, die in den europäischen Kolonien und den USA erst im 19. Jahrhundert abgeschafft wurde und in einigen Teilen der Welt immer noch Bestand hat. Das Ende der institutionellen Diskriminierung der Nichtweißen in Staaten wie Südafrika kam erst viel später. Frauen müssen in den meisten Ländern immer noch einen Mangel an Achtung und eine Ungleichbehandlung erleben. Diskriminierung aufgrund des Alters, einer Behinderung oder der sexuellen Orientierung ist weit verbreitet. Der Forderung, alle Menschen müssten gleich behandelt werden, steht ganz offensichtlich nach wie vor beträchtlicher Widerstand entgegen.

Der allmähliche und immer noch weitergehende Übergang der Menschheit zum Glauben an die Gleichheit der Menschen begann im 17. und 18. Jahrhundert in Europa und Nordamerika. Dabei wurde er von zwei entgegengesetzten Ideologien gesteuert: einer Neuauslegung des christlichen Glaubens und einem antichristlichen Rationalismus. Von ersterer waren die Amerikanische Revolution und die Bill of Rights inspiriert, von letzterer die Französische Revolution und die damit verbundenen politischen Entwicklungen. Unter diesen beiden Einflüssen fasste die Demokratie ganz allmählich Fuß und begann, sich weltweit zu verbreiten. Sie beruhte auf dem Glauben an die politische Gleichheit aller Menschen (und viel später auch der Frauen) und dem sich daraus ergebenden Recht mit zu entscheiden, wer regieren soll.

Im 20. Jahrhundert wurde das Konzept der menschlichen Gleichheit im Hinblick auf die Menschenrechte umfassend ausgearbeitet. Einer der ersten Handlungen der gerade errichteten Vereinten Nationen war die Ausarbeitung der **Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte** (1948), deren Artikel 1 lautet: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren.“ Viele andere internationale und nationale Gremien haben Aussagen zu Rechten vorgelegt – entweder für alle Menschen, für alle Bürger in einem bestimmten Land oder für bestimmte Personengruppen („Kinderrechte“, „Patientenrechte“, „Verbraucherrechte“ usw.). Zahlreiche Organisationen sind entstanden, um Maßnahmen aufgrund dieser Aussagen zu fördern. Leider werden die Menschenrechte aber in vielen Ländern immer noch nicht eingehalten.

Die Ärzteschaft hat im Laufe der Jahre etwas widersprüchliche Auffassungen zur Gleichheit der Patienten und zu den Patientenrechten vertreten. Zum einen wurde den Ärzten gesagt, „...(sich in ihren) ärztlichen Pflichten (ihren) Patienten gegenüber nicht beeinflussen (zu) lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung“ (**Genfer Deklaration**). Zugleich haben Ärzte das Recht in Anspruch genommen, einen Patienten, außer in einem Notfall, zurückzuweisen. Obwohl zu den berechtigten Gründen für eine solche Zurückweisung eine volle Praxis, (unzulängliche) fachliche Qualifikation und Spezialisierung gehören, können Ärzte, wenn sie für die Ablehnung eines Patienten keinen Grund anzugeben haben, ohne weiteres diskriminieren, ohne zur Rechenschaft gezogen zu werden. Das Gewissen des Arztes und nicht das Gesetz oder Aufsichtsbehörden mag das einzige Mittel sein, Menschenrechtsverletzungen in dieser Hinsicht zu verhindern.

Auch wenn Ärzte bei der Auswahl ihrer Patienten nicht gegen das Gebot der Achtung und der Gleichheit der Menschen verstoßen, können Sie dies doch mit ihrer Einstellung zu den Patienten und deren Behandlung tun. Die am Anfang dieses Kapitels beschriebene Fallstudie verdeutlicht dieses Problem. Wie in Kapitel 1 angemerkt wurde, ist Mitgefühl einer der Grundwerte der Medizin und ein wesentlicher Bestandteil einer guten therapeutischen Beziehung. Mitgefühl beruht auf der Achtung der Würde und der Wertvorstellungen des Patienten, reicht jedoch mit der Anerkennung der Verletzlichkeit des Patienten bei Krankheit und/oder Behinderung und der Reaktion darauf noch weiter. Wenn Patienten das Mitgefühl des Arztes spüren, dürften sie eher darauf vertrauen, dass der Arzt in ihrem wohlverstandenen Interesse handelt und dieses Vertrauen kann zum Heilungsprozess beitragen.

Das Vertrauen, das für die Arzt-Patienten-Beziehung so wesentlich ist, wird im Allgemeinen so verstanden, dass Ärzte Patienten, deren Behandlung sie übernommen haben, nicht im Stich lassen dürfen. Der Internationale Kodex für ärztliche Ethik des Weltärztebundes besagt, dass der einzige Grund für die Beendigung einer Arzt-Patienten-Beziehung dann vorliegt, wenn der Patient einen anderen Arzt mit anderen Qualifikationen benötigt: „Ein Arzt schuldet seinen Patienten uneingeschränkte Loyalität und alle Möglichkeiten seines Fachs. Wenn eine Untersuchung oder Behandlung das Können des Arztes übersteigt, hat er einen anderen Arzt, der über die erforderliche Qualifikation verfügt, hinzuzuziehen.“ Es gibt jedoch viele weitere Gründe, aus denen heraus ein Arzt eine Beziehung zu einem Patienten beenden möchte, z.B. wenn der Arzt umzieht oder seine Praxis schließt, der Patient für die Leistungen des Arztes nicht zahlen will oder kann, bei gegenseitiger Abneigung zwischen dem Patienten und dem Arzt, der Weigerung des Patienten, den Empfehlungen des Arztes Folge zu leisten usw. Die Gründe können völlig legitim, aber auch unethisch sein. Bei der Betrachtung eines solchen Vorgehens sollten Ärzte in ihren Ethikkodex und andere einschlägige Leitlinien schauen und ihre Beweggründe sorgfältig prüfen. Sie sollten bereit sein, ihre Entscheidung gegenüber sich selbst, gegenüber dem Patienten und gegebenenfalls gegenüber einem Dritten zu begründen. Ist der Beweggrund legitim, sollte der Arzt dem Patienten dabei helfen, einen anderen geeigneten Arzt zu finden oder, wenn dies nicht möglich ist, dem Patienten angemessen rechtzeitig die Einstellung seiner Leistungen ankündigen, damit dieser sich um eine andere ärztliche Versorgung kümmern kann. Ist der Beweggrund nicht legitim, zum Beispiel bei rassistischen Vorurteilen, sollte der Arzt etwas tun, um dagegen anzugehen.

„... bei der Beendigung einer Arzt-Patienten-Beziehung... sollten Ärzte... bereit sein, ihre Entscheidung gegenüber sich selbst, gegenüber dem Patienten und gegebenenfalls gegenüber einem Dritten zu begründen.

Viele Ärzte, insbesondere im öffentlichen Sektor, können sich die zu behandelnden Patienten oft nicht aussuchen. Einige Patienten sind gewalttätig und bedeuten eine Gefahr für die Sicherheit des Arztes. Andere können wegen ihrer asozialen Einstellungen und Verhaltensweisen nur als unausstehlich beschrieben werden. Haben solche Patienten keinen Anspruch auf Achtung und Gleichbehandlung, oder wird von den Ärzten erwartet, zusätzliche, vielleicht sogar heroische Anstrengungen zu unternehmen, um eine therapeutische Beziehung zu ihnen aufzubauen und aufrechtzuerhalten? Bei solchen Patienten müssen die Ärzte ihre Verantwortung für die eigene Sicherheit und ihr eigenes Wohlergehen sowie das ihrer Mitarbeiter gegen ihre Verpflichtung abwägen, sich für das Wohl der Patienten einzusetzen. Sie sollten versuchen, Wege zu finden, auf denen sich beiden Pflichten nachkommen lässt. Ist dies nicht möglich, sollten Sie nach Alternativen für die Versorgung dieser Patienten suchen.

Eine weitere Herausforderung für das Prinzip der Achtung und Gleichbehandlung aller Patienten stellt sich bei der Versorgung von Infektionspatienten. Dort liegt der Schwerpunkt oft auf HIV/AIDS, denn hierbei handelt es sich nicht nur um eine lebensbedrohliche Krankheit, sondern sie ist auch zum anderen oft mit gesellschaftlichen Vorurteilen verbunden. Es gibt jedoch viele weitere schwerwiegende Infektionen, darunter einige, die leichter auf Heilberufler übertragbar sind als HIV/AIDS. Einige Ärzte zögern, bei Patienten mit einem solchen Krankheitsbild invasive Eingriffe vorzunehmen, weil sie sich möglicherweise selbst infizieren könnten. Die ärztlichen Ethikkodizes sehen jedoch, was die Pflicht des Arztes angeht, alle Patienten gleich zu behandeln, keine Ausnahme für Infektionspatienten vor. In der **Erklärung** des Weltärztebundes **zu der beruflichen Verantwortung der Ärzte bei der Behandlung von AIDS-Patienten** ist dies so formuliert:

AIDS-Patienten haben einen Anspruch auf eine gute ärztliche Versorgung mit Engagement und dem Respekt für die menschliche Würde.

Ein Arzt darf aus ethischen Gründen keine Behandlung eines Patienten verweigern, der zu seinem Zuständigkeitsbereich gehört, nur weil dieser seropositiv ist.

Die ärztliche Ethik erlaubt es nicht, einen Patienten nur mit der Begründung abzulehnen, dass er seropositiv ist.

Ein Mensch, der an AIDS erkrankt ist, bedarf einer sachkundigen, mitfühlenden Behandlung. Ein Arzt, der sich nicht in der Lage sieht, einem AIDS-Patienten diesen ärztlichen Beistand zu gewähren, sollte die Überweisung an geeignete Kollegen oder Institutionen veranlassen. Bis zur Durchführung der Überweisung muss der Arzt sich um den Patienten kümmern, so gut er es vermag.

„Ein Mensch, der an AIDS erkrankt ist, bedarf einer sachkundigen, mitfühlenden Behandlung.“

Der intime Charakter der Arzt-Patienten-Beziehung kann zu sexueller Anziehung führen. Eine Grundregel der traditionellen ärztlichen Ethik lautet, dass einer solchen Anziehung zu widerstehen ist. Der Hippokratische Eid enthält folgendes Versprechen: „In alle Häuser, die ich betrete, werde ich eintreten zum Nutzen der Kranken, frei von jedem absichtlichen Unrecht, von sonstigem verderblichen Tun und von sexuellen Handlungen an weiblichen und männlichen Personen...“. In den letzten Jahren haben viele Ärzteorganisationen dieses Verbot sexueller Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten erneut zum Ausdruck gebracht. Die hierfür geltenden Gründe sind heute ebenso stichhaltig wie zur Zeit des Hippokrates vor 2500 Jahren. Patienten sind verletzlich und vertrauen darauf, dass die Ärzte sie gut behandeln. Sie fühlen sich möglicherweise nicht in der Lage, sexuellen Avancen von Ärzten Widerstand zu leisten, weil sie um den Erfolg ihrer Behandlung fürchten. Darüber hinaus kann das klinische Urteil eines Arztes negativ beeinflusst werden, wenn er sich emotional auf eine Patientin einlässt.

Dieser letztgenannte Grund gilt auch für Ärzte, die ihre Angehörigen behandeln, wovon in vielen ärztlichen Ethikkodizes nachdrücklich abgeraten wird. Allerdings kann die Anwendung wie bei einigen anderen Aussagen in Ethikkodizes je nach den Umständen unterschiedlich sein. So müssen allein arbeitende Ärzte in entlegenen Gebieten insbesondere in Notlagen auch die medizinische Versorgung ihrer Familienangehörigen gewährleisten.

KOMMUNIKATION UND EINWILLIGUNG

Die Einwilligung nach Aufklärung (*Informed Consent*) ist einer der zentralen Begriffe der heutigen ärztlichen Ethik. Das Recht der Patienten, über ihre gesundheitliche Versorgung Entscheidungen zu treffen, ist weltweit in gesetzlichen und ethischen Aussagen verankert. Die **Deklaration von Lissabon zu den Rechten des Patienten** des Weltärztebundes erklärt dazu:

Der Patient hat ein Selbstbestimmungsrecht und kann über sich frei entscheiden. Der Arzt informiert den Patienten über die Folgen seiner Entscheidungen. Ein geistig zurechnungsfähiger erwachsener Patient hat das Recht, die Einwilligung in jeden diagnostischen Eingriff oder jede Therapie zu erteilen oder zu verweigern. Der Patient hat ein Anrecht auf die für seine Entscheidungen nötigen Informationen. Der Patient sollte klar verstehen, worum es bei der jeweiligen Untersuchung oder Behandlung geht, was die Ergebnisse nach sich ziehen und wie die Folgen einer Verweigerung der Einwilligung aussehen würden.

Eine notwendige Voraussetzung für die Einwilligung nach Aufklärung ist eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Als eine väterlich-bestimmende Rolle des Arztes die Regel war, verlief die Kommunikation vergleichsweise einfach. Sie bestand aus der Anweisung des Arztes an den

Patienten, der jeweiligen Therapie Folge zu leisten. Heute verlangt die Kommunikation den Ärzten weitaus mehr ab. Sie müssen den Patienten alle Informationen zur Verfügung stellen, die diese für ihre Entscheidungsfindung brauchen. Dazu gehört die Erläuterung komplexer medizinischer Diagnosen, Prognosen und Behandlungsschemata in einfacher Sprache, um sicherzustellen, dass die Patienten die Behandlungsoptionen mit all ihren Vorteilen und Nachteilen verstehen, die Beantwortung eventueller Fragen und das Verstehen der von dem Patienten jeweils getroffenen Entscheidungen sowie nach Möglichkeit der dafür geltenden Gründe. Eine gute Kommunikationsfähigkeit ist den meisten Menschen nicht in den Schoß gelegt. Sie muss erarbeitet und durch bewusstes Bemühen und regelmäßige Überprüfung erhalten werden.

Zwei wichtige Hindernisse für eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation sind Unterschiede sprachlicher und kultureller Art. Sprechen der Arzt und der Patient nicht dieselbe Sprache, ist ein Dolmetscher notwendig. Leider sind in vielen Bereichen keine qualifizierten Dolmetscher verfügbar, und der Arzt muss die für die Aufgabe am besten geeignete Person suchen. Die Kultur, zu der auch die Sprache gehört, die aber viel weiter gefasst ist, wirft zusätzliche Kommunikationsfragen auf. Wegen unterschiedlicher kultureller Vorstellungen von dem Wesen und den Ursachen einer Krankheit verstehen Patienten unter Umständen nicht die von ihrem Arzt gestellten Diagnose und die bestehenden Behandlungsoptionen. Unter solchen Umständen sollten Ärzte jede angemessene Anstrengung unternehmen, um zu klären, wie ihre Patienten Gesundheit und Heilung auffassen. Sie sollten dann den Patienten ihre Empfehlungen nach bestem Vermögen mitteilen.

Hat der Arzt dem Patienten erfolgreich alle Informationen mitgeteilt, die dieser benötigt und über seine Diagnose und Prognose und die Behandlungsoptionen zu erhalten wünscht, ist der Patient in der Lage, nach dieser Aufklärung eine Entscheidung darüber zu treffen, wie es weitergehen soll. Auch wenn der Begriff „Einwilligung“ die Annahme der Behandlung stillschweigend einschließt, gilt das Konzept der Einwilligung nach Aufklärung gleichermaßen für eine Ablehnung der Behandlung oder die Wahl zwischen Therapiealternativen. Geschäftsfähige Patienten haben das Recht, eine Behandlung abzulehnen, auch wenn diese Ablehnung zur Behinderung oder zum Tode führt.

„Geschäftsfähige Patienten haben das Recht, eine Behandlung abzulehnen, auch wenn diese Ablehnung zur Behinderung oder zum Tode führt.“

Die Einwilligung kann ausdrücklich oder stillschweigend (implizit) bekundet werden. Eine ausdrückliche Einwilligung wird mündlich oder schriftlich erteilt. Die Einwilligung gilt als erteilt, wenn der Patient durch sein Verhalten die Bereitschaft deutlich werden lässt, sich einem bestimmten Eingriff oder einer bestimmten Behandlung zu unterziehen. So wird die Bereitschaft zu einer Venenpunktion indirekt durch das Vorstrecken des Arms bekundet. Bei Behandlungen, die mit einem Risiko oder größeren Unannehmlichkeiten verbunden sind, ist es vorzuziehen, eine ausdrückliche und nicht nur eine implizite Einwilligung einzuholen.

Im Hinblick auf die Forderung nach einer Einwilligung nach Aufklärung gelten für geschäftsfähige Patienten zwei Ausnahmen:

- Situationen, in denen Patienten ihre Entscheidungsbefugnis freiwillig an den Arzt oder einen Dritten abtreten. Wegen der Komplexität der Materie oder bei uneingeschränktem Vertrauen des Patienten in die Urteilskraft des Arztes kann der Patient dem Arzt sagen: „Tun Sie, was Sie für richtig halten.“ Der Arzt sollte bei solchen Ersuchen nicht sogleich zur Tat schreiten, sondern den Patienten grundlegende Informationen über die Behandlungsoptionen geben und sie dazu anhalten, sich selbst zu entscheiden. Wenn der Patient nach einer solchen Ansprache immer noch will, dass der Arzt entscheidet, sollte der Arzt dies entsprechend den wohlverstandenen Interessen des Patienten auch tun.
- Fälle, in denen die Preisgabe von Informationen dem Patienten schaden würde. In solchen Fällen wird das traditionelle Konzept des „therapeutischen Privilegs“ angeführt. Es erlaubt den Ärzten, medizinische Informationen zurückzuhalten, wenn eine Preisgabe bei den Patienten wahrscheinlich zu schwer wiegenden körperlichen, psychischen oder emotionalen Schäden führen würde und der Patient z.B. wahrscheinlich Selbstmord beginge, sollte die Diagnose auf eine zum Tode führende Krankheit hinweisen. Dieses Vorrecht wird häufig missbraucht, und Ärzte sollten sich seiner nur unter ganz besonderen Umständen bedienen. Sie sollten mit der Erwartung beginnen, dass alle Patienten mit den Tatsachen umgehen können und eine Nichtpreisgabe Fällen vorbehalten, in denen sie überzeugt sind, dass es mehr Schaden anrichten würde, die Wahrheit zu sagen, als sie nicht auszusprechen.

In einigen Kulturen ist die Auffassung weit verbreitet, dass die Informationspflicht des Arztes gegenüber dem Patienten nicht gilt, wenn die Diagnose auf eine Erkrankung im Endstadium lautet. Dabei herrscht der Eindruck vor, solche Informationen würden den Patienten in die Verzweiflung treiben und die verbleibenden Lebensstage elender werden lassen, als wenn eine Hoffnung auf Genesung bestünde. Überall auf der Welt ist es nicht ungewöhnlich, dass Angehörige von Patienten die Ärzte inständig bitten, den Patienten nicht zu sagen, dass sie im Sterben liegen. Ärzte müssen gegenüber kulturellen wie auch persönlichen Faktoren sensibel sein, wenn sie schlechte Nachrichten überbringen, insbesondere die eines bevorstehenden Todes. Dennoch wird das Recht des Patienten auf Einwilligung nach Aufklärung immer mehr akzeptiert, und der Arzt ist vor allem dazu verpflichtet, Patienten zur Wahrnehmung dieses Rechts zu verhelfen.

Entsprechend der zunehmenden Tendenz, die Gesundheitsversorgung als Verbraucherprodukt und die Patienten als Konsumenten zu betrachten, verlangen Patienten und ihre Angehörigen nicht selten Zugang zu medizinischen Leistungen, die nach wohlwogener Auffassung der Ärzte nicht angemessen sind. Beispiele für solche Leistungen reichen von Antibiotika bei Viruserkrankungen über Intensivpflege für hirntote Patienten bis hin zu viel versprechenden, aber noch nicht erprobten Arzneimitteln oder chirurgischen Eingriffen. Manche Patienten erheben „Anspruch“ auf jede medizinische Leistung, die für sie nach ihrem Eindruck von Vorteil sein kann und oft sind Ärzte nur allzu bereit, ihnen nachzugeben, selbst wenn sie überzeugt sind, dass die Leistung angesichts des Zustands des Patienten keinen medizinischen Nutzen zu erbringen vermag. Dieses Problem ist besonders in Situationen gravierend, in denen die Ressourcen begrenzt sind und die Bereitstellung

„unnützer“ oder „nicht vorteilhafter“ Behandlungen für einige Patienten bedeutet, dass andere Patienten unbehandelt bleiben.

Die Adjektive **unnützlich** und **nicht vorteilhaft** können wie folgt definiert werden. In manchen Situationen kann ein Arzt zu der Feststellung gelangen, dass eine Behandlung „medizinisch“ unnützlich oder nicht vorteilhaft ist, weil sie keine begründete Hoffnung auf Genesung oder Besserung bietet oder der Patient auf Dauer außer Stande ist, daraus irgendeinen Nutzen zu ziehen. In anderen Fällen lassen sich der Nutzen und der Vorteil einer Behandlung nur unter Bezugnahme auf das subjektive Urteil des Patienten über sein generelles Wohlergehen ermitteln. Im Allgemeinen sollte ein Patient einbezogen werden, um zu klären, ob die Behandlung in seinem Fall unnützlich ist. Unter außergewöhnlichen Umständen entsprechen solche Diskussionen möglicherweise nicht den wohlverstandenen Interessen des Patienten. Der Arzt ist nicht verpflichtet, einem Patienten eine unnütze oder nicht vorteilhafte Behandlung anzubieten.

„Der Arzt ist nicht verpflichtet, einem Patienten eine unnütze oder nicht vorteilhafte Behandlung anzubieten.“

Der Grundsatz der Einwilligung nach Aufklärung schließt das Recht des Patienten ein, aus den von dem Arzt vorgetragenen Optionen eine Auswahl zu treffen. Inwieweit Patienten und ihre Angehörigen einen Anspruch auf Leistungen haben, die nicht ärztlich empfohlen worden sind, wird zurzeit in der Ethik, im Recht und in der staatlichen Politik zu einer wichtigen Streitfrage. Bis die Regierungen, Krankenversicherer und/oder Berufsverbände in dieser Frage entschieden haben, muss der einzelne Arzt selbst entscheiden, ob er Wünschen nach unangemessenen Behandlungen nachgeben soll. Der Arzt sollte solche Wünsche ablehnen, wenn er davon überzeugt ist, dass die Behandlung mehr Schaden als Nutzen zur Folge haben würde. Er sollte auch einfach ablehnen können, wenn die Behandlung keinen Vorteil bringen dürfte, selbst wenn sie nicht schädlich ist, auch wenn die Möglichkeit eines Placeboeffekts nicht außer Acht gelassen werden sollte. Sind beschränkte Ressourcen ein Problem, sollte der für die Mittelzuweisung Verantwortliche von dem Arzt darauf hingewiesen werden.

Haben Patienten einen Anspruch auf ärztlich nicht empfohlene Leistungen?

ENTSCHEIDUNGEN ANSTELLE NICHT GESCHÄFTSFÄHIGER PATIENTEN

Viele Patienten sind nicht in der Lage, für sich selbst zu entscheiden. Beispiele sind kleine Kinder, Personen mit bestimmten psychiatrischen oder neurologischen Krankheitsbildern sowie Menschen, die vorübergehend bewusstlos oder komatös sind. An der Stelle dieser Patienten muss entweder der Arzt oder eine andere Person entscheiden. Ethische Fragen ergeben sich bei der Festlegung des geeigneten Stellvertreters sowie der Auswahl der Entscheidungskriterien für nicht geschäftsfähige Patienten.

