

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Hamburg (HAW)**

**Fachbereich Ökotrophologie**

**Studiengang Master of Public Health**

**Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp**

***Master Thesis***

**Freiheit und Bindung des ärztlichen  
Berufs in Medizinbetrieb und  
Ökonomisierung**

vorgelegt von

**Dr. Dr. Wolf-Dietrich Tillner**

Friedrich-Lichtenauer-Allee 9

21423 Winsen/Luhe

August 2004

## **Gliederungsübersicht:**

- A.) Hinführung**
- B.) Geschichtliche Wurzeln und gewachsene Gestalt von ärztlicher Freiheit und Bindung**
  - B.I.) Geschichtliche Wurzeln ärztlicher Freiheit und Bindung
  - B.II.) Gewachsene Gestalt ärztlicher Freiheit und Bindung
- C.) Herausforderungen für Freiheit und Bindung ärztlicher Tätigkeit**
  - C.I.) Traditioneller Medizinbetrieb
  - C.II.) Ökonomisierung der Medizin
- D.) Ethische Konfliktbewertung**
  - D.I.) Angloamerikanischer Utilitarismus/  
Konsequentialismus
  - D.II.) Kritik des Konsequentialismus
  - D.III.) Die Menschenwürde als ethisches Leitbild  
und Korrekturprinzip
    - D.III.1.) Herleitung
    - D.III.2.) Wirkprinzipien
  - D.IV.) Primär personale Gestalt einer medizinischen Ethik
- E.) Renaissance des freien ärztlichen Berufs und Neuausrichtung im Gesundheitswesen**
- F.) Zusammenfassung**

## Abkürzungsverzeichnis:

Art.	-	Artikel
BO	-	Berufsordnung
BSP	-	Bruttosozialprodukt
BW	-	Baden-Württemberg
GG	-	Grundgesetz
Halbs.	-	Halbsatz
HMO	-	Health Maintenance Organization
LBK	-	Landesbetrieb Krankenhäuser

# Freiheit und Bindung des ärztlichen Berufs in Medizinbetrieb und Ökonomisierung

## A.) Hinführung

Der Beruf des Arztes ist seiner Natur nach ein freier Beruf und gilt als Prototyp des freien Berufs schlechthin (§ 1 Abs. 2 Halbs. 2 BÄO; §1 Abs.1 S.3 BO BW v. 10.04.2003; *Taupitz* 1991, 32; *Airaksinen* 1998, 675). Er dient dabei der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung (§ 1 Abs. 1 BÄO; §1 Abs.1 S.1 BO BW). Für ihn soll die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten oberstes Handlungsgebot sein (Gelöbnis, das laut BO BW für alle Ärzte gilt). Die Berufspflichten der Berufsordnung haben dabei zum Ziel, das Vertrauen zwischen Ärzten und Patienten zu erhalten und zu fördern sowie die Freiheit und das Ansehen des Berufs zu wahren (Präambel der BO BW). Diese positiv in den einzelnen Berufsordnungen der Länder niedergelegten Grundsätze reflektieren eine jahrtausende sich entwickelt und bestätigt habende Auffassung über ethisches Handeln des Arztes. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist somit im wesentlichen geprägt von Gegenseitigkeit und dem Wechselspiel von Verantwortung und Vertrauen (*Laufs* 2002, 27). Das in diesem Zusammenhang bedeutsame, auf der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung beruhende deontologische Denken gerät gestützt durch eingetretene tatsächliche Veränderungen jedoch zugunsten von eher bevölkerungsorientierten, pragmatischen ethischen Ansätzen aus vor allem dem angloamerikanischen Raum gegenwärtig immer stärker in Bedrängnis. Die tatsächlichen Veränderungen im Gesundheitswesen, die dabei Druck auf die Freiheit des ärztlichen Berufs ausüben und zu neuartigen Bindungen Anlaß sein sollen sind vielfältig. Die rasante medizintechnische Entwicklung sowie die rasch voranschreitende Fragmentierung der einzelnen medizinischen Fachbereiche haben bereits in den letzten Jahrzehnten eine Entwicklung befördert, bei der es für den Arzt oft schwierig wurde, bei seinen therapeutischen Bemühungen auch den Patienten als ganzes, als Person noch im Blick zu behalten. Nicht selten bestand und besteht die Tendenz, daß der behandelnde Arzt mehr einem Einsatzleiter des vielfältigen Maschinenparks gleicht als einem auch persönlich zugewandten Behandler (*Höffe* 2002, 162). Hinzu gesellt sich ein mächtiger und oft vereinnahmender Einfluß der Industrie auf ärztliche Entscheidungen (*Ulsenheimer* 1998, 260). Gleichzeitig sind Verselbständigungen von Eingriffen in die Medizin zu verzeichnen, die mit zumeist zumindest diskussionswürdigem Anlaß und Ausmaß das Bild der Medizin weiterhin - bezogen auf die ursprüngliche therapeutische Beziehung - transpedal zu verändern drohen. Zu nennen sind hier insbesondere die mittlerweile starke Verrechtlichung sowie die anbrechende Ökonomisierung der Medizin. Jene dabei - von haftungsrechtlicher Seite - mit einer Imposition von Standards die zu einer sog. defensive medicine zu führen droht und gleichzeitig - von sozialrechtlicher Seite - nicht die hinreichende Mittelaufbringung zur Einhaltung dieser Standards bereithält (*Laufs* 1982, 11). So steht der Arzt in einer Situation, in der er kaum sicher sein kann, den an ihn herangetragenen Ansprüchen gerecht zu werden. Die ferner seit einigen Jahren in zunehmendem Maße zu beobachtende Ökonomisierung der Medizin hat ihren Ursprung zunächst in der Neigung der politisch Verantwortlichen auf eine sich durch - auch im Zeichen postmoderner Pleonexie (*Höffe* 1998, A 203) - eintretende Leistungs- und Beitragssatzausweitung mit einer puren Sparpolitik und sog. cost-containment zu reagieren. Anstatt - nicht unbegrenzt - aber in verständigem Maße (demographische Entwicklung, medizinischer Fortschritt, zunehmende Arbeitslosigkeit) Strukturen und

Ausmaß der Einnahmenseite als „Stellgrößen“ zu korrigieren erfolgen einseitig auf Sparen ausgerichtete Verhältnis- und Strukturveränderungen für ärztliches Arbeiten - auf der „Ausgabenseite“ - , die mit z.T. überwiegend ökonomischer Beeinflussung von medizinischen Indikationsstellungen auch massive Eingriffe in die ärztliche (Therapie)Freiheit bedeuten (Clade 2001, 98). Von ethischer Seite werden diese Entwicklungen zum Teil mit einem „Paradigmenwechsel“ in der Medizinethik begleitet. Das auch ethische Ringen um das zukünftige Bild der Medizin und die darin verbleibende Freiheit aber auch Bindung des ärztlichen Berufs soll folgend nähere Betrachtung finden. Dabei spielen nicht zuletzt die große wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens (Labisch/Paul 1998, 131) aber auch die Notwendigkeit von Akzeptanz und Kohärenz in einer Gesellschaft oder zumindest Teilbereichen derselben durch gemeinsam geteilte und tief überzeugende Werte eine Rolle. Nach einem Überblick auf Entwicklung und gegenwärtige Ausgestaltung von Freiheit und Bindung ärztlichen Handelns und seiner ethischen Grundlagen sollen die verschiedentlichen bereits angedeuteten einschränkenden Veränderungen und ihr möglicher ethischer Hintergrund aufgezeigt werden. Die Diskussion und Bewertung des sich ergebenden ethischen Dilemmas schließt sich unmittelbar an. Schließlich sollen konkrete Auswirkungen der gefundenen vorzüglichen ethischen Annahmen auf die konkreten Verhältnisse des Gesundheitswesens skizziert werden.

## **B.) Geschichtliche Wurzeln und gewachsene Gestalt von ärztlicher Freiheit und Bindung**

Wie für die sog. professions und freien Berufe charakteristisch hat sich auch die Medizin durch einerseits ethische Selbstverpflichtung und andererseits gesellschaftlich zugestandene Autonomie bislang ausgezeichnet (Rupert Scholz, Kommentar zu Art. 12 GG, bei Laufs 2002, 15).

### **B.I.) Geschichtliche Wurzeln ärztlicher Freiheit und Bindung**

Es gibt wohl kaum eine andere akademische Disziplin, die auf eine derart weit zurückreichende ethische Tradition blicken kann wie die Medizin. Damit verbunden sollte aber keineswegs die Vorstellung sein, daß die wesentlichen Inhalte dieser Tradition allein schon wegen ihres Alters nicht mehr aktuell und adäquat sein könnten (Wiesing 1998, 177 ff.). Die Geschichte der medizinisch-ärztlichen Ethik ist geprägt von den beruflichen Idealen und den damit verbundenen Werten, die die praktische Ausübung der Medizin beeinflussten. Dabei bestand schon von Anbeginn eine Wechselwirkung zwischen Religion und Medizin. Trotz wechselnder ethischer Haltungen kristallisierte sich über die lange Entwicklung gleichwohl ein Blick für das (Über)Dauernde heraus (Alzina 1989, 66).

Die ältesten „deontologischen“ Zeugnisse als Ausdruck einer Pflichtenlehre (so der Begriff bei Jeremy Bentham nach Taupitz 1991, 188) finden sich bereits in der Kultur des Zweistromlandes (Codex Hammurabi, Babylon 1750 v.Chr.) sowie der ägyptischen Kultur (Papyrus Ebers). Sie widerspiegeln vornehmlich die Vorstellung von Krankheit als göttlicher Strafe und Prüfung und beinhalten hierfür feste (magische) Riten zur Krankenbehandlung (Bergdolt 1998, 647).

Bereits aufschlussreicher sind die sonst weniger beachteten Ratschläge des Aeskulap aus dem antiken Griechenland, der deontologisch tiefer bereits ausführlich über Pflichten und auch Mühsale, die mit dem Arztberuf verbunden sind, berichtet. So wird dem zukünftigen Arzt in Aussicht gestellt, er müsse auf ein Privatleben verzichten wie er auch nicht darauf bedacht sein sollte, wie ein Wollhändler Gewinne zu erzielen. Darüberhinaus könne es mit Rücksicht auf den Kranken u.a. nötig sein, ihm die Schwere oder womöglich auch Harmlosigkeit seines Leidens zu verheimlichen (*Alzina* 1989, 68 f.).

Noch weit bedeutsamer war sodann das hippokratischen Schrifttum (ab 400 v.Chr.), welches als „Corpus Hippocraticum“ in Form einer Sammlung von Texten aus der Zeit des Hippokrates (ca. 460-370 v.Chr.) erst im 4.Jahrhundert n.Chr. durch Alexandrinische Übersetzerschulen ediert wurde. Diesem vorangestellt wurde auch der sog. Eid des Hippokrates, der auf die nachfolgenden deontologischen Bemühungen großen und nachhaltigen Einfluß ausübte. Der Eid repräsentierte dabei im antiken Griechenland am ehesten die Auffassungen einer kleinen, dem pythagoreischen Denken nahe stehenden Ärzteschule und war damit gleichzeitig keineswegs von allen griechischen oder gar antiken Ärzten akzeptiert (*Veatch* 1995, 1420; *Labisch/Paul* 1998, 249 f.). Die Kernstücke des hippokratischen Eides haben sich allerdings in der Folgezeit sowohl in der römischen Kaiserzeit, der arabischen Medizin des Mittelalters, unter christlicher Interpretation sowie auch in den neuzeitlichen ärztlichen Gelöbnissen weitgehend erhalten und bewährt. Sie bilden damit einen seit Jahrtausenden – Antike, Mittelalter, Renaissance, Barock, Aufklärung, ja selbst unter sozialistischen Staatsverfassungen – festen Grundstock medizinisch-ärztlicher Ethik, der auch über religiöse und kulturelle Grenzen hinweg - Juden, Christen, Muslime und Atheisten - geteilt wurde (*Laufs* 2002, 31; *Alzina* 1989, 68 ff.). Mit dem hippokratischen Schrifttum wird die religiös-magische Therapie als Heuchelei unkundiger Ärzte verurteilt. Der Arzt gilt vielmehr als „Diener der Natur“, wobei seine Möglichkeiten durch die göttliche Physis beschränkt seien (*Alzina* 1989, 74; *Bergdolt* 1998, 647). Die Pflichten- und Prinzipienlehre des Hippokratischen Eides läßt sich dabei im wesentlichen in vier Teilbereiche untergliedern: (1) Die ärztlichen Pflichten gegenüber dem Patienten wie zu helfen und nicht zu schaden, Verbot von Abtreibung und Hilfe zur Selbsttötung sowie der (aktiven) Sterbehilfe, Abstehen von geschlechtlichem Missbrauch an Frauen und Männern sowie die absolute Schweigepflicht. (2) Die ärztlichen Pflichten gegenüber Kollegen und dem ärztlichen Lehrer mit dem Ideal eines brüderlichen Verhältnisses, wobei hier bereits die Einsicht mitschwingt, daß eine freie Konkurrenzsituation Einbußen für das Arzt-Patienten-Verhältnis mit sich bringen kann. (3) Ärztliche Pflichten zu sich selbst traf den Arzt mit dem Aufruf zu einem ordentlichen Lebenswandel, „rein und fromm“. (4) Schließlich wird mit den ärztlichen Pflichten gegenüber der Gesellschaft zugleich ein Ideal der sozialen Beziehungen des Arztes in der Gesellschaft formuliert mit professioneller Autonomie zu Kollegen, Patienten sowie deren Angehörigen und Bediensteten (*Labisch/Paul* 1998, 250; *Entralgo* 1995, 2078).

Im antiken Rom der Kaiserzeit wenden sich Ärzte wie Juvenal und Scribonius Largus gegen Abtreibung, Celsus rät davon ab, bei ganz hoffnungslosen Krankheitsfällen zu intervenieren bzw. an zum Tode Verurteilten zu experimentieren. Nach dem Stoiker Sarapion sollten Ärzte keine Standesunterschiede kennen (*Bergdolt* 1998, 647). Schließlich wurden im sog. Eid des Asaph die hippokratischen Pflichten mit talmudischen Auffassungen über Tugenden des Arztes verbunden, wie auch im Islam Inhalte des Hippokratischen Eides Eingang in die praktische Ethik der Ärzte fand (Ishag Ibn Ali al Ruhawi, Al Razi) und das hippokratische Arztideal als Verkörperung der Wahrhaftigkeit ärztlichen Handelns angesehen wurde (*Labisch/Paul* 1998, 251; *Alzina* 1989, 80 f.).

Im frühen christlichen Mittelalter dann werden aufgrund der vorhandenen Ähnlichkeit zwischen pythagoräischem Wertesystem und ethischen Vorstellungen im Christentum neben dem Hippokratischen Eid auch die anderen Schriften aus dem Corpus Hippocraticum

vermehrt rezipiert und erfahren eine christliche Überformung. Der Eid wandelte sich durch seine nun universalistische Auslegung vom Gelöbniß exklusiven Charakters zu einer Formel mit allgemeiner Gültigkeit und erhielt so seine eigentliche traditionsbildende Funktion. So entsprachen ärztliche Pflichten weitgehend allgemeinen Christenpflichten, wobei den Arzt aber aufgrund seines Wissens eine besondere Pflicht zur tätigen Nächstenliebe traf. In der Ordensregel des Benedikt von Nursia heißt es so, man diene den Kranken „wirklich so wie dem Christus“. Für die Krankenbehandlung war so auch bedeutsam die Lehre von den „sieben Werken der Barmherzigkeit“ mit u.a. klarer Ablehnung von Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie. Es kam seit dem 10. Jahrhundert zu mehrfachen christlichen Revisionen des Hippokratischen Eides, wobei z.B. der Anruf der Heilgötter durch eine christliche Eidesformel ersetzt oder auch das Exklusive des Lehrverhältnisses zurückgenommen wurde (*Labisch/Paul* 1998, 251; *Alzina* 1989, 76 f.). In der Regel des Heiligen Benedikt (480-547) waren neben dem feierlichen Bekenntnis bei Aufnahme zu ständiger Verbesserung auch die Erfordernisse zu Selbstbeurteilung und Selbstregulation bereits niedergelegt als ein Modell für die später organisierten Heilberufe (*Lohr* 1995, 1039).

