

(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 In

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

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

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

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

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**,

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) noch (zu) erhalten was es nicht nur für die Gesellschaft, sondern auch unterschiedlich. Im Allgemeinen sc

„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 zusamm(ätzt)9..17 wiekieer Arzt die Grun2h

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

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

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

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, „verdächt0 rtJ-hl.4(cht0 rtJhGgtzuichts isa1(ne25 -1.Bern)6(ul)5.8(r)-g86 795.56r(3er A)8.4(ß8fts

„...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 Arfttt7 Tw68(en 3usi)7(37s180.7229 Tw[(G

0096 Tw[(s3berarbeiurdese)6(n)meh7 Tw68esea()

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 ENTSCHIEDET DER EINZELNE DAR

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 Chefärzte 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

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 **Prinzipalismus** 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

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

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

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

„... 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

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 nne d g. Sie n ä (ch)-6wsoenn mials e ü5ht soausnr ne(en)An soneuchtun sch

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

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

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

ständigkeit hängt mit Verschwiegenheit insofern zusammen, als persönliche Informationen über jemanden dieser Person gehören und ohne ihre Zu

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

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. Zwsie5 -3mationen 6mituitzuteiilligued.Sationen -1.718d zi5r Wefün K

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

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

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, Ent

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. Die Entscheidungen der Patienten über die Einleitung oder Fortsetzung der jeweiligen Behandlung respektieren.

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

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 zuwiderlau42874(k)-1.72ründhe Pmau42874(k)-1.72ründ

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

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 ei

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 so

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 lan

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

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

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...“

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 einer -1.718D0sgib(t e

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 i

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

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

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.

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 i -23.1737 -1.-eDe57245 TD

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.

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

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 Tc0.1,01w[(2ben)5.3 ,mkes



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 Hoffn(e)0.1(s i6-9TJeer ape em V]TJ23.2838 0 TD0.0003 Tc0.08762Tw[(Fakle)trmit6.8(sna

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

Rollenkonflikt

Oben in diesem Kapitel wurde schon angemerkt, da

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

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...“ nn002chng wivossüt dscheapkeil(r)]TJ0 -1.7186 TD0

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

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

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/

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

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*

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 j

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 Fortbildungsmateria