Als der ärztliche Paternalismus noch weit verbreitet war, galt der Arzt als geeigneter Entscheider für nicht geschäftsfähige Patienten. Die Ärzte konnten sich mit Angehörigen über Behandlungsoptionen beraten, doch letztendlich hatten sie zu entscheiden. In vielen Ländern haben die Ärzte diese Befugnis allmählich verloren, da die Patienten Gelegenheit erhalten, ihre eigenen Entscheidungsstellvertreter zu benennen, die für sie tätig werden, wenn sie geschäftsunfähig werden. Darüber hinaus geben einige Staaten die entsprechenden Entscheidungsstellvertreter in absteigender Reihenfolge an (z.B. Ehemann oder Ehefrau, erwachsene Kinder, Geschwister usw.). In solchen Fällen treffen Ärzte nur dann Entscheidungen für Patienten, wenn der genannte Vertreter nicht aufzufinden ist, wie es in Notfällen häufig der Fall ist. Die **Deklaration von Lissabon zu den Rechten des Patienten** des Weltärztebundes beschreibt die Verpflichtung des Arztes in dieser Frage wie folgt:

Wenn der Patient bewusstlos oder aus anderen Gründen nicht in der Lage ist, seinem Willen Ausdruck zu geben, muss die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters nach fachgerechter Aufklärung eingeholt werden, falls dies rechtserheblich ist. Falls ein gesetzlicher Vertreter nicht erreichbar, ein medizinischer Eingriff aber dringend erforderlich ist, kann die Einwilligung des Patienten unterstellt werden, es sei denn, dass es aufgrund vorheriger, eindeutiger Erklärung oder Überzeugung des Patienten offensichtlich und ohne Zweifel ist, dass er seine Zustimmung zu einem Eingriff in dieser Situation verweigern würde.

Probleme treten auf, wenn Personen, die sich als die geeigneten Entscheidungsstellvertreter bezeichnen, z.B. verschiedene Familienangehörige, sich untereinander nicht einigen können oder, soweit sie sich einig sind, ihre Entscheidung nach Ansicht des Arztes nicht den wohlverstandenen Interessen des Patienten entspricht. Zuerst einmal kann der Arzt eine Helferfunktion übernehmen, doch kann die Meinungsverschiedenheit, wenn sie fortbesteht, auf andere Weise beseitigt werden, indem zum Beispiel das älteste Familienmitglied entscheidet oder abgestimmt wird. Bei einer schwer wiegenden Meinungsverschiedenheit zwischen dem Entscheidungsstellvertreter und dem Arzt bietet die **Deklaration von Lissabon zu den Rechten des Patienten** folgenden Rat: „Verbietet der gesetzliche Vertreter des Patienten oder eine von dem Patienten ermächtigte Person eine Behandlung, die nach Auffassung des Arztes im wohlverstandenen Interesse des Patienten liegt, sollte der Arzt diese Entscheidung bei der entsprechenden gesetzlichen oder sonstigen Institution anfechten.“

Die Grundsätze und Verfahren der Einwilligung nach Aufklärung, wie sie in dem vorangegangenen Kapitel erörtert wurden, gelten genauso für Stellvertreterentscheidungen wie für Patienten, die selbst

entscheiden. Die Ärzte haben die gleiche Pflicht, sämtliche Informationen bereitzustellen, die die Stellvertreter für ihre Entscheidungen benötigen. Dazu gehört die Erläuterung komplexer medizinischer Diagnosen, Prognosen und Behandlungsschemata in einfacher Sprache, wobei sicherzustellen ist, dass die Entscheider die Behandlungsoptionen mit ihren jeweiligen Vorteilen und Nachteilen verstehen und alle Fragen beantwortet werden müssen, die die Entscheider haben und jede von diesen getroffene Entscheidung verstanden und nach Möglichkeit in ihrer Begründung erfasst werden sollte.

Die für Behandlungsentscheidungen bei einem geschäftsunfähigen Patienten anzuwendenden Hauptkriterien sind seine Präferenzen, soweit diese bekannt sind. Die Präferenzen können in einer Patientenverfügung (*advance directive*) enthalten oder dem ernannten Entscheidungsstellvertreter, dem Arzt oder anderen Mitgliedern des Betreuungsteams mitgeteilt worden sein. Sind die Präferenzen eines nicht geschäftsfähigen Patienten unbekannt, sollten die Behandlungsentscheidungen auf den wohlverstandenen Interessen des Patienten beruhen, wobei folgende Punkte zu berücksichtigen sind: a) die Diagnose und Prognose des Patienten; b) die bekannten Wertvorstellungen des Patienten; c) Informationen seitens Personen, die für das Leben des Patienten von Bedeutung sind und die dazu beitragen könnten, seine wohlverstandenen Interessen zu ermitteln sowie d) Aspekte der Kultur und der Religion des Patienten, die eine Therapieentscheidung beeinflussen würden. Dieser Ansatz ist weniger sicher als das Vorgehen in dem Fall, in dem der Patient ausdrückliche Handlungsanweisungen hinterlassen hat, versetzt den Entscheidungsstellvertreter aber in die Lage, im Lichte anderer von dem Patienten getroffener Entscheidungen und seiner allgemeinen Einstellung zum Leben darauf zu schließen, wie er sich in der vorliegenden Situation entscheiden würde.

Die Fähigkeit, medizinische Entscheidungen zu treffen, kann schwer zu beurteilen sein, gerade auch bei jungen Menschen und Personen, deren Urteilskraft durch eine akute oder chronische Krankheit beeinträchtigt ist. Jemand kann in der Lage sein, Entscheidungen über bestimmte Lebensaspekte zu treffen, über andere jedoch nicht. Außerdem kann diese Fähigkeit intermittierend sein – jemand kann zu bestimmten Tageszeiten luzid und gut orientiert sein, zu anderen gar nicht. Auch wenn solche Patienten rechtlich nicht geschäftsfähig sein mögen, sollten ihre Präferenzen berücksichtigt werden, wenn für sie entschieden wird. Die Deklaration von Lissabon zu den Rechten des Patienten beschreibt den Sachverhalt wie folgt: „Ist ein Patient minderjährig oder auf andere Weise gesetzlich nicht geschäftsfähig, ist die Einwilligung eines gesetzlichen Vertreters erforderlich, soweit das Gesetz sie verlangt. Dennoch muss der Patient bis zum Äußersten seiner Fähigkeit in den Entscheidungsprozess eingebunden werden.“

„... muss der Patient bis zum Äußersten seiner Fähigkeit in den Entscheidungsprozess eingebunden werden.“

Nicht selten sind Patienten wegen der Beschwerden und der Ablenkung aufgrund ihrer Krankheit nicht in der Lage, über verschiedene Behandlungsoptionen eine überlegte, gut durchdachte Entscheidung zu treffen. Sie können aber immer noch in der Lage sein, ihre Ablehnung eines bestimmten Eingriffs,

z.B. einer intravenösen Ernährung, deutlich zu machen. In solchen Fällen sollte diese Ablehnung sehr ernst genommen werden, auch wenn sie vor dem Hintergrund der Gesamtziele des Behandlungsplans der Patienten zu betrachten ist.

Patienten, die an psychiatrischen oder neurologischen Störungen leiden und bei denen vermutet wird, dass sie für sich selbst und für andere eine Gefahr bedeuten, werfen besonders schwierige ethische Fragen auf. Es ist wichtig, ihre Menschenrechte, insbesondere ihr Recht auf Freiheit, in dem größtmöglichen Maß zu achten. Dennoch müssen sie unter Umständen gefesselt und/oder gegen ihren Willen behandelt werden, um zu verhindern, dass sie sich selbst oder anderen Schaden zufügen. Hier lässt sich zwischen unfreiwilliger Fesselung und unfreiwilliger Behandlung unterscheiden. Einige Patientenverfechter verteidigen das Recht dieser Personen, auch dann eine Behandlung zu verweigern, wenn sie infolge dessen gefesselt werden müssen. Ein berechtigter Grund für die Ablehnung einer Behandlung könnte eine schmerzliche Erfahrung mit früheren Behandlungen sein, z.B. den schweren Nebenwirkungen psychotroper Substanzen. Wenn Ärzte anstelle solcher Patienten entscheiden, sollten sie sich vergewissern, dass die Patienten für andere oder sich selbst tatsächlich eine Bedrohung darstellen und nicht nur lästig fallen. Sie sollten versuchen, die Behandlungspräferenzen der Patienten und die Gründe dafür zu ermitteln, auch wenn diesen Präferenzen letztlich nicht entsprochen werden kann.

VERTRAULICHKEIT

Die Pflicht des Arztes, Patienteninformationen vertraulich zu behandeln, stellt seit Hippokrates' Zeiten einen Eckstein der ärztlichen Ethik dar. Im Hippokratischen Eid heißt es: „Was ich auch immer bei der Behandlung oder auch unabhängig von der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre, werde ich, soweit es niemals nach außen verbreitet werden darf, verschweigen, in der Überzeugung, dass derartige Dinge unaussprechbar sind.“ Der Eid und einige seiner neueren Fassungen erlauben keine Ausnahme von dieser Pflicht zur Verschwiegenheit. So verlangt der **Internationale Kodex für ärztliche Ethik** des Weltärztebundes: „Ein Arzt hat über alles, was er über seinen Patienten weiß, selbst nach dessen Tod absolutes Stillschweigen zu bewahren.“ In anderen Kodizes wird dieser Absolutheitsanspruch an die Verschwiegenheit dagegen verworfen. Die Möglichkeit, dass ein Bruch der Vertraulichkeit bisweilen gerechtfertigt sein kann, erfordert eine Klärung des Begriffs der Verschwiegenheit selbst.

„Ein Arzt hat über alles, was er über seinen Patienten weiß, selbst nach dessen Tod absolutes Stillschweigen zu bewahren.“

Der hohe Stellenwert, der der ärztlichen Schweigepflicht beigemessen wird, ergibt sich aus drei Quellen: Eigenständigkeit (Autonomie), Achtung vor anderen Menschen und Vertrauen. Eigen-

ständigkeit hängt mit Verschwiegenheit insofern zusammen, als persönliche Informationen über jemanden dieser Person gehören und ohne ihre Zustimmung niemand anderem zur Kenntnis gebracht werden dürfen. Offenbart jemand persönliche Informationen anderen, z.B. einem Arzt oder einem Pfleger oder kommen bei einer ärztlichen Untersuchung Erkenntnisse zu Tage, sind die davon Kenntnis habenden Personen verpflichtet, sie vertraulich zu behandeln, es sei denn der Betroffene erteilt seine Zustimmung zu ihrer Offenlegung.

Verschwiegenheit ist auch deshalb von Bedeutung, weil Menschen Respekt verdienen. Eine wichtige Möglichkeit, ihnen mit Achtung zu begegnen, ist die Wahrung ihrer Privatsphäre. In medizinischen Situationen wird diese Privatsphäre oft stark beansprucht, was jedoch umso mehr dafür spricht, ein weiteres unnötiges Eindringen in das Privatleben eines Menschen zu verhindern. Da der Wunsch nach dem Schutz der Privatsphäre unterschiedlich stark ausgeprägt ist, können wir nicht davon ausgehen, dass jeder genau wie wir behandelt werden möchte. Es muss sorgfältig geklärt werden, welche persönlichen Informationen ein Patient vertraulich behandelt sehen möchte und welche er anderen offen zu legen bereit ist.

Vertrauen ist ein Kernbestandteil der Arzt-Patienten-Beziehung. Um ärztlich versorgt werden zu können, müssen die Patienten Ärzten und anderen – ihnen möglicherweise völlig unbekannt – Personen private Informationen offenbaren, die niemand sonst kennen soll. Sie müssen gute Gründe für die Annahme haben, dass ihre Betreuer diese Informationen nicht preisgeben werden. Die Vertrauensgrundlage sind hierbei die ethischen und gesetzlichen Standards für die Schweigepflicht, die einzuhalten von Heilberuflern erwartet wird. Wenn Patienten nicht davon ausgehen können, dass ihre Aussagen vertraulich behandelt werden, geben sie persönliche Informationen unter Umständen nicht preis. Das kann den Bemühungen des Arztes um eine effektive Therapie oder die Erreichung bestimmter Ziele des Gesundheitswesens entgegenstehen.

Die Deklaration von Lissabon zu den Rechten des Patienten des Weltärztebundes fasst den Anspruch des Patienten auf Vertraulichkeit wie folgt zusammen:

- Alle identifizierbaren, d.h. zurechenbaren Informationen über den Gesundheitszustand, das Krankheitsbild, die Diagnose, die Prognose und die Therapie eines Patienten sowie alle übrigen Informationen persönlicher Art sind selbst nach dessen Tod vertraulich zu behandeln. In Ausnahmefällen können Angehörige des Patienten Anspruch auf Zugang zu Informationen haben, die ihnen Risiken für ihre eigene Gesundheit zur Kenntnis bringen.
- Vertrauliche Informationen dürfen nur offen gelegt werden, wenn der Patient eindeutig darin einwilligt oder dies ausdrücklich gesetzlich vorgesehen ist. Informationen dürfen Vertretern anderer Gesundheitsberufe außer bei Vorliegen einer eindeutigen Einwilligung des Patienten nur streng nach dem „need-to-know“-Prinzip zur Kenntnis gebracht werden.

- Alle identifizierbaren Patientendaten sind zu schützen. Der Schutz der Daten muss der Art ihrer Speicherung entsprechen. Auch menschliche Substanzen, aus denen sich identifizierbare Daten ableiten lassen, sind zu schützen.

Wie in der Weltärztebund-Erklärung dargelegt, gelten für das Erfordernis, die Vertraulichkeit zu wahren, Ausnahmen. Einige von ihnen sind vergleichsweise unproblematisch, während andere für Ärzte sehr schwierige ethische Fragen aufwerfen.

Routinemäßige Verstöße gegen die Schweigepflicht kommen in den meisten Gesundheitseinrichtungen häufig vor. Viele Personen – Ärzte, Pfleger, Labortechniker, Studierende usw. – müssen auf Krankenakten eines Patienten zugreifen können, um diesen sachgerecht versorgen zu können und im Falle der Studierenden, um die Ausübung des Arztberufs zu erlernen. Sprechen die Patienten eine andere Sprache als ihre Betreuer, müssen zur Erleichterung der Kommunikation Dolmetscher hinzugezogen werden. Bei Patienten, die nicht zu eigenen medizinischen Entscheidungen in der Lage sind, müssen anderen Personen über sie Informationen gegeben werden, um für sie zu entscheiden und sie zu versorgen. Die Ärzte informieren die Angehörigen eines Verstorbenen routinemäßig über die Todesursache. Diese Verstöße gegen die Schweigepflicht sind gewöhnlich gerechtfertigt, sollten aber auf ein Minimum beschränkt bleiben und wer Zugang zu vertraulichen Informationen erhält, sollte auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, diese im Interesse des Patienten nicht weiter zu verbreiten, als zum Nutzen des Patienten nötig ist. Nach Möglichkeit sollten die Patienten darüber informiert werden, dass solche Verstöße vorkommen.

Ein weiterer allgemein akzeptierter Grund für den Bruch der Schweigepflicht ist die Erfüllung der gesetzlichen Auflagen. So gelten vor vielen Gerichten Vorschriften für die obligatorische Meldung von Patienten, die an bestimmten Krankheiten leiden, nicht zur Führung von Kraftfahrzeugen geeignet erscheinen oder unter dem Verdacht des Kindesmissbrauchs stehen. Die Ärzte sollten sich über die gesetzlichen Anforderungen an die Freigabe von Patienteninformationen an ihrem Arbeitsort im Klaren sein. Die gesetzlichen Anforderungen können jedoch mit der Achtung der Menschenrechte, die der ärztlichen Ethik zugrunde liegt, in Konflikt geraten. Ärzte sollten deshalb jede gesetzliche Forderung nach einem Bruch der Schweigepflicht kritisch betrachten und sich, bevor sie darauf eingehen, vergewissern, dass dies gerechtfertigt ist.

„Ärzte sollten deshalb jede gesetzliche Forderung nach einem Bruch der Schweigepflicht kritisch betrachten und sich, bevor sie darauf eingehen, vergewissern, dass dies gerechtfertigt ist.“

Sind Ärzte davon überzeugt, den gesetzlichen Anforderungen zur Freigabe medizinischer Informationen über ihre Patienten entsprechen zu sollen, ist es wünschenswert, dass sie mit den Patienten über die Notwendigkeit einer solchen Offenlegung sprechen, bevor es dazu kommt und sich ihrer Mitwirkung vergewissern. So ist es vorzuziehen, dass ein unter dem Verdacht des Kindes-

missbrauchs stehender Patient die Kinderschutzeinrichtungen in Gegenwart des Arztes anruft, um sich selbst anzuzeigen oder dass der Arzt seine Einwilligung erhält, bevor die Behörden benachrichtigt werden. Mit diesem Vorgehen wird der Weg für spätere Schritte vorbereitet. Ist diese Mitarbeit nicht gegeben und hat der Arzt Grund zu der Annahme, dass jede Verzögerung der Meldung eine schwer wiegende Schädigung eines Kindes zur Folge haben kann, sollte er die Kinderschutzeinrichtungen unverzüglich in Kenntnis setzen und anschließend den Patienten davon unterrichten, dass er dies getan hat.

Neben diesen gesetzlich vorgeschriebenen Verstößen gegen die Schweigepflicht kann für Ärzte die ethische Pflicht bestehen, anderen Personen, die Gefahr laufen, durch den Patienten geschädigt zu werden, vertrauliche Informationen mitzuteilen. Zwei Situationen, in denen dies geschehen kann, sind der Fall, in dem ein Patient einem Psychiater mitteilt, er gedenke jemand anderem Schaden zuzufügen sowie der Fall, in dem ein Arzt davon überzeugt ist, dass ein HIV-positiver Patient weiterhin mit seiner Ehefrau oder anderen Partner(inne)n ungeschützten Geschlechtsverkehr zu haben gedenkt.

Eine Voraussetzung für den Bruch der Schweigepflicht, wo dies gesetzlich nicht vorgeschrieben ist, besteht darin, dass der zu erwartende Schaden unmittelbar bevorstehend, schwer wiegend (und irreversibel), außer durch nicht erlaubte Offenlegung nicht vermeidbar und größer als der Schaden sein dürfte, der sich bei einer Offenlegung ergeben würde. Bei der Ermittlung der Verhältnismäßigkeit der jeweils zu erwartenden Schädigungen hat der Arzt zu bewerten und zu vergleichen, wie schwer wiegend die Schäden sein dürften und wie wahrscheinlich ihr Auftreten ist. Im Zweifelsfall wäre es dem Arzt anzuraten, sich von einer fachkundigen Person beraten zu lassen.

Ist ein Arzt zu dem Schluss gelangt, dass die Meldeverpflichtung eine nicht erlaubte Offenlegung rechtfertigt, sind zwei weitere Entscheidungen zu treffen. Mit wem soll der Arzt sprechen? Wie viel ist mitzuteilen? Ganz allgemein sollte die Offenlegung nur die Informationen umfassen, die erforderlich sind, um den zu erwartenden Schaden zu verhindern und sollte sich nur an diejenigen richten, die die Informationen benötigen, um den Schaden abzuwenden. Es sollten angemessene Schritte eingeleitet werden, um den Schaden und die Belastung des Patienten zu minimieren, die sich aus der Offenlegung ergeben können. Es wird empfohlen, dass der Arzt den Patienten davon unterrichtet, dass die Schweigepflicht zu seinem eigenen Schutz und zu dem eines möglichen Opfers gebrochen werden könnte. Die Mitarbeit des Patienten sollte nach Möglichkeit angestrebt werden.

Bei einem HIV-positiven Patienten ist die Offenlegung gegenüber einem Ehepartner oder einem gegenwärtigen Sexualpartner nicht unbedingt unethisch und kann sogar gerechtfertigt sein, wenn der Patient nicht willens ist, die gefährdete(n) Person(en) zu informieren. Eine solche Offenlegung setzt voraus, dass alle nachstehenden Bedingungen erfüllt sind: Für den Partner besteht das Risiko einer HIV-Infektion, und er hat keine andere angemessene Möglichkeit, von diesem Risiko Kenntnis zu erhalten; der Patient hat es abgelehnt, seinen Sexualpartner zu informieren; der Patient hat ein

Angebot des Arztes, dies für den Patienten zu übernehmen, abgelehnt, und der Arzt hat dem Patienten seine Absicht mitgeteilt, die Informationen an dessen Partner weiterzuleiten.

Die ärztliche Versorgung mutmaßlicher oder rechtskräftig verurteilter Straftäter bringt im Hinblick auf die Schweigepflicht besondere Schwierigkeiten mit sich. Obwohl die Unabhängigkeit der Ärzte, die Häftlinge versorgen, begrenzt ist, sollten Sie diese Patienten nach besten Kräften genauso behandeln, wie Sie dies bei anderen Patienten tun würden. Vor allem sollten Sie die Vertraulichkeit wahren, indem sie den Strafvollzugsbehörden ohne vorherige Einwilligung des Patienten keine Einzelheiten über dessen Gesundheitszustand offen legen.

FRAGEN ZUM ANFANG DES LEBENS

Viele der bedeutsamsten Fragen in der ärztlichen Ethik hängen mit dem Anfang des menschlichen Lebens zusammen. In dem begrenzten Rahmen dieses Handbuchs lassen sich diese Fragen nicht im Einzelnen abhandeln, doch lohnt es sich, sie aufzuführen, damit sie ihrem Wesen nach als ethische Probleme erkannt und entsprechend angegangen werden. Jede von ihnen ist von Ärzteverbänden, Ethikern und staatlichen Beiräten eingehend untersucht worden, und in vielen Staaten werden sie in Gesetzen, Verordnungen und politischen Vorgaben behandelt.

- **EMPFÄNGNISVERHÜTUNG** – Auch wenn das Recht der Frau, ihre Fruchtbarkeit zu regeln und unerwünschte Schwangerschaften zu verhüten, international zunehmend anerkannt wird, haben die Ärzte sich immer noch mit schwierigen Fragen wie der Bitte von Minderjährigen um Kontrazeptiva und der Erläuterung der Risiken verschiedener Methoden der Empfängnisverhütung auseinanderzusetzen.
- **ASSISTIERTER REPRODUKTION** – Paaren (und Einzelpersonen), die nicht natürlich empfangen können, stehen in großen medizinischen Zentren verschiedene Techniken der assistierten Reproduktion zur Verfügung, wie z.B. künstliche Befruchtung, In-vitro-Fertilisation und Embryonentransfer. *Leihmutter* oder *Ersatzmutter* ist eine weitere Alternative. Keine dieser Techniken ist unproblematisch, weder im Einzelfall noch im Rahmen einer öffentlichen Politik.
- **PRÄNATALE GENDIAGNOSTIK** – Heute stehen Gentests zur Verfügung, um zu klären, ob ein Embryo oder Fötus bestimmte genetische Anomalien aufweist und ob er männlich oder weiblich ist. Je nach dem Ergebnis kann dann entschieden werden, ob die Schwangerschaft fortbestehen soll oder nicht. Ärzte haben festzulegen, wann solche Tests angeboten werden sollen und wie die Ergebnisse den Patientinnen zu erläutern sind.
- **SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH** – Hierbei handelt es sich seit langem um eine der umstrittensten Fragen der ärztlichen Ethik, und zwar sowohl für die Ärzteschaft als auch für die Behörden. Die **Erklärung** des Weltärztebundes **zum therapeutischen Schwangerschaftsabbruch** trägt diesen unterschiedlichen Meinungen und Überzeugungen Rechnung und gelangt zu dem Schluss: „Dies ist eine Frage der Überzeugung und des Gewissens des Einzelnen, die respektiert werden muss.“

- **SEHR KLEINE FRÜHGEBORENE** – Wegen extremer Frühgeburtlichkeit oder angeborener Anomalien haben manche Neugeborenen eine sehr schlechte Überlebensprognose. Oft sind schwierige Entscheidungen darüber zu treffen, ob versucht werden soll, ihr Leben zu verlängern oder ob man sie sterben lassen soll.
- **FORSCHUNGSFRAGEN** – Dazu gehören die Erzeugung neuer Embryonen oder die Nutzung „überzähliger“ Embryonen (die nicht für Reproduktionszwecke gewünscht werden), um Stammzellen für potenzielle therapeutische Anwendungen zu gewinnen, neue Techniken der assistierten Reproduktion zu erproben und Experimente an Feten durchzuführen.