Die zwei wesentlichen Ströme der Medizin im Mittelalter, arabische Heilkunst und Klostermedizin, verschmolzen einige Jahrhunderte später in Salerno zu einer akademisch neu strukturierten Medizin, und je mehr sich die akademisch gebildete Ärzteschaft als Profession durchsetzte, desto mehr wurde es auch üblich, ärztliche Gelöbnisse zum Bestandteil akademischer Eide zu machen. Wenn auch noch in Zeiten der Renaissance Paracelsus (16. Jahrhundert) etwa für den wahren Arzt vom Handeln aus Nächstenliebe sprach - im Gegensatz zum „Wolfsarzt“ - bildeten sich aber im Zuge von Entwürfen „idealer“ Gesellschaften („Utopia“ des Thomas Morus, 1516, oder „Christianopolis“ des Johann Valentin Andreae, 1619) und einer damit einhergehenden „Vernunftethik“ bereits Strömungen, welche Behinderte, Geistesranke und unheilbar Kranke eher als Störfaktoren betrachteten (*Alzina* 1989, 76; *Bergdolt* 1998, 650). Im Zeitalter der Aufklärung wurden Naturwissenschaften und Medizin von einem neuen Rationalismus erfasst, sodaß die Ärzte zwischen ratio und caritas schwankten. Ein neuer wissenschaftlich begründeter Fortschrittsglaube und die absolutistische Staatsform nährten den Glauben an die Machbarkeit gesellschaftlicher Zustände, an die Beherrschung der Biologie zur Erlangung einer möglichst zahlreichen und gesunden Bevölkerung (*Labisch/Paul* 1998, 252; *Bergdolt* 1998, 650). So trat nunmehr neben die Beziehung des Arztes zu seinem Patienten auch eine neue Beziehung, nämlich die zwischen Arzt und Gesellschaft. Beredtes Zeugnis hierfür ist das Werk „Medical Ethics or a code of instituts and percepts“ des Thomas Percival (1794). Zwar wurde darin die hippokratische Tradition aufgegriffen, doch ging es darüber hinaus, indem es einen umfassenderen „Sozialvertrag“ enthielt, der den Arzt zwar an bestimmte Pflichten und Rechte gegenüber dem Patienten band und dafür den Patienten zu Offenheit und Vertrauen aufrief, gleichzeitig aber auch Pflichten gegenüber der Gesellschaft und medizinischen Standesorganisationen definierte. Percivals „Medical Ethics“ steht damit für den Übergang zu deutlicher auch gesamtgesellschaftlich orientierten ärztlichen Selbstverpflichtungen (*Bergdolt* 1998, 651; *Labisch/Paul* 1998, 252 f.). Gleichwohl haben sich aus dieser rationalistischen und gesamtgesellschaftlich (sozialmedizinisch) ausgerichteten Betrachtungsweise nicht zuletzt auch die schlimmsten Entgleisungen ärztlichen Wirkens in der Zeit des Nationalsozialismus als „Sorge um den Volkskörper“ herleiten lassen, sodaß diese Entgleisungen mit der systematischen Tötung von Behinderten und Geisteskranken zwar als Kulminationspunkt und Fanal zugleich aber als Ausdruck der Grundproblematik von Medizin in modernen rationalisierten Gesellschaften verstanden werden müssen (*Labisch/Paul* 1998, 253; *Bergdolt* 1998, 651).

## B.II.) Gewachsene Gestalt ärztlicher Freiheit und Bindung

Als Reaktion auf die Untaten nationalsozialistischer Ärzte erfolgte in verschiedenen Codices wiederum eine stärkere Betonung des klassischen hippokratischen Erbes.

So wurde mit Blick auf vor allem die Menschenversuche und das Euthanasie-Programm der Nationalsozialisten im Anschluß an den Nürnberger Ärzteprozess 1946/1947 der sog. Nürnberger Codex mit zehn universell geltenden Grundsätzen zu Versuchen am Menschen durch das Militärtribunal als Diskussionsgrundlage aufgestellt. Dabei sind die freiwillige Zustimmung des Betroffenen und bestimmte Anforderungen an Experiment und durchführende Personen wesentlich (*Laufs* 2002, 33; *Labisch/Paul* 1998, 253). Diese Gesichtspunkte flossen im wesentlichen auch ein in die vom Weltärztebund zur medizinischen Forschung verabschiedete Deklaration von Helsinki (1964). Mit geändertem Fokus folgten Deklarationen von Tokio (1975), Venedig (1983), Hongkong (1989), Sommerset West (Südafrika) im Jahre 1996 und Edinburgh (2000), wobei auch hier das klassisch-hippokratische Erbe deutlich wird. So heißt es etwa in der Deklaration von Tokio (1975), die sich auf die Folter und andere unmenschliche, grausame und herabwürdigende Strafen bezieht, u.a., daß der Arzt unter allen Umständen verpflichtet ist, „...das Leiden seiner Nächsten zu lindern, und kein Grund, sei er persönlicher, kollektiver oder politischer Natur, darf diesen höchsten Grundsatz verletzen“ (bei *Laufs* 2002, 33; *Alzina* 1989, 89). Diese Deklarationen besitzen allerdings allgemein nicht die bindende Kraft von Rechtsnormen, sondern lediglich einen empfehlenden Charakter (*Laufs* 2002, 33). Gleichwohl reflektieren sie eine über die Jahrtausende bewährte anthropologische Grundkonstante für die existenziell bedeutsame Patient-Arzt/Therapeut-Beziehung. In ähnlicher Weise verbürgt auch das Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin vom 4. April 1997, welches im Rahmen des Europarat erarbeitet wurde, in Art. 2: „Das Interesse und das Wohl des menschlichen Lebewesens haben Vorrang gegenüber dem bloßen Interesse der Gesellschaft oder der Wissenschaft.“. In Art. 25 des Übereinkommens ist darüberhinaus vorgesehen, daß die Vertragsparteien angemessene Sanktionen für Verletzungen von Bestimmungen dieses Übereinkommens vorsehen sollen. In Art. 26 ist diesbezüglich gleichzeitig aber auch ein Einschränkungsvorbehalt durch die jeweilige Rechtsordnung vorgesehen.

Ebenfalls unter dem Eindruck der Medizinverbrechen des 3. Reiches erfolgte wiederum im Geiste des klassischen hippokratischen Erbes die Deklaration von Genf, welche auch allgemein „Genfer Gelöbnis“ genannt wird, und durch die World Medical Association (WMA) und Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1948 angenommen wurde. Auch hier sind so - ohne ausdrückliche religiöse Bezüge - die Leitkonstanten medizinisch-ärztlicher Ethik enthalten wie Erhaltung des Lebens, Wohl des Patienten („The health of my patient will be my first consideration“), Schweigepflicht, Dankbarkeit gegenüber den Lehrern und Kollegialität (bei *Laufs* 2002, 32; *Alzina* 1989, 86 f.; dazu auch *Keyserlingk* 1998, 159). Für die deutsche Ärzteschaft wurde die Anerkennung dieses Genfer Gelöbnis 1949 zur Bedingung für die Wiederaufnahme in die WMA gemacht. Das Genfer Gelöbnis wurde darüberhinaus für die deutschen Ärzte zum Approbationseid und rechtlich bindend, indem auf Beschluß der Bundesärztekammer es seit 1950 in geringfügig veränderter Fassung als Präambel der Ärztlichen Berufsordnung dient. Mit dem vorgeschriebenen Eintritt in die Ärztekammer besteht die rechtliche Notwendigkeit, die Berufsordnung und damit inzidenter auch Präambel bzw. Gelöbnis anzuerkennen. Damit ist aber eine rechtlich bindende ärztliche Selbstverpflichtung erfolgt (*Labisch/Paul* 1998, 253 f.).

Im Bewußtsein um die den Lebenszusammenhang Krankheit und Heilung als anthropologische Grundmuster bestimmenden Haltungen Vertrauen, Solidarität und

Verantwortung, welche sich jedoch nur in Freiheit recht vollziehen (Laufs 2002, 2 u. 10), und als Ergebnis der eingetretenen Professionalisierung des ärztlichen Berufs finden sich neben Pflichten auch zahlreiche positivrechtliche Freiheitsverbürgungen für die Tätigkeit des Arztes. Überhaupt sind Selbstbindung und Freiheit Charakteristika für einen freien Beruf, den der Arztberuf auch rechtlich verbürgt darstellt (§ 1 Abs. 2 Halbs. 2 BÄO; § 1 Abs. 1 S. 3 MBO; § 1 Abs. 1 S. 3 BO BW). Garantiert sein soll dabei die dem Arztberuf seiner Natur nach immanente Freiheit, welche auch als institutionell gesichert gelten muß (Laufs 2002, 16). Zu den wichtigsten Merkmalen des freien Berufs gehören „ein Maß grundsätzlich-ethischer Berufsauffassung (Berufsethos), ein Maß entsprechender persönlicher wie sachlicher Berufsunabhängigkeit, ein Maß besonderer Verantwortung für die Allgemeinheit sowie ein spezifisches Vertrauensverhältnis zum Mandanten, Klienten, Patienten (Rupert Scholz, Kommentar zu Art. 12 GG, bei Laufs 2002, 15). Wie schon angedeutet hat die besondere, dem Arztberuf immanente Freiheit, außer daß sie an den allgemeinen verfassungsrechtlichen Verbürgungen der Art. 12 Abs.1 GG und Art. 5 Abs. 3 GG teilhat, ihren Niederschlag insbesondere im Standesrecht der Ärzteschaft gefunden, wobei dies sowohl gesetzlich (Bundesärzteordnung) als auch durch Satzung (Berufsordnung) erfolgt ist. Dabei sichern die zur Freiberuflichkeit gehörenden öffentlich-rechtlichen Berufskammern einerseits die gesteigerte Verantwortlichkeit für das Gemeinwohl wie andererseits auch die berufsständische Autonomie. Gleichwohl findet aber auch die Ordnungsgewalt der Kammern gegenüber ihren Mitgliedern in Art. 12 Abs. 1 GG ihre Grenze (Laufs 2002, 15). Die Bundesländer ermächtigen - bei konkurrierender Gesetzgebungskompetenz des Bundes (Art. 74 GG) für die Berufsausübung zuständig - mit ihren Kammergesetzen die Ärztekammern zum Erlaß von Satzungen über bestimmte, einzeln aufgeführte Gegenstände wie z.B. Berufsordnung und Weiterbildungsordnung (so z.B. Art. 20 Bayrisches Kammergesetz). Im Dienste der Rechtseinheit folgen die Kammern dabei den Musterentwürfen des Deutschen Ärztetages, dem privatrechtlich organisierten Standesparlament der Deutschen Ärzteschaft. Durch Genehmigung der staatlichen Aufsichtsbehörden gewinnen die so erlassenen Satzungen schließlich Rechtskraft (Ulsenheimer 1998, 256; Laufs 2002, 56). Ihnen kommt damit unzweifelhaft Rechtscharakter zu (Taupitz 1991, 585) und sie erlangen wohl auch Bedeutung im Rahmen der §§ 134, 138 BGB als Verbotsgesetz oder zur Beurteilung etwaiger Sittenwidrigkeit (Deutsch 1999, 55).

So betimmt § 1 Abs. 1 S. 1 MBO und BO BW, dass der Arzt der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung diene. Damit könnte auf eine ebensogroße sozial- wie individualmedizinische Verantwortung geschlossen werden. Gleichwohl ergibt sich aus dem Zusammenhang mit dem vorangestellten Gelöbnis, wonach die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Patienten oberstes Gebot ärztlichen Handelns sein soll, sowie aus § 2 Abs. 2 S. 2 BO BW (Ärztinnen und Ärzte dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.) und der Voranstellung des Individualinteresses im Gesetzestext selber doch der weiter bestehende Vorrang für die Interessen des einzelnen Patienten (Laufs 2002, 10). Weiter heißt es in § 2 Abs. 1 MBO und BO BW, daß der Arzt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit ausübt. „Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.“ Gemäß § 2 Abs. 4 MBO, BO BW darf der Arzt zudem hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen. Schließlich soll nach der Präambel durch die Vorschriften der Berufsordnung das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gefördert sowie Freiheit und Ansehen des ärztlichen Berufs gewahrt werden. Die Therapiefreiheit des Arztes ist darüber hinaus auch einfachgesetzlich in § 1 Abs. 2 BÄO garantiert, womit wiederum deutlich wird, dass das Recht das ärztliche Berufsethos als „komplementären Ordnungsfaktor“ anerkennt und voraussetzt (Laufs 2002, 29). Die Therapiefreiheit umfaßt dabei sowohl die

Entscheidung, ob überhaupt eine Behandlung begonnen werden soll, als auch die Entscheidung über die konkrete Auswahl etwaig geeignet erscheinender diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, wobei aber auch hier selbstverständlich Sorgfaltspflichten nach dem jeweiligen medizinischen Standard zu beachten sind (*Laufs* 1999, 627 f.).

Als Angehörige eines freien Berufs sollen gelten neben den selbständig praktizierenden auch die niedergelassenen Kassenärzte, Krankenhausärzte sowie die weiteren angestellt und beamtet tätigen Ärzte. Als Ausfluß dessen muß auch die Begrenzung des Weisungsrechts des Dienstherrn im Angestellten- oder Beamtenverhältnis durch §1 Abs. 2 BÄO angesehen werden mit der daraus resultierenden Weisungsfreiheit des Chefarztes in seinem medizinisch-fachlichen Aufgabenbereich (z.B. § 36 Abs. 1 S. 1 KHG NW; *Rieger* 1984, 254; *Laufs* 2002, 16 f.).

Neben den aufgeführten freiheitlichen Verbürgungen fanden aber auch eine große Anzahl verschiedener, zumeist deontologisch begründeter ärztlicher Berufspflichten positivrechtlichen Niederschlag in den Berufsordnungen, wie z.B. die Aufklärungs-, Schweige- oder Dokumentationspflicht (§§ 8-10 MBO) oder auch nähere Vorschriften zur Berufsausübung (§§ 17 ff. MBO). Die Nichteinhaltung dieser konkreten Handlungsgebote und Unterlassungspflichten kann berufsgerichtlich geahndet, die Einhaltung mithin erzwungen werden. Das Berufsrecht der (Landes)Ärzttekammern gilt als vom Gesetzgeber legitimes Sonderrecht und ist Ausdruck ärztlicher Selbstverwaltung (*Deutsch* 1999, 6; *Ratzel* 1990, 9).

## **C.) Herausforderungen für Freiheit und Bindung ärztlicher Tätigkeit**

Schon seit geraumer Zeit sind Entwicklungen im bundesrepublikanischen Gesundheitswesen zu verzeichnen, die für das bewährte Verhältnis von Freiheit und Bindung ärztlichen Handelns als Herausforderungen anzusehen sind. Dabei sollen im folgenden die ganz speziellen Herausforderungen, die die immense Forschungstätigkeit auf verschiedenen Gebieten der Medizin mit sich bringt, nur am Rande Erwähnung finden.

### **C.I.) Traditioneller Medizinbetrieb**

Seit ungefähr zwei Dezennien machen sich vermehrt neue Entwicklungen im Bereich der Medizin bemerkbar, welche zur Verselbständigung neigend die Gefahr in sich bergen, das Erscheinungsbild und die Strukturen der Medizin sowie der ärztlichen Arbeit nachhaltig zu verändern. Ausgehend von den zentralen Konstituenten, Bindung an das Patientenwohl sowie ärztliche Therapiefreiheit innerhalb eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis, müssen deren Wirkungen als transpedal gegenüber dem bewährten Kern medizinisch-ärztlicher Ethik beschrieben werden. Zu nennen sind zunächst einmal als Ausdruck des in den letzten Jahrzehnten sich entwickelt habenden Medizinbetriebes der rasante medizinisch-wissenschaftliche und technische Fortschritt mit einhergehender Ausdifferenzierung der medizinischen Disziplinen, die zunehmende wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens mit gewachsenem Einfluß der klassischen Medizinindustrie sowie die fortschreitende Verrechtlichung der Medizin und zunehmende sozialrechtliche Administration.

Die seit Mitte des 19. Jahrhunderts immer schneller verlaufende naturwissenschaftliche Entwicklung führte auch im Bereich der Medizin dazu, daß Beobachtung, Experiment und

Statistik für den medizinischen Erkenntnisgewinn zu entscheidenden Größen wurden. Der wachsenden Bedeutung der Naturwissenschaften in der Medizin verdanken wir eindruckliche Fortschritte in Lebensverlängerung und -verbesserung. In jüngster Zeit sind dies - neben klassisch-pharmakologischen Neuerungen auf verschiedenen Gebieten - neue Verfahren und Produkte in z.B. Bereichen wie Kardiologie, Endoprothetik und minimal invasiver Chirurgie, zu nennen sind aber nicht zuletzt auch auf Genomanalyse bzw. Molekulargenetik zurückgehende Neuerungen (*Hasselblatt-Diedrich* 2001, 2406 f, 7/ 67 f.; *Honnefelder/Fuchs* 1998, 653). Gleichzeitig führte die Verwissenschaftlichung der Medizin jedoch zu einer immer weiter voranschreitenden Spezialisierung der medizinischen Fächer, die wiederum mit einem Verlust an Kompetenz und Blick für den „ganzen Menschen“ einherging (*Illhardt* 1985, 5). So ist die Medizin trotz erheblicher Erweiterung ihrer Mittel gleichwohl vom Ziel der Bemühungen her, der Heilung von Krankheiten eines je für sich eigenen Patienten, also ihrer Struktur nach weiterhin eine sog. praktische Wissenschaft geblieben. Die aus den (Natur)Wissenschaften stammende methodische und funktionale Begrenzung mit Anonymisierung des Einzelfalles beinhaltet gleichzeitig somit die Gefahr der Verkenning des Patienten über rationale Reduktion zu einem rein statistischen Patienten. Die darin zum Ausdruck kommende naturwissenschaftliche Zweckrationalität wird dabei noch ergänzt durch eine ökonomische Zweckrationalität von Teilen eines Gesundheitssystems, das wiederum erst die weitere Ausdifferenzierung der medizinischen Handlungsmöglichkeiten ermöglicht. Um so notwendiger ist es, eine Struktur für ethische Urteilsbildung zu finden, bei der die unterschiedlichsten Aspekte aus verschiedenen Teilbereichen mit der „Einheit der konkreten Situation des Patienten und der Einheit der Verantwortung des handelnden Arztes zu verbinden“ möglich ist (*Honnefelder/Fuchs* 1998, 654).

