

ICEP argumente

7. Jg. | 2. Ausgabe 2011 | Juni

Ärztliches Ethos auf der schießen Ebene?

von Jeanne Nicklas-Faust, Berlin

Im Februar 2011 hat der Vorstand der Bundesärztekammer neue Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung beschlossen, die überraschende Neuerungen festschreiben. Der Abschnitt zum ärztlich assistierten Suizid legt die Einschätzung nahe, dass es zwar nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört, eine Selbsttötung zu begleiten, aber Ärztinnen und Ärzten als „Privatpersonen“ gleichwohl möglich sein soll. Schon zum Jahresende hatte sich in Diskussionen zu Fragen der Sterbehilfe eine Veränderung der Position des Präsidenten der Bundesärztekammer Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe gezeigt: War er zuvor starker Verfechter einer Position, die den ärztlich assistierten Suizid als mit dem ärztlichen Ethos nicht vereinbar ansah, hat er seine vormalige Einschätzung nun aufgegeben: Eine solche Festschreibung sei angesichts einer Umfrage in der Ärzteschaft, mit der sich eine Meinungsvielfalt konstatiert habe, nicht mehr sinnvoll. In dieser Umfrage hatten 30 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte eine Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids befürwortet – unter Palliativmedizinern interessanterweise nur 11 Prozent.

Wandel des Berufsbildes und des ärztlichen Ethos

Innerhalb der verfassten Ärzteschaft führten die neugefassten Empfehlungen zu einem lebhaften Diskussionsprozess und deutlichem Widerstand gegen die Öffnung in der Beurteilung des assistierten Suizids. Der nun dem Ärztetag vorgelegte Entwurf einer Musterberufsordnung enthält dagegen ein berufsrechtliches Verbot eines ärztlich assistierten Suizids. Damit kann es zur bemerkenswerten Lage kommen, dass berufsrechtlich verboten wird, was nach den Empfehlungen zur ärztlichen Sterbebegleitung möglich ist. Einig sind sich bei den Regelwerke darin, dass das Selbstbestimmungsrecht von Patienten deutlich gestärkt und zur zentralen Richtschnur ärztlichen Handelns wird.

Dies führt zu der Frage, welche Rolle das ärztliche Ethos in der heutigen Zeit spielen kann. Waren Ärzte vergangener Zeiten in ihrem Selbstbild und gemäß der allgemeinen Erwartung fürsorgliche Garanten einer umfassenden Therapie zum Wohle des Patienten, sind sie inzwischen in immer größerem Umfang Dienstleister, die auf Wunsch tätig werden: Mit den verschiedenen Bereichen der Wunschmedizin, vom gewünschten Kaiserschnitt bis zur Schönheitsoperation, von individuellen Gesund-

heitsleistungen bis zu Anti-Aging Angebote wandelt sich das Tätigkeitsfeld von Ärztinnen und Ärzten und mit ihm das Berufsbild. Daher ist es eine spannende Frage, welche Auswirkungen dies auf das ärztliche Ethos hat, das bislang Ausdruck einer besonderen Verantwortung war, die Ärzte sich selbst zugeschrieben haben, die jedoch auch von ihnen erwartet wurde. War dieses ärztliche Ethos gerade in existenziellen Fragen des Lebens und Sterbens Teil ärztlicher Identität, könnte es mit der Entwicklung ärztlichen Handelns zur Dienstleistung auf Wunsch an Bedeutung verlieren.

Formen des ärztlichen Ethos

Die Grundlage des ärztlichen Ethos ist der Hippokratische Eid, in dem sich Regelungen des ärztlichen Berufsstandes finden, die das Selbstverständnis und die Vorstellungen einer moralischen Berufsausübung ausformulieren. Er regelt neben dem Arzt-Patienten-Verhältnis, den Zielen ärztlichen Handelns und der Ehrfurcht vor dem Leben auch den Umgang mit dem ärztlichen Nachwuchs. In Deutschland existieren seit 1889 berufsrechtliche Regelungen, die zunächst den Konkurrentenschutz regelten, seit den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts die Eckpunkte standesgemäßen

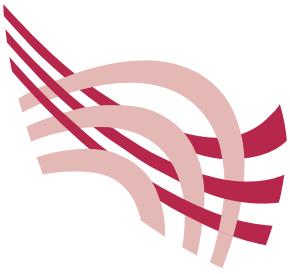
ICEP · Berliner Institut für
christliche Ethik und Politik

Das ICEP versteht sich als politische Ideenagentur, die mit sozialethischen Positionen und Expertisen zu gesellschaftspolitischen Fragestellungen Entscheidungsträger und Betroffene vom Standpunkt einer anwendungsorientierten christlichen Ethik aus berät. Zusammen mit anderen Sozialethikerinnen und Sozialethikern bildet es eine Plattform für christliche Ethik im politischen Raum. Das ICEP ist eine Forschungseinrichtung der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB).