FRAGEN ZUM ENDE DES LEBENS

Fragen zum Ende des Lebens reichen von Versuchen, das Leben sterbender Patienten durch ausgesprochen experimentelle Technologien – wie die Implantation tierischer Organe – zu verlängern bis hin zu Bemühungen, das Leben durch Sterbehilfe und medizinisch assistierten Suizid vorzeitig zu beenden. Zwischen diesen Extremen liegen zahlreiche Fragen zur Einleitung oder Beendigung potenziell lebensverlängernder Behandlungen, zur Versorgung von Kranken im Endstadium und zur Ratsamkeit und Verwendung von Patientenverfügungen.

Zwei Fragen verdienen hierbei besondere Beachtung: die Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid.

- Unter **STERBEHILFE** ist die wissentliche und vorsätzliche Vornahme einer Handlung zu verstehen, die eindeutig dazu bestimmt ist, das Leben eines anderen Menschen zu beenden, wozu folgende Elemente gehören: Der Betreffende ist ein geschäftsfähiger, informierter Mensch mit einer unheilbaren Krankheit, der aus eigenen Stücken darum gebeten hat, sein Leben zu beenden. Der Beauftragte weiß um den Zustand und den Todeswunsch dieser Person und nimmt die Handlung in der vorrangigen Absicht vor, das Leben der Person zu beenden. Die Handlung erfolgt aus Mitgefühl und ohne persönliches Gewinnstreben.
- **BEIHILFE ZUM SUIZID** bedeutet die wissentliche und vorsätzliche Versorgung einer Person mit dem Wissen oder den Mitteln oder beidem, die erforderlich sind, um sich das Leben zu nehmen, einschließlich einer Beratung über tödliche Dosen von Arzneimitteln, die Verschreibung solcher tödlicher Dosen oder deren Bereitstellung.

Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid werden oft als moralisch gleichwertig betrachtet, obwohl es eine klare praktische Unterscheidung – in manchen Rechtsbereichen auch eine rechtliche Unterscheidung – zwischen ihnen gibt.

Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid sind diesen Definitionen zufolge von der Entziehung oder Absetzung einer unangemessenen, unnötigen oder unerwünschten ärztlichen Behandlung oder der Erbringung einer aus Mitleid erfolgenden Palliativversorgung zu unterscheiden, auch wenn diese Praktiken das Leben verkürzen.

Bitten um Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid kommen infolge von Schmerzen oder Leiden zustande, die von dem Patienten als unerträglich betrachtet werden. Die Patienten wollen eher sterben, als unter

solchen Umständen weiterleben zu müssen. Darüber hinaus sind viele Patienten der Auffassung, dass sie das Recht haben zu sterben, wenn sie so beschließen, ja sogar ein Anrecht auf Beihilfe zum Suizid haben. Die Ärzte werden als am besten geeignete Werkzeuge des Todes betrachtet, da sie über das medizinische Wissen verfügen und Zugang zu geeigneten Arzneimitteln haben, mit denen ein schneller und schmerzloser Tod erreicht werden kann.

Die Ärzte zögern verständlicherweise, Bitten um Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid nachzukommen, da diese Handlungen in den meisten Staaten gesetzwidrig und nach den meisten ärztlichen Ethikkodizes verboten sind. Dieses Verbot war Teil des Hippokratischen Eides und wird von dem Weltärztebund in ihrer **Deklaration zur Euthanasie (Sterbehilfe)** mit Nachdruck unterstrichen:

Euthanasie (Sterbehilfe), d.h. die absichtliche Herbeiführung des Todes eines Patienten, selbst auf dessen Wunsch oder auf Wunsch naher Angehöriger, ist unethisch. Der Arzt sollte jedoch das Verlangen eines Patienten nach einem natürlichen Sterben im Endstadium einer tödlichen Krankheit respektieren.

Die Ablehnung der Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid bedeutet nicht, dass Ärzte für einen Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium, bei der kurative Maßnahmen nicht angemessen sind, nichts tun können. In den letzten Jahren sind in der Palliativversorgung zur Linderung von Schmerzen und Leiden und zur Verbesserung der Lebensqualität große Fortschritte erzielt worden. Eine Palliativtherapie kann bei Patienten jeden Alters angemessen sein – von einem krebskranken Kind bis zu einem alten Menschen kurz vor dem Tode. Ein Aspekt der Palliativversorgung, der bei allen Patienten größere Beachtung verdient, ist die Schmerztherapie. Alle Ärzte, die sich um sterbende Patienten kümmern, sollten dafür Sorge tragen, dass sie auf diesem Gebiet ausreichend qualifiziert sind und bei Bedarf Zugang zu erfahrenen Beratern in Form von Spezialisten für Palliativversorgung haben. Vor allem sollten Ärzte sterbende Patienten nicht einfach aufgeben, sondern weiterhin eine mitfühlende Betreuung gewährleisten, auch wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist.

„...Ärzte (sollten) sterbende Patienten nicht einfach aufgeben, sondern weiterhin eine mitfühlende Betreuung gewährleisten, auch wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist.“

Das Herannahen des Todes bringt für Patienten, Entscheidungsstellvertreter und Ärzte viele weitere ethische Herausforderungen mit sich. Die Möglichkeit der Lebensverlängerung durch Rückgriff auf Arzneimittel, Wiederbelebungsmaßnahmen, radiologische Verrichtungen und Intensivmedizin verlangt Entscheidungen darüber, wann die Behandlungen eingeleitet werden sollen und wann sie einzustellen sind, wenn sie nicht anschlagen.

Wie oben schon in Verbindung mit den Themen Kommunikation und Einwilligung erörtert haben geschäftsfähige Patienten das Recht, jede ärztliche Behandlung abzulehnen, selbst wenn diese

Ablehnung zu ihrem Tode führt. Die Menschen haben sehr unterschiedliche Einstellungen zum Sterben. Einige tun alles Erdenkliche, um ihr Leben zu verlängern, wie viel Schmerzen und Leiden damit auch verbunden sind, während andere den Tod so herbeisehnen, dass sie sogar einfache Maßnahmen ablehnen, die sie am Leben erhalten dürften, wie z.B. Antibiotika bei einer bakteriellen Pneumonie. Haben Ärzte alles unternommen, um Patienten über die verfügbaren Therapien und deren Erfolgswahrscheinlichkeit zu unterrichten, müssen sie die Entscheidungen der Patienten über die Einleitung oder Fortsetzung der jeweiligen Behandlung respektieren.

Entscheidungen in Bezug auf im Sterben liegende nicht geschäftsfähige Patienten bringen größere Schwierigkeiten mit sich. Haben die Patienten ihren Willen schon zuvor klar zum Ausdruck gebracht, beispielsweise in einer Patientenverfügung, fällt die Entscheidung leichter, auch wenn solche Verfügungen oft sehr vage sind und im Hinblick auf den derzeitigen Zustand des Patienten interpretiert werden müssen. Haben Patienten ihren Willen nicht in angemessener Form deutlich gemacht, muss der entsprechende Entscheidungsstellvertreter ein anderes Kriterium für Behandlungsentscheidungen heranziehen, und zwar das wohlverstandene Interesse des Patienten.

ZURÜCK ZUR FALLSTUDIE

Der in diesem Kapitel vorgestellten Analyse des Arzt-Patienten-Verhältnisses zufolge war Dr. P.s Verhalten in mehrfacher Hinsicht unzulänglich: 1. KOMMUNIKATION – Er unternahm keinen Versuch, sich mit der Patientin über die Ursache ihres Zustands, Behandlungsoptionen oder ihre Möglichkeit, sich zu ihrer Genesung einen Krankenhausaufenthalt zu leisten, zu unterhalten. 2. EINWILLIGUNG – Er holte nicht nach entsprechender Aufklärung ihre Einwilligung in die Behandlung ein. 3. MITGEFÜHL – Sein Umgang mit ihr offenbarte wenig Mitgefühl für ihre Notlage. Seine Arbeit als Chirurg war möglicherweise sehr sachkundig, und vielleicht war er am Ende einer langen Schicht müde, doch das kann die Ethikverstöße nicht entschuldigen.

KAPITEL III – ÄRZTE UND GESELLSCHAFT

(Abb.)

AIDS ins Gesicht schauen

© Gideon Mendel/CORBIS

ZIELSETZUNGEN

Wenn Sie dieses Kapitel durchgearbeitet haben, sollten Sie in der Lage sein,

- Konflikte zwischen den Verpflichtungen des Arztes gegenüber seinen Patienten und der Gesellschaft zu erkennen und die Gründe für diese Konflikte zu benennen;
- die ethischen Fragen in Verbindung mit der Zuteilung knapper medizinischer Ressourcen zu erkennen und mit ihnen umzugehen;
- die Verantwortung des Arztes für die öffentliche und die globale Gesundheit zu erkennen.

FALLSTUDIE NR. 2

Dr. S. ist zunehmend der Patienten überdrüssig, die zu ihr kommen, bevor oder nachdem sie wegen derselben Krankheit einen anderen Heilberufler aufsuchen oder aufgesucht haben. Sie sieht darin eine Vergeudung von Gesundheitsressourcen sowie eine dem Wohl der Patienten abträgliche Entwicklung. Sie beschließt, diesen Patienten zu sagen, sie werde sie nicht weiter behandeln, wenn sie wegen derselben Krankheit andere Ärzte aufsuchten. Sie gedenkt, ihre Ärztekammer anzusprechen, um bei staatlichen Stellen darauf zu dringen, diese Form der Fehlverwendung von Gesundheitsressourcen zu verhindern.

WAS IST DAS BESONDERE AN DER BEZIEHUNG ZWISCHEN ARZT UND GESELLSCHAFT?

Medizin ist ein Beruf. Der Begriff „Beruf“ hat zwei verschiedene, wenn auch eng miteinander verwandte Bedeutungen: 1. eine Tätigkeit, die durch den Einsatz für das Wohlergehen anderer, hohe moralische Standards, einen Bestand an Wissen und Fähigkeiten und ein hohes Maß an Eigenständigkeit gekennzeichnet ist und 2. als „Berufsstand“ alle Personen, die diese Tätigkeit ausüben. Mit dem englischen Begriff „*medical profession*“ kann entweder die Ausübung der Medizin oder die Ärzteschaft gemeint sein.

Bei ärztlicher Professionalität geht es nicht nur um die Beziehung zwischen einem Arzt und einem Patienten, wie sie in Kapitel 2 erörtert wird, sowie Beziehungen zu Kollegen und anderen Heilberuflern, die in Kapitel 4 behandelt werden. Auch die Beziehung zur Gesellschaft spielt eine Rolle. Diese Beziehung lässt sich als „Gesellschaftsvertrag“ kennzeichnen, aufgrund dessen die Gesellschaft dem Berufsstand Vorrechte gewährt, darunter die ausschließliche oder weit gehende Verantwortung für die Erbringung bestimmter Dienstleistungen und ein hoher Grad der Selbstregulierung, während der Berufsstand andererseits damit einverstanden ist, diese Vorrechte in erster Linie zum Nutzen anderer und nur nachrangig zum eigenen Vorteil in Anspruch zu nehmen.

Mehr als je zuvor ist die Medizin heute eine gesellschaftliche und nicht mehr eine rein individuelle Tätigkeit. Sie wird im Rahmen einer vom Staat und von Wirtschaftsunternehmen bereitgestellten Organisations- und Finanzierungsstruktur ausgeübt. Sie ist im Hinblick auf ihre Wissensgrundlagen und ihre Therapien auf die öffentliche und die privatwirtschaftliche medizinische Forschung und Produktentwicklung angewiesen. Sie bedarf für viele ihrer Verrichtungen komplexer Gesundheitseinrichtungen. Sie behandelt Krankheiten und Beschwerden, die ihrem Ursprung nach ebenso gesellschaftlicher wie biologischer Art sind.

„Mehr als je zuvor ist die Medizin heute eine gesellschaftliche und nicht mehr eine rein individuelle Tätigkeit.“

Die hippokratische Tradition der ärztlichen Ethik vermag bei der Beziehung zur Gesellschaft kaum eine Hilfestellung zu bieten. Als Ergänzung zu dieser Tradition beschäftigt sich die heutige ärztliche Ethik mit Fragen, die jenseits der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung auftreten und stellt Kriterien und Abläufe für den Umgang mit diesen Themen bereit.

Die Erwähnung des „gesellschaftlichen“ Charakters der Medizin wirft sofort die Frage auf: Was ist die Gesellschaft? In diesem Handbuch bezieht sich dieser Begriff auf eine Gemeinschaft oder eine Nation. Er ist nicht gleichbedeutend mit der jeweiligen Regierung. Regierungen sollen – auch wenn sie dies oft nicht tun – die Interessen der Gesellschaft vertreten, doch selbst wenn sie so handeln, werden sie **für** die Gesellschaft, nicht **als** Gesellschaft tätig.

Ärzte unterhalten unterschiedliche Beziehungen zur Gesellschaft. Da die Gesellschaft und ihr physisches Umfeld für die Gesundheit der Patienten wichtige Faktoren darstellen, haben die Ärzteschaft allgemein wie auch einzelne Ärzte bedeutsame Aufgaben zu übernehmen: im Bereich der Volksgesundheit, der Gesundheitserziehung, des Umweltschutzes, bei auf die Gesundheit und das Wohlergehen der Gemeinschaft einwirkenden Gesetzen und der Abgabe von Gutachten vor Gericht. So heißt es in der **Deklaration von Lissabon zu den Rechten des Patienten** des Weltärztebundes: „Wann immer die Gesetzgebung, staatliches Handeln oder irgendeine andere Verwaltungsstelle oder Institution Patienten (ihre) Rechte verweigert, sollten Ärzte sich mit geeigneten Mitteln für deren Sicherung oder Wiederherstellung einsetzen.“ Ebenso sind Ärzte aufgerufen, bei der Zuteilung der knappen Mittel im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle zu übernehmen und bisweilen haben sie die Pflicht, Patienten den Zugang zu Dienstleistungen zu verwehren, auf die diese keinen Anspruch haben. Bei der Wahrnehmung dieser Verantwortung kann es zu ethischen Konflikten kommen, insbesondere wenn die Interessen der Gesellschaft denen einzelner Patienten entgegensetzen scheinen.

LOYALITÄTSKONFLIKT

Tragen Ärzte Verantwortung und sind sie ebenso ihren Patienten wie einer dritten Seite rechenschaftspflichtig, wobei sich diese Verantwortung und diese Rechenschaftspflicht nicht vereinbaren lassen, so stehen sie in einem „Loyalitätskonflikt“ („doppelte Loyalität“). Zu den Dritten, die vom Arzt Loyalität einfordern, gehören Regierungsstellen, Arbeitgeber (z.B. Krankenhäuser und Managed Care-Krankenversicherungspläne), Versicherer, Militärangehörige, Polizisten, Strafvollzugsbedienstete und Familienmitglieder. Zwar heißt es in dem **Internationalen Kodex für ärztliche Ethik** des Weltärztebundes: „Ein Arzt schuldet seinen Patienten uneingeschränkte Loyalität.“ Es wird jedoch allgemein akzeptiert, dass Ärzte unter außergewöhnlichen Bedingungen die Interessen anderer über die des Patienten stellen müssen. Die ethische Herausforderung liegt in der Klärung der Frage, wann und wie der Patient angesichts des Drucks von dritter Seite zu schützen ist.

„...Ärzte (müssen) unter außergewöhnlichen Bedingungen die Interessen anderer über die des Patienten stellen...“

Loyalitätskonflikte weisen ein breites Spektrum auf und reichen von Fällen, in denen die Interessen der Gesellschaft den Vorrang haben sollten, bis zu solchen, in denen die Interessen des Patienten eindeutig im Vordergrund stehen. Dazwischen erstreckt sich eine breite Grauzone, in der richtiges Handeln ein hohes Maß an Urteilskraft verlangt.

An dem einen Ende des Spektrums steht die vorgeschriebene Meldung von Patienten, die an bestimmten Krankheiten leiden, nicht für zur Führung eines Kraftfahrzeugs fähig erachtet werden oder unter dem Verdacht des Kindesmissbrauchs stehen. Ärzte sollten diesen Anforderungen unverzüglich nachkommen, auch wenn die Patienten davon in Kenntnis gesetzt werden sollten, dass eine Meldung erfolgt.

Am anderen Ende des Spektrums stehen Wünsche oder Anweisungen seitens der Polizei oder des Militärs, sich an Praktiken zu beteiligen, die grundlegende Menschenrechte verletzen, wie z.B. Folter. In ihrer **Entscheidung über die Verantwortung von Ärzten bei der Verurteilung von Folterakten oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlungen, die ihnen zur Kenntnis gelangt sind** (2003) gibt der Weltärztebund Ärzten, die sich in einer solchen Lage befinden, eine gezielte Hilfestellung. Vor allem sollten Ärzte ihre berufliche Unabhängigkeit wahren, um die wohlverstandenen Interessen des Patienten zu ermitteln und nach Möglichkeit die normalen ethischen Anforderungen der Einwilligung nach Aufklärung und der Vertraulichkeit beachten. Jeder Verstoß gegen diese Erfordernisse ist zu begründen und dem Patienten zu erläutern. Ärzte sollten den zuständigen Behörden jeden ungerechtfertigten Eingriff in die Versorgung ihrer Patienten melden, insbesondere bei einer Verweigerung grundlegender Menschenrechte. Reagieren die Behörden nicht, können unter Umständen die nationale Ärzteorganisation, der Weltärztebund oder Menschenrechtsorganisationen helfen.

„Ärzte sollten den zuständigen Behörden jeden ungerechtfertigten Eingriff in die Versorgung ihrer Patienten melden, insbesondere bei einer Verweigerung grundlegender Menschenrechte.“

Eher in der Mitte des Spektrums stehen die Praktiken einiger Managed Care-Programme, die die klinische Eigenständigkeit der Ärzte bei der Entscheidung über die Behandlung ihrer Patienten einschränken. Auch wenn solche Praktiken den wohlverstandenen Interessen der Patienten nicht zwangsläufig zuwiderlaufen, kann dies doch der Fall sein, und die Ärzte müssen sorgfältig prüfen, ob sie an solchen Programmen teilnehmen sollten. Haben Sie hierbei keine Wahl, wenn es z.B. keine

Programmalternative gibt, sollten sie nachdrücklich ihren eigenen Patienten *Beistand* leisten und über ihre Ärzteverbände für die Bedürfnisse aller von solchen restriktiven Maßnahmen betroffenen Patienten eintreten.

Eine besondere Form eines Loyalitätskonflikts, vor dem Ärzte stehen, ist der potenzielle oder tatsächliche Interessenkonflikt zwischen einem Wirtschaftsunternehmen einerseits und Patienten und/oder der Gesellschaft andererseits. Pharmaunternehmen, Medizintechnikhersteller und andere Firmen bieten Ärzten häufig Präsente und andere Vergünstigungen an, die von freien Ärztemustern über Reise und Unterbringung bei Fortbildungsveranstaltungen bis hin zu überhöhten Vergütungen für klinische Studien reichen (siehe Kapitel V). Ein genereller Hauptbeweggrund für solche Freigebigkeit von Unternehmen ist das Bemühen, den Arzt dazu zu bewegen, die Produkte des Unternehmens zu verschreiben oder anzuwenden, obwohl diese für die Patienten des Arztes nicht unbedingt optimal sind und/oder die Gesundheitskosten in der Gesellschaft unnötig in die Höhe treiben können. Die **Erklärung** des Weltärztebundes **zum Verhältnis von Ärzten und Wirtschaftsunternehmen** von 2004 gibt für solche Situationen Leitlinien an die Hand, und viele nationale Ärzteorganisationen verfügen über eigene Leitlinien. Das diese Leitlinien bestimmende ethische Grundprinzip besagt, dass Ärzte jeden Konflikt zwischen ihren eigenen Interessen und denen ihrer Patienten zugunsten der Patienten lösen sollten.

„Ärzte (sollten) jeden Konflikt zwischen ihren eigenen Interessen und denen ihrer Patienten zugunsten der Patienten lösen...“

MITTELZUWEISUNG

In jedem Land der Welt, auch in den reichsten unter ihnen, besteht eine schon heute tiefe und ständig zunehmende Kluft zwischen den Erfordernissen und Wünschen im Bereich der Gesundheitsversorgung und den verfügbaren Mitteln, um diese Leistungen zu ermöglichen. Aufgrund dieser Kluft müssen die vorhandenen Ressourcen auf eine bestimmte Weise rationiert werden. Eine Rationierung im Gesundheitswesen oder, wie es häufiger heißt, „Mittelzuweisung“ erfolgt auf drei Ebenen:

- Auf der höchsten Ebene („Makroebene“) entscheiden die Regierungen, welcher Teil des Gesamtbudgets in die Gesundheit gehen soll, welche Gesundheitsleistungen kostenlos erbracht und welche entweder direkt von Patienten oder von ihren Krankenkassen bezahlt werden müssen; ferner wie viel im Rahmen des Haushalts Ärzten, Pflegepersonal und anderen Heilberuflern als Vergütung zufließen soll, was Krankenhäuser und andere Einrichtungen für Kapital- und Betriebskosten erhalten sollen sowie was für Forschung, die Ausbildung von Gesundheitsfachleuten oder die Behandlung bestimmter Krankheiten wie Tuberkulose oder AIDS usw. aufzuwenden ist.
- Auf der institutionellen Ebene („Mesoebene“), zu der Krankenhäuser, Kliniken, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung usw. gehören, entscheiden die Behörden über die Art der

Mittelzuweisung: Welche Leistungen sollen erbracht werden, wie viel soll für Personal, Ausrüstungen, Sicherheit, andere Betriebskosten, Renovierungsarbeiten, Erweiterungsbauten usw. ausgegeben werden.

- Auf der Ebene des individuellen Patienten („Mikroebene“) entscheiden Heilberufler, insbesondere Ärzte, welche Untersuchungen angeordnet werden sollten, ob eine Überweisung an einen anderen Arzt erforderlich ist, ob der Patient stationär aufgenommen werden sollte, ob ein Markenpräparat an Stelle eines Generikums nötig ist usw. Schätzungen zufolge sind Ärzte für die Veranlassung von 80% der Gesundheitskosten verantwortlich, und trotz des Vordringens des Managed Care-Modells verfügen sie immer noch über einen beträchtlichen Ermessensspielraum in Bezug auf die Ressourcen, zu denen ihre Patienten Zugang erhalten.