Gleichzeitig vergrößert sich durch demographische Entwicklung, pleonektisch-ungezügelter Nachfrage durch Versicherte und sog. Medikalisation seitens Medizin und Industrie die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens mit insgesamt annähernd 10 % Anteil am BSP zusehends (*Höffe* 1998, A203; *Gostomzyk* 2003, 140; *Arnold* 2003, 426). Dies läßt nicht zuletzt auch Bedeutung und Einflussmöglichkeiten der Medizinindustrie weiter ansteigen (*Ulsenheimer*, 1998, 260).

Eine weitere das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis überformende Entwicklung muß auch in der weit fortgeschrittenen Verrechtlichung gesehen werden. Dabei richtet sich der Fokus sowohl auf Haftungs- wie auf Sozialrecht und nicht zuletzt das unvollkommene Verhältnis beider zueinander.

Im Wege richterlicher Rechtsfortbildung, typisierter Kasuistik vor allem der Zivilgerichte, formierten sich in den letzten Jahrzehnten die Grundzüge eines Arzthaftungsrechts, wobei beachtliche Anforderungen an Sorgfaltspflichten und zu erfolgende (Risiko)Aufklärung aufgestellt wurden. Letztere wurde von der Rechtssprechung dabei mit Blick auf Art. 1 und Art. 2 GG neben der Dokumentationspflicht entwickelt und beruht auf der grundsätzlichen Qualifikation des Heileingriffs als Körperverletzung (*Laufs* 2002, 57 und 70). Dies blieb jedoch nicht ohne Kritik, wobei bemängelt wurde, daß mit der Qualifikation des ärztlichen Eingriffs als Körperverletzung einerseits die Finalität des Eingriffs außer acht gelassen würde und andererseits dies der heute dominierenden Lehre vom Handlungsunrecht widersprechen würde (*Mayer-Maly* 1999, 669). Auch zeige sich eine unangemessene Verlagerung der Frage nach wirklichem Verschulden auf die Frage nach der Intensität des Aufklärungsgesprächs. Die starren und engen Vorgaben behinderten dabei eher die notwendige Vertrauensbildung im Arzt-Patienten-Verhältnis (*Mayer-Maly* 1999, 669; *Rieger* 1984, 123). Das Haftungsrecht insgesamt fördere überdies die weitere (Über)Betonung objektiver Daten im Behandlungsverhältnis. Anderweitige sorgfältige Beobachtungen des Arztes blieben insoweit außen vor (*Scheler* 1999, 742). Nicht selten sind so eher Entfremdung im Arzt-Patienten-Verhältnis und z.T. unsinnige „defensive medicine“ und damit verbundene Leistungsausweitung die Folge (*Laufs* 1982, 11). Einer Entfremdung weiter förderlich sind

auch die Vertragsbedingungen der Haftpflichtversicherer, die es Ärzten absprechen, mit Patienten über etwaig erfolgte Behandlungsfehler auch konkret zu sprechen (*Huber* 2004, 10).

Von sozialrechtlicher Seite erfolgt ebenso eine weiter beengende und verformende Einwirkung für das Arzt-Patienten-Verhältnis durch eine ganze Anzahl auch strukturverändernder Kostendämpfungsmaßnahmen. Der Widerspruch zwischen sozialstaatlichem Anliegen, jedem nach Bedürftigkeit das „Notwendige“ zukommen zu lassen, und dem Bestreben, auch aus allgemeinwirtschaftlichen Belangen die Ausgaben für die medizinische Versorgung zu begrenzen, wird nun in §§ 71 Abs. 1 und 3 SGB V mit dem (lohnsummenorientierten) Grundsatz der Beitragsstabilität manifest bezeugt. Er führte zu teilweise einschneidenden Strukturveränderungen (z.B. direkt Budgetierung, indirekt Begrenzung der Niederlassungsfreiheit) sowohl im stationären als auch ambulanten Sektor der Krankenversorgung. So muß der einzelne Arzt gegenüber dem Patienten auf der Mikroebene sozialrechtlich auf der Makroebene vorgegebene Rationierungen ärztlicher Leistungen vertreten, welche verständlicherweise das Behandlungsverhältnis belasten können. Wie in planwirtschaftlichen Systemen geht somit das Primat der Steuerung - anders als unter dem sonst für die soziale Marktwirtschaft bedeutungsvollen Subsidiaritätsprinzip – einseitig von der Makroebene aus (*Fuchs* 2000, 5). Dabei werden Instrumente staatlicher Planung (Budgetierung; Wirtschaftlichkeitsgebot, § 12 SGB V) wie auch der freien Marktwirtschaft (Wettbewerb) gemeinsam zu kostenreduzierender Administration verwendet. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgten für den ambulanten Versorgungsbereich umfangreiche, auch die Freiberuflichkeit des Arztes in Frage stellende Eingriffe (*Ehlers* 1998, 1 ff.; *Steiner* 2003, 6 f.; *Laufs* 1998, 265), wobei für das Wohl des Patienten und die Therapiefreiheit des Arztes am einschneidendsten die aufgrund der Budgetierung real zu vollziehende – wenngleich nicht offiziell zugestandene – Rationierung medizinischer Leistungen angesehen werden muß. Auch zeigen sich mit vermehrten Anzeige- und Auskunftspflichten Anzeichen für einen „gläsernen Patienten“, bei denen die gesetzliche Krankenversicherung das ärztliche Berufsgeheimnis relativiert (*Laufs* 1982, 25). Die weiteren insbesondere den stationären Sektor betreffenden Veränderungen stellen sich noch deutlicher als primär ökonomisch bestimmt dar.

## **C.II.) Ökonomisierung der Medizin**

Die in den letzten Jahren v.a. im stationären Bereich erfolgten Neuerungen in der Gesundheitspolitik stellen mitunter Zeichen für eine grundsätzliche Wende zu stärkerer „Marktorientierung“ oder Ökonomisierung dar, sei es à la longue unter dem Dach weiterer makroökonomischer Planung/Budgetierung oder auch nicht. Genannt werden sollen cost-containment und DRG-Einführung mit Ausbau des Krankenhausmanagement incl. sog. geregelte Handlungsabläufe, ferner Qualitätsmanagement und evidence based medicine/Leitlinien, schließlich auch neue Versorgungsformen und Managed-Care-Modelle, die bereits ihre Schatten voraus werfen. Diese Ansätze sind dabei geprägt von primär bevölkerungs(gruppen)orientierter Erbringung von Gesundheitsleistungen und ökonomisch geleiteter Rationalität und bedrohen in unterschiedlichen Graden ärztliche (Therapie)Freiheit und nötigen den Arzt dabei in ganz neuartige Bindungen.

Zunächst soll die mit der Gesundheitsstrukturereform 1993 eingeführte Budgetierung gesondert betrachtet werden, die eine strikte und starre Ausgabenbegrenzung vorsieht. Die in diesem Rahmen schon erfolgende (verdeckte) Rationierung (*Fuchs* 2000, 3) scheint angesichts des rasanten medizinischen Fortschritts jedoch auf lange Sicht – vielleicht nicht in dieser Schärfe, früher oder später aber doch – als wohl unvermeidbar (*Smith* 1998, B-1922).

Im US-Bundestaat Oregon erfolgt so z.B. bereits eine offene Rationierung nach Rangliste für das Medicaid-Budget. Zwar erfolgten über die Kriterien im Vorfeld Meinungsumfragen, doch wird auch vielfach befürchtet, daß von einer Rationierung negative Auswirkungen für das Patienten-Arzt-Verhältnis ausgehen (*Smith* 1998, B-1925). Der Arzt sieht sich dabei in der Situation, auf der Mikroebene über konkrete, auch haftungsrechtlich für ihn bedeutsame Einzelschickale nach auf der Makroebene zuvor vorherbestimmten statistischen Größen entscheiden zu müssen (*Fuchs* 2000, 5).

Die kürzliche Einführung der DRGs für den stationären Sektor erfolgte mit dem Ziel einer besseren Kostenkontrolle (cost-containment). Ferner sind sie als ein Baustein zur Förderung des Wettbewerbs im Krankenhaus- und Gesundheitswesen gedacht. Auch ist die transparentere und gerechtere Mittelallokation ein Ziel ihrer Einführung (*Wehkamp* 2002, 396). Beabsichtigt wurde eine vollständige Pauschalierung der Vergütung sämtlicher stationärer Fallkosten (mit Ausnahme der Psychiatrie). In einer Übergangsphase sollen dabei zunächst die starren sektoralen Krankenhausbudgets beibehalten werden. Als Folgen dieser Neueinführung rechnet man aber zugleich auch mit erhöhtem Verwaltungsaufwand und erhöhter Dokumentationslast für das medizinische Personal, ferner mit Orientierung am Minimalstandard, erlös- statt bedarfsbezogenem Fallmanagement (vorzeitige Entlassungen in den ebenfalls budgetierten ambulanten Sektor), ökonomischer Bevormundung des ärztlichen Handelns, Abwürgen des medizinischen Fortschritts, OP-Indikationsstellung vorrangig unter ökonomischen Gesichtspunkten sowie zusätzlich notwendigem aufwendigem Qualitätsmanagement mit Ressourcenverteilung zu Lasten der direkten Patientenversorgung (*Clade* 2001, A-145; *Wehkamp* 2002, 397). Bei weiter bestehenden festen Budgets für den stationären Sektor ergibt sich wohl aber trotzdem die Notwendigkeit zur (verdeckten) Rationierung (*Clade* 2001, A-145; *Fuchs* 2000, 3).

Ein durch diese Vorgänge gestärktes Krankenhausmanagement konfrontiert im Rahmen des Controlling die Ärzte ferner mit weiteren Wirtschaftlichkeitsvorgaben (z.B. für die zu verwendenden Medikamente), in absehbarer Zukunft möglicherweise auch mit sog. geplanten Behandlungsabläufen, bei denen Behandlungsprozesse vereinheitlicht von der kaufmännischen Geschäftsführung vorgegeben werden sollen. Von diesen Standardisierungen soll dann in begründeten Einzelfällen abgewichen werden können (*Wehkamp* 2004, 20; *Pfeiffer* 2003, 46). Das heißt aber auch, der einzelne (abteilungsleitende) Arzt hat bei wirklichen therapeutischen Entscheidungen eine Erklärungsbringschuld gegenüber der Mesoebene, um von seiner Therapiefreiheit auch Gebrauch machen zu können. Interessant und ungelöst wäre in diesem Zusammenhang auch die Frage nach der Haftung, die bisher ausschließlich der Arzt zu gewärtigen hat (*Kegley* 1999, 207). Auch besteht für den Chefarzt einer Abteilung schon bisher mit der Übertragung eines Teils der wirtschaftlichen Verantwortung die Gefahr, die Indikation für medizinische Maßnahmen (internalisiert) in unterschiedlichen Graden auch aus ökonomischen Gründen zu treffen. Verstärkt werden soll dieses Verhalten noch durch zusätzliche Anreize und Sanktionen im Erlösbereich für den Abteilungsleiter (*Kultusministerium LSA/Universität Halle*, 3). Daß diese Umstände die Therapiefreiheit des Abteilungsleiters behindern und das Vertrauen von Patienten in die gute medizinische Versorgung nicht unbedingt fördern, läßt sich so wohl nicht ohne weiteres von der Hand weisen.

Die von politischer Seite gewollte Konkurrenzsituation im Krankenhausbereich führt ferner dazu, dass auch kommunale und freigemeinnützige Träger in ökonomischen Veränderungsdruck geraten, je aggressiver der Veränderungsdruck von privater Seite betrieben wird. Auch geraten bei Konzentrierungen auf das „Kerngeschäft“ im Einvernehmen mit den Krankenkassen (*Seidel-Kwem* 2002, 183) nicht selten das Gut einer umfassenden wohnortnahen Versorgung für die Patienten sowie Belange der ärztlichen Weiterbildung, die für eine mittelfristig noch in ausreichendem Maße vorzufindende Fachärzteschaft notwendig sind, nicht unwesentlich ins Hintertreffen.

Neuer Druck zu vermehrter Marktorientierung für den auf dem Prinzip der Solidarität beruhenden Bereich von Grundversorgungssystemen der sozialen Sicherheit ist schließlich nicht - zumindest im Zusammenhang mit Art. 86 Abs. 1 EGV - von europarechtlicher Seite gegenwärtig zu erwarten (*Möschel* 2003, 1022).

In den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelte der Arzt und Philosoph Avedis Donabedian einen Rahmen für Qualitätssicherung von Gesundheitsleistungen, der sich in Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität unterteilt. Zwanzig Jahre wurden Konzepte wie „continuous quality improvement“ und „total quality management“ von Statistikern für das produzierende Gewerbe entworfen, die herkömmlicherweise vor allem statistische Modelle der Qualitätskontrolle umfassen. Sie bauen auf auf einem Zyklus von „system design“, „examination“, „action“ and „redesign“. Sie sind eher auf Systeme und Organisationen ausgerichtet als auf individuelle Bezüge. Über „benchmarking“ (vgl. § 5 Bundespflegegesetzverordnung) und „best practice“ soll das beste Ergebnis gesucht und weiter übernommen werden. Gleichwohl bedienen sich diese Modelle vorwiegend formaler und statistischer Methoden, um fortlaufend Daten über Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsdienste zu sammeln und zu analysieren (*Lohr* 1995, 1040). § 137 SGB V verpflichtet nun auch die Krankenhäuser, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Dabei erlangen die gesetzlichen Krankenkassen über §§111 f. und § 115 b (ambulantes Operieren) erheblichen Einfluß auf die Ausgestaltung der Qualitätssicherung. Für die Krankenhäuser bietet sich der DIN ISO 9004, Teil 2 an (*Deutsch* 1999, 246 f.). Aufgrund der statistischen Grundlagen des Qualitätsmanagements konzentrieren sich aber viele Projekte im Rahmen der Qualitätssicherung um quantifizierbare Teilaspekte, die aber - bewusst oder unbewusst – gleichwohl für das ganze genommen werden. Eine Berücksichtigung der vollen Qualitäten von Medizin und Pflege scheint so nicht möglich (*Wehkamp* 2001, 7).