Über die Autorin

Dr. med. Jeanne Nicklas-Faust ist Bundesgeschäftsführerin der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V., die sich als Selbsthilfe-vereinigung, Eltern-, Fach- und Trägerverband für Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Familien versteht. Als Professorin für medizinische Grundlagen in der Pflege an der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) ist sie derzeit beurlaubt. Sie beschäftigt sich intensiv mit medizin- und bioethischen Fragestellungen.

ärztlichen Handelns. Die seit 1956 eingeführte Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte wird in den einzelnen Bundesländern verabschiedet, von Aufsichtsbehörden genehmigt und stellt die Grundlage für eine berufsrechtliche Beurteilung ärztlichen Verhaltens dar. In ihr sind ärztliches Verhalten gegenüber Patienten, verantwortliche Forschung, der ärztliche Umgang am Anfang und Ende des Lebens, aber auch die ärztliche Arbeitsorganisation geregelt. Als Präambel finden sich an den Hippokratischen Eid angelehnte Formulierungen des Weltärztekongresses zum ärztlichen Selbstverständnis. Neben der Berufsordnung sind



angesichts medizinethischer Herausforderungen Empfehlungen der Bundesärztekammer getreten, zum Beispiel die 1979 erstmals veröffentlichten Empfehlungen zur ärztlichen Sterbebegleitung.

Die aktuelle Diskussion des ärztlichen Ethos entzündet sich zwar an der Sterbehilfe, aber letztlich zeigt sich darin ein tiefgreifender Wandel im Selbstverständnis von Ärztinnen und Ärzten, der sich nicht auf die Sterbehilfe beschränkt und den Stellenwert ärztlicher Empfehlungen, die ein ärztliches Ethos formulieren, neu einordnen lässt. Auch wenn Ärztinnen und Ärzte vermehrt zu Dienstleistern werden, sind sie weiterhin in existenziellen Lebenssituationen tätig und Ansprechpartner für weit mehr als Maßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität. An dieser Stelle weitet sich das Berufsbild in einer Weise, die von Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Musterberufsordnung nur schwer umfasst werden kann. Es beginnt mit der Frage, ob es in all diesen Formen der Berufsausübung Raum für ein ärztliches Ethos geben kann oder gerade geben muss?

Ärztliches Ethos und Sterbehilfe

Verfechter eines ärztlich assistierten Suizids stellen auf die Fachlichkeit von Ärztinnen und Ärzten ab, sie ermögliche eine möglichst leidfreie und komplikationsarme Selbsttötung als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechtes von Patienten. Als problematisch könnte sich jedoch erweisen, dass gerade in Fragen des Lebens und Sterbens häufig ambivalente Gefühlslagen auftreten, die eine eindeutige und selbstbestimmte Entscheidung erschweren können. In einer solchen Situation könnte es wesentlich sein, eigene Todeswünsche, die nicht mit einer Entscheidung zur Selbsttötung gleichzusetzen sind, mit Ärzten des Vertrauens besprechen zu können, ohne automatisch den Weg in Richtung auf einen ärztlich assistierten Suizid zu gehen. In der Situation schwerstbehinderter und lebensbedrohlich erkrankter Neugeborener spitzt sich diese Schwierigkeit der Entscheidungsfindung weiter zu, einerseits sind Eltern an dieser Stelle Stellvertreter ihrer Kinder, andererseits sind sie nach der

Diagnosemitteilung in einer Schocksituation, die in ihrer hochemotionalen Aufladung eine rationale Entscheidung zu meist unmöglich macht. Eine Entscheidung, bei der nicht nur eigene Gefühle der Trauer, Angst und Überforderung, sondern eben auch das Lebensrecht und Interesse am Überleben des Kindes berücksichtigt werden. Für diese Situation gibt es ebenfalls ärztliche Empfehlungen, die 1986 in ihrer ersten Version als „Einbecker Empfehlungen“ viel Aufmerksamkeit erlangt und einen kontroversen Diskussionsprozess ausgelöst haben. Strittig war, ob mit den „Einbecker Empfehlungen“ eine Wertung und Unterscheidung lebenswerten und lebensunwerten Lebens eingeführt werde. Nun sind sie in die Empfehlungen zur ärztlichen Sterbebegleitung aufgenommen. Der Abwägungsprozess zwischen Wahrung der Selbstbestimmung stellvertretend durch die Eltern und der Anwendung ärztlicher Expertise zum Wohl des Patienten ist gerade am Lebensbeginn, vor Entwicklung einer tragfähigen Eltern-Kind-Beziehung eine große Herausforderung, damit weder eine vorschnelle Therapiebegrenzung noch ein verlängerter Sterbeprozess die Folge sind.