Die auf jeder dieser Ebenen getroffenen Entscheidungen enthalten eine wichtige ethische Komponente, da sie auf Wertvorstellungen beruhen und weit reichende Folgen für die Gesundheit und das Wohlergehen des Einzelnen wie der jeweiligen Gemeinschaft haben. Auch wenn Ärzte von Entscheidungen auf allen Ebenen betroffen sind, engagieren sie sich doch am stärksten auf der Mikroebene. Hier liegt darum der Schwerpunkt der nachfolgenden Darlegungen.

Wie oben schon angemerkt, wurde von Ärzten traditionell erwartet, allein den Interessen ihrer eigenen Patienten zu dienen, ohne den Bedürfnissen anderer Rechnung zu tragen. Ihre ethischen Grundwerte des Mitgefühls, des Sachverstands und der Eigenständigkeit waren auf die Deckung der Bedürfnisse ihrer eigenen Patienten ausgerichtet. Dieses individualistische Herangehen an die ärztliche Ethik überlebte den Übergang vom ärztlichen Paternalismus zur Patientenautonomie, bei der der Wille des einzelnen Patienten zu dem Hauptkriterium für die Entscheidung wurde, welche Mittel er erhalten sollte. In letzter Zeit ist allerdings ein anderer Wert, die Gerechtigkeit, zu einem wichtigen Faktor der medizinischen Entscheidungsfindung geworden. Sie zieht einen stärker gesellschaftlich geprägten Ansatz für die Ressourcenverteilung nach sich, bei dem die Bedürfnisse anderer Patienten berücksichtigt werden. Diesem Ansatz zufolge sind Ärzte nicht nur für ihre eigenen Patienten, sondern in gewissem Maße auch für andere verantwortlich.

„... Ärzte (sind) nicht nur für ihre eigenen Patienten, sondern in gewissem Maße auch für andere verantwortlich.“

Dieses neue Verständnis der Rolle des Arztes bei der Ressourcenallokation kommt in den Ethikkodizes vieler nationalen Ärzteorganisationen sowie in der **Deklaration von Lissabon zu den Rechten des Patienten** des Weltärztebundes zum Ausdruck, wo es heißt: „In den Fällen, wo für eine spezielle Behandlung, die nur in begrenztem Maße zur Verfügung steht, unter mehreren Patienten eine Auswahl getroffen werden muss, haben all diese Patienten das Recht auf ein faires Auswahlverfahren für diese Behandlung. Diese Auswahl muss auf medizinischen Kriterien beruhen und darf niemanden diskriminieren.“

Eine Möglichkeit für Ärzte, ihre Verantwortung für die Mittelzuteilung wahrzunehmen, liegt in der Vermeidung verschwenderischer und ineffizienter Praktiken, selbst wenn Patienten um diese bitten. Der übermäßige Einsatz von Antibiotika ist nur ein Beispiel für eine ebenso verschwenderische wie schädliche Praxis. Viele weitere verbreitete Behandlungen haben sich in randomisierten klinischen Studien bei den Krankheitsbildern, gegen die sie eingesetzt werden, als unwirksam erwiesen. Für viele Krankheitsbilder stehen klinische Therapieleitlinien zur Verfügung, die dazu beitragen, zwischen wirksamen und unwirksamen Behandlungen zu unterscheiden. Ärzte sollten sich mit diesen Leitlinien vertraut machen, zum einen, um Mittel einzusparen, zum anderen, um ihre Patienten optimal zu therapieren.

Eine Möglichkeit für Ärzte, ihre Verantwortung für die Mittelzuteilung wahrzunehmen, liegt in der Vermeidung verschwenderischer und ineffizienter Praktiken, selbst wenn Patienten um diese bitten.

Eine Zuweisungsentscheidung, die viele Ärzte treffen müssen, ist die Auswahl zwischen zwei oder noch mehr Patienten, die einer knappen Ressource bedürfen, wie z. B. der Betreuung durch Notfallpersonal, des einzigen verbleibenden Betts auf der Intensivstation, des Zugangs zu Organen für Transplantationen, hochmoderner radiologischer Untersuchungen und bestimmter sehr kostspieliger Arzneimittel. Ärzte, die über diese Ressourcen die Kontrolle ausüben, müssen entscheiden, welche Patienten Zugang dazu erhalten und welche nicht, wobei sie genau wissen, dass die nicht berücksichtigten Patienten demzufolge leiden oder sogar sterben können.

Einige Ärzte stehen bei der Mittelzuweisung vor einem weiteren Konflikt, da sie an der Ausformulierung einer allgemeinen Politik beteiligt sind, die unter anderem auch ihre eigenen Patienten betrifft. Dieser Konflikt tritt in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen auf, wo Ärzte Verwaltungspositionen innehaben oder in Gremien tätig sind, die bestimmte Maßnahmen empfehlen oder festlegen. Obwohl viele Ärzte versuchen, sich von ihrer Beschäftigung mit ihren eigenen Patienten zu lösen, können andere ihre Position nutzen, um das Anliegen ihrer Patienten gegenüber denen anderer mit ausgeprägterem Bedarf zu fördern.

Beim Umgang mit diesen Zuweisungsfragen müssen die Ärzte nicht nur die Prinzipien des Mitgefühls und der Gerechtigkeit gegeneinander abwägen, sondern auch entscheiden, welcher Weg zur Gerechtigkeit vorzuziehen ist. Es gibt mehrere derartiger Ansätze, u.a. folgende:

- **LIBERTÄR** – die Mittel sollten nach Marktprinzipien verteilt werden (Entscheidung des Einzelnen abhängig von der Fähigkeit und Bereitschaft zu zahlen mit einer aus Mildtätigkeit erfolgenden begrenzten Versorgung Bedürftiger);
- **UTILITÄR** – die Mittel sollten nach dem Grundsatz des maximalen Nutzens für alle verteilt werden;

- **EGALITÄR** – die Mittel sollten streng nach Bedürftigkeit verteilt werden;
- **RESTAURATIV** – die Mittel sollten so verteilt werden, dass sie den aufgrund der bisherigen Entwicklung Benachteiligten zugute kommen.

Wie oben schon angedeutet wurde, bewegen sich die Ärzte allmählich von dem traditionellen Individualismus der ärztlichen Ethik, der den libertären Ansatz begünstigte, hin zu einer stärker gesellschaftlich geprägten Vorstellung von ihrer Rolle. Auch wenn der libertäre Ansatz im Allgemeinen abgelehnt wird, haben sich die Medizinethiker bisher noch nicht darüber verständigt, welcher der anderen drei Ansätze überlegen ist. Jeder verfügt eindeutig über sehr verschiedene Ergebnisse bei den oben erwähnten Fragen, d.h. die Entscheidung darüber, welche Untersuchungen angeordnet werden sollten, ob eine Überweisung an einen anderen Arzt erforderlich ist, ob der Patient in ein Krankenhaus aufgenommen werden sollte, ob ein Markenpräparat an Stelle eines Generikums notwendig ist, wer das zu transplantierende Organ erhält usw. Der utilitaristische Ansatz lässt sich von den einzelnen Ärzten wahrscheinlich am schwierigsten umsetzen, da er sehr viele Daten über die wahrscheinlichen Ergebnisse verschiedener Maßnahmen erfordert, nicht nur über die eigenen Patienten des Arztes, sondern auch über alle anderen. Die Entscheidung zwischen den beiden anderen (oder drei anderen, wenn der libertäre Ansatz eingeschlossen wird) hängt von den eigenen Moralvorstellungen des Arztes sowie dem gesellschaftspolitischen Umfeld ab, in dem der Arzt seinen Beruf ausübt. Einige Staaten, wie z.B. die USA, befürworten den libertären Ansatz, während andere, z.B. Schweden für ihre egalitäre Grundhaltung bekannt sind. Noch andere, z.B. Südafrika, versuchen es mit einem restaurativen Ansatz. Bei allen Unterschieden bestehen in nationalen Gesundheitssystemen oft zwei oder mehr dieser Gerechtigkeitsvorstellungen nebeneinander, und in diesen Staaten können die Ärzte einen Rahmen für ihre Berufsausübung (d.h. öffentlich oder privat) auswählen, der ihrem eigenen Vorgehen entspricht.

„(Die) Entscheidung ... hängt von den eigenen Moralvorstellungen des Arztes sowie dem gesellschaftspolitischen Umfeld ab, in dem der Arzt seinen Beruf ausübt.“

Neben der jeweiligen Aufgabe der Ärzte bei der Zuteilung vorhandener Mittel im Gesundheitswesen tragen sie auch Verantwortung dafür, sich für die Erhöhung dieser Mittel einzusetzen, wenn sie nicht ausreichen, um die Bedürfnisse der Patienten zu decken. Dies setzt gewöhnlich voraus, dass Ärzte in ihren Berufsverbänden zusammenarbeiten, um Entscheidungsträger staatlicher Stellen und anderenorts von dem Bestehen dieses Bedarfs und seiner optimalen Deckung in ihrem eigenen Land und weltweit zu überzeugen.

„(Ärzte tragen) bei der Zuteilung vorhandener Mittel im Gesundheitswesen ... auch Verantwortung dafür, sich für die Erhöhung dieser Mittel einzusetzen, wenn sie nicht ausreichen, um die Bedürfnisse der Patienten zu decken.“

ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT

Die Medizin des 20. Jahrhunderts erlebte das Entstehen einer unglücklichen Unterscheidung zwischen „öffentlicher Gesundheit“ und anderen Formen der Gesundheitsversorgung (der mutmaßlich „privaten“ oder „individuellen“ Gesundheitsversorgung). Das ist, wie oben schon angedeutet wurde, deshalb unglücklich, weil die Öffentlichkeit aus Einzelpersonen besteht und Maßnahmen zum Schutz und zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit zu gesundheitlichen Vorteilen für den Einzelnen führen.

Verwirrung entsteht auch dann, wenn „öffentliche Gesundheit“ als „öffentlich finanzierte Gesundheitsversorgung“ (d.h. Gesundheitsversorgung, die über das Steuersystem eines Landes oder eine allgemeine Pflichtversicherung finanziert wird) verstanden und im Gegensatz zu einer „privat finanzierten Gesundheitsversorgung“ (d.h. einer Gesundheitsversorgung, für die der Einzelne direkt oder über eine private Krankenversicherung bezahlt und die gewöhnlich nicht allgemein verfügbar ist) gesehen wird.

Der Begriff der „öffentlichen Gesundheit“, wie er hier verstanden wird, bezieht sich sowohl auf die Gesundheit der Öffentlichkeit als auch auf das medizinische Fachgebiet, das sich mit Gesundheit unter dem Blickwinkel der Bevölkerung statt der Gesundheit des Einzelnen beschäftigt. Es besteht in jedem Land ein großer Bedarf an Fachleuten für dieses Gebiet, die bei der öffentlichen Politik zur Förderung einer guten Gesundheit beratend und empfehlend auftreten können und Tätigkeiten einleiten können, um die Öffentlichkeit zu schützen – ob nun vor ansteckenden Krankheiten oder anderen Gesundheitsrisiken. Die Medizin im öffentlichen Gesundheitswesen (bisweilen auch als „Sozial- und Präventivmedizin“ oder „gemeindenaher Medizin“ bezeichnet) stützt sich in wissenschaftlicher Hinsicht stark auf die **Epidemiologie**, also die Untersuchung der Verteilung und der Determinanten der Gesundheit und von Krankheiten in Teilen der Bevölkerung. So unterziehen sich einige Ärzte einer zusätzlichen universitären Fortbildung und werden zu medizinischen Epidemiologen. Allerdings müssen sich alle Ärzte über die gesellschaftlichen und umweltbezogenen Determinanten im Klaren sein, die sich auf den Gesundheitsstatus ihrer jeweiligen Patienten auswirken. Wie die **Erklärung** des Weltärztebundes **zur Gesundheitsförderung** anmerkt: „Ärzte und ihre Berufsorganisationen haben die ethische Verpflichtung und die berufliche Verantwortung, stets zum Wohle ihrer Patienten zu handeln und diese Verantwortung als integralen Bestandteil eines

umfassenderen Anliegens und Engagements für die Förderung und Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung wahrzunehmen.“

Maßnahmen im Interesse der öffentlichen Gesundheit wie Impfkampagnen und Notfallreaktionen auf das Ausbrechen ansteckender Krankheiten sind für die Gesundheit des Einzelnen wichtige Faktoren, doch gesellschaftliche Faktoren wie Wohnung, Ernährung und Beschäftigung sind mindestens so bedeutsam. Ärzte sind nur selten in der Lage, an den gesellschaftlichen Ursachen der Krankheiten ihrer jeweiligen Patienten etwas zu ändern, auch wenn sie die Patienten an die jeweils verfügbaren Sozialdienste überweisen sollten. Sie können jedoch, vielleicht auch nur indirekt, zu langfristigen Lösungen dieser Probleme beitragen, indem sie an Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitsaufklärung teilnehmen, Umweltgefährdungen überwachen und melden, negative Gesundheitswirkungen aufgrund sozialer Probleme wie Missbrauch und Gewalt erkennen und publik machen und Verbesserungen des öffentlichen Gesundheitswesens befürworten.

Bisweilen können die Interessen der öffentlichen Gesundheit jedoch mit denen einzelner Patienten in Konflikt geraten, z.B. bei einer Impfung, die das Risiko einer unerwünschten Reaktion mit sich bringt und verhindert, dass eine Person eine Krankheit überträgt, nicht jedoch, dass diese Person sich diese Krankheit zuzieht oder wenn bei bestimmten ansteckenden Krankheiten, Fällen von Kindesmissbrauch oder eines Missbrauchs älterer Menschen oder aber bei Krankheitsbildern, die bestimmte Tätigkeiten wie das Führen eines Kraftfahrzeugs oder das Fliegen eines Flugzeugs für den Einzelnen und andere zur Gefahr werden lassen können, eine Meldepflicht besteht. Das sind Beispiele für einen Loyalitätskonflikt, wie er oben beschrieben wurde. Verfahren zum Umgang mit diesen und ähnlichen Situationen werden in Kapitel 2 dieses Handbuchs unter „Vertraulichkeit“ erörtert. Im Allgemeinen sollten Ärzte versuchen, Wege zu finden, um jeden Schaden zu mindern, der einzelnen Patienten infolge der Einhaltung von Anforderungen an die öffentliche Gesundheit entstehen könnte. Besteht zum Beispiel Meldepflicht, sollten die vertraulichen Daten des Patienten bei Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen in größtmöglichem Umfang geschützt werden.

Ein anderer Typ eines Konflikts zwischen den Interessen einzelner Patienten und denen der Gesellschaft ergibt sich, wenn Ärzte gebeten werden, Patienten zu Leistungen zu verhelfen, auf die diese keinen Anspruch haben, z.B. Versicherungsleistungen oder eine Krankschreibung. Die Ärzte sind mit der Befugnis ausgestattet zu bescheinigen, dass Patienten ein Krankheitsbild aufweisen, aufgrund dessen ihnen solche Leistungen zustehen. Auch wenn einige Ärzte nicht bereit sind, Bitten von Patienten um Bescheinigungen zurückzuweisen, die den Umständen nicht entsprechen, sollten sie ihren Patienten vorzugsweise dabei helfen, eine andere Form der Unterstützung zu finden, die kein unethisches Verhalten verlangt.

WELTWEITE GESUNDHEIT

Die Erkenntnis, dass Ärzte in der Gesellschaft, in der sie leben, Verantwortung tragen, ist in den letzten Jahren auf die Verantwortung für weltweite Gesundheit ausgeweitet worden. Mit diesem Begriff werden Gesundheitsprobleme sowie medizinische Fragen und Anliegen bezeichnet, die die Landesgrenzen überschreiten, durch Umstände oder Erfahrungen in anderen Ländern beeinflusst

werden können und am besten durch Maßnahmen und Lösungen im Rahmen einer Zusammenarbeit angegangen werden. Die weltweite Gesundheit ist Teil einer weitaus umfassenderen Globalisierungsbewegung, zu der Informationsaustausch, Handel, Politik, Tourismus und viele andere menschliche Tätigkeiten gehören.

Der Grundlage der Globalisierung ist die Erkenntnis, dass Einzelne und Gesellschaften immer stärker voneinander abhängen. Das wird besonders deutlich, was die menschliche Gesundheit angeht, wie die schnelle Ausbreitung von Krankheiten wie der Grippe und von SARS gezeigt hat. Solche Epidemien können nur international bekämpft werden. Wenn ein Arzt in einem Land hoch ansteckende Krankheiten nicht erkennt und behandelt, kann dies für Patienten in anderen Ländern verheerende Folgen haben. Deshalb reichen die ethischen Verpflichtungen von Ärzten weit über ihre einzelnen Patienten und selbst über ihre Gemeinschaften und Nationen hinaus.

„Wenn ein Arzt in einem Land hoch ansteckende Krankheiten nicht erkennt und behandelt, kann dies für Patienten in anderen Ländern verheerende Folgen haben.“

Das Entstehen einer weltweiten Gesundheitsbetrachtung hat zu einem zunehmenden Bewusstsein der gesundheitlichen Ungleichheit auf unserer Welt geführt. Trotz groß angelegter Kampagnen zur Bekämpfung der Frühsterblichkeit und schwerer Krankheiten in den ärmsten Ländern, bei denen es mit der Ausrottung der Pocken und (hoffentlich) der Kinderlähmung einige Erfolgsgeschichten gegeben hat, vertieft sich weiterhin die Kluft im Gesundheitszustand zwischen den reichen und den armen Ländern. Das liegt zum Teil an HIV/AIDS, das sich in den armen Ländern am schlimmsten ausgewirkt hat, ist aber auch auf den Ausschluss der Staaten mit geringem Einkommen von dem Wohlstandszuwachs zurückzuführen, den die übrige Welt in den letzten Jahrzehnten erlebt hat. Auch wenn die Ursachen der Armut weit gehend politisch und wirtschaftlich bedingt sind und deshalb dem Einfluss der Ärzte und ihrer Verbände nicht unterliegen, haben Ärzte doch mit armutsbedingter schlechter Gesundheit zu tun. In Staaten mit niedrigem Volkseinkommen können Ärzte diesen Patienten wenig anbieten und stehen ständig vor der Herausforderung, die verfügbaren Mittel möglichst gerecht zu verteilen. Selbst in Staaten mit mittlerem und hohem Volkseinkommen treffen Ärzte auf Patienten, die direkt von der Globalisierung betroffen sind, wie z.B. Flüchtlinge, und bisweilen keinen Zugang zu ärztlicher Versorgung haben, wie die Bürger dieser Staaten sie genießen.

Ein weiteres Merkmal der Globalisierung ist die internationale Mobilität der Heilberufler – auch der Ärzte. Die Abwanderung von Ärzten aus Entwicklungsländern in Industriestaaten ist sowohl für die Ärzte als auch für die Aufnahmeländer von Vorteil, nicht jedoch für die exportierenden Staaten. Der Weltärztebund erklärt in seinen **Ethischen Richtlinien für die internationale Rekrutierung von Ärzten**, Ärzte sollten nicht daran gehindert werden, ihr Heimatland oder das Land ihrer Wahl zu verlassen, um berufliche Möglichkeiten in einem anderen Land wahrzunehmen. Er fordert allerdings

jedes Land auf, sich nach besten Kräften zu bemühen, eine ausreichende Zahl von Ärzten auszubilden und dabei ihre Bedürfnisse und Mittel zu berücksichtigen, statt sich auf die Einwanderung aus anderen Staaten zu verlassen, damit der eigene Ärztebedarf gedeckt werden kann.

Ärzte in den Industriestaaten besitzen eine lange Tradition der Bereitstellung ihrer Erfahrungen und Fähigkeiten für Entwicklungsländer.

Das kann in den verschiedensten Formen erfolgen: medizinische Nothilfe, die von Organisationen wie dem Roten Kreuz, dem Roten Halbmond und Ärzte ohne Grenzen koordiniert wird; kurzfristige Operationskampagnen bei Krankheitsbildern wie Star oder Gaumenspalten; Gastaufenthalte an medizinischen Fakultäten; kurz- oder langfristig angelegte medizinische Forschungsvorhaben; Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizintechnik usw. Solche Programme stehen als Beispiel für die positive Seite der Globalisierung und tragen dazu bei, die Abwanderung von Ärzten aus den ärmeren in die wohlhabenderen Länder zumindest teilweise auszugleichen.

ZURÜCK ZUR FALLSTUDIE

Nach der in diesem Kapitel vorgenommenen Analyse der Beziehung zwischen Arzt und Gesellschaft hat Dr. S. damit Recht, die Auswirkungen der Gesellschaft auf das Verhalten ihres Patienten zu beurteilen. Auch wenn die Termine bei den anderen Heilberuflern außerhalb des Gesundheitssystems stattfinden, in dem Dr. S. arbeitet und deshalb keine finanziellen Kosten für die Gesellschaft nach sich ziehen, nimmt der Patient die Zeit von Dr. S. in Anspruch, die die Ärztin anderen auf sie angewiesenen Patienten widmen könnte. Allerdings müssen Ärzte wie Dr. S. beim Umgang mit solchen Situationen vorsichtig vorgehen. Häufig sind Patienten aus den verschiedensten Gründen nicht in der Lage, rein rationale Entscheidungen zu treffen und brauchen unter Umständen sehr viel Zeit und eine entsprechende Gesundheitsaufklärung, um zu erfassen, was in ihrem eigenen wohlverstandenen Interesse und in dem anderer liegt. Dr. S. hat außerdem Recht damit, sich an ihren Ärzteverband zu wenden, um für dieses Problem eine gesellschaftliche Lösung zu finden, da es nicht nur um sie selbst und diesen einen Patienten, sondern auch um andere Ärzte und Patienten geht.

KAPITEL 4 – ÄRZTE UND IHRE KOLLEGEN

Ärzte besprechen einen Fall

© Pete Saloutos/CORBIS

ZIELSETZUNGEN

Nach dem Durcharbeiten dieses Kapitels sollten Sie in der Lage sein,

- das wünschenswerte Verhalten von Ärzten gegenüber einander zu beschreiben;
- die Meldung unethischen Verhaltens von Kollegen zu rechtfertigen;
- die ethischen Grundprinzipien für die Zusammenarbeit mit anderen bei der Betreuung von Patienten zu nennen;
- zu erläutern, wie sich Konflikte mit anderen Anbietern von Gesundheitsleistungen lösen lassen.

FALLSTUDIE 3

D. C., ein neu eingestellter Anästhesist an einem städtischen Krankenhaus, ist über das Verhalten des leitenden Chirurgen im Operationssaal sehr besorgt. Der Chirurg verwendet überholte Methoden, die Operationen in die Länge ziehen und anschließend zu größeren Schmerzen und längeren Genesungszeiten führen. Außerdem erlaubt er sich über Patienten häufig grobe Scherze, die dem assistierenden Pflegepersonal offensichtlich nicht passen. Als neues Teammitglied zögert Dr. C., den Chirurgen persönlich zu kritisieren oder ihn übergeordneten Stellen zu melden. Er hat jedoch den Eindruck, dass er etwas zur Verbesserung der Lage beitragen muss.

HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE ÄRZTLICHE AUTORITÄT

Ärzte gehören einem Beruf an, der traditionell – intern wie extern – überaus *hierarchisch* organisiert ist. Intern bestehen drei sich überschneidende *Hierarchien*: Die erste unterscheidet zwischen Fachgebieten, von denen einige als prestigeträchtiger betrachtet und besser bezahlt werden als andere. Die zweite besteht innerhalb der Fachgebiete, wo an Universitäten tätige Ärzte einflussreicher sind als niedergelassene oder im öffentlichen Dienst arbeitende Ärzte. Die dritte bezieht sich auf die Versorgung spezifischer Patienten, wo der primäre Versorger an der Spitze der Hierarchie steht und die übrigen Ärzte, selbst wenn sie ein höheres Dienstalter und/oder größere Fähigkeiten aufweisen, nur beratend tätig werden, soweit der Patient nicht ihnen zur Versorgung überstellt wird. Extern stehen die Ärzte traditionell an der Spitze der Hierarchie der Behandler – vor Pflegekräften und anderen Heilberuflern.

„Ärzte gehören einem Beruf an, der traditionell – intern wie extern – überaus *hierarchisch* organisiert ist.“

In diesem Kapitel geht es um ethische Fragen, die sich in der internen wie der externen Hierarchie ergeben. Einige Fragen haben beide gemeinsam, während andere nur in einer von ihnen auftreten. Viele dieser Fragen sind vergleichsweise neu, da sie auf die jüngsten Veränderungen in der Medizin und der Gesundheitsversorgung zurückgehen. Eine kurze Beschreibung dieser Veränderungen ist angebracht, da sie für die herkömmliche Ausübung der ärztlichen Autorität bedeutsame Herausforderungen mit sich bringen.

Angesichts der schnell anwachsenden wissenschaftlichen Kenntnisse und ihrer klinischen Anwendungen ist die Medizin immer komplexer geworden. Der einzelne Arzt kann unmöglich für alle Krankheiten und potenziellen Therapien seiner Patienten Experte sein und ist auf die Hilfestellung anderer Fachärzte und erfahrener Angehöriger von Gesundheitsberufen wie Pfleger, Pharmazeuten, Physiotherapeuten, Labortechniker, Sozialarbeiter und vieler anderer angewiesen. Ärzte müssen

wissen, wie sie Zugang zu dem Fachwissen erhalten, das ihre Patienten benötigen und sie selbst nicht besitzen.

Wie in Kapitel 2 bereits erörtert ist der ärztliche Paternalismus von der zunehmenden Anerkennung des Rechts der Patienten, ihre eigenen medizinischen Entscheidungen zu treffen, allmählich untergraben worden. Demzufolge ist ein kooperatives Entscheidungsmodell an die Stelle des autoritären Modells getreten, das den herkömmlichen ärztlichen Paternalismus kennzeichnete. Das Gleiche trägt sich in den Beziehungen zwischen Ärzten und anderen Heilberuflern zu. Letztere sind immer weniger bereit, Anweisungen von Ärzten zu befolgen, ohne die Gründe für diese Vorgaben zu kennen. Sie betrachten sich selbst als Fachleute mit einer spezifischen ethischen Verantwortung gegenüber den Patienten. Gerät ihre Wahrnehmung dieser Verantwortung mit den Anweisungen des Arztes in Konflikt, haben Sie den Eindruck, dass sie die Anweisungen infrage stellen oder gar anfechten müssen. Während nach dem hierarchischen Autoritätsmodell nie ein Zweifel daran bestand, wer das Sagen hatte und wer den Ausschlag gab, wenn es zu einem Konflikt kam, kann das Kooperationsmodell Anlass zu Meinungsverschiedenheiten über die sachgerechte Patientenversorgung geben.

„... ein kooperatives Entscheidungsmodell (ist) an die Stelle des autoritären Modells getreten, das den herkömmlichen ärztlichen Paternalismus kennzeichnete.“

Derartige Entwicklungen ändern zurzeit die „Spielregeln“ in den Beziehungen der Ärzte zu ihren Fachkollegen und anderen Heilberuflern. Auf den verbleibenden Seiten dieses Kapitels werden einige problematische Aspekte dieser Beziehungen angeführt und Möglichkeiten für den Umgang mit ihnen vorgeschlagen.

BEZIEHUNGEN ZU FACHKOLLEGEN, LEHRENDEN UND STUDIERENDEN

Als Angehörige des ärztlichen Berufsstands erwarten Ärzte traditionsgemäß voneinander eine Behandlung eher als Familienmitglieder oder gar als Freunde denn als Fremde. Die **Genfer Deklaration** des Weltärztebundes enthält das Gelöbnis „Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein.“ Diese Forderung wird von Land zu Land und im zeitlichen Verlauf unterschiedlich interpretiert. Wo zum Beispiel die Einzelleistungsvergütung die wichtigste oder einzige Form der Bezahlung von Ärzten war, gab es eine ausgeprägte Tradition „professioneller Höflichkeit“, wonach Ärzte ihren Kollegen eine medizinische Behandlung nicht in Rechnung stellten. Diese Praxis ist in Staaten, in denen eine Erstattung über Kostenträger erfolgt, im Rückgang begriffen.

Neben den positiven Forderungen nach der respektvollen Behandlung der Kollegen und der Zusammenarbeit bei der bestmöglichen Patientenversorgung enthält der **Internationale Kodex für ärztliche Ethik** des Weltärztebundes zwei Einschränkungen in Bezug auf die Beziehungen unter

Ärzten: 1. die Zahlung oder Annahme eines Honorars oder irgendeiner anderen Vergütung allein mit dem Ziel, die Überweisung eines Patienten zu erlangen und 2. das „Ausspannen“ der Patienten von Kollegen. Eine dritte Verpflichtung zur Meldung unethischen oder nicht fachmännischen Verhaltens von Kollegen wird weiter unten erörtert.

Gemäß der hippokratischen Tradition der ärztlichen Ethik schulden Ärzte ihren Lehrern besondere Hochachtung. Die **Genfer Deklaration** formuliert dies wie folgt: „Ich werde meinen Lehrern ... die schuldige Achtung erweisen.“ Obwohl es in der heutigen medizinischen Ausbildung um vielfältige Wechselbeziehungen zwischen Studierenden und Hochschullehrern geht statt um die frühere persönliche Beziehung zwischen zwei Menschen, kommt es immer noch auf den guten Willen und die Opferbereitschaft praktizierender Ärzte an, die oft keine Vergütung für ihre Lehrtätigkeit erhalten. Medizinstudenten und andere medizinische Schulungsteilnehmer sind ihren Lehrern zu Dank verpflichtet, da die medizinische Ausbildung sich ohne diese auf einen Selbstunterricht beschränken würde.

Lehrende sind ihrerseits verpflichtet, ihre Studierenden mit Respekt zu behandeln und beim Umgang mit Patienten mit gutem Beispiel voranzugehen. Das so genannte „verborgene Curriculum“ der Ärzteausbildung, d.h. die Verhaltensstandards praktizierender Ärzte, ist weitaus einflussreicher als der öffentliche Lehrplan der medizinischen Ethik und wenn zwischen ethischen Anforderungen und den Einstellungen und Verhaltensweisen ihrer Hochschullehrer ein Konflikt besteht, dürften Medizinstudenten eher dem Beispiel ihrer Professoren folgen.

„Lehrende sind ihrerseits verpflichtet, ihre Studierenden mit Respekt zu behandeln und beim Umgang mit Patienten mit gutem Beispiel voranzugehen.“

Für Lehrende gilt die besondere Verpflichtung, von Studierenden keine Teilnahme an unethischen Praktiken zu verlangen. Beispiele solcher Praktiken, über die in Ärztezeitschriften berichtet worden ist, sind Fälle, in denen Medizinstudenten die Einwilligung eines Patienten in eine medizinische Behandlung einholten, obwohl dies eigentlich ein voll qualifizierter Heilberufler tun müsste, an narkotisierten oder gerade verstorbenen Patienten ohne Einwilligung Untersuchungen des Beckens vornahmen und nicht überwachte Verrichtungen ausführten, die zwar geringfügig waren (z.B. das Einführen eines i.v.-Katheters), nach Ansicht einiger Studierenden jedoch ihre Kompetenz überschritten. Angesichts des Machtungleichgewichts zwischen Studierenden und Lehrenden und der entsprechenden Zögerlichkeit der Studierenden, solche Anweisungen infrage zu stellen oder abzulehnen, müssen die Lehrenden dafür Sorge tragen, dass sie von den Studierenden kein unethisches Verhalten verlangen. An vielen medizinischen Fakultäten gibt es Fachschaftsvertreter oder Studentenvereinigungen, die neben ihren anderen Aufgaben auch Besorgnisse über ethische Fragen in der Ärzteausbildung ansprechen können. Studierende, die sich über ethische Aspekte ihrer Ausbildung Gedanken machen, sollten Zugang zu Gremien erhalten, in deren Rahmen sie Bedenken

vortragen können, ohne notwendigerweise als „*Whistle-blower*“ erkannt zu werden und außerdem geeignete Unterstützung bekommen, wenn dies notwendig wird, um die Thematik in einem förmlicheren Verfahren zur Sprache zu bringen.

„Studierende, die sich über ethische Aspekte ihrer Ausbildung Gedanken machen, sollten Zugang zu Gremien erhalten, in deren Rahmen sie Bedenken vortragen können...“

Andererseits wird von Medizinstudenten erwartet, den hohen Anforderungen an ethisches Verhalten zu genügen, die angehende Ärzte erfüllen müssen. Sie sollten andere Studierende als Kollegen behandeln und bei Bedarf Hilfestellung leisten, u.a. auch zu Möglichkeiten der Abhilfe bei unprofessionellem Verhalten raten. Darüber hinaus sollten sie uneingeschränkt ihren Beitrag zu gemeinsamen Projekten und Aufgaben wie Studienaufträgen und Bereitschaftsdienst leisten.

MELDUNG UNSICHERER ODER UNETHISCHER PRAKTIKEN

Die Ärzteschaft ist traditionell stolz auf ihre Stellung als sich selbst regelnder Berufsstand. Im Gegenzug zu den Vorrechten, die die Gesellschaft ihr gewährt und zu dem ihren Angehörigen von den Patienten entgegengebrachten Vertrauen hat die Ärzteschaft für ihre Mitglieder hohe Verhaltensstandards und Disziplinarverfahren zur Untersuchung von vorgeworfenem Fehlverhalten erarbeitet, sodass Schuldige gegebenenfalls bestraft werden können. Dieses System der Selbstregulierung hat oft versagt, und in den letzten Jahren sind Schritte eingeleitet worden, um den Berufsstand besser zur Rechenschaft ziehen zu können, z.B. durch Benennung von Nichtmedizinern für Regulierungsbehörden. Das Haupterfordernis der Selbstregulierung ist jedoch die uneingeschränkte Unterstützung ihrer Grundsätze durch die Ärzte und deren Bereitschaft, unsichere und unethische Praktiken zu erkennen und mit ihnen umzugehen.

Diese Verpflichtung, mangelnde Sachkenntnis, Beeinträchtigungen oder Fehlverhalten der eigenen Kollegen zu melden, wird in den medizinischen Ethikkodizes unterstrichen. Zum Beispiel heißt es in den **Internationalen Kodex für ärztliche Ethik** des Weltärztebundes: „Ein Arzt soll bemüht sein, charakterliche und berufliche Mängel bei Ärzten sowie Irreführung oder Betrug aufzudecken.“ Allerdings wird dieser Grundsatz nur selten angewandt. Einerseits kann ein Arzt versucht sein, den Ruf eines Kollegen aus unlaunteren persönlichen Beweggründen wie zum Beispiel Eifersucht oder als Vergeltung für eine von ihm so empfundene Beleidigung durch diesen Kollegen anzugreifen. Ein Arzt zögert möglicherweise auch, das Fehlverhalten eines Kollegen zu melden, weil er mit diesem befreundet ist oder Sympathie für ihn empfindet („Verzieh’ Dich jetzt am besten!“). Die Folgen einer solchen Meldung können für den Meldenden sehr nachteilig sein und führen fast mit Sicherheit zu Feindseligkeit seitens des Beschuldigten und möglicherweise auch seitens anderer Kollegen.

Trotz dieser Nachteile der Meldung von Fehlverhalten handelt es sich dabei um eine berufliche Pflicht des Arztes. Er ist nicht nur dafür verantwortlich, den guten Ruf des Berufsstands zu erhalten, sondern

ist häufig der einzige, der Unfähigkeit, eine Beeinträchtigung oder Fehlverhalten zu erkennen vermag. Die Meldung von Kollegen bei der Aufsichtsbehörde sollte normalerweise allerdings nur der letzte Schritt sein, nachdem andere Mittel versucht und als unzureichend erkannt worden sind. Der erste Schritt könnte darin bestehen, sich an den Kollegen zu wenden und ihm zu sagen, dass sein Verhalten von Ihnen als unsicher oder unethisch betrachtet wird. Wenn die Angelegenheit auf dieser Ebene geregelt werden kann, muss man nicht unbedingt weitergehen. Ansonsten könnte der nächste Schritt darin bestehen, dass die Angelegenheit mit dem eigenen Vorgesetzten und/oder dem des Beschuldigten erörtert und die Entscheidung über das weitere Vorgehen dem Vorgesetzten überlassen wird. Erweist sich diese Taktik als praxisfern oder erfolglos, kann es erforderlich werden, den letzten Schritt einer Unterrichtung der Aufsichtsbehörde zu gehen.

„Die Meldung von Kollegen bei der Aufsichtsbehörde sollte normalerweise allerdings nur der letzte Schritt sein, nachdem andere Mittel versucht und als unzureichend erkannt worden sind.“

BEZIEHUNGEN ZU ANDEREN HEILBERUFLERN

Kapitel 2 über die Beziehungen zu Patienten begann mit einer Erörterung der großen Bedeutung der Achtung und Gleichbehandlung in der Arzt-Patienten-Beziehung. Die bei dieser Diskussion dargelegten Grundsätze sind auch für die Beziehungen zu Mitarbeitern von Bedeutung. Insbesondere gilt das Verbot der Diskriminierung aufgrund von „Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung oder sozialer Stellung.“ (**Genfer Deklaration** des Weltärztebundes) für den Umgang mit all denjenigen, mit denen Ärzte bei der Betreuung von Patienten und anderen beruflichen Tätigkeiten zusammentreffen.

Nichtdiskriminierung ist ein passives Merkmal einer Beziehung. Achtung ist bisweilen aktiver und positiver. Im Hinblick auf andere Heilberufler, ob sie nun Ärzte, Pflegepersonal, Hilfskräfte im Gesundheitswesen usw. sind, geht es um eine Bewertung ihrer Fähigkeiten und Erfahrung, soweit diese zur Versorgung von Patienten beitragen können. Nicht alle Heilberufler stehen mit ihrer Ausbildung und Schulung auf dem gleichen Niveau, doch sind ihnen eine grundlegende menschliche Gleichheit sowie das Anliegen gemeinsam, sich für das Wohlergehen von Patienten einzusetzen.

Wie bei den Patienten gibt es jedoch berechtigte Gründe, es abzulehnen, eine Beziehung zu einem anderen Heilberufler einzugehen oder eine solche Beziehung zu beenden. Dazu gehören mangelndes Vertrauen in die Fähigkeit oder Integrität des anderen und schwer wiegende Persönlichkeitskonflikte. Um diese von weniger rechtschaffenen Beweggründen zu unterscheiden, muss der Arzt unter Umständen ein beträchtliches ethisches Gespür aufbringen.

ZUSAMMENARBEIT

Die Medizin ist ein zugleich ausgesprochen individualistischer und stark auf Zusammenarbeit beruhender Beruf. Einerseits erheben Ärzte einen durchaus ausgeprägten Besitzanspruch auf „ihre“ Patienten. Mit gutem Grund heißt es, dass die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung das beste Mittel ist, um den Patienten kennen zu lernen und so weiterzubehandeln, dass die Prävention und die Therapie der Erkrankung optimal ablaufen. Auch die Patientenbindung kommt dem Arzt – zumindest finanziell – zugute. Gleichzeitig ist die Medizin, wie oben beschrieben wurde, ein überaus komplexes und spezialisiertes Gebiet, auf dem somit eine enge Zusammenarbeit zwischen den Berufsausübenden mit verschiedenen, aber sich ergänzenden Wissens- und Kenntnisbereichen erforderlich ist. Dieses Spannungsfeld zwischen Individualismus und Zusammenarbeit ist ein immer wiederkehrendes Thema in der ärztlichen Ethik.

Die Schwächung des ärztlichen Paternalismus geht mit dem Verschwinden der Überzeugung einher, dass die Patienten dem Arzt „gehören“. Das traditionelle Recht des Patienten, eine zweite Meinung einzuholen, ist so erweitert worden, dass Zugang zu anderen Anbietern gegeben wird, die den Patientenbedürfnissen unter Umständen besser gerecht werden. Nach der **Deklaration von Lissabon zu den Rechten des Patienten** des Weltärztebundes gilt: „Der Arzt hat die Pflicht, bei der Koordinierung der medizinisch angezeigten Versorgung mit anderen den Patienten behandelnden Leistungserbringern im Gesundheitssystem zusammenzuarbeiten.“ Allerdings dürfen Ärzte, wie oben schon angegeben wurde, von dieser Zusammenarbeit nicht durch Aufteilung von Honoraren profitieren.

„Die Schwächung des ärztlichen Paternalismus geht mit dem Verschwinden der Überzeugung einher, dass die Patienten dem Arzt „gehören“.“

Diese Einschränkung des „Eigentums“ des Arztes an seinen Patienten muss durch andere Maßnahmen aufgewogen werden, die das Primat der Arzt-Patienten-Beziehung sicherstellen. So sollte zum Beispiel für einen Patienten, der von mehr als einem Arzt behandelt wird, wie es gewöhnlich in einem Krankenhaus der Fall ist, nach Möglichkeit ein Arzt da sein, der die Versorgung koordiniert und den Patienten über seine generellen Fortschritte informieren und ihm bei Entscheidungen helfen kann.

Während die Beziehungen zwischen Ärzten von im Allgemeinen gut ausformulierten und verständlichen Regeln bestimmt werden, befinden sich die Beziehungen zwischen Ärzten und anderen Heilberuflern im Fluss, und es bestehen weit reichende Meinungsverschiedenheiten über ihre jeweilige Rolle. Wie oben schon angegeben wurde, betrachten sich viele Pflegekräfte, Apotheker, Physiotherapeuten und andere Berufsausübende in ihren Bereichen der Patientenversorgung als kompetenter als Ärzte und sehen nicht ein, weshalb sie nicht genau wie Ärzte behandelt werden sollten. Viele Ärzte haben andererseits den Eindruck, dass auch in Fällen, in denen ein

teamorientierter Ansatz gewählt wird, eine Person das Sagen haben muss und dass Ärzte für diese Aufgabe angesichts ihrer Ausbildung und Erfahrung am besten geeignet sind. Auch wenn einige Ärzte Herausforderungen an ihre traditionelle, fast absolute Autorität Widerstand leisten mögen, erscheint es doch als sicher, dass ihre Rolle sich als Reaktion auf Forderungen der Patienten wie auch anderer Heilberufler nach stärkerer Beteiligung an der medizinischen Entscheidungsfindung verändern wird. Ärzte werden in der Lage sein müssen, ihre Empfehlungen gegenüber anderen zu rechtfertigen und diese davon zu überzeugen, diese Empfehlungen anzunehmen. Neben diesen Kommunikationsfähigkeiten werden Ärzte imstande sein müssen, Konflikte zu lösen, die sich zwischen verschiedenen an der Versorgung des Patienten Beteiligten ergeben.

Eine besondere Herausforderung an die Zusammenarbeit im wohlverstandenen Interesse der Patienten ergibt sich aus deren Inanspruchnahme traditioneller oder alternativer Medizinanbieter („Heiler“). An solche Personen wendet sich ein großer Teil der Bevölkerung in Afrika und Asien und immer mehr auch in Europa und Amerika. Auch wenn manche diese beiden Ansätze als komplementär betrachten mögen, kann es doch in vielen Situationen zu Konflikten kommen. Da zumindest einige der traditionellen und alternativen Eingriffe therapeutische Wirkungen besitzen und von Patienten in Anspruch genommen werden, sollten die Ärzte nach Möglichkeiten einer Zusammenarbeit mit diesen Berufspraktikern suchen. Wie dies geschehen kann, ist von Land zu Land verschieden und bei jeder Art von Berufspraktiker wiederum anders. Bei allen diesen Kontakten sollte das Hauptanliegen das Wohlergehen der Patienten sein.

KONFLIKTLÖSUNG

Obwohl Ärzte mit anderen Ärzten und Heilberuflern die verschiedensten Konflikte erleben können, z.B. in Bezug auf Praxisabläufe oder die Vergütung, liegt der Schwerpunkt hier auf Konflikten wegen der Patientenversorgung. Im Idealfall spiegeln Gesundheitsentscheidungen eine Einigung zwischen Patienten, Ärzten und allen anderen an der Patientenversorgung Beteiligten wider. Demgegenüber können Ungewissheit und unterschiedliche Standpunkte zu Meinungsverschiedenheiten über die Versorgungsziele oder die Mittel zur Erreichung dieser Ziele Anlass geben. Begrenzte Gesundheitsressourcen und organisatorische Regelungen können es ebenfalls schwierig machen, einen Konsens zu finden.

„... Ungewissheit und unterschiedliche Standpunkte (können) zu Meinungsverschiedenheiten über die Versorgungsziele oder die Mittel zur Erreichung dieser Ziele Anlass geben.“

Meinungsverschiedenheiten zwischen Heilberuflern über die Ziele der Versorgung und der Therapie oder die Mittel zur Erreichung dieser Ziele sollten von den Mitgliedern des Betreuungssystems geklärt und gelöst werden, damit ihre Beziehungen zu dem Patienten nicht beeinträchtigt werden. Meinungsverschiedenheiten zwischen Heilberuflern und Verwaltungsstellen in Bezug auf die Mittel-

zuweisung sollten innerhalb der Einrichtung oder Agentur gelöst und nicht in Gegenwart des Patienten erörtert werden. Da beide Arten von Konflikten ethische Fragen betreffen, können Ratschläge einer klinischen Ethikkommission oder eines Ethikberaters, soweit diese Ressourcen zur Verfügung stehen, von Vorteil sein.

Die nachstehenden Leitlinien können zur Lösung solcher Konflikte beitragen:

- Konflikte sollten möglichst informell gelöst werden, zum Beispiel durch direkte Verhandlungen zwischen den uneinigigen Personen, wobei nur dann förmliche Verfahren eingeleitet werden, wenn das informelle Vorgehen gescheitert ist.
- Alle direkt Beteiligten sollten um ihre Meinung gebeten und respektvoll behandelt werden.
- Die in Sachkenntnis getroffene Entscheidung des Patienten oder eines befugten Entscheidungsstellvertreters in Bezug auf die Therapie sollte bei der Konfliktlösung im Vordergrund stehen.
- Geht es bei der Auseinandersetzung darum, welche Optionen dem Patienten angeboten werden sollten, ist gewöhnlich ein breiteres Optionsspektrum einem schmaleren vorzuziehen. Ist eine bevorzugte Therapie wegen beschränkter Ressourcen nicht verfügbar, sollte der Patient davon normalerweise in Kenntnis gesetzt werden.
- Lässt sich nach angemessenen Bemühungen im Dialog keine Einigung und auch kein Kompromiss erzielen, sollte die Entscheidung der Person angenommen werden, die das Recht oder die Verantwortung besitzt, die Entscheidung zu treffen. Ist es unklar oder umstritten, wer das Recht oder die Verantwortung hat, die Entscheidung zu treffen, sollte eine Mediation, eine Schlichtung oder ein Rechtspruch angestrebt werden.