Von der sog. evidenz-basierten Medizin gehen verschiedentliche Impulse zur Korrektur oder Überprüfung therapeutischer Verfahren aus. Zugleich ist sie jedoch auch Grundlage zur Verlagerung therapeutischer Entscheidungen von der Mikro- auf die Mesoebene der Krankenhausgeschäftsführung in z.B. Managed-Care-Modellen. Die allumfassend beanspruchte therapeutische Kompetenz, die sich in Leitlinien für jeden Behandlungsfall offenbaren soll, muß indes kritisch betrachtet werden. Einerseits - und das trifft im übrigen auch für die DMPs (disease management programs) der Krankenkassen zu - wird der statistische Patient und nicht der konkrete Einzelfall zum Ausgangspunkt therapeutischen Bemühens, wie auch neben der wissenschaftlich begründeten externen Evidenz die aus der Erfahrung des einzelnen Arztes herrührende interne Evidenz außer acht bleibt. Auch scheint neben der konkreten Adäquanz der Therapie auch der therapeutische Fortschritt gefährdet. Zudem sind an der Erstellung von Leitlinien verschiedenste Interessenverflechtungen, Industrieinflüsse und auch überstrapazierte Konsensvorgaben qualitätsmindernd wirksam (*Windeler* 2003, 150). Nicht zuletzt ist es auch der medizinische Fortschritt selber, der Leitlinien sehr schnell wieder veralten läßt, sodaß eine Ausrichtung von Apparaten an ebensolchen auch nicht gerade ressourcensparende Aussicht besitzt. Ähnliche Einwände betreffen dabei auch ein dem englischen National Institute for Clinical Excellence (NICE) entsprechendes geplantes Zentralinstitut in Deutschland. Erfahrungen in England zeigen nämlich, daß ein solches unter der Vorstellung von Rationalität und Vernunft geschaffenes Institut sehr schnell schlicht Instrument weiterer Rationierung werden kann (*Pollard* 2003, 3). Die stärksten Einschränkungen ärztlicher (Therapie)Freiheit und deutlichsten (Fehl)Bindungen an externe (Statistik)Größen mit Bevormundung von sowohl Patient und „Leistungserbringer“ finden sich gegenwärtig aber in den vor allem in den USA sehr weit verbreiteten Managed-Care-Modellen. Sie stellen sich als eine zwar kostensparende aber zwangvolle Einheit dar aus Arzt (provider), Patient (consumer), Versicherer (reimburser) und Auftraggeber (purchaser), der die Gesundheitsleistungen als z.B. große Arbeitgebervereinigung oder auch Gebietskörperschaft kauft (*Kegley* 1999, 205 f.). Die

Charakteristiken dieser Modelle sind selektive Aufnahme der „Leistungserbringer“, der Hausarzt als „gatekeeper“, strukturierte Behandlungsprogramme/-abläufe, Positiv- und Negativlisten, Leit- und Richtlinien für die Behandlung, „benchmarking“ und „best practice“ sowie pauschalierte Vergütung mit Komplex- und Kopfpauschalen. Weiter damit verbunden sind für den Patienten die Einschränkung der freien Arztwahl sowie des Zugangs zum Facharzt, für den beschäftigten Arzt neben der deutlichen Einschränkung der Therapiefreiheit auch die Lasten eines umfassenden Qualitätsmanagement und Beurteilungssystems mit eigener Dynamik an Aufwand für das „Beurteilungsbild“. Gleichzeitig werden diese Einheiten aber als „for-profit-organisations“ geführt mit teilweise zweistelligen Millionengehältern für die CEOs. Die Prädominanz wirtschaftlicher Interessen führt so auch zu Einflussnahme auf die Ärzte, ihre Patienten über bessere aber teure Behandlungsalternativen nicht zu informieren (*Holder 1995, 1264; Wiechmann 2003, 433 f.; Oppenheimer/Padgug 1998, 546 f.*). Augenscheinlich gelingt es diesen Versorgungsformen nicht, dem Wohle des Patienten zu dienen, die (Therapie)Freiheit der Ärzte wahrzunehmen und zu respektieren und schließlich wird das auch für Heilungsprozesse zentrale Arzt-Patienten-Verhältnis in unwirkliche Verhältnisse gedrückt und belastet. Ganz besonders dieses letzte Modell weist in ausgeprägter Form neben der einseitigen Ausrichtung auf ökonomische Rationalität einen die ganze Organisation umfassenden „top-down“-Ansatz auf, der überhaupt als „tayloristisch“ eine in der Wirtschaftsethik und Managementlehre als überholt geltende Steuerungsphilosophie darstellt (*Steinmann/Olbrich 1998, 100 ff.*). Auch sei in diesem Zusammenhang allgemein auf die demoralisierenden Wirkungen ökonomischer Ausbeutung verwiesen (*Jonas 1985, 299 ff.*). Verschiedene Gesundheitssystemmodernisierungsmaßnahmen der letzten Zeit scheinen gleichwohl den Weg in die Welt von managed care beschreiten zu wollen. Nicht zuletzt auch die nach dem GMG (§ 95 Abs.1 SGB V) zugelassenen neuen medizinischen Versorgungszentren sind Einrichtungen, die als Institutionen besondere gesetzliche Förderung erfahren (§ 87 Abs. 2 SGB V) und als größere Einheiten die überwiegend selbständig tätigen Ärzte im ambulanten Bereich zusätzlich wirtschaftlich unter Druck setzen sollen. Sie wären - nach ihrer Durchsetzung – besser handhabbare Einheiten, dem integrativen Versorgungsansatz dienlich (*Wigge 2004, 127*), womöglich aber auch zur Zusammenlegung in größeren, dann „streng gemanageten“ Einheiten gedacht.

So stellt die gegenwärtige Ökonomisierung in der Medizin eine veritable Bedrohung der ärztlichen (Therapie)Freiheit dar und birgt - gemessen am Patientenwohl - die Gefahr einer Fehlbindung ärztlichen Handelns. Zugleich wird auch deutlich, daß die Gefahren vor allem in einem Zuviel an System, an Bürokratie liegen, sei es durch überbordende sozialstaatliche Verwaltung, sei es durch vereinnahmende ökonomische Geschäftsführung.

## **D.) Ethische Konfliktbewertung**

Es hat sich gezeigt, daß die Hauptbedrohungen für das Arzt-Patienten-Verhältnis und ihre jeweiligen anthropologisch in einer Kultur- und Zeitkonstante sich herauskristallisiert habenden Interessen gegenwärtig nicht zuletzt in der größer werdenden „sozialen Rolle“ von Medizin, in der zunehmenden Sozialisierung von Gesundheit und Beruf zu sehen sind. Mit anderen Worten stellt sich also im wesentlichen die Frage, ob Gründe des allgemeinen Zugangs, der Kostendämpfung oder auch der wie auch immer gefassten Verteilungsgerechtigkeit auf der Makroebene es rechtfertigen können, daß für den Bereich des eigentlichen Arzt-Patienten-Verhältnis, also die Situation bei der ein konkret Heilung Suchender seinen Arzt aufsucht, mithin auf der Mikroebene Bedingungen sich einstellen dürfen, die eine vertrauensvolle, dem Wohle des Patienten zuträgliche und so wohl nur in

größtmöglicher Freiheitlichkeit zu verwirklichende Zusammenarbeit der Hauptbeteiligten verunmöglicht, das eigentliche Ziel - hoffentlich noch - damit aber eben verfehlt wird. Es drängt sich damit ferner die Frage auf, inwiefern hier ein „balancing“ der widerstreitenden Interessen/Teilethiken noch hinreichende Ergebnisse bringen mag oder nicht vielmehr ein neues „priority setting“ vonnöten ist.

Zur Veranschaulichung ein einführendes Beispiel als sog. Brunnenfall: Ein 83 Jahre alter Mann stürzt auf dem Lande in einen mehrere Meter tiefen Brunnen. Er hat den Sturz überlebt, die Rettung des 83-jährigen erfordert aber erheblichen logistischen und personellen Aufwand, sodaß die dortige Gemeinde sich nicht bereit zeigt, einen solch hohen Aufwand für die Bergung aus dem Brunnen bereitzustellen. Man stecke ja im Moment mit dem Schulbau ohnehin in finanziellen Nöten. Auch sei der Aufwand für einen einzelnen medizinischen Fall im Vergleich zu dem möglichen Nutzen, den man im lokalen Sanitätsbereich für viele andere Patienten mit dem voraussichtlich zu betreibenden Aufwand abdecken könnte außer Verhältnis. Schließlich sei der gestürzte Rentner ja auch schon 83 Jahre und würde ohnehin nicht mehr lange zu leben haben. Zugegeben, dieser Fall scheint konstruiert, vielleicht auch etwas grob gehauen, doch kann er im weiteren auftauchende Problemstellungen immer wieder besser anschaulich und vielleicht auch nacherfahrbar machen.

## **D.I.) Angloamerikanischer Utilitarismus/Konsequentialismus**

Als Exposition noch einmal ein Blick auf die sich mittlerweile etabliert habenden Aktionsebenen im Gesundheitswesen, die in ähnlicher Weise außer in Deutschland in den meisten anderen Staaten ebenfalls aufgezeigt werden können und gegenwärtig in zahlreichen Antinomien sich befinden. Zu unterscheiden sind herkömmlicherweise drei Ebenen, Makro-, Meso- und Mikroebene, wobei die Makroebene (Politik) hierbei durch gesetzliche Rahmenbedingungen, Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt und Festlegung von eventuellen Budgets gekennzeichnet ist. Die Mesoebene (Verwaltung) wiederum umschreibt die Verhandlungsebene der Selbstverwaltung – so vorhanden –, die Aufteilung des Budgets auf verschiedene Bereiche wie kurative Medizin, Rehabilitation, Prävention und Gesundheitserziehung sowie gleichzeitig auch die innerhalb großer Gesundheitsinstitutionen oder Körperschaften zu fällenden Verteilungs- und Allokationsentscheidungen. Die Mikroebene schließlich entscheidet über Aufwendungen für den konkreten Einzelpatienten mit Diagnose- und Therapieentscheidungen im Patienten-Arzt-Verhältnis (*Dickens* 1998, 467 f.; *Fuchs* 2000, 5).

Mit der Festlegung von Budgets auf der Makroebene ist nach Ausschöpfung von zumeist geringen Rationalisierungsspielräumen oft unvermeidlich die Notwendigkeit einer versteckten oder auch offenen Rationierung gegeben (*Smith* 1998, B-1922). Dabei wird mit der auf Makroebene erfolgenden höchstrichterlichen Rechtsprechung zur ärztlichen Haftpflicht zusätzlicher Druck auf diese festen Budgets erzeugt, indem zur Absicherung objektive Befunderhebungen in größerer Anzahl erfolgen. Auch bestehen bereits mit Phänomenen wie Verweigerung von medizinischen Leistungen im Einzelfall, Umlenkung in den privaten Sektor sowie Leistungsverzögerung und –ausdünnung Methoden der (versteckten) Rationierung in den meisten Gesundheitssystemen (*Smith* 1998, B-1924). In verschiedenen Ländern kommt es für die medizinische (Grund)versorgung mittlerweile aber auch schon zu sog. offenen Rationierungsmaßnahmen. Zu nennen sind insbesondere der US-Bundesstaat Oregon (1994), Neuseeland (1993), die Niederlande (1990) sowie das Vereinigte Königreich, wo z.B. Personen, die ein bestimmtes Alter überschritten haben nicht mehr auf Intensivstationen aufgenommen werden (*Smith* 1998, B-1924). Es findet in diesen Fällen also

z.B. eine Priorisierung nach Alter statt. So schlägt Callahan auch grundsätzlich vor, für ein öffentliches Gesundheitswesen ab einem Alter von Ende siebzig bzw. Anfang achtzig eine alleinige Ausrichtung medizinischer Leistungen auf Beseitigung oder Linderung von Leid vorzunehmen (*Callahan* 1987, 137 f.). Andere Kriterien der Priorisierung können sich nach dem Gesundheitszustand und der Art der medizinischen Maßnahmen (Oregon) oder auch nach den jeweils betroffenen Patientengruppen richten (*Smith* 1998, B-1925; *Shickle* 1998, 863 f.).

Mit einer solchen Rationierung und Priorisierung auf Makroebene ergeben sich aber im konkreten Einzelfall Spannungen zur Mikroebene, d.h. zu der Ebene, auf der der Behandler schließlich vor der Notwendigkeit steht, seinem Patienten eine notwendige Therapie vorenthalten zu müssen. Die faktische Verweigerung von konkreter Hilfe einem Patienten gegenüber muß aber das Vertrauen im Arzt-Patienten-Verhältnis deutlich belasten (*Smith* 1998, B-1924).

Zur ethischen Grundlage einer solchen Vorgehensweise dient gemeinhin utilitaristisch-konsequentialistisches Denken aus dem angloamerikanischen Kultur- und Sprachraum. Dabei hat sich der Utilitarismus im Laufe seiner Entwicklung in eine fast verwirrende Vielzahl von (Unter)Positionen ausdifferenziert (negativ/positiv, subjektiv/objektiv, Handlungs-/Regelutilitarismus). Er geht zurück auf Jeremy Bentham (1748-1832) und eine Generation später John Stuart Mill, die als Sozialreformer im Zuge der negativen Folgen der Industrialisierung den Utilitarismus als ethisches Prinzip einführten. Im Sinne einer Sozialpragmatik sieht der Utilitarismus die moralisch richtige Handlung/Regel in einer rationalen Wahl zwischen alternativen Möglichkeiten. Teilkriterien dieser Wahl sind dabei: Die Richtigkeit einer Handlung/Regel ergibt sich aus den Folgen derselben (1), gemessen werden die Folgen an ihrem Nutzen (2), entscheidend ist der Nutzen für das, was in sich gut ist (3) und schließlich ist ausschlaggebend nicht das Wohlergehen bestimmter Gruppen, sondern das Wohlergehen aller von einer Handlung Betroffenen (4) (*Höffe* 1992, 9 ff.; *Andersen* 2000, 171 ff.). So ergibt sich auch die Formel von der Grundidee des Utilitarismus sich so zu verhalten, daß der allgemeine Wohlstand und Nutzen maximiert wird. Auch zeigt der Utilitarismus dabei ein klares Kalkulationsinteresse und nimmt damit Züge einer Erfolgsethik an (*Harman* 1977, 153 f.; *Höffe* 1992, 13). Eine Weiterentwicklung besteht im sog. „Präferenzutilitarismus“ (Peter Singer), wonach das ethische Ziel in der unparteiischen und größtmöglichen Befriedigung von Interessen und Wünschen liegen soll. Außer Betracht bleiben soll dabei bewußt die Person, die die Interessen hat. Ich bin danach verpflichtet, denjenigen Handlungsverlauf zu wählen, der für alle Beteiligten die besten Konsequenzen zeitigt (*Singer* 1993, 21; *Rohls* 1999, 672 f.). Ausgehend vom Menschen als *zoon politikon*, als soziales Lebewesen war auch schon bei Aristoteles die polis dazu da, die Ziele aller Bürger zu fördern, und das Ziel des Gesetzgebers sollte das gemeinsame Gute sein (*Andersen* 2000, 39). Auf der Grundlage dieser ethischen Annahmen müßte man nun im Falle der Rationierung und Priorisierung nach Alter in der Tat davon ausgehen, daß ein hoher Kostenaufwand für die Behandlung eines einzelnen, noch zu alten Menschen, bezogen auf die Allgemeinheit einen kleineren Nutzen wahrscheinlich bedeutete als derjenige, der durch eine Vielzahl mit diesem Geld durchführbarer kleinerer Eingriffe für verschiedene (jüngere) Patienten erzielt werden könnte.

In unserem Brunnenfall würde das aber bedeuten, daß angesichts des Patientenalters und des hohen zu erwartenden Aufwandes von konkreten Rettungsmaßnahmen abgesehen werden müßte.

Aber auch mit Blick auf die sog. Mesoebene werden Spannungen zur therapeutischen Beziehung auf der Mikroebene deutlich. Die von der Makroebene vorgegebenen Richtgrößen werden über die Parteien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen - kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen - sowie die Krankenhäuser und Krankenhausverbände

aufgenommen und deren Begrenzungen weiter nach unten ausdifferenziert. Hier haben unter der Vorstellung von Kostenkontrolle, Verteilungsgerechtigkeit, Effizienz und Qualitätskontrolle unter quantifizierbaren statistischen Kautelen die bereits beschriebenen Einschränkungen für den Mikrobereich stattgefunden, welche mit zunehmender Bürokratisierung sowohl von seiten der Sozialadministration als auch von seiten der kaufmännischen Geschäftsführung einhergehen. So treffen in Deutschland vor allem im Krankenhausbereich als Organisation oder "Institution" die verschiedenen (ethischen) Welten aus den „Spannungspolen“ Makro- und Mikroebene auf engem Raum zusammen und erfahren unter der Vorstellung eines Krankenhauses als Gesundheitsunternehmen zusätzliche Anreicherung durch die eigene Gesetzlichkeit der Ökonomie wie auch durch neuere Ansätze der Wirtschaftsethik („stakeholder theory“) (Kettner 2003, 40). Dabei sollen als formales Prinzip Partner der Wertschöpfung, neben Aktionären und „Kunden“ (Patienten) auch Mitarbeiter und soziale Umwelt, Mitprache beanspruchen, wie insgesamt umfängliche Rechenschaftspflichten („accountability“) gegenüber „Patienten, Staat, Manager und nichtärztliches Personal, Investoren, Krankenkassen und Leistungsträger, Mediziner, Pflege, Berufsverbände, Juristen...“ bestünden (Kettner 2003, 40).