Ärztlich begleitete Entscheidungsfindung

Es wird sehr deutlich, dass Ärzte nicht nur dem Willen ihrer Patienten, sondern auch anderen Werten verpflichtet sind. Sie wissen um Bewältigungsprozesse, um Ambivalenzen und die Veränderung von Einstellungen bei Patienten angesichts von Krankheit und Tod. Damit ist ihre Rolle an dieser Stelle eine begleitende, die Prozessen Raum gibt, Patienten unterstützt und sie trotz aller Irrationalität ernst nimmt und respektiert. Der eigene, rational bestimmte Wille wird in einer solchen Situation häufig ein untaugliches Instrument sein – eben weil es ihn oft nur im Erleben des Patienten gibt, in dieser emotional aufgeladenen Ausnahmesituation jedoch zumeist kein tragfähiger wohlüberlegter Wille zustande kommen kann. Hierin liegt klar ersichtlich ein unauflösbares Dilemma: Ist ein klares und grundlegendes Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu akzeptieren, birgt eine Relativierung von Patientenäußerungen in krisenhaften oder Bewältigungssituationen die Gefahr, zu einem paternalistischen Modell zurückzukehren, bei dem die Einschätzung des Arztes und nicht der Wille des Patienten maßgeblich ist. Wird eine Patientenäußerung unmittelbar umgesetzt, die einer Verleugnung oder Abwehr im Bewältigungsprozess entspringt, wäre dies unprofessionell und würde dem Patienten keinen Raum geben,

eine krisenhaft verlaufende Bewältigung zu durchleben. Die Schwierigkeit dies in Empfehlungen der Ärzteschaft und der Musterberufsordnung so zu fassen, dass es eine angemessene Richtschnur für ärztliches Handeln und eine verlässliche Grundlage für ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis ergibt, zeigt sich in der aktuellen Diskussion. Unabhängig davon bleibt die Dynamik im Wandel des ärztlichen Berufsbildes erhalten, die im Rahmen der Ausweitung von Wahl- und Wunschmedizin ein Dienstleistungsverhältnis konstituiert, in dem Ärzten wie Patienten eine neue Rolle zukommt, die ein verändertes ärztliches Selbstverständnis und ein neues ärztliches Ethos zur Folge haben können.

Eckpunkte für ein ärztliches Ethos

Bei einem solchen, neu formulierten ärztlichen Ethos gibt es einerseits Eckpunkte und andererseits ein Spannungsfeld das benannt werden sollte. Der Respekt vor dem menschlichen Leben in allen Daseinsformen und ein diskriminierungsfreier Umgang mit Patienten unterschiedlicher Religion, Kultur oder sozialen Schicht sind wesentliche Grundlagen eines ärztlichen Ethos für alle Tätigkeitsfelder. Die Ausprägung des Arzt-Patienten-Verhältnisses ist dagegen durchaus für verschiedene Tätigkeitsfelder unterschiedlich auszustalten, so kann im Bereich der „Wunschmedizin“ ein Arzt-Patienten-Verhältnis eine größere Nähe zum Kundenverhältnis aufweisen, das eine sorgsame und umfassende Information vorsieht, die Entscheidung aber vollständig dem Patienten übereignet. Im Bereich chronischer und lebensbedrohender Krankheiten wird ein begleitender Umgang, der aus fachlichen Kenntnissen und Erfahrungen auch Aspekte der Fürsorge enthält, angemessener sein. Der aktuelle Diskussionsprozess ist für die Standortbestimmung der Ärzteschaft von heute wesentlich und sollte ernsthaft und wahrhaftig geführt werden.

Impressum
Herausgeber / V.i.S.d.P.
ICEP · Berliner Institut für christliche Ethik und Politik

Köpenicker Allee 39–57
10318 Berlin

vertreten durch
Prof. Dr. Axel Bohmeyer

info@icep-berlin.de
www.icep-berlin.de

ISSN-Nr. 1614–7677