Können Heilberufler die Entscheidung nicht mittragen, die sich aufgrund einer fachlichen Beurteilung oder persönlicher Moralvorstellungen durchsetzt, sollten sie das Recht haben, sich von der Durchführung der Entscheidung zurückzuziehen, nachdem sie sichergestellt haben, dass dem versorgten Patienten weder ein Schaden und noch Vernachlässigung droht.

ZURÜCK ZUR FALLSTUDIE

Dr. C. ist über das Verhalten des leitenden Chirurgen im Operationssaal mit Recht beunruhigt. Dieser gefährdet nicht nur die Gesundheit der Patientin, sondern verhält sich sowohl gegenüber der Patientin als auch seinen Kollegen respektlos. Dr. C. ist ethisch verpflichtet, über dieses Verhalten nicht hinwegzusehen, sondern etwas dagegen zu tun. Als erster Schritt sollte er keinerlei Unterstützung für das Fehlverhalten zeigen, indem er z.B. über die beleidigenden Witze lacht. Wenn er es für sinnvoll hält, die Angelegenheit mit dem Chirurgen zu besprechen, sollte er sich dazu entschließen. Ansonsten muss er sich unter Umständen direkt an höhere Stellen im Krankenhaus wenden. Sind diese nicht bereit, sich mit der Situation auseinanderzusetzen, kann er die zuständige Ärztezulassungsstelle anrufen und eine Untersuchung beantragen.

**KAPITEL 5 –
ETHIK UND MEDIZINISCHE FORSCHUNG**

(Bildunterschrift)

Die Schlafkrankheit ist wieder da

© Robert Patric/CORBIS SYGMA

ZIELSETZUNGEN

Wenn Sie dieses Kapitel durchgearbeitet haben, sollten Sie in der Lage sein,

- die Grundprinzipien der Forschungsethik zu nennen;
- anzugeben, wie sich Forschung und klinische Versorgung ins Gleichgewicht bringen lassen;
- den Anforderungen von Ethikkommissionen zu entsprechen.

FALLSTUDIE 4

Dr. R., eine Allgemeinmedizinerin in einem Landstädtchen, wird von einer Auftragsforschungsorganisation (CRO) angesprochen und zur Teilnahme an der klinischen Prüfung eines neuen nichtsteroidalen Antirheumatikums (NSAR) gegen Osteoarthritis eingeladen. Ihr wird für jeden Patienten, den sie für die Studie rekrutiert, ein Geldbetrag angeboten. Der Vertreter der CRO versichert ihr, die Studie habe alle erforderlichen Genehmigungen erhalten – auch von einer Ethikkommission. Dr. R. hat noch nie zuvor an einer Studie teilgenommen und freut sich über diese Möglichkeit, gerade auch angesichts der zusätzlichen Einnahmen. Sie nimmt an, ohne sich weiter nach den wissenschaftlichen oder ethischen Aspekten der Studie zu erkundigen.

DIE BEDEUTUNG DER MEDIZINISCHEN FORSCHUNG

Die Medizin ist keine exakte Wissenschaft wie die Mathematik oder die Physik. In ihr gelten viele allgemeine Grundsätze, die zumeist zutreffend sind, doch ist jeder Patient anders und eine für 90% der Bevölkerung wirksame Therapie schlägt bei den verbleibenden 10% unter Umständen nicht an. Damit ist die Medizin ihrem Wesen nach eine experimentelle Wissenschaft. Selbst die weithin akzeptierten Therapien müssen überwacht und evaluiert werden, um zu klären, ob sie bei bestimmten Patienten und bei den Patienten ganz allgemein wirksam sind. Das ist eine der Aufgaben der medizinischen Forschung.

„...die Medizin (ist) ihrem Wesen nach eine experimentelle Wissenschaft.“

Eine weitere, möglicherweise besser bekannte Aufgabe ist die Entwicklung neuer Therapien, insbesondere von Arzneimitteln, medizinischen Hilfsmitteln und Operationstechniken. Auf diesem Gebiet sind in den letzten 50 Jahren große Fortschritte erzielt worden, und heute findet mehr medizinische Forschung statt als je zuvor. Dennoch bleiben viele unbeantwortete Fragen zur Funktion des menschlichen Körpers, den Ursachen von Krankheiten (familiäre wie neuartige Erkrankungen) und den besten Möglichkeiten, ihnen vorzubeugen oder sie zu heilen. Die medizinische Forschung ist das einzige Mittel, um diese Fragen zu beantworten.

Neben dem Bestreben nach einem besseren Verständnis der menschlichen Physiologie untersucht die medizinische Forschung eine große Vielfalt anderer Faktoren der menschlichen Gesundheit, darunter Krankheitsmuster (Epidemiologie), die Organisation, Finanzierung und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitssystemforschung), gesellschaftliche und kulturelle Aspekte der Gesundheit (Medizinsoziologie und -anthropologie), Recht (Rechtsmedizin) und Ethik (ärztliche Ethik). Die Bedeutung dieser Forschungsbereiche wird von den finanzierenden Einrichtungen immer besser

erkannt, von denen viele über spezielle Programme für nicht physiologische medizinische Forschung verfügen.

FORSCHUNG IN DER MEDIZINISCHEN PRAXIS

Alle Ärzte nutzen die Ergebnisse der medizinischen Forschung in ihrer klinischen Praxis. Um ihr Wissen auf dem neuesten Stand zu halten, müssen Ärzte über medizinische Fortbildungsprogramme, medizinische Fachzeitschriften und den Austausch mit sachkundigen Kollegen die aktuellen Forschungen auf ihrem Fachgebiet verfolgen. Auch wenn sie nicht selbst Forschung betreiben, müssen Ärzte wissen, wie die Forschungsergebnisse zu interpretieren und auf ihre Patienten anzuwenden sind. Eine grundlegende Vertrautheit mit den Forschungsmethoden ist somit eine wesentliche Voraussetzung für die Ausübung des Arztberufs. Diese Vertrautheit erlangt man am besten durch Teilnahme an einem Forschungsprojekt, ob nun als Medizinstudent oder nach dem Abschluss.

„Auch wenn sie nicht selbst Forschung betreiben, müssen Ärzte wissen, wie die Forschungsergebnisse zu interpretieren und auf ihre Patienten anzuwenden sind.“

Die am weitesten verbreitete Forschungsmethode bei niedergelassenen Ärzten ist die klinische Prüfung. Bevor ein neues Arzneimittel von staatlichen Regulierungsbehörden zugelassen werden kann, muss es umfassend auf Sicherheit und Wirksamkeit geprüft werden. Dieses Verfahren beginnt mit Laboruntersuchungen, an die sich Tierversuche anschließen. Sehen die Ergebnisse viel versprechend aus, folgen die vier Phasen der klinischen Prüfung:

- Die Phase-I-Prüfung, die gewöhnlich an einer eher kleinen Zahl gesunder Probanden durchgeführt wird, die oft für ihre Teilnahme bezahlt werden, soll klären, welche Dosierung des Präparats erforderlich ist, um im menschlichen Körper eine Reaktion auszulösen, wie der Körper das Arzneimittel verarbeitet und ob das Arzneimittel toxische oder schädliche Wirkungen auslöst.
- Die Phase-II-Prüfung wird bei einer Gruppe von Patienten durchgeführt, die an der Krankheit leiden, welche mit dem Präparat behandelt werden soll. Sie hat das Ziel zu ermitteln, ob das Arzneimittel die Krankheit positiv beeinflusst und eventuell schädliche Nebenwirkungen mit sich bringt.
- Die Phase-III-Prüfung ist die klinische Studie, bei der das Arzneimittel einer großen Zahl von Patienten verabreicht und mit einem anderen Präparat, soweit dies für das jeweilige Krankheitsbild existiert und/oder einem Placebo verglichen wird. Nach Möglichkeit werden solche Studien „doppelblind“ durchgeführt, d.h. weder die Studienteilnehmer noch ihre Ärzte wissen, wer ein Arzneimittel (Verum) und wer ein Placebo erhält.

- Die Phase-IV-Prüfung findet nach der Zulassung und Inverkehrbringen des Arzneimittels statt. In den ersten Jahren wird ein neues Arzneimittel im Hinblick auf Nebenwirkungen überwacht, die sich in den früheren Phasen nicht bemerkbar gemacht hatten. Außerdem ist das Pharmaunternehmen gewöhnlich daran interessiert zu wissen, wie gut das Präparat von den verschreibenden Ärzten und den behandelten Patienten angenommen wird.

Die schnelle Zunahme der Zahl laufender Studien in den letzten Jahren hat es erforderlich gemacht, immer mehr Patienten zu finden und zu rekrutieren, um die statistischen Anforderungen an die Studien zu erfüllen. Die für die Studien verantwortlichen Personen, ob nun niedergelassene Ärzte oder Pharmaunternehmen, stützen sich jetzt auf viele andere Ärzte, oft in verschiedenen Ländern, die Patienten als Studienteilnehmer rekrutieren sollen.

Obwohl eine solche Beteiligung an Forschungsarbeiten für Ärzte eine wertvolle Erfahrung ist, bestehen potenzielle Probleme, die erkannt und vermieden werden müssen. Zuerst einmal unterscheidet sich die Rolle des Arztes in der Arzt-Patienten-Beziehung von der des Forschers in der Forscher-Probanden-Beziehung, auch wenn der Arzt und der Forscher ein und dieselbe Person sind. Die Hauptaufgabe des Arztes sind die Gesundheit und das Wohlergehen des Patienten, während die erste Aufgabe des Forschers im Zusammentragen von Wissen besteht, das zu der Gesundheit und dem Wohlergehen des Probanden beitragen kann, aber nicht muss. Es gibt also ein Konfliktpotenzial zwischen diesen beiden Rollen. Wenn ein solcher Konflikt ausbricht, muss die Rolle des Arztes der des Forschers vorgehen. Was dies in der Praxis bedeutet, wird im Folgenden verdeutlicht.

„... die Rolle des Arztes in der Arzt-Patienten-Beziehung (unterscheidet sich) von der des Forschers in der Forscher-Probanden-Beziehung...“

Ein weiteres potenzielles Problem bei der Verbindung dieser beiden Aufgaben ist ein Interessenkonflikt. Die medizinische Forschung wird hoch finanziert, und den Ärzten werden bisweilen für ihre Teilnahme beträchtliche Vergütungen angeboten. Dazu können Barbeträge für die Rekrutierung von Probanden, Ausrüstungen wie Computer zur Übermittlung der Forschungsergebnisse, Einladungen zu Tagungen zur Erörterung der Forschungsergebnisse und die Mitherausgabe von Veröffentlichungen über die Forschungsergebnisse gehören. Das Interesse des Arztes an der Erlangung dieser Vorteile kann bisweilen mit seiner Pflicht in Konflikt geraten, den Patienten die bestmögliche Therapie zu bieten. Ebenso kann es im Konflikt mit dem Recht des Patienten stehen, alle erforderlichen Informationen zu bekommen, um nach umfassender Aufklärung über die Teilnahme an einer klinischen Studie zu entscheiden.

Diese potenziellen Probleme lassen sich überwinden. Die ethischen Werte des Arztes – Mitgefühl, Sachverstand, Eigenständigkeit – gelten auch für den klinischen Prüfer. Zwischen diesen beiden Aufgaben besteht somit kein automatischer Konflikt. Solange Ärzte die Grundregeln der Forschungs-

ethik verstehen und einhalten, sollten sie keine Schwierigkeiten haben, sich im Rahmen ihrer klinischen Praxis an derartigen Studien zu beteiligen.

ETHISCHE ANFORDERUNGEN

Die Grundprinzipien der Forschungsethik sind wohlfundiert. Das war allerdings nicht immer so. Viele führende medizinische Forscher des 19. und 20. Jahrhunderts nahmen Versuche an Patienten ohne deren Einwilligung und – wenn überhaupt – mit nur geringer Rücksichtnahme auf deren Wohlergehen vor. Auch wenn es aus dem frühen 20. Jahrhundert einige Erklärungen zur Forschungsethik gibt, hinderten diese die Ärzte in Nazideutschland und anderswo nicht daran, Forschungen durchzuführen, die eindeutig gegen die grundlegenden Menschenrechte verstießen. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden einige dieser Ärzte von einem Gerichtshof in Nürnberg (Deutschland) überführt und abgeurteilt. Die Grundlage dieses Urteils ist als Nürnberger Kodex bekannt und dient heute noch als eines der Gründungsdokumente der modernen Forschungsethik. Zu den zehn Grundsätzen dieses Kodex gehört die Forderung nach freiwilliger Einwilligung, wenn ein Patient als Proband dienen soll.

Der Weltärztebund wurde 1947 ins Leben gerufen, im gleichen Jahr, in dem auch der Nürnberger Kodex verkündet wurde. Im Bewusstsein der Verletzungen der medizinischen Ethik vor und während des Zweiten Weltkriegs unternahmen die Gründer des Weltärztebundes sofort Schritte, um dafür zu sorgen, dass sich die Ärzte zumindest über ihre ethischen Verpflichtungen im Klaren sind. 1954 nahm der Weltärztebund nach mehrjährigen Untersuchungen eine Reihe von **Grundsätzen für Forscher und Untersucher** an. Das Dokument wurde in den darauffolgenden 10 Jahren überarbeitet und schließlich 1964 als **Deklaration von Helsinki** (DoH) verabschiedet. Es wurde anschließend 1975, 1983, 1989, 1996 und im Jahr 2000 geändert. Die DoH fasst die Forschungsethik prägnant zusammen. In den letzten Jahren sind weitaus detailliertere Dokumente über die Forschungsethik im Allgemeinen (z.B. gerade der internationalen Organisationen der medizinischen Wissenschaften, **Internationale ethische Richtlinien für die biomedizinische Forschung an menschlichen Probanden**, 1993, bearbeitet 2002) und zu spezifischen Themen der Forschungsethik (z.B. Nuffield Council on Bioethics [UK], **Die Ethik der Forschung in Bezug auf das Gesundheitswesen in Entwicklungsländern**, 2002) erstellt worden.

Trotz der Unterschiedlichkeit dieser Dokumente im Hinblick auf ihren Umfang, ihre Länge und ihre Verfasser stimmen sie in Bezug auf die Grundprinzipien der Forschungsethik weitgehend überein. Diese Grundsätze sind in die Gesetze und/oder Rechtsvorschriften vieler Staaten und internationaler Organisationen aufgenommen worden, auch dort, wo es um die Zulassung von Arzneimitteln und medizinischen Hilfsmitteln geht. Es folgt eine kurze Beschreibung dieser Grundsätze, die in erster Linie aus der **DoH** stammt.

Genehmigung durch eine Ethikkommission

In den Ziffern 13 und 14 der **DoH** ist festgelegt, dass jeder Vorschlag für eine klinische Prüfung an menschlichen Probanden von einer unabhängigen Ethikkommission geprüft und genehmigt werden muss, bevor er umgesetzt werden kann. Um eine Genehmigung zu erhalten, müssen die Forscher

den Zweck und die Methodik des Projekts erläutern, die Art der Rekrutierung von Probanden beschreiben, darlegen, wie deren Einwilligung erlangt und ihre Privatsphäre geschützt werden soll, angeben, wie das Projekt finanziert wird und mögliche Interessenkonflikte auf Seiten der Forscher offen legen. Die Ethikkommission kann das Projekt wie vorgelegt genehmigen, vor dem Beginn Änderungen verlangen oder die Genehmigung ganz verweigern. Manche Kommissionen haben darüber hinaus die Aufgabe, laufende Projekte zu überwachen, um sicherzustellen, dass die Forscher ihren Verpflichtungen nachkommen, und sie können ein Projekt wegen unerwarteter schwerwiegender unerwünschter Reaktionen gegebenenfalls abbrechen.

„... jeder Vorschlag für eine klinische Prüfung an menschlichen Probanden (muss) von einer unabhängigen Ethikkommission geprüft und genehmigt werden..., bevor er umgesetzt werden kann.“

Die Genehmigung einer Ethikkommission für ein Projekt ist erforderlich, weil weder die Forscher noch die Probanden stets so kenntnisreich und objektiv sind, dass sie entscheiden können, ob ein Projekt wissenschaftlich und ethisch angemessen ist. Die Forscher müssen gegenüber einer unparteilichen Expertenkommission belegen, dass das Projekt sinnvoll ist, sie zu seiner Durchführung fähig sind und potenzielle Probanden in größtmöglichem Maß vor Schäden geschützt sind.

Eine ungelöste Frage in Bezug auf die Prüfung durch Ethikkommissionen lautet, ob eine multizentrische Studie in jedem einzelnen Zentrum von einer Ethikkommission genehmigt werden muss oder eine einzige Genehmigung seitens einer solchen Kommission ausreicht. Wenn sich die Zentren in verschiedenen Ländern befinden, ist gewöhnlich eine Prüfung und Genehmigung in jedem einzelnen Land erforderlich.

Wissenschaftlicher Wert

Ziffer 11 der DoH verlangt, dass medizinische Studien an menschlichen Probanden wissenschaftlich zu rechtfertigen sein müssen. Dieses Erfordernis soll Vorhaben ausschließen, die kaum zum Erfolg führen dürften, weil sie z.B. methodisch unzulänglich sind oder, selbst wenn sie Erfolg haben, wahrscheinlich nur belanglose Ergebnisse erbringen dürften. Werden Patienten um die Teilnahme an einem Forschungsvorhaben gebeten, sollte, selbst wenn die Gefahr einer Schädigung äußerst gering ist, doch die Erwartung bestehen, dass bedeutsame wissenschaftliche Kenntnisse erlangt werden können.

„...medizinische Studien an menschlichen Probanden (müssen) wissenschaftlich zu rechtfertigen sein...“

Um den wissenschaftlichen Wert sicherzustellen, verlangt Ziffer 11, dass das Vorhaben auf einer fundierten Kenntnis der einschlägigen Fachliteratur und vorangegangenen Laboruntersuchungen und ggf. Tieruntersuchungen beruht, die mit Recht erwarten lassen, dass das vorgeschlagene Vorgehen beim Menschen wirksam ist. Alle Tieruntersuchungen müssen ethischen Leitlinien entsprechen, die die Zahl der eingesetzten Tiere gering halten und unnötige Schmerzen vermeiden. Ziffer 15 setzt ein weiteres Erfordernis hinzu: Nur qualifizierte Wissenschaftler sollten Forschungen an menschlichen Versuchspersonen durchführen dürfen. Die Ethikkommission muss davon überzeugt sein, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind, bevor sie das Projekt genehmigt.

Gesellschaftlicher Wert

Eines der strittigsten Erfordernisse für eine geplante klinische Prüfung ist ihr Beitrag zum allgemeinen gesellschaftlichen Wohlergehen. Früher wurde weithin davon ausgegangen, dass Fortschritte bei den wissenschaftlichen Erkenntnissen an sich schon wertvoll waren und keiner weiteren Rechtfertigung bedurften. Da die für die medizinische Forschung verfügbaren Mittel jedoch immer unzureichender werden, ist als wichtiges Kriterium für die Beurteilung der Finanzierungsmöglichkeit eines Projekts der gesellschaftliche Wert aufgetaucht.

„... als wichtiges Kriterium für die Beurteilung der Finanzierungsmöglichkeit eines Projekts (ist) der gesellschaftliche Wert aufgetaucht.“

Die Ziffern 18 und 19 der **DoH** befürworten eindeutig die Berücksichtigung des gesellschaftlichen Werts bei der Beurteilung von Forschungsvorhaben. Die Bedeutung der Zielsetzungen des Vorhabens, die sowohl als wissenschaftliche wie auch als gesellschaftliche Bedeutung verstanden wird, sollte die Risiken und Belastungen für die Probanden überwiegen. Darüber hinaus sollten auch die Populationen, bei denen die Studie durchgeführt wird, aus den Ergebnissen der Forschungsarbeiten Nutzen ziehen. Das ist besonders in Ländern wichtig, in denen die Gefahr einer unfairen Behandlung von Probanden besteht, die die Risiken und Unannehmlichkeiten der Studie ertragen

müssen, während die aufgrund der Forschungsarbeit entwickelten Arzneimittel nur Patienten anderswo zugute kommen.

Der gesellschaftliche Wert eines Forschungsvorhabens ist schwerer zu ermitteln als der wissenschaftliche Wert, was jedoch keinen guten Grund dafür abgibt, ihn zu ignorieren. Forscher und Ethikkommissionen müssen dafür Sorge tragen, dass Patienten nicht Untersuchungen unterworfen werden, die keinem sinnvollen gesellschaftlichen Zweck dienen dürften. Ein anderes Verhalten würde wertvolle Gesundheitsmittel vergeuden und das Ansehen der medizinischen Forschung als wichtiger Faktor bei der Sicherung der Gesundheit und des Wohlergehens der Menschen schmälern.

Nutzen und Risiken

Sind der wissenschaftliche Wert und der gesellschaftliche Nutzen des Projekts ermittelt worden, muss der Forscher nachweisen, dass die Risiken für die Studienteilnehmer im Vergleich mit den erwarteten Vorteilen der Studie, die unter Umständen nicht einmal den Teilnehmern zugute kommen, nicht unvertretbar oder unverhältnismäßig groß sind. Ein Risiko ist die Möglichkeit des Auftretens eines unerwünschten Ergebnisses (Schadens). Es setzt sich aus zwei Bestandteilen zusammen: 1. der Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Schadens (von überaus unwahrscheinlich bis sehr wahrscheinlich) und 2. der Schwere des Schadens (von geringfügig bis dauerhafte schwere Behinderung oder Tod). Ein überaus unwahrscheinliches Risiko eines geringfügigen Schadens wäre bei einem guten Forschungsvorhaben nicht problematisch. Am anderen Ende des Spektrums wäre ein wahrscheinliches Risiko einer schwer wiegenden Schädigung nicht annehmbar, es sei denn das Projekt stellt die einzige Hoffnung einer Therapie im Falle terminal erkrankter Studienteilnehmer dar. Zwischen diesen beiden Extremen fordert Ziffer 17 der **DoH** die Forscher auf, die Risiken angemessen zu bewerten und sich zu vergewissern, dass sie zu bewältigen sind. Bei einem völlig unbekanntem Risiko sollte der Forscher das Projekt erst vorantreiben, wenn einige verlässliche Daten zur Verfügung stehen, z.B. aus Laboruntersuchungen oder Tierversuchen.

„Bei einem völlig unbekanntem Risiko sollte der Forscher das Projekt erst vorantreiben, wenn einige verlässliche Daten zur Verfügung stehen...“

Einwilligung nach Aufklärung (*Informed Consent*)

Der erste Grundsatz des Nürnberger Kodex lautet wie folgt: „Die freiwillige Einwilligung der Versuchsperson ist unbedingt erforderlich.“ In dem zu diesem Grundsatz gehörenden erläuternden Absatz wird unter anderem verlangt, dass der Studienteilnehmer „genügend Kenntnis von und Einsicht in die wesentlichen Fakten des betreffenden Versuchs haben (muss), um eine verstehende und aufgeklärte Entscheidung treffen zu können.“

Die **DoH** beschreibt die Einwilligung nach Aufklärung recht detailliert. Ziffer 22 gibt an, was der Versuchsteilnehmer wissen muss, um eine aufgeklärte Entscheidung über seine Teilnahme treffen zu können. Ziffer 23 warnt davor, Einzelpersonen unter Druck zu setzen, sich an einer Studie zu beteiligen, da die Einwilligung unter solchen Umständen nicht ganz freiwillig sein könnte. Die Ziffern 24 bis 26 beschäftigen sich mit Versuchspersonen, die zur Einwilligung nicht fähig sind (minderjährige Kinder, geistig schwer behinderte Personen, bewusstlose Patienten). Sie können weiterhin an Studien teilnehmen, allerdings unter eingeschränkten Bedingungen.