Um zwischen diesen verschiedenen Standpunkten zu vermitteln, wobei in Sonderheit die eher konsequentialistisch geprägten ethischen Auffassungen der Makro-/Mesoebene und die deontologischen ethischen Überzeugungen der Mikroebene in vielen Punkten aufeinanderprallen, haben vor ungefähr 20 Jahren Beauchamp und Childress ein Konzept entwickelt, bei dem bewußt nicht die tiefsten Begründungszusammenhänge der gegensätzlichen ethischen Standpunkte berücksichtigt wurden. Vielmehr galt es, im Sinne einer „praktischen Ethik“ ein gemeinsames Terrain zu umschreiben, auf dem alle Beteiligten sich ohne große Probleme bewegen können. Es war nämlich ihre Erfahrung, daß in einer ganzen Anzahl von Fällen trotzdem recht ähnliche Ergebnisse von den unterschiedlichen ethischen Richtungen gefunden wurden. So formierten sie - auf einem „middle level“ - vier Prinzipienkomplexe erster Ordnung, nämlich das Nichtschadensprinzip („nonmaleficence“), das Fürsorgeprinzip („beneficence“), Respekt vor der Autonomie des Betroffenen („respect for autonomy“) sowie (Verteilungs-)Gerechtigkeit („justice“). In Konflikten zwischen den Prinzipien soll eine Abwägung („balancing“) zwischen den konfligierenden Prinzipien zur Lösung beitragen (Beauchamp/Childress 1994, passim). Dieser als „principlism“ geläufige Ansatz steht in engem Zusammenhang mit einem (Begründungs)Kohärentismus, bei dem sowohl die einzelnen Prinzipien als auch dann i.S. eines „reflexiven Überlegungsgleichgewichts“ (J.Rawls) auch Prinzip und Konkrektion sich wechselseitig stützen sollen (Honnefelder/Fuchs 1998, 656; Solomon 1995, 745). So hat sich auch in Deutschland, z.B. im LBK Hamburg, ein eigenes Projekt „Ethik, Kommunikation, Kultur“ gebildet, welches zum Ziel hat, „einen kommunikativen Bezug von individueller und Unternehmensethik herzustellen sowie Verfahren und Hilfestellungen für eine professionelle Begleitung von klinischen Entscheidungen mit schwierigen ethischen Aspekten zu schaffen“. Hierzu dienlich sollte auch die Einrichtung von „Klinische Ethik-Komitees“ sein. Darüberhinaus war damit auch eine bessere grundsätzliche Verständigung zwischen Qualitätsverantwortung und Kostenverantwortung eines Hauses mitbeabsichtigt (Wehkamp 2004, 24; Wehkamp/Keitel 2003, 19; Pfeiffer 2002, 97).

Gleichwohl muß unter den auch teilweise absichtsvoll herbeigeführten Umständen der Mittelknappheit aber häufig einfach auch entschieden werden. Wenn z.B. eine teure, aber medizinisch einwandfrei indizierte Chemotherapie 80 % der Arzneimittelressourcen einer ganzen Station aufbraucht (Wehkamp/Keitel 2003, 19), dann widerstreiten sich auch hier wieder diametral deontologisch bestimmte Individualethik des Arztes auf der Mikroebene und konsequentialistisch geprägte Ethikansätze bzw. ökonomische Eigengesetzlichkeit der Makro- und Mesoebene. Oder für die Welt des „principlism“ würde das bedeuten, es streiten sich nonmaleficence, beneficence, autonomy auf der einen und justice auf der anderen Seite.

In diesem Spannungsfeld findet sich nun seit ein paar Jahren ein neuer Ansatz im Bereich der medizinischen Ethik mit dem Anspruch eines Paradigmenwechsels. Es hat sich so eine „Inter- oder Organisationsethik“ zunächst in Amerika herausgebildet (*Khushf* 2000, 149 ff.). Die Vorstellung ist dabei, am Beispiel der HMOs in extremer Weise vorexerziert, neben Therapieentscheidungen auch ethische Entscheidungen grundsätzlich aus dem Verbund mit der Mikroebene zu lösen und fest im Bereich der Mesoebene zu verorten (*Khushf* 2000, 153). So soll das Gegenüber des Patienten nicht mehr vor allem der Arzt, sondern vor allem die Organisation/Institution werden. Eine an Profitabilität ausgerichtete Einrichtung („institution“) als therapeutischer Partner birgt für den Patienten aber auch die Gefahr, daß sein Wohl gegenüber dem wirtschaftlichen Erfolg dieser Einrichtung zurücktreten muß. Auch wenn interne Leitlinien, vielleicht auch „Produktpakete“ geschnürt sind, unter dem Primat der Profitabilität besteht für Ethik dann nicht zuletzt die Gefahr zum Marketinginstrument zu verkümmern. Dies umso mehr als rationales rein ökonomisches und konsequentialistisches ethisches Kalkulationsinteresse sich von vornherein nicht unähnlich sind: Bewußtes Pauschalieren und Absehen vom Einzelfall.

Auch wenn Managed-Care-Modelle noch nicht das Bild prägen, mit dem wir uns gegenwärtig in Deutschland auseinandersetzen müssen, so deuten doch verschiedene Maßnahmen wie nicht zuletzt auch sog. geplante Handlungsabläufe in eine solche Richtung. Auch wird aufgrund der faktischen Strukturen und Abläufe in den Krankenhäusern schon heute Ethik von ärztlicher Seite nicht selten doch als eine Art „Schmiermittel“ betrachtet, das eingesetzt wird, um einen besseren Ablauf des Klinikbetriebes zu gewährleisten (*Wernstedt* 2004, 87).

So würde sich auch im Zusammenspiel von Meso- und Makroebene nach dem eingangs skizzierten „Brunnenfall“ für den 83-jährigen Verunglückten grundsätzlich nur schwer eine Rettungsmöglichkeit ergeben.

## **D.II.) Kritik des Konsequentialismus**

Abgesehen von kulturell bedingt verschiedenen Auffassungen über das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft bzw. über Gerechtigkeit, welche durchaus auf die unterschiedlichen konkreten Erscheinungsformen von Gesundheitssystemen in der Welt Einfluß nehmen (*Schreyögg* 2004, 8 ff.) wird auch in den Vereinigten Staaten deutliche Kritik an der Realität von managed care geübt. Dabei wird von ärztlicher Seite wie von Patientenvertretern gerügt, daß das Arzt-Patienten-Verhältnis eine zu geringe Bedeutung besitze gegenüber den Belangen von Bürokratie und Markt. Elliot Freidson hält zwar bürokratischen Modellen des Gesundheitsmanagements zugute, daß sie zu niedrigeren Kosten führen mögen, gleichzeitig aber mit ihrem Rückgriff auf standardisierte Methoden für Diagnose und Therapie die Fähigkeiten der Ärzte verkrüppelten, auf die spezifischen Bedürfnisse ihrer Patienten einzugehen. Die Patienten würden zu Objekten, die durch verlässliche Methoden zu vorhersagbaren Kosten „produziert“ würden (*Lysaker/Sullivan* 1999, 233 f.). Überhaupt scheint es charakteristisch für die vorangeschrittene Sozialisierung von Gesundheit und ärztlichem Beruf zu sein, daß unter der Vorstellung von Gesundheit als gesellschaftlicher Ressource individuelle, persönliche Belange lediglich als dingliche Zählgrößen wahrgenommen werden zugunsten aufwendig betriebener bürokratischer Apparate. So soll an dieser Stelle auch noch einmal auf die unselige Zeit des Nationalsozialismus verwiesen werden, wo deutsche Ärzte unter dem Konstrukt des Volkskörpers Kranke nicht als individuelle Personen und Schicksale, sondern als „mißratene“ Teile dieses Volkskörpers betrachteten. Gefahren blinder und fehlgeleiteter Rationalität bestanden aber nicht nur damals, sondern die Gefahr in kollektiven oder kollektivistischen Zwangssystemen den einzelnen, das individuelle Schicksal aus dem Blick zu verlieren besteht

auch heute fort (*Labisch/Paul* 1998, 253). Statt des Nutzens eines Gesellschaftsglieds zu berechnen muß der Wert und die Unverwechselbarkeit des einzelnen Lebens wieder Würdigung finden. Der einzelne Mensch ist als Person und Patient - wo er als Person betroffen ist - konsequentialistischer Zählrationalität bzw. aristotelisch geprägter Dingontologie enthoben (*Kress* 1995, 94). Auch der aus Litauen stammende Emmanuel Lévinas (1905-1995) macht auf der Basis von Heideggers Existenzialphänomenologie der von der Moderne favorisierten Rationalität den Vorwurf, sie neige zur „Gleichschaltung“ und zum „Totalisieren“. Für ihn ist zentral, daß erst die Verantwortung, die ich im Angesicht des anderen für mich wahrnehme sowohl mich als auch den anderen zum Subjekt macht, aus dem Sein herausnimmt. Der Bereich des Politischen könne dabei als Einschränkung der unendlichen Verantwortung gesehen werden (*Lévinas* 1983, 320 und 327 ff.). Bei einer auf das Gegenüber gerichteten Arzt-Patienten-Beziehung können allein schon aus dieser Beziehung heilende Wirkungen hervorgehen (*Entralgo* 1995, 2078). Nicht selten wird darum gefordert, daß wie die Medizin eine praktische Wissenschaft sei auch eine medizinisch-ärztliche Ethik konkret, in der konkreten Lebenswelt verwurzelt sein müsse und den individuellen Patienten in seiner auch molekulargentischen und persönlichen Verschiedenheit wahrnehmen müsse (*Sass* 1998, 93; *Cassell* 1995, 1675 und 1678).

### **D.III.) Die Menschenwürde als ethisches Leitbild und Korrekturprinzip**

Die Kritik an den utilitaristisch-konsequentialistischen ethischen Begründungslinien weist auf die Beachtung des individuellen Lebens und Schicksals, auf die Achtung von Würde und Person des einzelnen auch und gerade im Bereich des Gesundheitswesens. So rückt die Menschenwürde eines jeden Menschen unabhängig von seinem konkreten Nutzen wieder deutlicher ins Blickfeld. Es soll nun die Herleitung der Menschenwürde als Zentralwert und ethisches Leitbild beschrieben werden sowie die Darstellung verschiedener Wirkprinzipien im Bedeutungshof der Menschenwürde folgen.

#### **D.III.1.) Herleitung**

Die Vorstellung von einer dem einzelnen Menschen unmittelbar zukommenden unveräußerlichen Menschenwürde weist verschiedene Herleitungsstränge auf. So ist die vermutlich eigentliche Wurzel dieser Vorstellung in der christlichen Überlieferung zu suchen. Vor allem auf seiten katholischen Denkens treten hier neben einem aus der Trinitätslehre abgeleiteten relationalen Personenbegriff vor allem christologische und philosophische Reflexionen des Mittelalters über die Person als „ens moris“, die sich kategorial von naturhaftem Sein und aristotelisch geprägter Dingontologie abhebt (*Kreß* 1995, 94 f.). Vor allem im Lichte evangelisch-theologischer Aussagen gründet die Würde des Menschen weiter in seiner „Gottesebenbildlichkeit“. Damit ist gemeint nicht eine ontisch-immanente Eigenschaft, sondern das Geschehen der Beziehung Gottes zum Menschen (*Dalferth/Jüngel* 1981, 70 f.). In Gottes Treue zu seinem Geschöpf ist diese unzerstörbar. „Fides...facit personam“ (Martin Luther, WA 39/I, 282, 16). Dabei richtet sich die christliche Anthropologie nicht an der „Verklärung hohen Menschentums“ aus, sondern findet Ausdruck in der in Jesus Christus Mensch gewordenen Liebe Gottes, in seinem barmherzigen „Ja“ gerade auch dem hilfsbedürftigen Menschen gegenüber (K. Barth und D. Bonhoeffer bei *Eibach* 1981, 88 f.). Das Recht auf Leben ist eine Setzung dessen, der das Leben schafft, es ist

damit unverletzlich und unantastbar. Die Menschenwürde kann nicht am gesellschaftlich Erwünschten gemessen und abgestuft werden, denn sehr schnell fällt dann auch die Grenze des Lebensrechts mit der Grenze der Verwertbarkeit nach gesellschaftlichen Zwecken zusammen. Der Mensch würde als Subjekt und Person entmündigt und zum Objekt einer verdinglichenden Behandlung gemacht. Würde und Selbstwert der Person sind dem Menschen von Gott zugesprochen und zugeeignet und machen das Dasein des Menschen in sich selbst wertvoll (*Eibach* 1981, 101 ff.).

Aber auch unter der Vorstellung einer postmodernen pluralistischen Gesellschaft mit längst nicht mehr einheitlich geteilten Letztanschauungen ist mit Kant der vertiefte Personbegriff gleichwohl in den Denkraum der Neuzeit mit eingebracht worden. Für ihn verkörpert der Mensch als freies Vernunftwesen, als Subjekt einer moralisch-praktischen Vernunft, einen Zweck an sich. Als solches ist der Mensch eine Person, d.h. ein Wesen, das nicht zur Erreichung von etwas anderem behandelt werden kann. Ganz im Unterschied hierzu ist eine Sache etwas, das nur als Mittel existiert, das nur dadurch Wert besitzt, daß es von jemandem benutzt wird. So kann dann auch der kategorische Imperativ folgendermaßen formuliert werden: Handle so, daß du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst (GMS, A 66f. bei *Andersen* 2000, 150 f.; *Höffe* 2002, 64 ff.). Der Mensch besitzt so nicht als bloßes „animal rationale“ - wie etwa noch bei Blaise Pascal - sondern als „animal morale“ - nicht schon als Verstandes- sondern erst als Vernunftmensch (i.S. der moralisch-praktischen Vernunft) - einen absoluten inneren Wert. So schuldet der Mensch zugleich sich selbst als auch jedem Mitmenschen die Anerkennung als Zweck an sich selbst. Diese Würde ist dabei sog. Mitgiftwürde und nur als Ergänzung sog. Leistungwürde. Die Menschenwürde ist so unveräußerlich und auch ein Verbrecher bleibt so Zweck an sich und behält also seine Würde (*Höffe* 2002, 67). Kant kommt also durch rationale Überlegung zu ähnlichen Anschauungen über die Menschenwürde wie dies aus dem Strom der christlichen Überlieferung geschieht, und hat dabei mit der Vorstellung von der Menschenwürde als absolutem Wert, als höchstes Moral- und Rechtsprinzip nicht zuletzt auch die Mutter und Väter des Grundgesetzes (Art. 1 Abs. 1 GG) sowie die spätere Auslegung unserer Verfassung stark beeinflusst.

## **D.III.2.) Wirkprinzipien**

Die unveräußerliche und inkommensurable (nicht gegeneinander aufrechenbare) Würde eines jeden Menschen muß somit als oberstes, absolutes Prinzip Ausgangspunkt auch medizinethischer Überlegungen werden. Als oberstes Moral- und Rechtsprinzip prägt sie bereits das Grundgesetz in Art. 1 Abs. 1 GG und erfährt weitere Ausgestaltung durch die Grundrechte der Verfassung sowie internationale menschenrechtliche Garantien. Auch besitzt sie formende Kraft über die sog. Drittwirkung der Grundrechte für die gesamte Rechtsordnung (*Schreiber* 2003, 367 f.; *Caton*, 1996, 451). Auch hier darf der Mensch nicht zum Objekt, zu einem bloßen Mittel, zur vertretbaren Sache herabgewürdigt werden. Es geht dabei um die „Degradierung des Menschen zum Ding, das total „erfaßt“, „abgeschossen“, „registriert“, „liquidiert“, „im Gehirn gewaschen“, „ersetzt“, „eingesetzt“ und „ausgesetzt“ ... werden kann“ (*Dürig* 2002, Rz. 28). In jüngster Zeit deutet sich allerdings mit der Neukommentierung des Art. 1 GG (02/2003) und neuerer Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts eine Akzentverschiebung insofern an, als daß nur Behandlungen zu beanstanden seien, die die Subjektqualität des Menschen prinzipiell in Frage stellen oder im konkreten Fall als eine willkürliche Missachtung des Menschen anzusehen sind (bei *Schreiber* 2003, 370). Dies bedeutet jedoch eine Wende hin zu mehr Spielraum für rationales Abwägen und Kommensurieren. Dabei wird aber nicht vollständig in Rechnung gestellt, daß ein rein der ratio verpflichtetes Verfahren der Entscheidungsfindung Mißbräuchen und

Entgleisungen eher zugänglich ist, wie die Ereignisse und Zustände - auch in der Medizin – zu Zeiten des Nationalsozialismus noch einmal bezeugen sollen. Die ratio allein bietet keinen verlässlichen „Kompaß“ und läßt sich allzu gerne zu allerlei Zwecken missbrauchen. Der Mensch verbliebe so ein „animal rationale“. Vielmehr gilt es, die auch unserer Verfassung zugrunde liegende feinere Textur immer wieder neu zu Tage zu fördern und ihr zu aktueller Geltung zu verhelfen. Die widersprechenden realen Zustände vermögen dies nicht zu entkräften, möchte man nicht einem verhängnisvollen Sein-Sollen-Fehlschluß erliegen. Staat und Gesellschaft können schließlich die Voraussetzungen, unter denen sie existieren, nicht selbst schaffen (E.-W.Böckenförde). So scheint es in diesem Zusammenhang vorzüglich, die Formel für eine Verletzung der Menschenwürde zumindest so zu fassen, daß nicht nur die prinzipielle Infragestellung der Subjektqualität des Menschen, sondern bereits die überwiegende Infragestellung von menschlicher Würde und Subjektqualität als Verstoß gegen die unantastbare Menschenwürde angesehen werden muß. Erst recht auf ethischem Felde muß die Würde des Menschen als Leit- und Korrekturprinzip Geltung besitzen und von dort aus - in ähnlicher Weise - in die Gesellschaft und ihre Meinungsbildungsprozesse eingebracht werden.

Vor diesem Hintergrund stellt sich aber auch für die ethischen Überlegungen die Frage, was die Menschenwürde nun im einzelnen ausmachen soll. Hier zeigt sich nämlich schon sehr bald, daß das Würdeprinzip für sich genommen schnell überfordert ist, die manigfaltigen Probleme des menschlichen Lebens im einzelnen zu regeln. Auch liegt in ihm in seiner Allgemeinheit die Tendenz, nicht selten auch als „Totschlagsargument“ in der öffentlichen Auseinandersetzung zu dienen (*Schreiber* 2003, 368). Wichtig ist darum, die Natur und Leistungskraft des Menschenwürdeprinzips richtig einzuschätzen. So dient die Menschenwürde als ethisches Zentralprinzip und weist zugleich sowohl eine positive Wirk- als auch eine negative Abwehrwirkung auf. Positiv richtet sie sich auf die Orientierung an der Würde des Menschen bei der Schaffung und Einrichtung von Verhältnissen und Strukturen sowie bei der Lösung von Einzelfragen und fungiert so als ein Leitprinzip. Negativ dient sie zur Überprüfung von bereits vorhandenen Verhältnissen und Strukturen als auch erfolgten Entscheidungen an der menschlichen Würde und dient damit zugleich als Durchbrechungs- und Korrekturprinzip.

Konkret kommen bei der Sichtung „unter dem Strahl“ der Menschenwürde und Achtung der Person zunächst die deontologischen Zeugnisse ärztlich-medizinischer Ethik in den Blick. Hier wird deutlich, daß ein Großteil der ärztlichen Selbstverpflichtungen dem Wohle und der Würde des Patienten dient und damit beredtes Zeugnis schon früh empfundener Verpflichtung gegenüber der Würde des einzelnen Menschen darstellt. Das ärztliche Berufsethos stellt damit nicht nur einen geschichtlichen, sondern auch aktuell werthafte Kulturschatz für Gesellschaft, Gesundheitswesen und die Arzt-Patienten-Beziehung dar. Gleichwohl scheinen auch hier teilweise Durchbrechungen und Korrekturen durch das Würdeprinzip angebracht. Zu denken sind an zu Recht gewandelte Einstellungen zur Autonomie des Patienten wie auch womöglich zum Thema der Wahrhaftigkeit gegenüber dem Patienten, was aber wiederum sich konkret erst aus den Umständen des Einzelfalles ergibt. Es zeigt sich somit für den Bereich des ärztlichen Berufsethos ein weitgehend vom Prinzip der personalen Würde geprägter Teilbereich der Gesellschaft, dessen Eigengesetzlichkeit weitgehend allgemeinen Anschauungen über die Würde des Menschen entspricht und damit zu Recht Gegenstand einer institutionellen Garantie sein sollte (*Laufs* 2002, 16 für die ärztliche Therapiefreiheit).

Im Gegensatz dazu scheint das von primär bevölkerungsorientierten Gesundheitsanschauungen und konsequentialistisch unterstützte Kommensurieren menschlichen Lebens wie z.B. bei der (offenen) Rationierung prima facie als nicht mit der Menschenwürde vereinbar, da der einzelne Mensch hier lediglich zur Rechengröße wird und die Anschauung des einzelnen erst einmal unterbleibt. Gleichwohl scheint auch hier - da die Würde des Menschen an sich relativ unscharf gefasst ist - ein genauere Blick angebracht. Denn nicht alle

Fälle medizinischer Versorgung tragen bei Unterbleiben oder späterem Eintritt dasselbe Bedrohungspotential für die Würde des einzelnen Menschen in sich. So kann z.B. eine auf Grund von Rationierung unterbleibende Behandlung einer bloßen Befindlichkeitsstörung - leichtere Infektionen der oberen Atemwege - oder auch eine ausbleibende präventive Maßnahme für den einzelnen Patienten in aller Regel nicht ein solch großes Beeinträchtigungs- und Bedrohungspotential besitzen, daß die menschliche Würde hier als gravierend – oder auch überwiegend – in Frage gestellt erscheinen müßte. Anders verhält sich dies jedoch z.B. bei einem vital bedrohlichen Notfall, bei dem nicht nur eine momentane Befindlichkeit, sondern das Leben des betreffenden Menschen an sich bedroht ist. Hier würde eine aufgrund rationalen Kommensurierens von Gesundheitsleistungen unterbleibende Behandlung die Würde des betreffenden Patienten massiv und ganz sicher überwiegend bedrohen und verletzen (bei diesem Beispiel bleiben - da nicht der Katastrophenfall beschrieben wird - die speziellen Erwägungen zu einer Triage außen vor). Es liegt somit nahe, auch kalkulierende, den Menschen einrechnende Verfahren nicht grundsätzlich abzulehnen, sondern zunächst genauer nach Lebensbereich bzw. Akuität der Würdebedrohung zu unterscheiden.

So bietet sich als Verfahren unter dem Zentralprinzip der Menschenwürde an, zunächst geplante Verfahren und Strukturen im Hinblick auf das „Zentralgestirn“ Menschenwürde des einzelnen Patienten zu überprüfen und erst dann zu institutionalisieren, damit sie von vornherein der „Eigengesetzlichkeit“ des Medizinbereichs, der Krankenversorgung weitestgehend entsprechen, und sodann, an zweiter Stelle, die Prüfung im einzelnen fraglicher bestehender Verfahren und Strukturen unter dem Gesichtspunkt der Menschenwürde als Durchbrechungs- und Korrekturprinzip. In unserem eingangs angeführten „Brunnenfall“ würde der auch ältere Verunglückte aufgrund der aktuellen, vitalen Bedrohung seines Lebens unmittelbar die nötige Hilfe zu seiner Rettung erwarten dürfen.

## **D.IV.) Primär personale Gestalt einer medizinischen Ethik**

Die Frage nach der Würde des einzelnen Patienten im Gesundheitswesen ist zugleich auch die Frage nach der Würde einer Gesellschaft, indem sich offenbart, wie diese mit Notleidenden Gliedern verfährt, wie Menschen, die aus dem sonst bestehenden „System“ der Gesellschaft gewissermaßen herausfallen, befürchten müssen, auch für die Frage der Genesung wieder mit Mechanismen konfrontiert zu werden, die sie eben möglicherweise gerade erst krank gemacht haben. Für den Zusammenhalt einer Gesellschaft wie auch die Akzeptanz eines Gesundheitswesens wichtig sind somit gemeinsam geteilte tiefere Wertanschauungen, die in einem solchen Gesundheitssystem zur Geltung kommen und in der Regel tiefer als veränderbare Kalkulationsergebnisse angesiedelt sein müssen.

Die Achtung vor der Würde der Person muß sich gleichwohl immer wieder neu bewähren. Hierzu dienlich soll eine Art „Schaukelverfahren“ sein, wobei wechselsichtig personaler ethischer Anspruch und die aus der Welt des Dinglichen stammende Sachgesetzlichkeit in Übereinstimmung gebracht werden müssen. Dabei ist darauf zu achten, daß die Subjektqualität des einzelnen Patienten auch konkret nicht überwiegend (Frage nach der Akuität der Bedrohung) infragegestellt wird. Dieses Ergebnis eines nicht überwiegend infragestellens der Subjektqualität des Einzelnen läßt sich dabei auch unter Berücksichtigung des Gemeinwohlprinzips als Ergänzung des Personprinzips aufrecht erhalten. So wurden in der katholischen Soziallehre die bundesrepublikanische Wirklichkeit deutlich prägend das Solidaritäts- und Subsidiaritätsprinzip gerade aus dem Personenprinzip zu dessen Stützung entwickelt (Enzyklika *Quadragesimo Anno* 1931; *Kreß* 1995, 100 f.). Auch das Grundgesetz hat sich zwischen Individualismus und Kollektivismus für die mittlere Linie des Personalismus entschieden und dabei die Person gemeinschaftsbezogen gesehen, ohne dabei

deren Wert anzutasten (*Dürig* 2002, Rz. 46). Auch liegt das Subsidiaritätsprinzip (Grundsatz des ersatzweisen Beistandes der höheren Einheit, wenn die Kräfte der unteren Einheit nicht ausreichen) zumindest mittelbar dem Grundgesetz zugrunde (*Dürig* 2002, Rz. 54).

Womöglich kann dieser Grundgedanke noch weiter auch im Bereich der medizinischen Ethik Wirkung entfalten mit einem Modell ethischer Subsidiarität zur Stützung der personalen Gestalt medizinischer Ethik. Medizin ist eine praktische Wissenschaft, auch muß Ethik nicht nur wissenschaftlich betrieben sondern vor allem auch im konkreten Fall mit den notwendigen Einsichten und Eindrücken am Krankenbett gelebt werden. Zudem besteht unter den Experten nur selten Einmütigkeit über wichtige ethische Sachverhalte, sodaß die Frage zu stellen ist, wieso nicht wieder der Lebenswelt des Patienten Raum zu geben ist und primär die Betroffenen und nächststehenden Individuen mit der Lösung ethischer Fragen zu betrauen sind. Nur in Fällen zu großer Verantwortungslast und Gefahr der Inkohärenz von Kultur und Gesellschaft wären dann übergeordnete Einheiten zu ethischer Beratschlagung aufgerufen (*Sass* 1998, 92 ff.). Damit eng verbunden wäre dann aber auch eine Entlastung ärztlicher Tätigkeit von vielfach unsinnig empfundenen bürokratischen Erfordernissen, sodaß für die von Patienten und Ärzten gleichermaßen wichtig eingeschätzte Arzt-Patienten-Beziehung grundsätzlich wieder mehr Raum bestünde und ethische Fragestellungen deutlicher wahrgenommen und befriedigender im direkten Arzt-Patienten-Verhältnis behandelt werden könnten. Dies wäre zudem ein Schritt hin zu größerer Einheit ärztlichen Handelns zugunsten des Patienten. Es bestünde damit ein Primat der sog. Mikroebene außer in therapeutischen Entscheidungen auch im Bereich ethischer Fragestellungen im Zusammenhang mit der Krankenversorgung. Gleichwohl ist neben gelebter Ethik am Krankenbett aber auch der ständige ethische Diskurs zur Stärkung von Wahrnehmungsfähigkeit und Urteilskraft für ethische Entscheidungsfindungen notwendig (*Hugman* 1998, 136 f.).

Damit das personale Ethos des Arztes und des Patienten sich angemessen entwickeln können, muß aber auch der institutionelle Rahmen den sittlichen Grundsätzen der medizinischen Ethik entsprechen (O. Höffe bei *Laufs* 2002, 27). So ist neben ethischer Expertise und Selbstbindung des Arztes zugleich auch seine größere Freiheit und Unabhängigkeit als Vertrauensvoraussetzung im Arzt-Patienten-Verhältnis wieder stärker einzufordern (*Scheler* 1999, 739 f.). Dies einzufordern ist aber Aufgabe der Ärztschaft, und sie dürfte nicht zuletzt auch im Bundesverfassungsgericht einen Verbündeten hierfür finden, wo die gegenwärtig ernsthafte Bedrohung der ärztlichen (Therapie)Freiheit gesehen wird, und keinesfalls immer nur die Überlebensfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung als hohes Gemeinschaftsgut in anstehenden Abwägungen dominieren dürfte; auch der Erhalt einer leistungsfähigen und leistungsbereiten Ärztschaft wird als wichtiges Verfassungsgut sehr wohl gesehen (*Steiner* 2003, 6 f.).

## **E.) Renaissance des freien ärztlichen Berufs und Neuausrichtung im Gesundheitswesen**

Freiheitsbedrohungen und –beschränkungen ärztlicher Tätigkeit sowie die drohende bzw. bestehende Fehlbindung ärztlichen Handelns bedürfen der Korrektur. Zentraler Richtpunkt hierfür muß das nicht überwiegende Infragestellen der Menschenwürde des Patienten sein, zugleich ist damit kurzformelhaft aber auch die spezifische Eigengesetzlichkeit des Lebensbereichs Krankenversorgung umschrieben. Dies bedeutet aber auch eine größere, ja im Zweifel entscheidende Rolle für die sog. Mikroebene im Verhältnis zu Meso- und Makroebene bei therapeutischen oder auch ethischen Entscheidungen und Fragestellungen. In diesem Zusammenhang soll nun eine verbesserte, genauer treffende Terminologie für das bisherige „Ebenen-Modell“ Mikro-, Meso- und Makroebene eingebracht werden. Mit Blick

auf die notwendige Patientenzentrierung des Gesundheitswesens, oder doch zumindest der Krankenversorgung, sollte von einem „Inneren Kreis“ für die therapeutische Beziehung Patient-Arzt und entsprechend von „Mittlerem Kreis“ und „Äußerem Kreis“ für die Meso- und Makroebene gesprochen werden, denn alleine die Präfixe Makro- und Mikro- führen schon unbewußt zu nicht adäquaten Assoziationen. Bezugspunkte einer Neuausrichtung können sein eine notwendige Renaissance der therapeutischen Beziehung Arzt-Patient sowie des ärztlichen Berufs als freier Beruf mit gewachsener ethischer (Selbst)Bindung und Freiheit und davon ausgehend eine notwendige Neuausrichtung unseres „Gesundheitssystems“ sowie von dessen Finanzierung. Diesbezüglich seien einige Punkte kurz skizziert.

Freiheit und Bindung sind Grundfesten des ärztlichen Berufs, der zum Grundtypus der freien Berufe zählt. Darum bedürfen in der gegenwärtigen Lage unter der Herausforderung von rasch voranschreitendem medizinisch-wissenschaftlichem Wissen und zunehmender Bürokratisierung mit ihren je eigenen „Apparaten“ beide - Bindung und Freiheit - einer Renaissance.

Da immer kompliziertere und risikoreichere Entscheidungen von Ärzten getroffen werden müssen, muß sich vermehrt auch das Gewissen des einzelnen Arztes am „ethischen Gewissen“ schärfen. Hierzu ist notwendig die Vermittlung von Wurzeln und zentralen Inhalten medizinischer Ethik am besten durch das Rollenvorbild von Lehrenden bei der Weiterbildung oder die Integration von konkreten Fallstudien als topischem Verfahren in die wissenschaftliche Ausbildung von Ärzten. Dabei sollte eine ausreichende geschichtliche, philosophische, theologische und juristische Verankerung und Vertiefung angestrebt werden, ohne dabei jedoch den zentralen Wert der Person, der Menschenwürde ungebührlich zu relativieren (Sass 1998, 92 f.; Eibach 1981, 48 f.; Bondolfi 1995, 240 f.). Neben einer naturwissenschaftlichen sollte in noch stärkerem Maße eine humanwissenschaftliche Ausbildung hinzutreten.