Die **DoH** empfiehlt wie auch andere Ethikdokumente, den Nachweis einer Einwilligung nach Aufklärung dadurch zu führen, dass der Proband eine „Einwilligungserklärung“ (Ziffer 22) unterzeichnet. Viele Ethikkommissionen verlangen von dem Prüfer, ihnen das Einwilligungsformular vorzulegen, das bei dem Projekt verwendet werden soll. In einigen Ländern sind diese Formblätter mittlerweile so lang und detailliert, dass sie nicht mehr dem Zweck dienen, den Versuchsteilnehmer über das Projekt aufzuklären. Jedenfalls beginnt und endet die Einholung der Einwilligung nach Aufklärung nicht mit der Unterzeichnung des Formulars, sondern muss eine sorgfältige mündliche Erläuterung des Projekts und aller Aspekte umfassen, die eine Teilnahme daran für die Versuchsperson mit sich bringen wird. Darüber hinaus sollten die Versuchsteilnehmer davon in Kenntnis gesetzt werden, dass sie ihre Einwilligung in die Teilnahme auch nach Beginn der Studie jederzeit zurückziehen können, ohne dass die Forscher oder andere Ärzte Repressalien ausüben oder die Gesundheitsversorgung der Versuchsperson gefährdet wäre.

Vertraulichkeit

Genau wie klinisch betreute Patienten haben Studienteilnehmer in Bezug auf Informationen über ihre persönliche Gesundheit ein Anrecht auf Vertraulichkeit. Anders als im klinischen Bereich setzt eine Studie jedoch die Offenlegung persönlicher Gesundheitsinformationen gegenüber anderen, auch der Wissenschaft im Allgemeinen und bisweilen der breiten Öffentlichkeit, voraus. Zum Schutz der Privatsphäre müssen die Prüfer sicherstellen, dass sie von dem Probanden nach entsprechender Aufklärung die Einwilligung erhalten, ihre persönlichen Gesundheitsdaten für Studienzwecke zu verwenden, was eine vorherige Information der Versuchspersonen über die vorgesehene Art der Verwendung ihrer Daten erfordert. Ganz allgemein gilt, dass die Daten anonymisiert und sicher gespeichert und übermittelt werden müssen. Die **Deklaration** des Weltärztebundes **über ethische Aspekte in Bezug auf medizinische Datenbanken** enthält weitere Hinweise zu diesem Thema.

„...Studienteilnehmer (haben) in Bezug auf Informationen über ihre persönliche Gesundheit ein Anrecht auf Vertraulichkeit.“

Rollenkonflikt

Oben in diesem Kapitel wurde schon angemerkt, dass die Rolle des Arztes in der Arzt-Patienten-Beziehung sich von der Rolle des Prüfers in der Prüfer-Probanden-Beziehung unterscheidet, selbst wenn Arzt und Prüfer ein und dieselbe Person sind. Ziffer 28 der **DoH** gibt an, dass in solchen Fällen die Rolle des Arztes den Vorrang haben muss. Das bedeutet u.a., dass der Arzt bereit sein muss, von einer Teilnahme des Patienten an einer Studie abzuraten, wenn der Patient mit seiner derzeitigen Behandlung gut eingestellt zu sein scheint und das Projekt die randomisierte Zuweisung von Patienten zu verschiedenen Therapien und/oder einem Placebo verlangt. Nur wenn der Arzt auf fundierter wissenschaftlicher Grundlage wirklich unsicher ist, ob die gegenwärtige Therapie des Patienten ebenso geeignet ist wie die vorgeschlagene neue Therapie oder auch ein Placebo, sollte der Arzt den Patienten bitten, an dem Forschungsvorhaben teilzunehmen.

Ehrliche Meldung der Ergebnisse

Es sollte eigentlich nicht erforderlich sein, eine sachlich richtige Meldung von Studienergebnissen zu verlangen, doch leider hat es in jüngerer Zeit zahlreiche Berichte über unehrliche Praktiken bei der Veröffentlichung von Studienergebnissen gegeben. Zu den Problemen gehören Plagiate, die Erfindung von Daten, Doppelveröffentlichungen und „Ehren-Autorschaften“. Solche Praktiken können, zumindest bis zu ihrer Aufdeckung, für den Prüfer von Vorteil sein, Patienten, die wegen unrichtiger oder unzutreffender Forschungsberichte falsch behandelt werden wie auch anderen Forschern, die viel Zeit und beträchtliche Mittel vergeuden, um eine Nachbeobachtung der Studien sicherzustellen, jedoch sehr schaden.

„...es (hat) in jüngerer Zeit zahlreiche Berichte über unehrliche Praktiken bei der Veröffentlichung von Studienergebnissen gegeben.“

„Whistle-blowing“

Um unethische Studien zu verhindern oder sie im Nachhinein offen zu legen, ist jeder, der von einem solchen Verhalten Kenntnis hat, verpflichtet, diese Informationen den zuständigen Behörden mitzuteilen. Leider wird dieses „Whistle-blowing“ nicht immer geschätzt oder auch nur berücksichtigt, und solche Informanten werden bisweilen bestraft oder gemieden, weil sie versucht haben, Fehlhandlungen an die Öffentlichkeit zu bringen. Diese Einstellung scheint sich jedoch zu verändern, da sowohl wissenschaftlich tätige Mediziner als auch Vertreter der Regulierungsbehörde die Notwendigkeit erkennen, unethische Studien aufzudecken und zu ahnden und die Rolle der Informanten bei der Erreichung dieses Ziels allmählich schätzen lernen.

Nachgeordnete Mitglieder einer Forschungsgruppe, z.B. Medizinstudenten, finden es möglicherweise besonders schwierig, auf einen Verdacht unethischer Forschung hin tätig zu werden, da sie sich unter

Umständen für nicht ausreichend qualifiziert halten, um das Vorgehen leitender Forscher zu beurteilen und sie wahrscheinlich mit Sanktionen rechnen müssen, wenn sie offen reden. Sie sollten es aber zumindest ablehnen, sich an Praktiken zu beteiligen, die sie als eindeutig unethisch betrachten, z.B. Probanden die Unwahrheit zu sagen oder Daten zu manipulieren. Wenn sie andere bei derartigen Praktiken beobachten, sollten sie alle denkbaren Schritte einleiten, um die zuständigen Behörden direkt oder anonym zu alarmieren.

Ungeklärte Fragen

Nicht alle Aspekte der Forschungsethik erfreuen sich allgemeiner Zustimmung. Während die medizinische Wissenschaft auf Gebieten wie der Genetik, den Neurowissenschaften sowie der Organ- und Gewebetransplantation weiterhin Fortschritte macht, stellen sich neue Fragen zur ethischen Vertretbarkeit von Techniken, Verfahren und Therapien, auf die es keine eindeutigen Antworten gibt. Darüber hinaus sind auch einige ältere Themen weiterhin Gegenstand einer anhaltenden ethischen Kontroverse, z.B. die Frage, unter welchen Bedingungen ein Placebo-Arm in eine klinische Prüfung eingeschlossen werden sollte und welche Langzeitversorgung Teilnehmern an einer medizinischen Studie gewährt werden sollte. Weltweit stellt die 10/90-Kluft in der medizinischen Forschung (nur 10% der weltweiten Forschungsausgaben werden für Gesundheitsprobleme aufgewandt, die 90% der Weltbevölkerung betreffen) eindeutig eine ungelöste ethische Problematik dar. Und wenn Forscher sich mit Problemen in ressourcenarmen Teilen der Welt beschäftigen, stoßen sie oft auf Schwierigkeiten, die mit Konflikten zwischen ihrem ethischen Herangehen und dem der Gemeinschaften zusammenhängen, in denen sie arbeiten. Alle diese Fragen erfordern eine tiefer gehende Analyse und Diskussion, bevor eine allgemeine Einigung erreicht wird.

„...nur 10% der weltweiten Forschungsausgaben werden für Gesundheitsprobleme aufgewandt, die 90% der Weltbevölkerung betreffen...“

Trotz dieser potenziellen Probleme ist die medizinische Forschung für Ärzte und Medizinstudenten sowie auch für die Probanden selbst eine wertvolle und ergiebige Tätigkeit. So sollten Ärzte und Medizinstudenten erwägen, selbst als Probanden aufzutreten, damit sie die andere Seite der Prüfer-Probanden-Beziehung beurteilen können.

ZURÜCK ZUR FALLSTUDIE

Dr. R. hätte nicht so schnell annehmen dürfen. Sie hätte zuerst mehr über das Projekt in Erfahrung bringen und sicherstellen müssen, dass es allen Anforderungen an eine ethisch vertretbare Studie genügt. Insbesondere sollte sie um Einsicht in das Protokoll bitten, dass der Ethikkommission vorgelegt wurde sowie in eventuelle Anmerkungen oder Bedingungen, mit denen die Kommission das Projekt versehen hatte. Sie sollte nur an Projekten ihres eigenen Tätigkeitsfelds teilnehmen und sich des wissenschaftlichen Werts und der gesellschaftlichen Bedeutung des Projekts vergewissern. Wenn sie sich ihrer Fähigkeit, das Projekt zu beurteilen, nicht sicher ist, sollte sie den Rat von Kollegen in größeren Zentren in Anspruch nehmen. Sie sollte gewährleisten, dass sie im wohlverstandenen Interesse ihrer Patienten handelt und nur diejenigen von ihnen rekrutiert, die durch eine Umstellung ihrer aktuellen Therapie auf das Versuchspräparat oder ein Placebo nicht geschädigt werden. Sie muss in der Lage sein, ihren Patienten die Alternativen zu erklären, damit diese ausreichend aufgeklärt in eine Teilnahme oder Nichtteilnahme einwilligen können. Sie sollte sich nicht bereit zeigen, eine feste Zahl von Patienten zu rekrutieren, da dies die Patienten unter Einwilligungsdruck setzen könnte – möglicherweise gegen deren wohlverstandene Interessen. Sie sollte die Patienten im Rahmen der Studie sorgfältig im Hinblick auf unerwartete unerwünschte Reaktionen beobachten und bereit sein, schnelle Abhilfemaßnahmen zu ergreifen. Schließlich sollte sie ihren Patienten die Ergebnisse der Studie mitteilen, sobald diese verfügbar sind.

KAPITEL 6 – SCHLUSSFOLGERUNG

Steiler Anstieg

© Don Mason/CORBIS

AUFGABEN UND VORRECHTE VON ÄRZTEN

In diesem Handbuch liegt der Schwerpunkt auf den Verpflichtungen und Aufgaben der Ärzte, was in der Tat der Hauptgegenstand der ärztlichen Ethik ist. Wie alle Menschen haben Ärzte jedoch Rechte und Pflichten, und die ärztliche Ethik wäre unvollständig, wenn sie nicht der Frage nachginge, wie Ärzte von anderen – ob nun Patienten, die Gesellschaft oder Kollegen – behandelt werden sollten. Diese Perspektive der ärztlichen Ethik ist besonders bedeutsam geworden, da Ärzte in vielen Ländern bei der Ausübung ihres Berufs ein hohes Maß an Frustration empfinden, ob nun wegen begrenzter Mittel, einer vom Staat und/oder Unternehmen betriebenen Mikrosteuerung der Erbringung von Gesundheitsleistungen, auf Sensationsmache abzielender Medienberichte über ärztliche Kunstfehler und unethisches Verhalten von Ärzten oder auch Anfechtungen ihrer Autorität und ihrer Fähigkeiten durch Patienten und andere Heilberufler.

Die ärztliche Ethik beschäftigte sich früher mit den Rechten der Ärzte und ihren Aufgaben. Frühere Ethikkodizes wie die Fassung des Kodex der American Medical Association von 1847 enthielten Abschnitte über die Verpflichtungen der Patienten und der Öffentlichkeit gegenüber der Ärzteschaft. Die meisten dieser Verpflichtungen sind überholt, so z. B. folgende: „Der Patient hat den Anordnungen seines Arztes umgehend und stillschweigend Folge zu leisten. Er sollte es sich niemals gestatten, seine eigenen unklaren Vorstellungen von deren Angemessenheit die Befolgung (der Anordnungen) beeinflussen zu lassen.“ Allerdings ist die Aussage „Die Öffentlichkeit sollte ... eine angemessene Bewertung medizinischer Qualifikationen vornehmen ... [und] für den Erwerb der ärztlichen Ausbildung jede Ermutigung und Erleichterung bereitstellen...“ nach wie vor gültig. Statt diese Kapitel zu überarbeiten und zu aktualisieren, hat die American Medical Association sie schließlich aus ihrem Ethikkodex entfernt.

Im Laufe der Jahre hat der Weltärztebund mehrere politische Aussagen zu den Rechten der Ärzte und den entsprechenden Aufgaben anderer, insbesondere der Regierungen, im Hinblick auf die Wahrung dieser Rechte verabschiedet:

- In der **Erklärung zur Freiheit der Teilnahme an Ärzteversammlungen** von 1984 heißt es, dass „...es keine Schranken geben (darf), die Ärzte von der Teilnahme an Veranstaltungen des Weltärztebundes oder anderen Ärzteversammlungen abhalten, wo immer diese auch stattfinden mögen.“
- Die **Deklaration zur Unabhängigkeit und beruflichen Freiheit des Arztes** von 1986 enthält die Aussage: „Ärzte müssen ihre Aufgaben bei der Versorgung der Patienten in voller beruflicher Freiheit ohne Einschränkung erfüllen können“ und „Die berufliche Unabhängigkeit der Ärzte muss gesichert sein, damit sie die Interessen ihrer Patienten gegen alle Kräfte vertreten können, die die notwendige Versorgung von Kranken und Verletzten beschränken oder verweigern wollen.“
- In der **Erklärung zur Verantwortung des Arztes hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung** von 1995 heißt es, dass „jede Beurteilung des beruflichen Verhaltens oder der Leistung eines Arztes nur unter Berücksichtigung der Stellungnahme seiner Berufskollegen, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung die Komplexität der

betreffenden medizinischen Probleme verstehen, erfolgen darf.“ Die gleiche Aussage verurteilt „alle Verfahren in bezug auf die Prüfung von Patientenbeschwerden und Entschädigungen von Patienten in denen die Beurteilung der Leistungen und Fehlleistungen des Arztes durch seine Kollegen nicht in gutem Glauben erfolgt.“

- Die **Deklaration zur Unterstützung von Ärzten, die die Mitwirkung an Folterungen oder anderen Formen grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlungen ablehnen** von 1997 verpflichtet der Weltärztebund, „Ärzte, die gegen die Einbeziehung in diese unmenschlichen Praktiken Widerstand leisten oder die die Opfer dieser Praktiken medizinisch versorgen und betreuen, zu unterstützen und zu schützen und seine nationalen Mitgliedsorganisationen aufzufordern, desgleichen zu tun, sowie das Recht zu garantieren, die höchsten Grundsätze ärztlicher Ethik einschließlich der Schweigepflicht zu verteidigen...“
- Die **Erklärung zu ethischen Richtlinien für die internationale Rekrutierung von Ärzten** von 2003 ruft jedes Land auf, „sein Möglichstes tun, damit seine Ärzte beruflich tätig werden können und im Land bleiben, indem es ihnen unter Berücksichtigung des Bedarfs und der Ressourcen des Landes die für ihre persönlichen und beruflichen Ziele notwendige Unterstützung zukommen lässt“ und sicherzustellen, dass „Ärzte, die ständig oder vorübergehend in einem anderen als ihrem Heimatland arbeiten..., genauso fair behandelt werden wie alle anderen Ärzte in diesem Land (beispielsweise gleiche Berufsmöglichkeiten und gleiche Bezahlung für die gleiche Arbeit).“

Obwohl ein solches Eintreten für Ärzte erforderlich ist, bedenkt man die oben aufgeführten Bedrohungen und Herausforderungen, müssen Ärzte bisweilen auch an die Vorrechte erinnert werden, die sie genießen. Öffentliche Umfragen in vielen Ländern haben immer wieder gezeigt, dass Ärzte zu den Berufsgruppen gehören, die sich der höchsten Wertschätzung und des größten Vertrauens erfreuen. Sie erhalten in der Regel eine überdurchschnittliche Vergütung (in einigen Ländern noch deutlich mehr). Sie verfügen immer noch über ein hohes Maß an klinischer Eigenständigkeit, wenn auch nicht mehr so wie früher. Viele engagieren sich durch Teilnahme an Studien an einer faszinierenden Suche nach neuen Erkenntnissen. Vor allem erbringen sie Leistungen, die für einzelne Patienten, insbesondere verletzte und besonders bedürftige Personen, sowie für die gesamte Gesellschaft von unschätzbarem Wert sind. Nur wenige Berufe können noch befriedigender als der des Arztes sein, bedenkt man die Leistungen der Ärzte – Linderung von Schmerzen und Leiden, Heilung von Krankheiten und Tröstung der Sterbenden. Die Erfüllung ihrer ethischen Verpflichtungen mag da nur ein geringer Preis sein, der für alle diese Privilegien zu zahlen ist.

„...Ärzte (müssen) bisweilen auch an die Vorrechte erinnert werden, die sie genießen.“

EIGENVERANTWORTUNG

In diesem Handbuch werden die ethischen Verantwortlichkeiten der Ärzte nach ihren Hauptnutznießern eingeteilt: den Patienten, der Gesellschaft und den Kollegen (unter Einschluss anderer Heilberufler). Ärzte vergessen oft, dass sie auch für sich selbst und ihre Familie Verantwortung tragen. In vielen Teilen der Welt bedeutet Arzt zu sein, sich der Ausübung der Medizin ohne nennenswerte Rücksichtnahme auf die eigene Gesundheit und das eigene Wohlergehen zu verschreiben. Arbeitswochen von 60-80 Stunden sind nicht selten, und Urlaub wird als unnötiger Luxus betrachtet. Obwohl viele Ärzte unter diesen Umständen gut zurecht zu kommen scheinen, kann dies negative Folgen für ihre Familie haben und andere Ärzte leiden eindeutig unter diesem hektischen Arbeitstempo, wobei die Folgen von chronischer Müdigkeit über Drogenmissbrauch bis hin zum Suizid reichen. In ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigte Ärzte sind eine Gefahr für ihre Patienten, wobei Müdigkeit bei ärztlichen Kunstfehlern ein wichtiger Faktor ist.

„Ärzte vergessen oft, dass sie auch für sich selbst und ihre Familie Verantwortung tragen.“

Die Notwendigkeit, für die Sicherheit der Patienten Sorge zu tragen und einen gesunden Lebensstil für Ärzte zu fördern, wird in einigen Ländern durch eine Beschränkung der Stundenzahl und der Länge der Schichten berücksichtigt, die Ärzte und Assistenzärzte arbeiten dürfen. Einige ärztliche Fortbildungseinrichtungen machen es heute Ärztinnen leichter, ihre Fortbildungskurse aus familiären Gründen zu unterbrechen. Obwohl derartige Maßnahmen zur Gesundheit und zum Wohlergehen der Ärzte beitragen können, liegt die Hauptverantwortung für die Sorge für einen selbst bei dem einzelnen Arzt. Neben der Vermeidung nahe liegender Gesundheitsrisiken wie Rauchen, Drogenmissbrauch und Überarbeitung sollten Ärzte ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlergehen dadurch schützen und verbessern, dass sie Stressfaktoren in ihrem beruflichen und privaten Leben ermitteln und entsprechende Bewältigungsstrategien erarbeiten und anwenden. Führen diese nicht zum Erfolg, sollten sie sich wegen persönlicher Probleme, die ihre Beziehungen zu Patienten, der Gesellschaft, oder Kollegen negativ beeinflussen könnten, mit der Bitte um Hilfe an einen Kollegen und entsprechend qualifizierte Fachleute wenden.

DIE ZUKUNFT DER ÄRZTLICHEN ETHIK

In diesem Handbuch liegt der Schwerpunkt auf dem derzeitigen Stand der ärztlichen Ethik, auch wenn vielfach auf deren Vergangenheit verwiesen wird. Die Gegenwart entgleitet uns aber laufend, und es ist erforderlich, die Zukunft vorwegzunehmen, wenn wir nicht stets hinter der Zeit herlaufen wollen. Die Zukunft der ärztlichen Ethik wird weit gehend von der Zukunft der Medizin abhängen. Im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts entwickelt sich die Medizin sehr schnell weiter, und es fällt schwer vorherzusagen, wie sie praktiziert werden wird, wenn die heutigen medizinischen Erstsemester ihre

Ausbildung abgeschlossen haben. Ebenso ist es unmöglich, in Erfahrung zu bringen, welche weiteren Änderungen stattfinden werden, bevor sie das Pensionsalter erreicht haben werden. Die Zukunft wird nicht unbedingt besser als die Gegenwart sein, bedenkt man die verbreitete politische und wirtschaftliche Instabilität, die Umweltzerstörung, die anhaltende Ausbreitung von HIV/AIDS und anderer potenzieller Epidemien. Auch wenn wir hoffen können, dass die Vorteile des medizinischen Fortschritts letztlich alle Länder erreichen werden und dass die ethischen Probleme dort denen ähneln werden, über die zurzeit in den reichen Staaten diskutiert wird, könnte auch das Gegenteil geschehen – heute reiche Staaten könnten einen derartigen Niedergang erleben, dass ihre Ärzte mit epidemischen Tropenkrankheiten und einem schwer wiegenden Mangel an medizinischem Bedarfsmaterial zu tun bekommen werden.

Angesichts der zwangsläufigen Nichtvorhersagbarkeit der Zukunft muss die medizinische Ethik flexibel und für Wandel und Anpassung offen sein, wie sie dies ja auch schon seit geraumer Zeit ist. Wir können jedoch hoffen, dass ihre entscheidenden Grundsätze Bestand haben werden, insbesondere die Werte Mitgefühl, Sachverstand und Eigenständigkeit sowie ihr Anliegen der Wahrung der grundlegenden Menschenrechte und ihr Streben nach Professionalität. Welche Veränderungen in der Medizin auch infolge wissenschaftlicher Entwicklungen und sozialer, politischer und wirtschaftlicher Faktoren auftreten mögen, es wird immer kranke Menschen geben, die nach Möglichkeit eine Behandlung und in jedem Fall eine Versorgung benötigen. Ärzte haben diese Dienstleistungen traditionell zusammen mit anderen Leistungen wie Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitssystemmanagement erbracht. Auch wenn sich das Gleichgewicht dieser Aktivitäten künftig ändern könnte, werden Ärzte wahrscheinlich weiterhin in allen diesen Bereichen eine wichtige Rolle zu spielen haben. Da jede Tätigkeit viele ethische Herausforderungen mit sich bringt, werden die Ärzte sich über Entwicklungen in der ärztlichen Ethik wie auch in anderen Bereichen der Medizin auf dem Laufenden halten müssen.

Damit endet dieses Handbuch, doch sollte dies für den Leser nur ein einziger Schritt in seiner lebenslangen Beschäftigung mit ärztlicher Ethik sein. Um zu wiederholen, was wir in der Einführung dargelegt haben: Dieses Handbuch gibt nur eine grundlegende Einführung in die ärztliche Ethik und einige ihrer Kernfragen. Es soll Ihnen eine Vorstellung von der Notwendigkeit dauernden Nachdenkens über die ethische Dimension der Medizin und insbesondere darüber geben, wie mit den ethischen Fragen umzugehen ist, denen Sie in Ihrer eigenen Berufsausübung begegnen werden. Die in Anhang B enthaltene Liste der Ressourcen kann Ihnen dabei helfen, Ihre Kenntnisse auf diesem Gebiet zu vertiefen.