Zugleich ist aber für die ärztliche Profession wieder mehr Freiraum zu fordern. Der „Vertrag“, der nach der funktionalistischen Theorie zwischen Freiberuflern und Gesellschaft geschlossen wird, sollte mit neuem Leben erfüllt werden. Dazu gehören Autonomie in der Berufsausübung, Freiheit von sozialer Kontrolle durch Laien und Schutz gegen unqualifizierten Wettbewerb im Austausch gegen kompetente Leistung und das glaubwürdige Versprechen der Selbstkontrolle. Auch gehören in diesen Zusammenhang die qualifizierte Ausbildung und Verantwortung, die sorgfältige Auswahl der Mitglieder mit Fachkompetenz und Integrität sowie berufsethische Normen und Standards, deren Verletzung geahndet wird (bei Taupitz 1991, 72). Die vorstehenden Konstituenten des freien Berufs Arzt zeigen sich gegenwärtig von seiten der Gesellschaft nicht mehr als vollständig erfüllt. Insbesondere der Schutz der Autonomie in der Berufsausübung unterliegt einem andauernden Erosionsprozeß; es droht bzw. besteht mitunter ein systemwidriger Formenmißbrauch des ausgreifenden Sozialstaats im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, wo zwar formal am Beruf des selbständigen Vertragsarztes festgehalten wird, tatsächlich aber rechtliche Bindungen in einem Umfang vorgesehen werden, wie sie dem öffentlichen Dienst entsprechen oder nahe kommen (Schulin 1994, 378 f.). Schon kollektivistisch anmutende Zwangsregeln bedürfen hier der Korrektur durch das Leitbild des Personalismus, das für die ganze Gesellschaft, aber insbesondere für den Bereich der Krankenversorgung maßgeblich sein sollte. Von ärztlicher Seite notwendig ist gleichzeitig aber auch die zuverlässige Durchführung und Überwachung fortlaufender Fortbildung und Qualitätssuche im freien kollegialen Austausch, der angesichts des rasanten medizinischen Fortschritts immer dringlicher scheint. Hier ist eine Vielfalt verschiedener an die Umstände und Anforderungen angepaßter Maßnahmen von ärztlicher Seite mit großer Wahrscheinlichkeit effektiver als der Versuch, mit großem (Verschlüsselungs)Aufwand mühsam, halb Gewaltvoll und nur halb zutreffend statistische Sachnähe zu suchen und davon ausgehend statistische Qualität zu definieren und schließlich eine schon im Ansatz ineffektive „Maßnahmenwalze“ - top down - in Gang zu setzen. Dies

gilt auch für Verfahren und Meßgrößen, die zum Ausgangspunkt größerer wettbewerblicher Transparenz gemacht werden sollen. Auch hier zeigt sich ein aus dem mittleren und äußeren Kreis der Krankenversorgung stammendes primär nicht der Person und individuellen Menschenwürde verpflichtetes Denken, das so der Eigengesetzlichkeit des inneren Kreises der Patienten-Arzt-Beziehung oft diametral entgegensteht. Die Sorge um Qualität und Kompetenz der Ärztschaft muß eine Sache ärztlicher Selbstverwaltung sein, welche aber wiederum nicht zum bloßen „Transmissionsriemen“ staatlicher Bevormundung degenerieren darf. Dies auch um den fortschreitenden Fragmentierungsprozeß im Gesundheitswesen und der ärztlichen Arbeit nicht zusätzlich noch zu befördern. Im Gegenteil muß eine am Personprinzip, an der Menschenwürde des einzelnen ausgerichtete Einheit ärztlicher Arbeit - auch angesichts der neuen Herausforderungen - immer neu gesucht und gefunden werden und der Freiraum dafür auch konzidiert sein. In diesem Zusammenhang wäre auch die ausdrückliche (verfassungsrechtliche) Bestätigung einer institutionellen Garantie für die ärztliche Unabhängigkeit wünschenswert, was auch am ehesten für einen für unsere Verfassung typischen personalen Mittelweg zwischen eher kollektivistischer Staatsmedizin in Großbritannien auf der einen Seite und der eher individualistischen Marktmedizin in den Vereinigten Staaten von Amerika auf der anderen Seite - zeugen würde.

Für andere Lebensbereiche als den der unmittelbaren Krankenversorgung ergibt sich unter dem Gesichtspunkt geringerer Akuität und Gefahr für die Achtung der Menschenwürde des einzelnen allerdings größerer Spielraum für den Rückgriff auf primär bevölkerungsorientierte Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge. Angesprochen ist hier vor allem das Feld der Prävention, wohl weniger der Prophylaxe. Dabei sollten in diesem Bereich neben staatlichem Vorgehen auch private Initiative und Projekte gleichzeitig gefördert werden. Auch hier bedeutet Vielfalt eine Stärke.

Darüberhinaus sollte auch der so vertraute Begriff des „Gesundheitswesens“ einer eingehenderen Betrachtung unterzogen werden. Es zeigt sich in diesem Gesellschaftsbereich eine doch äußerst inhomogene Zusammenfassung ganz unterschiedlicher „Dienste“ und Interessen. So sollte eine Unterscheidung, eine Segmentierung ins Auge gefaßt werden, die nach patientennahen und wirtschaftsnahen Bereichen des Gesundheitswesens differenziert. Davon ausgehend sollten sich die charakteristischen Merkmale dieser Subsysteme sich dann auch unterscheiden. So wäre die unmittelbare Krankenversorgung - im inneren Kreis - primär an die ihre Eigengesetzlichkeit ausmachende (überwiegende) Achtung der Menschenwürde gebunden, wohingegen die Medizinindustrie eindeutig wirtschaftlichen Gesetzmäßigkeiten - Profitstreben und Wettbewerb - nachgehen und sich stellen müßte.

Neben der ärztlichen Freiheit und Autonomie sollte aber auch diejenige des Patienten wieder deutlicher werden, der sich mittlerweile ähnlich wie die Ärzte von Apparaten bevormundet sieht. Die Kompetenz und Eigenverantwortung des einzelnen muß dabei gestärkt werden (Gostomzyk 2003, 140). Eng damit verbunden ist natürlich eine größere Bedeutung von Aufklärung und Prävention sowohl von staatlicher als auch privater Seite. Zu denken ist dabei nicht zuletzt auch an eine bessere Förderung durch das Stiftungsrecht (Grasl 2004, 62). Schließlich sollte auch das Krankenversicherungssystem autonomen Entscheidungen der Bürger und Patienten stärker zugänglich werden. Dabei sollte der Bereich größter Akuität und größtmöglicher Bedrohung der Menschenwürde, mithin Fälle schwerer und schwerster Erkrankungen, als „layer“ grundsätzlich solidarisch und nach Leitungsfähigkeit finanziert werden. Nicht in diesem Bereich liegende gesundheitliche Beeinträchtigungen und Leistungen sollten - dem Grundsatz der Subsidiarität folgend - als etwa unterschiedlichen Gebräuchen hinsichtlich Nahrung und Fahrzeugen nicht unähnlich stärker der privaten Auswahl und Verantwortung zufallen (Höffe 2002, 234 ff.). Im Gesamtsystem wäre so auch der anzustrebende personale Ausgleich zwischen Kollektivismus und Individualismus oder auch Solidarität und Subsidiarität gegeben.

Im Krankenhaus prallen die innerhalb unseres „Gesundheitswesens“ festzustellenden divergierenden Interessen auf ganz engem Raum aufeinander. Verkürzt und technisch gesprochen stehen sich Qualitäts- und Kostenverantwortung gegenwärtig weitgehend „gegenüber“. Als patientennaher Bereich im Gesundheitswesen und damit primär der Krankenversorgung zuzurechnen müssen auch die Krankenhäuser am Würdeprinzip und der überwiegenden Achtung der Subjektqualität des einzelnen - direkt der Patienten, indirekt aber auch der unmittelbar mit der Patientenversorgung betrauten Individuen - sich messen lassen. Angesichts der gegenwärtig aufgrund versiegender Einnahmen bestehenden Budgetierung und des steigenden Kostenkontrollaufwandes ergeben sich zusätzlich noch verschärfte Gegensätze zwischen den genannten Bereichen. Um hier weitgehend den Kostenvorgaben - wenn auch mit Not - gerecht zu werden, gleichzeitig aber auch dem eigentlichen Zweck der Einrichtung Krankenhaus - einer an der Menschenwürde des Kranken ausgerichteten Versorgung - nachzukommen, muß womöglich ein (zeitweiser) Ausgleich in „Behandlungskorridoren“ gesehen werden, wobei eine im Einzelfall bestehende Durchbrechungskompetenz des inneren Kreises aus dem Korrekturprinzip der Menschenwürde abzuleiten wäre. Doch zeigt sich auch hier die Lebensferne einer starren Budgetierung. Aufgrund der Erfahrungen, die aus solchen bewußt in Kauf genommenen oder auch beabsichtigten Konfliktstellungen mit Reibungsverlusten und (strukturellen) Fehlallokationen gemacht werden, ist auch eine Rückkehr zum - allerdings dann „geläuterten“ - Selbstkostendeckungsprinzip in der Krankenhausfinanzierung nicht grundsätzlich von der Hand zu weisen. Gleichwohl müssen dies Konflikte gegenwärtig gemeistert werden, was aber nicht zuletzt auch eine Chance für ein Krankenhaus beinhaltet, sich angesichts der Herausforderungen in besonderer Weise den Mitarbeitern und den Kommunikationsprozessen innerhalb eines Hauses zu widmen. Im Rahmen eines umfassenden - und über rein statistische Größen hinausgehenden - Total Quality Management könnte unter Achtung der angebrachten inneren Gewichtungen und gegenseitigem Respekt in einem „bottom up“/„top down“ - Prozeß größere Klarheit über gemeinsame Ziele und Strategien erzielt werden. Diese könnten dann als Leitbild, Betriebskultur oder Human Resources Policies Grundausrichtung und Verfahren weitgehend festlegen und so zu einverständiger gemeinschaftlicher Arbeit an gemeinsamen Zielen beitragen (Wehkamp 2004, 24; ders. 1998, passim; Vollmann 2004, 89; Bublitz/Deichmann 2002, 163; Hatten 2002, 138). Doch liegt hierbei der Schlüssel zum Erfolg wiederum weniger in der objektiven Ergebnisfeststellung und -kontrolle, sondern doch vielmehr im Prozeß einer ständigen gelungenen Kommunikation, die nicht zuletzt auch mit der ethischen Integrität und Vorbildfunktion der leitend Tätigen unmittelbar zusammenhängt.

## **F.) Zusammenfassung**

Der ärztliche Beruf ist als klassischer freier Beruf im wesentlichen von ethischer (Selbst) Bindung und Freiheit der Berufsausübung geprägt. Der rasante wissenschaftlich-technische Fortschritt in der Medizin selbst sowie die Expansion rechtlicher und ökonomischer Rationalität bedrohen allerdings die bewährte und notwendige Einheit von Freiheit und Bindung ärztlicher Arbeit.

Dabei hat sich das überlieferte ärztliche Ethos sowohl über die Wirrnisse der Zeiten als auch über Kulturen hinweg als annähernd anthropologische Konstante bewährt und erhalten. Dieser Kulturschatz hat auch in zahlreiche Berufsordnungen und internationalen Deklarationen seinen (positivrechtlichen) Niederschlag gefunden.

Seit einiger Zeit befördert jedoch der Bedeutungszuwachs wissenschaftlich-technischen Fortschritts die Fragmentierung innerhalb der Medizin und erschwert eine einheitliche Sichtweise des Patienten. Darüberhinaus engen sowohl haftungsrechtliche als auch sozialrechtliche Bindungen ärztliche Arbeit in zunehmendem Maße ein. In letzter Zeit ist es

vor allem aber die verstärkt auch in Deutschland betriebene Ökonomisierung der Medizin, die die Freiheitlichkeit des ärztlichen Berufs bedroht und zu neuen (Fehl)Bindungen Anlaß gibt. Unterstützt werden diese Entwicklungen von einer an Bedeutung gewinnenden bevölkerungs(gruppen)orientierten Erbringung von Gesundheitsleistungen, die mit einer zunehmenden grundsätzlichen Sozialisierung von Gesundheit einhergeht. Ethische Rückendeckung erfahren diese Ansätze dabei über den v.a. im angloamerikanischen Raum etablierten Utilitarismus/Konsequentialismus. Diesem ist ein gewisses Kalkulationsinteresse eigentümlich, indem für ihn das größte Glück der größten Zahl - zumindest für den Bereich des Politischen - maßgeblich sein soll. Damit gilt hier das Primat der Makroebene, des äußeren Kreises der Krankenversorgung. Allerdings - und hier verbinden sich nicht zuletzt konsequentialistisches und ökonomisches Kalkulationsinteresse - bleibt unter Vorgaben der Makroebene oder des äußeren Kreises der Krankenversorgung nicht selten das einzelne Schicksal - so z.B. bei Rationierungen mit Priorisierung nach Alter - unberücksichtigt. Dies widerspricht aber der für die kontinentaleuropäische Geisteswelt und auch Verfassungswirklichkeit typischen zentralen Stellung der Menschenwürde, die jedem Menschen und Patienten unveräußerlich zukommt. Diese läßt sich auf ethischem Felde sowohl aus dem breiten Strom christlicher Überlieferung wie auch der streng rationalen Moralphilosophie Kants herleiten. Sie soll als „Zentralgestirn“ medizinischethischer Betrachtungen dienen und dabei die Wirkungen eines Leit- und Korrekturprinzips entfalten. Hierzu ist im einzelnen zu fragen, ob Verhältnisse oder eine Maßnahme - auch unter sonst bevölkerungsorientierter Näherung an eine Gesundheitsfrage - im Einzelfall nicht die Würde und Subjektqualität des einzelnen überwiegend mißachten. Das Würdeprinzip soll so als Ausgangs- und Zielpunkt für eine personale Gestalt von Medizinethik und Gesundheitswesen/Krankenversorgung dienen. Dies bedeutet aber auch größeres Augenmerk auf den inneren Kreis der Krankenversorgung bei der Planung von Abläufen und Strukturen im Gesundheitswesen. Vor diesem Hintergrund bedürfen einige der neueren Entwicklungen, welche ärztliche Freiheit beschränken und zu neuen Bindungen Anlaß geben sollen, einer Korrektur. Dabei wird zugleich deutlich, daß klassische Deontologie und ärztliche Ethik mit dem „Zentralgestirn“ der Menschenwürde weitgehend übereinstimmen und bis auf wenige Ergänzungen daher nicht zuletzt im Verbund mit einer deutlicheren institutionellen Garantie der ärztlichen (Therapie)Freiheit weiterhin Freiheit und Bindung des ärztlichen Berufs ausmachen sollten.

## Literaturverzeichnis:

- Airaksinen, T. (1998): Professional Ethics, in: Encyclopedia of Applied Ethics (hrsg.v. R. Chadwick), Vol. 3, San Diego u.a., 671-682.
- Alzina, A. (1989): Entstehung und Entwicklung der Berufsethik in der Medizin, in: Homo Oeconomicus V: Medizin, Ethik und Rationalität (hrsg.v. K. Wieland), München, 65-94.
- Andersen, S. (2000): Einführung in die Ethik, Berlin und New York.
- Arnold, M. (2003): Gesundheitssystemforschung: Inhalt und Ziele eines Faches am Schnittpunkt von Ökonomie, Medizin, Politik und Ethik, Gesundheitswesen 2003, 425-431.
- Beauchamp, T.L.; Childress, J.F. (1994): Principles of Biomedical Ethics, 4. Aufl., New York und Oxford.
- Bergdolt, K. (1998): Medizinische Ethik. 1. Historisch, in: Lexikon der Bioethik (hrsg.v. W. Korff), Bd. 2, Gütersloh, 647-652.
- Bondolfi, A. (1995): Gesundsein und Kranksein: läßt sich diese Spannung ethisch gestalten?, in: Brennpunkt Sozialethik. Theorien, Aufgaben, Methoden (hrsg.v. M. Heimbach-Steins u.a.), Freiburg u.a., 231-242.
- Bublitz, K.; Deichmann, O. (2002): Balanced Scorecard und Qualitätsmanagement – Wirtschaftlichkeit und Qualität messbar machen, in: Gesundheitunternehmen: Das LBK Hamburg-Modell (hrsg.v. H. Lohmann u.a.), Reihe: Vision Gesundheit (hrsg.v. H. Lohmann, K.-H. Wehkamp), Bd. 1, Wegscheid, 160-163.
- Callahan, D. (1987): Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society, New York u.a.
- Caton, H. (1996): Human Rights, in: Dictionary of Ethics, Theology and Society (hrsg.v. P.B. Clarke, A. Linzey), London und New York, 451-456.
- Cassell, E.J. (1995): Medicine, Art of, in: Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition (hrsg.v. W.T. Reich), Vol. 3, London u.a., 1674-1680.
- Clade, H. (2001): Krankenhäuser/Entgeltverordnung: Realistische Rahmenvorgaben, Deutsches Ärzteblatt 98, Heft 4, A-145.
- Deutsch, E. (1999): Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht, 4. Aufl., Berlin u.a.
- Dickens, B. (1998): Patients` Rights, in: Encyclopedia of Applied Ethics (hrsg.v. R. Chadwick), Vol. 3, San Diego u.a., 459-471.
- Dürig, G. (2002): Kommentierung zu Art. 1 GG, in: Kommentar zum Grundgesetz (hrsg.v. T. Maunz, G. Dürig), Loseblatt, Stand 2002.
- Eibach, U. (1981): Medizin und Menschenwürde. Ethische Probleme in der Medizin aus christlicher Sicht, 2. Aufl., Wuppertal.
- Entralgo, P.L. (1995): Professional-Patient Relationship. Historical Perspectives, in: Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition (hrsg.v. W.T. Reich), Vol. 4, London u.a., 2076-2083.
- Fuchs, M. (2000): Standpunkte und Erwartungen der Bundesärztekammer an eine Gesundheitsstrukturreform, [www.slaek.de/aebl/2000/01](http://www.slaek.de/aebl/2000/01), 1-9.
- Gostomzyk, J.G. (2003): Risiken und Ressourcen für Gesundheit, Gesundheitswesen 2003, 139-140.
- Grasl, A. (2004): Der Fonds Gesundes Österreich, Gesundheitswesen 2004, 62-63.
- Harman, G. (1977): The nature of morality. An Introduction to Ethics, New York.
- Hasselblatt-Diedrich, I. (2001): Medizinbetrieb. Ärzte im Konflikt zwischen Ethik und Ökonomie, Deutsches Ärzteblatt 98, Heft 38, A 2406-2409.
- Hatten, A. (2003): Erfolgsfaktoren für Projektmanagement im Krankenhaus, in: Der Weg der Veränderung – Krankenhäuser im Umbruch (hrsg.v. B. Seidel-Kwem, R. Pfeiffer), Reihe: Vision Gesundheit (hrsg.v. H. Lohmann, K.-H. Wehkamp), Bd. 2, Wegscheid,