ANHANG A – GLOSSAR

Anästhesist (Anaesthetist) – In einigen Ländern wird stattdessen der Titel Anästhesiologe verwendet.

Arzt (Physician) – eine für die Ausübung der Medizin qualifizierte Person. In einigen Ländern wird zwischen Ärzten und Chirurgen unterschieden, und der Begriff „Doktor“ wird zur Bezeichnung beider verwendet. Allerdings wird „Dr.“ auch von Angehörigen anderer Heilberufe wie Zahnärzten und Tierärzten sowie allen Personen verwendet, die den Titel eines Dr. phil. oder einen anderen „Doktorgrad“ erlangt haben. Der Begriff „Doktor der Medizin“ ist genauer, aber nicht sehr gebräuchlich. Der Weltärztebund verwendet den Begriff „Arzt“ für alle Personen welchen Fachgebiets auch immer, die für die Ausübung der Medizin qualifiziert sind und das vorliegende Handbuch verfährt genauso.

Beistand leisten (Advocate) – (Verb) für eine andere Person oder Gruppe von Personen das Wort ergreifen oder tätig werden; (Substantiv) jemand, der so handelt. Ärzte leisten ihren Patienten Beistand, wenn sie staatliche Stellen oder Mitarbeiter der Krankenversicherung dazu auffordern, Leistungen zu erbringen, die ihre Patienten benötigen, aber selbst nicht ohne weiteres erlangen können.

Bekennen (Profess) – eine Überzeugung oder ein Versprechen öffentlich vortragen. Auf der gleichen (lateinischen) Wurzel stammen (z.B. im Englischen und Französischen) die Begriffe „Profession“, „professionell“ und „Professionalität“.

Bioethik/biomedizinische Ethik (Bioethics/biomedical ethics) – zwei gleichbedeutende Begriffe für die Prüfung moralischer Fragen, wie sie in der Medizin, dem Gesundheitswesen und den biologischen Wissenschaften auftreten. Es geht dabei um vier Hauptbereiche: die **klinische Ethik**, die sich mit Fragen der Patientenversorgung beschäftigt (vgl. Kapitel 2 dieses Handbuchs); die **Forschungsethik**, die den Schutz von Versuchspersonen bei klinischen Studien betrifft (vgl. Kapitel 5 dieses Handbuchs); die **berufliche Ethik**, bei der es um die spezifischen Aufgaben und Pflichten von Ärzten und anderen Heilberuflern geht (die ärztliche Ethik ist eine Form der beruflichen Ethik) und die **öffentliche Ethik**, die sich mit der Formulierung und Interpretation von Gesetzen und Rechtsvorschriften zu Fragen der Bioethik beschäftigt.

Fürsorgliches Handeln (Beneficence) – wörtlich „Gutes tun“. Von Ärzten wird erwartet, dass sie im wohlverstandenen Interesse ihrer Patienten handeln.

Gerechtigkeit (Justice) – faire Behandlung von Einzelnen und von Gruppen. Wie in Kapitel 3 verdeutlicht wird, gibt es unterschiedliche Vorstellungen davon, was im Gesundheitswesen eine faire Behandlung darstellt.

Hierarchie (Hierarchy) – eine geordnete Einstufung von Personen nach den verschiedenen Ebenen ihrer Bedeutung von der obersten bis zur untersten Ebene. Das Adjektiv *hierarchisch* beschreibt eine solche Einstufung. Der Begriff Hierarchie wird auch für die Führungsspitze eines Unternehmens oder einer Organisation verwendet.

Konsens (Consensus) – allgemeine, nicht notwendigerweise einstimmige Übereinstimmung von Meinungen.

Leihmutterschaft (Surrogate oder substitute gestation) – eine Form der Schwangerschaft, bei der eine Frau einwilligt, ein Kind auszutragen und es nach der Geburt einer anderen Person oder einem Paar zu übergeben, die in den meisten Fällen entweder Spermia (durch künstliche Befruchtung) oder ein Embryo (mittels In-vitro-Fertilisation und Embryonentransfer) bereitgestellt haben.

Managed Care – eine Organisationsform im Gesundheitswesen, bei der Behörden, Unternehmen oder Versicherungsgesellschaften u.a. entscheiden, welche Leistungen von wem (Fachärzte, Allgemeinmediziner, Pflegekräfte, andere Heilberufler usw.) und wo (Kliniken, Krankenhäuser, im Hause des Patienten usw.) erbracht werden.

Palliativversorgung (Palliative care) – eine Form der Versorgung von Patienten, insbesondere von Personen, die wahrscheinlich in absehbarer Zeit an einer schweren, unheilbaren Krankheit sterben werden, wobei der Schwerpunkt auf der Lebensqualität und insbesondere der Linderung der Schmerzen der Patienten liegt. Sie kann in Krankenhäusern, besonderen Einrichtungen für Sterbende (Hospize) oder bei den Patienten zuhause erbracht werden.

Patientenverfügung (Advance directive) – eine gewöhnlich schriftlich festgehaltene Erklärung, aus der hervorgeht, wie eine Person behandelt – oder nicht behandelt – zu werden wünscht, sollte sie nicht mehr in der Lage sein, eigene Entscheidungen zu treffen (wenn sie z.B. bewusstlos oder dement ist). Es handelt sich um eine Form der Vorausplanung der Versorgung. Eine andere besteht darin, jemanden auszuwählen, der in solchen Situationen als Entscheidungsstellvertreter tätig wird. Einige Staaten haben eine Gesetzgebung über Patientenverfügungen.

Plagiat (Plagiarism) – eine unehrliche Verhaltensweise, bei der jemand die Arbeit eines anderen kopiert, z.B. einen ganzen veröffentlichten Artikel oder einen Teil davon einreicht, als handle es sich um seine eigene Arbeit (d.h. ohne Angabe der Quelle).

Pluralistisch (Pluralist) – mit mehreren oder vielen verschiedenen Ansätzen oder Merkmalen versehen: das Gegenteil von einförmig oder einheitlich.

Primum nil nocere-Prinzip, Schadensvermeidung (Non-maleficence) – wörtlich: kein Leid zufügen. Ärzte und klinische Prüfer dürfen Patienten und Studienteilnehmern keinen Schaden zufügen.

Rational – auf der menschlichen Urteilskraft beruhend, d.h. sich die Fähigkeit zunutze machend, die Argumente für und gegen eine bestimmte Handlungsweise zu prüfen und zu entscheiden, welche Alternative besser ist.

Rechenschaftspflichtig (Accountable) – gegenüber jemandem für etwas verantwortlich (so sind z.B. Arbeitnehmer ihren Arbeitgebern für die von ihnen geleistete Arbeit Rechenschaft schuldig). Die *Rechenschaftspflicht* erfordert es, dazu bereit zu sein, zu einer Handlung oder Unterlassung eine Erklärung abzugeben.

Tugend (Virtue) – eine gute Eigenschaft von Menschen, insbesondere als Charakterzug und Verhaltensweise. Einige Tugenden sind für bestimmte Gruppen von Menschen von besonderer Bedeutung, z.B. Mitgefühl bei Ärzten, Mut bei Feuerwehrleuten, Wahrhaftigkeit bei Zeugen usw.

Whistle-blower – jemand, der Behördenvertreter, Vorgesetzte oder die Öffentlichkeit davon in Kenntnis setzt, dass ein Einzelner oder ein Unternehmen etwas Unethisches oder Gesetzwidriges tut. (Der

Ausdruck kommt auf der Welt des Sports, wo ein Schiedsrichter das Spiel bei einem Regelverstoß abpfeift.)

ANHANG B – RESSOURCEN ZUR MEDIZINISCHEN ETHIK IM INTERNET

Allgemeines

World Medical Association Policy Handbook (www.wma.net/e/policy/handbook.htm) – enthält alle Grundsatzserklärungen des Weltärztebundes im Volltext (Englisch, Französisch und Spanisch)

World Medical Association Ethics Unit (www.wma.net) – umfasst folgende Bereiche, die monatlich aktualisiert werden:

- Thema des Monats
- Tätigkeiten des Weltärztebundes zur weltweiten Förderung der Ethik (Outreach-Programm)
- Stellungnahmen des Weltärztebundes zu ethischen Fragen (auch noch in Ausarbeitung oder Überarbeitung befindliche Fassungen)
- Deklaration von Helsinki, Geschichte und aktueller Status
- Ethikressourcen des Weltärztebundes
- Einrichtungen für ärztliche Ethik einschließlich ihrer Ethikkodizes
- Ankündigungen von Tagungen
- Aufklärung über ärztliche Ethik
- Ethik und Menschenrechte
- Ethik und ärztliche Professionalität

Fragen zum Anfang des Lebens

Menschliches Klonen – www.who.int/ethics/topics/cloning/en/

Assistierte Reproduktion – www.who.int/reproductive-health/infertility/report_content.htm

Fragen zum Ende des Lebens

Ressourcen – www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.html

Schulung von Ärzten zu Fragen der Versorgung am Lebensende – www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.html

Palliativversorgung – www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm

Ablehnung der Sterbehilfe – www.euthanasia.com

HIV/AIDS

Ressourcen – www.wits.ac.za/bioethics/

UNAIDS – www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/unaid+activities+hr.asp

Beziehungen zu Wirtschaftsunternehmen

Bildungsressourcen – www.a.a-assn.org/ama/pub/category/5689.html

Ressourcen – www.nofreelunch.org/

Klinische Studien bei menschlichen Versuchspersonen

Leitlinien und Ressourcen – www.who.int/ethics/research/en/

Harvard School of Public Health, Kurs zu ethischen Fragen in der internationalen

Gesundheitsforschung – www.hsph.harvard.edu/bioethics/

ANHANG C

WELTÄRZTEBUND (WMA)

EntschlieÙung zur Aufnahme der Ärztlichen Ethik und der Menschenrechte in die Lehrpläne der medizinischen Fakultäten weltweit

(angenommen auf der 51. Weltärzteversammlung
im Oktober 1999 in Tel Aviv (Israel))

1. In der Erwägung, dass Ärztliche Ethik und Menschenrechte ein integraler Bestandteil der Arbeit und Kultur des ärztlichen Berufes sind und
2. In der Erwägung, dass Ärztliche Ethik und Menschenrechte ein integraler Bestandteil der Geschichte, Organisation und der Ziele des Weltärztebundes sind,
3. Wird hiermit beschlossen, dass der Weltärztebund den medizinischen Fakultäten weltweit dringend empfiehlt, die Unterrichtung in ärztlicher Ethik und Menschenrechten als Pflichtfach in ihre Lehrpläne aufzunehmen.

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION (WFME)

Weltweite Standards für Qualitätsverbesserung – Ärztliche Grundausbildung

(www.sund.ku.dk/wfme/Activities/Translations%20of%20Standard%20Documents/WFME%20Standard.pdf)

Diese Standards, denen alle medizinischen Fakultäten genügen sollen, enthalten die nachstehenden Verweise auf die ärztliche Ethik:

1.4 Ausbildungsergebnis

Die medizinische Fakultät **muss** die Kenntnisse (einschließlich des Wissens über und des Verständnisses für medizinische Ethik) festlegen, die Studierende bei ihrem Abschluss in Bezug auf ihre anschließende Weiterbildung und ihre künftigen Aufgaben im Gesundheitswesen vorweisen sollten.

4.4 Ausbildungsprogramm – Ärztliche Ethik

Die medizinische Fakultät **muss** diejenigen Beiträge der ärztlichen Ethik ansprechen und in das Curriculum aufnehmen, die zu einer effektiven Kommunikation, klinischen Entscheidungen und zu einer ethisch vertretbaren Praxis befähigen.

4.5 Fortbildungsprogramm – Klinische Wissenschaften und Fähigkeiten

Zu den klinischen Qualifikationen gehören die Aufnahme der Anamnese sowie Kommunikations- und Teamleitungsfähigkeiten.

Zur Teilnahme an der Patientenversorgung gehört Teamarbeit zusammen mit anderen Heilberuflern.

4.4 Fortbildungsressourcen – Forschung

Das Wechselspiel zwischen Forschung und Lehre **sollte** die Studierenden dazu anhalten und darauf vorbereiten, sich für die medizinische Forschung und Entwicklung zu engagieren.

ANHANG D – AUSBAU DES ETHIKUNTERRICHTS AN MEDIZINISCHEN FAKULTÄTEN

An einigen medizinischen Fakultäten wird kaum Ethik gelehrt, während andere gut ausgebaute Lehrpläne haben. Selbst bei letzteren lässt sich aber immer noch etwas verbessern. Einer solchen Aufgabe kann sich jeder annehmen, ein Medizinstudent wie ein Fakultätsmitglied, der die Lehre der ärztlichen Ethik an der eigenen Institution ausbauen möchte.

1. Machen Sie sich mit der Entscheidungsstruktur der Institution vertraut
 - Dekan
 - Curriculumkomitee
 - Fakultätsrat
 - Einflussreiche Fakultätsmitglieder

2. Bemühen Sie sich um die Unterstützung durch andere
 - Studierende
 - Fakultät
 - Verwaltungsspitze
 - Nationale Ärzteorganisation
 - Nationale Regulierungseinrichtung für die Ärzteschaft

3. Tragen Sie starke Argumente vor
 - *Entscheidung* (des Weltärztebundes) *zur Aufnahme der Ärztlichen Ethik und der Menschenrechte in die Lehrpläne der medizinischer Fakultäten weltweit*
 - *Weltweite Standards* (der WFME) *für Qualitätsverbesserung – Ärztliche Grundausbildung*
 - Beispiele aus anderen medizinischen Fakultäten
 - Ethische Anforderungen an die klinische Forschung
 - Vorwegnahme von Einwänden (z.B. bereits zu volles Curriculum)

4. Bieten Sie Hilfe an
 - Machen Sie Anregungen zur Struktur, dem Inhalt sowie zu Ressourcen der Fakultät und der Studierenden (vgl. die Website der Weltärztebund-Ethikabteilung [Ethics Unit] zu Ausbildungsressourcen im Bereich der medizinischen Ethik: www.wma.net/e/ethicsunit/education.htm)
 - Nehmen Sie Kontakt zu anderen Programmen für ärztliche Ethik, des Weltärztebundes usw. auf

5. Sorgen Sie für Kontinuität
 - Sprechen Sie sich für einen ständigen Ausschuss für ärztliche Ethik aus
 - Gewinnen Sie jüngere Studierende
 - Gewinnen Sie weitere Fakultätsmitglieder
 - Überzeugen Sie neue Fakultätsangehörige und die Verwaltungsspitze

ANHANG E – ZUSÄTZLICHE FALLSTUDIEN**BERATUNG EINES JUNGEN MÄDCHENS
IN SACHEN EMPFÄNGNISVERHÜTUNG**

Sara ist 15. Sie lebt in einer Stadt, in der es immer häufiger zu sexuellen Übergriffen kommt. Sie erscheint in Ihrer Klinik und bittet um ein Rezept für orale Kontrazeptiva, um sich vor einer Schwangerschaft zu schützen, sollte sie das Opfer einer Vergewaltigung werden. Bei einer Schwangerschaft müsste sie ihre Ausbildung abbrechen und hätte große Schwierigkeiten, einen Mann zu finden. Sara sagt Ihnen, sie wolle nicht, dass ihre Eltern wüssten, dass sie Kontrazeptiva verwenden wird, weil diese denken würden, sie wolle mit einem Freund schlafen. Sie trauen ihren Beweggründen nicht ganz, bewundern aber ihre Entschlossenheit, eine Schwangerschaft zu vermeiden. Sie raten ihr, mit ihren Eltern zu einem allgemeinen Gespräch über die Thematik in die Klinik zu kommen. Drei Tage später kommt sie allein wieder und sagt Ihnen, sie habe versucht, mit ihren Eltern über diese Frage zu sprechen, doch diese hätten ein Gespräch darüber abgelehnt.

Was sollen Sie nun tun?

EINE FRÜHGEBURT*

Max wurde in der 23. Schwangerschaftswoche geboren. Er wird künstlich beatmet, denn seine Lungen sind sehr unreif. Außerdem leidet er an einer Gehirnblutung, da das Gefäßgewebe noch instabil ist. Er dürfte die nächsten Wochen kaum überleben. Wenn doch, wird er wahrscheinlich geistig und körperlich schwer behindert sein. Max' Zustand verschlechtert sich nach einer schweren Darminfektion. Möglicherweise ließe sich der entzündete Teil des Darms operativ entfernen, was seine geringe Überlebenschance erhielte. Seine Eltern verweigern ihre Einwilligung, weil sie Max die Operation nicht zumuten wollen und den Eindruck haben, seine Lebensqualität werde niemals ausreichend hoch sein. Als behandelnder Arzt halten Sie die Operation für richtig und fragen sich, wie Sie mit der Weigerung der Eltern umgehen sollen.

HIV-INFEKTION*

Herr S. ist verheiratet und Vater von zwei Schulkindern. Er wird in Ihrer Klinik wegen einer seltenen Form der Pneumonie behandelt, die oft mit AIDS assoziiert ist. Die Blutuntersuchung ergibt, dass er in der Tat HIV-positiv ist. Herr S. sagt, er wolle selbst entscheiden, ob und – wenn ja – wann er seiner Frau von der Infektion berichten wird. Sie weisen darauf hin, dass es für seine Frau lebensrettend sein könnte, sich vor einer Infektion zu schützen. Außerdem wäre es wichtig, wenn sie selbst einen HIV-

Test vornehmen ließe. Bei einem positiven Testergebnis hätte sie die Möglichkeit, Arzneimittel einzunehmen, um den Ausbruch der Krankheit zu verzögern und damit ihr Leben zu verlängern.

Sechs Wochen später kommt Herr S. zu einer Kontrolluntersuchung in Ihre Klinik. Auf Ihre Frage erklärt er, er habe seiner Frau noch nichts gesagt. Er wolle nicht, dass sie von seinen homosexuellen Kontakten erfahre, weil er befürchte, sie werde ihre Beziehung beenden und die Familie werde zerbrechen. Um seine Frau zu schützen, habe er jedoch nur „Safer Sex“ mit ihr praktiziert. Als behandelnder Arzt fragen Sie sich, ob sie Frau S. von dem HIV-Status ihres Ehemanns gegen dessen Willen in Kenntnis setzen sollten, damit sie die Möglichkeit erhält, sich bei Bedarf behandeln zu lassen.

BEHANDLUNG EINES STRAFGEFANGENEN

Im Rahmen Ihrer ärztlichen Pflichten verbringen Sie alle zwei Wochen einen Tag bei Insassen einer Strafanstalt in Ihrer Nähe. Gestern behandelten Sie einen Häftling, der im Gesicht und am Rumpf zahlreicher Schürfwunden aufwies. Als Sie nach der Ursache der Verletzungen fragten, antwortete der Patient, er sei bei einem Verhör von Vollzugsbeamten angegriffen worden, als er auf ihre Fragen nicht antworten wollte. Obwohl Sie einen solchen Fall zum ersten Mal erleben, haben Sie von Ihren Kollegen von ähnlichen Vorkommnissen gehört. Sie sind überzeugt, dass Sie etwas gegen dieses Problem tun müssen, doch der Patient lehnt es ab, Ihnen die Preisgabe von Informationen über ihn zu gestatten, weil er Vergeltung seitens der Anstaltsleitung fürchtet. Außerdem sind Sie nicht sicher, dass der Strafgefangene Ihnen die Wahrheit gesagt hat. Der Wächter, der ihn zu Ihnen brachte, erklärte, er habe sich mit einem anderen Häftling einen Kampf geliefert. Sie unterhalten gute Beziehungen zu den Anstaltsmitarbeitern und wollen diese nicht durch nicht belegte Vorwürfe einer Misshandlung von Häftlingen belasten. Was sollten Sie tun?

ENTSCHEIDUNG AM ENDE DES LEBENS

Eine 80-jährige Frau wird zur Behandlung einer Lungenentzündung aus ihrem Pflegeheim in Ihr Krankenhaus eingewiesen. Sie ist gebrechlich und leicht dement. Sie behandeln die Pneumonie erfolgreich, doch kurz bevor die Patientin wieder in das Pflegeheim entlassen werden soll, erleidet sie einen Schlaganfall, nach dem sie rechtsseitig gelähmt und nicht mehr in der Lage ist, Nahrung aufzunehmen. Eine Sonde wird eingeführt, die sie anscheinend sehr stört und nachdem sie mehrere Versuche unternommen hat, die Sonde mit dem linken Arm herauszuziehen, wird dieser Arm gefesselt. Im Übrigen vermag sie ihre Wünsche nicht zum Ausdruck zu bringen. Die Suche nach Kindern oder anderen Angehörigen, die bei Entscheidungen über ihre Therapie helfen könnten, bleibt erfolglos. Nach mehreren Tagen gelangen Sie zu dem Schluss, dass sich ihr Zustand kaum bessern dürfte und dass die einzige Möglichkeit, ihr Leiden zu lindern, darin besteht, sie zu sedieren oder aber die Magensonde zu entfernen und sie sterben zu lassen. Was sollten Sie tun?

FALLSTUDIENSAMMLUNGEN

Fallstudien des UNESCO-Lehrstuhls für Bioethik zur Einwilligung nach Aufklärung (*UNESCO Chair in Bioethics informed consent case studies*) – <http://research.haifa.ac.il/~medlaw> (UNESCO-Lehrstuhl)

Fallstudien des UK Clinical Ethics Network (*UK Clinical Ethics Network case studies*) – www.ethics-network.org.uk/Cases/archive.htm

Internationale Fallstudien der Harvard School of Public Health zur Gesundheitsforschung (*Harvard School of Public Health international health research case studies*) – www.hsph.harvard.edu/bioethics/ (Fälle)

Commonwealth Medical Trust Training Manual of Ethical and Human Rights Standards for Healthcare Professionals, Teil 3, Fallstudien – www.commat.org/

(Abbildung)

Ärztliche Untersuchung einer Seniorin
© Peter M. Fisher / CORBIS

(4. Umschlagseite)

Der Weltärztebund (*World Medical Association, WMA*) ist die repräsentative Stimme von Ärzten überall auf der Welt – unabhängig von ihrer Fachrichtung, ihrem Standort oder der Art ihrer Praxis. Der Auftrag des Weltärztebundes lautet, den Menschen zu dienen und dabei bestrebt zu sein, die höchstmöglichen Standards in Fragen der ärztlichen Versorgung, der Ethik, der Wissenschaft, der Aus-, Weiter- und Fortbildung und der gesundheitsbezogenen Menschenrechte für alle zu erreichen. Die Ethikabteilung (*Ethics Unit*) des Weltärztebundes wurde 2003 errichtet, um die Ethikaktivitäten des Weltärztebundes in drei Bereichen auszuweiten: Verbindungen zu anderen auf dem Gebiet der Ethik arbeitenden internationalen Gremien, Außenkontakte über Tagungen und die WeltärztebundWebsite und Erstellung neuer Fortbildungsmaterialien zur Ethik wie dieses Handbuch.

(Logo)

The World Medical Association

B.P. 63, F-01212 Ferney-Voltaire Cedex, Frankreich

E-Mail: wma@wma.net · Fax: +33 - 450 40 59 37Website: www.wma.net

ISBN ...