- 127-143.
- Höffe, O. (Hrsg.; 1992): Einführung in die utilitaristische Ethik. Klassische und zeitgenössische Texte (Uni-Taschenbücher, 1683), 2. Aufl., Tübingen.
- Höffe, O. (1998): Medizin in Zeiten knapper Ressourcen oder: Besonnenheit statt Pleonexie, Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 5, A-202-205.
- Höffe, O. (2002): Medizinische Ethik, in: Lexikon der Ethik (hrsg.v. O.Höffe), 6. Aufl., München, 160-167.
- Höffe, O. (2002): Medizin ohne Ethik? (Edition Suhrkamp 2245), Frankfurt am Main.
- Holder, A.R. (1995): Economic constraints on self-determination. Postscript on Informed Consent: Legal and Ethical Issues of Consent in Health Care, in: Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition (hrsg.v. W.T. Reich), Vol. 3, London u.a., 1263-1265.
- Honnefelder, L.; Fuchs, M. (1998): Medizinische Ethik. 2. Systematisch, in: Lexikon der Bioethik (hrsg.v. W. Korff u.a.), Bd. 2, Gütersloh, 653-661.
- Huber, W. (2004): Auf ein Wort. Wenn Ärzte Fehler machen, Chrismon 2004, Heft 6, S.10.
- Hugman (1998): Ethics and Social Services, Overview, in: Encyclopedia of Applied Ethics (hrsg.v. R.Chadwick), Vol. 2, San Diego u.a., 127-137.
- Illhardt, F.J. (1985): Medizinische Ethik. Ein Arbeitsbuch (unter Mitarbeit von H.-G. Koch), Berlin u.a.
- Jonas, H. (1985): Das Prinzip Verantwortung, 4. Aufl., Frankfurt am Main.
- Kegley, J.A.K. (1999): Community, Autonomy, and Managed Care, in: Pragmatic Bioethics (hrsg.v. G. McGee), Nashville und London, 204-227.
- Kettner, M. (2003): Wozu ist Organisationsethik gut?, in: Der Weg der Veränderung – Krankenhäuser im Umbruch (hrsg.v. B. Seidel-Kwem, R. Pfeiffer), Reihe: Vision Gesundheit (hrsg.v. H. Lohmann, K.-H. Wehkamp), Bd. 2, Wegscheid, 35-41.
- Keyserlingk, E.W. (1998): Medical Codes and Oaths, in: Encyclopedia of Applied Ethics (hrsg.v. R. Chadwick), Vol. 3, San Diego u.a., 155-163.
- Khushf, G. (2000): Organisational Ethics and the Medical Professional: Reappraising Roles and Responsibilities, in: The Health Care Professional as Friend and Healer. Building on the work of Edmund D. Pellegrino (hrsg.v. D.C. Thomasma, J.L. Kissel), Washington, D.C., 148-162.
- Korff, W. (1998): Einführung in das Projekt Bioethik, in: Lexikon der Bioethik (hrsg.v. W. Korff u.a.), Bd. 1, Gütersloh, 7-16.
- Kreß, H. (1995): Der Begriff der Person als Ausgangspunkt und Leitbegriff ökumenischer Ethik, in: Brennpunkt Sozialethik. Theorien, Aufgaben, Methoden (hrsg.v. M. Heimbach-Steins u.a.), Freiburg u.a., 87-101.
- Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt/Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin in Sachsen-Anhalt. Arbeitstreffen am 17. Mai 1996 in der Lutherstadt Wittenberg, [www.verwaltung.uni-halle.de/MK/ANL/01-3B.htm](http://www.verwaltung.uni-halle.de/MK/ANL/01-3B.htm), 1-8.
- Labisch, A.; Paul, N. (1998): Ärztliche Gelöbnisse, in: Lexikon der Bioethik (hrsg.v. W. Korff u.a.), Bd. 1, Gütersloh, 249-255.
- Labisch, A.; Paul, N. (1998): Gesundheitswesen, in: Lexikon der Bioethik (hrsg.v. W. Korff u.a.), Bd. 2, Gütersloh, 122-135.
- Laufs, A. (1982): Berufsfreiheit und Persönlichkeitsschutz im Arztrecht, Sitzungsberichte der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, philosophisch-historische Klasse, Jg.1982, Bericht 5, Heidelberg.
- Laufs, A. (1998): Arztrecht, in: Lexikon der Bioethik (hrsg.v. W. Korff), Bd. 1, Gütersloh, 261-267.
- Laufs, A. (1999): Zur Freiheit des Arztberufs, in: Festschrift für Erwin Deutsch zum 70. Geburtstag (hrsg.v. H.-J. Ahrens), Köln u.a., 625-633.

- Laufs, A. (2002): Berufsethik: Schutz der Persönlichkeit des Kranken, in: Handbuch des Arztrechts (hrsg.v. A. Laufs), 3. Aufl., München, 24-52.
- Lohr, K.N. (1995): Health Care, Quality of, in: Eyclopedia of Bioethics. Revised Edition (hrsg.v. W.T. Reich), Vol. 2, London u.a., 1039-1041.
- Lysaker, J.T.; Sullivan, M. (1999): Untying the Gag: Reason in the World of Health Care Reform, in: Pragmatic Bioethics (hrsg.v. G. McGee), Nashville und London, 228-245.
- Mayer-Maly, T. (1999): Vom hippokratischen Eid zur Beweislastumkehr?, in: Festschrift für Erwin Deutsch. Zum 70. Geburtstag (hrsg.v. H.-J. Ahrens u.a.), Köln u.a., 667-672.
- Möschel, W. (2003): Service public und europäischer Binnenmarkt, Juristen Zeitung 2003, 1021-1027.
- Oppenheimer, G.M.; Padgug, R.A. (1998): Health Care Financing, in: Encyclopedia of Applied Ethics (hrsg.v. R.Chadwick), Vol. 2, San Diego u.a., 539-549.
- Pfeiffer, R. (2002): Neuordnung im Krankenhaus – Bei KLINOVA steht der Patient im Mittelpunkt, in: Gesundheitunternehmen: Das LBK Hamburg-Modell (hrsg.v. H. Lohmann u.a.), Reihe: Vision Gesundheit (hrsg.v. H. Lohmann, K.-H. Wehkamp), Bd. 1, Wegscheid, 92-98.
- Pfeiffer, R. (2003): Change Management, Ethik und Interessen, in: Der Weg der Veränderung – Krankenhäuser im Umbruch (hrsg.v. B. Seidel-Kwem, R. Pfeiffer), Reihe: Vision Gesundheit (hrsg.v. H. Lohmann, K.-H. Wehkamp), Bd. 2, Wegscheid, 42-59.
- Pollard, S. (2003): Standpunkt: Rationierung statt Erstklassigkeit in der Medizin, FAZ .NET-Wirtschaft v. 24. Juni 2003, 1-3.
- Preißler, R. (1998): Einführung, in: Praxis der Fortführung von Arztpraxen (hrsg.v. A.P.F. Ehlers), 1.Aufl., München und Berlin, 1-14.
- Ratzel, R. (1990): Ärztliches Standesrecht. Eine Darstellung für Klinik und Praxis, Frankfurt am Main
- Rieger, H.-J. (1984): Lexikon des Arztrechts, Berlin und New York.
- Rohls, J. (1999): Geschichte der Ethik, 2. Aufl., Tübingen.
- Sass, H.-M. (1998): Medizinethik, in: Angewandte Ethik.Eine Einführung (hrsg.v. A.Pieper, U. Thurnherr), Beck'sche Reihe 1261, München.
- Scheler, F. (1999): Von der Unabhängigkeit des Arztes und über die Arzt-Patienten-Beziehung, in: Festschrift für Erwin Deutsch. Zum 70. Geburtstag (hrsg.v. H.-J. Ahrens u.a.), Köln u.a., 739-756.
- Schreiber, H.-L. (2003): Die Würde des Menschen - eine rechtliche Fiktion?, MedR 2003, Heft 7, 367-372.
- Schreyögg, J. (2004): Gerechtigkeit in Gesundheitssystemen aus ökonomischer Perspektive, Gesundheitswesen 2004, 7-14.
- Schulin, B. (1994): Wandel vom Kassenarzt zum Vertragsarzt. Definition oder Statusänderung?, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht 1994, Heft 5, 357-379.
- Seidel-Kwem, B. (2002): Klinikunternehmen der Zukunft – Mehr als stationäre Pflege und Therapie, in: Gesundheitunternehmen: Das LBK Hamburg-Modell (hrsg.v. H. Lohmann u.a.), Reihe: Vision Gesundheit (hrsg.v. H. Lohmann, K.-H. Wehkamp), Bd. 1, Wegscheid, 181-186.
- Shickle, D. (1998): Resource Allocation, in: Encyclopedia of Applied Ethics (hrsg.v. R. Chadwick), Vol. 3, San Diego u.a., 861-873.
- Smith, R. (1998): Plädoyer für eine offene Rationierungsdebatte, Deutsches Ärzteblatt 98, Heft 40, B-1922-1925.
- Solomon, W.D. (1995): Normative Ethical Theories, in: Eyclopedia of Bioethics. Revised Edition (hrsg.v. W.T. Reich), Vol. 2, London u.a., 736-748.
- Steiner, U. (2003): Das Bundesverfassungsgericht und die Volksgesundheit, MedR 2003, Heft 1, 1-7.
- Steinmann, H.; Olbrich, T. (1998): Ethik-Management: integrierte Steuerung ethischer und

- ökonomischer Prozesse, in: Ethik in Organisationen: Konzepte, Befunde, Praxisbeispiele (hrsg.v. G. Blickle), Schriftenreihe Wirtschaftspsychologie, Göttingen u.a., 95-115.
- Taupitz, J. (1991): Die Standesordnungen der freien Berufe, Berlin und New York.
- Ulsenheimer, K. (1998): Ärztliches Standesrecht, in: Lexikon der Bioethik (hrsg.v. W. Korff u.a.), Bd.1, Gütersloh, 256-261.
- Veatch, R.M. (1995): Medical Codes and Oaths, in: Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition (hrsg.v. W.T. Reich), Vol. 3, London u.a., 1419-1435.
- Vogt, G. (1998): Ärztliche Selbstverwaltung im Wandel. Eine historische Dokumentation am Beispiel der Ärztekammer Nordrhein, Köln.
- Vollmann, J. (2004): Rezension von „Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch“ (N. Steinkamp, B. Gordijn (2003), in: Ethik in der Medizin 2004, Heft 1, 89-91.
- Wagner, E. (2004): Keine Ethik – nirgends? „Ethik und Organisation im Krankenhaus“, Tagung der Evangelischen Akademie in Tutzing, 24.-25. September 2003, Ethik in der Medizin 2004, Heft 1, 83-88.
- Wehkamp, K.-H. (1998): Ethik-Kodex - Entwurf (Stand März 1998) – der Henriettenstiftung (erstellt in der Henriettenstiftung, Hannover, unter der Leitung von K.-H. Wehkamp).
- Wehkamp, K.-H. (2001): Qualitätsmanagement und die Frage der Macht im Krankenhaus, Symposium der freigemeinnützigen Krankenhäuser Hamburgs 2001, 1-11.
- Wehkamp, K.-H. (2002): DRGs als medizinische Herausforderung, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2002, Heft 8, 395-398.
- Wehkamp, K.-K.; Keitel, H. (2003): „Markenzeichen Ethik“ – Ethik in der Unternehmensentwicklung moderner Krankenhäuser, in: Der Weg der Veränderung – Krankenhäuser im Umbruch (hrsg.v. B. Seidel-Kwem, R. Pfeiffer), Reihe: Vision Gesundheit (hrsg.v. H. Lohmann, K.-H. Wehkamp), Bd. 2, Wegscheid, 17-28.
- Wehkamp, K.-H. (2004): Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderungen der Ökonomie, Berliner Medizinische Schriften (hrsg.v. U. Körner), Heft 49, Dortmund.
- Wiechmann, M. (2003): Chancen und Risiken von Managed Care, Gesundheitswesen 2003, 432-437.
- Wiesing, U. (1998): Medical Ethics, Use of Historical Evidence in, in: Encyclopedia of Applied Ethics (hrsg.v. R. Chadwick), Vol. 3, San Diego u.a., 177-184.
- Wigge, P. (2004): Medizinische Versorgungszentren nach dem GMG, MedR 2004, Heft 3, 123-134.
- Windeler, J. (2003): Medizinische Versorgung gestalten – evidenz-basierte Medizin als Chance, Gesundheitswesen 2003, 149-154.

## Abstract

Der ärztliche Beruf ist als klassischer freier Beruf im wesentlichen von ethischer (Selbst) Bindung und Freiheit der Berufsausübung geprägt. Der rasante wissenschaftlich-technische Fortschritt in der Medizin selbst sowie die Expansion rechtlicher und ökonomischer Rationalität bedrohen allerdings die bewährte und notwendige Einheit von Freiheit und Bindung ärztlicher Arbeit.

Dabei hat sich das überlieferte ärztliche Ethos sowohl über die Wirrnisse der Zeiten als auch über Kulturen hinweg als annähernd anthropologische Konstante bewährt und erhalten. Dieser Kulturschatz hat auch in zahlreiche Berufsordnungen und internationalen Deklarationen seinen (positivrechtlichen) Niederschlag gefunden.

Seit einiger Zeit befördert jedoch der Bedeutungszuwachs wissenschaftlich-technischen Fortschritts die Fragmentierung innerhalb der Medizin und erschwert eine einheitliche Sichtweise des Patienten. Darüberhinaus engen sowohl haftungsrechtliche als auch sozialrechtliche Bindungen ärztliche Arbeit in zunehmendem Maße ein. In letzter Zeit ist es vor allem aber die verstärkt auch in Deutschland betriebene Ökonomisierung der Medizin, die die Freiheitlichkeit des ärztlichen Berufs bedroht und zu neuen (Fehl)Bindungen Anlaß gibt. Unterstützt werden diese Entwicklungen von einer an Bedeutung gewinnenden bevölkerungs(gruppen)orientierten Erbringung von Gesundheitsleistungen, die mit einer zunehmenden grundsätzlichen Sozialisierung von Gesundheit einhergeht. Ethische Rückendeckung erfahren diese Ansätze dabei über den v.a. im angloamerikanischen Raum etablierten Utilitarismus/Konsequentialismus. Diesem ist ein gewisses Kalkulationsinteresse eigentümlich, indem für ihn das größte Glück der größten Zahl - zumindest für den Bereich des Politischen - maßgeblich sein soll. Damit gilt hier das Primat der Makroebene, des äußeren Kreises der Krankenversorgung. Allerdings - und hier verbinden sich nicht zuletzt konsequentialistisches und ökonomisches Kalkulationsinteresse - bleibt unter Vorgaben der Makroebene oder des äußeren Kreises der Krankenversorgung nicht selten das einzelne Schicksal - so z.B. bei Rationierungen mit Priorisierung nach Alter - unberücksichtigt. Dies widerspricht aber der für die kontinentaleuropäische Geisteswelt und auch Verfassungswirklichkeit typischen zentralen Stellung der Menschenwürde, die jedem Menschen und Patienten unveräußerlich zukommt. Diese läßt sich auf ethischem Felde sowohl aus dem breiten Strom christlicher Überlieferung wie auch der streng rationalen Moralphilosophie Kants herleiten. Sie soll als „Zentralgestirn“ medizinischethischer Betrachtungen dienen und dabei die Wirkungen eines Leit- und Korrekturprinzips entfalten. Hierzu ist im einzelnen zu fragen, ob Verhältnisse oder eine Maßnahme - auch unter sonst bevölkerungsorientierter Näherung an eine Gesundheitsfrage - im Einzelfall nicht die Würde und Subjektqualität des einzelnen überwiegend mißachten. Das Würdeprinzip soll so als Ausgangs- und Zielpunkt für eine personale Gestalt von Medizinethik und Gesundheitswesen/Krankenversorgung dienen. Dies bedeutet aber auch größeres Augenmerk auf den inneren Kreis der Krankenversorgung bei der Planung von Abläufen und Strukturen im Gesundheitswesen. Vor diesem Hintergrund bedürfen einige der neueren Entwicklungen, welche ärztliche Freiheit beschränken und zu neuen Bindungen Anlaß geben sollen, einer Korrektur. Dabei wird zugleich deutlich, daß klassische Deontologie und ärztliche Ethik mit dem „Zentralgestirn“ der Menschenwürde weitgehend übereinstimmen und bis auf wenige Ergänzungen daher nicht zuletzt im Verbund mit einer deutlicheren institutionellen Garantie der ärztlichen (Therapie)Freiheit weiterhin Freiheit und Bindung des ärztlichen Berufs ausmachen sollten.