

## Freiheit und Ethos des Arztes

Herausforderungen durch evidenzbasierte Medizin und Mittelknappheit

Bearbeitet von  
Urban Wiesing, Georg Marckmann

1. Auflage 2009. Taschenbuch. 96 S. Paperback  
ISBN 978 3 495 48362 6  
Format (B x L): 13,9 x 21,4 cm  
Gewicht: 148 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Human-Medizin, Gesundheitswesen > Medizinische Ethik](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

LEBENSWISSENSCHAFTEN IM DIALOG



Seit dem Altertum zeichnet sich die Arztrolle durch eine bestimmte moralische Grundhaltung aus. Dieses traditionelle Arztethos steht derzeit zwei großen Herausforderungen gegenüber. Zum einen verändert die evidenzbasierte Medizin die Erkenntnisgrundlage ärztlichen Denkens und Handelns: Der Arzt soll sich nicht mehr nur auf seine individuelle Erfahrung verlassen, sondern darüber hinaus die verfügbare Evidenz aus klinischen Studien berücksichtigen. Zum anderen beeinflusst die politische Begrenzung der solidarisch aufgebrachtten Finanzmittel für die Gesundheitsversorgung zunehmend ärztliche Entscheidungen. Der vorliegende Band widmet sich der Frage, was diese einflussreichen Entwicklungen für die Freiheit und das Ethos des Arztes bedeuten: Bedrohen evidenzbasierte Medizin und zunehmende staatliche Regulierung die ärztliche Berufsfreiheit? Ist das Arztethos als moralische Selbstverpflichtung eines freien Berufstandes heute noch zeitgemäß? Unterminiert der zunehmende Kostendruck das traditionelle ärztliche Ethos, das sich am Wohlergehen und Willen des einzelnen Patienten orientiert? Ausgehend von einer Analyse der aktuellen Entwicklungen möchten die Autoren aufzeigen, wie ein angemessenes Verständnis der Freiheit und moralischen Grundausrichtung des Arztberufs unter den Bedingungen der evidenzbasierten Medizin und der Mittelknappheit im Gesundheitswesen aussehen könnte.

Die Autoren:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing (geb. 1958) ist Arzt und Philosoph und leitet das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Tübingen.

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH (geb. 1966) studierte an der Universität Tübingen Medizin und Philosophie sowie an der Harvard Universität Public Health. Er ist derzeit stellvertretender Direktor des Tübinger Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin.

Urban Wiesing / Georg Marckmann

Freiheit und Ethos des Arztes

# Lebenswissenschaften im Dialog

Herausgegeben von  
Kristian Köchy  
und Stefan Majetschak

Band 8

Urban Wiesing /  
Georg Marckmann

# Freiheit und Ethos des Arztes

Herausforderungen durch  
evidenzbasierte Medizin und  
Mittelknappheit

Verlag Karl Alber Freiburg/München

# Inhalt

Vorwort .....	11
1. Einleitung .....	13
2. Arztethos und ärztliche Berufsfreiheit .....	15
2.1. Warum Arztethos? Und welche Ausrichtung? .....	15
2.2. Soll die Arztrolle erhalten bleiben? .....	21
2.3. Der Arztberuf als freier Beruf .....	22
2.4. Was kennzeichnet ‚freie Berufe‘? .....	23
2.5. Differenzierungen: Ärztliche Freiheit .....	26
2.6. Warum innere Freiheit? .....	26
2.7. Bürgerliche Freiheit vs. ärztliche Berufsfreiheit .....	28
2.8. Fachliche und nicht fachliche Einflussnahmen auf die ärztliche Entscheidung .....	30
3. Arztethos, ärztliche Freiheit und evidenzbasierte Medizin	31
3.1. Die evidenzbasierte Medizin .....	31
3.2. Die EbM – ein unzulässiger Eingriff in die ärztliche Freiheit? .....	35
3.2.1. Gerechtfertigte und ungerechtfertigte Praxisvariabilität .....	37
3.2.2. Das Problem: Was nutzt allgemeine Erkenntnis im Einzelfall? .....	39
3.2.3. Die unvermeidbaren und die vermeidbaren Verzerrungen der <i>external evidence</i> .....	43
3.2.4. Fazit: Externe Evidenz im Einzelfall .....	44
3.3. Der Ermächtigungsgrund der Externen Evidenz .....	45
3.4. Ausgangsfrage: EbM, Arztethos und ärztliche Freiheit .....	47

4. Arztethos, ärztliche Freiheit und Mittelknappheit .....	50
4.1. Der ethische Grundkonflikt: Ärzte als „Doppel-Agenten“ .....	52
4.2. Ursachen der Mittelknappheit im Gesundheitswesen .	54
4.3. Gesundheitsausgaben erhöhen? .....	55
4.4. Rationalisierung statt Rationierung? .....	57
4.5. Explizite versus implizite Rationierung .....	61
4.5.1 Implikationen expliziter Rationierung .....	63
4.5.2 Implikationen impliziter Rationierung .....	64
4.5.3 Explizit versus implizit: Schlussfolgerungen ....	67
4.6. Arztethos unter Bedingungen der Mittelknappheit: Die Rolle der ärztlichen Profession .....	69
4.7. Arztethos unter Bedingungen der Mittelknappheit: Die Rolle des einzelnen Arztes .....	75
5. Fazit: Arztethos und ärztliche Freiheit in der modernen Medizin .....	83
6. Literatur .....	89

## Vorwort

Es gehört zu den glücklichen Umständen eines Institutes, wenn sich zwei Forscher ein und derselben Problematik auf zwei verschiedenen Wegen annähern und darüber austauschen. So war es in diesem Fall: Beide Autoren stellten sich die Frage nach Schwierigkeiten und Herausforderungen für das ärztliche Ethos, der eine in Bezug auf die evidenzbasierte Medizin, der andere in Bezug auf die Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Aus solchen Vorkommnissen können Bücher entstehen, und so ist es hier geschehen. Kapitel 2 und 3 stammen vornehmlich von Urban Wiesing, Kapitel 4 vornehmlich von Georg Marckmann. Gleichwohl tragen beide Autoren die Verantwortung für den gesamten Inhalt.

Die Autoren danken der Ludwig-Sievers-Stiftung für die finanzielle Unterstützung zu diesem Buch. Dem Alber-Verlag, namentlich Herrn Lukas Trabert, und den Reihenherausgebern sei für Anregungen und die verlegerische Betreuung gedankt.

Tübingen, im März 2009  
U. W., G. M.

## 1. Einleitung

Das Arztethos besitzt in seinen Grundzügen zwar eine lange Tradition und weist überaus stabile Elemente auf, gleichwohl sieht es sich stets Veränderungen in der Gesellschaft und in der Medizin ausgesetzt. Zu den prägenden Umgestaltungen in der gegenwärtigen Medizin zählen auf der wissenschaftstheoretischen Ebene die sogenannte ‚evidenzbasierte Medizin‘ (EbM) und auf der gesellschaftlichen Ebene die politischen Antworten auf die Probleme einer sozialen Finanzierung des Gesundheitssystems unter Bedingungen der Mittelknappheit, wie sie in den meisten westlichen Industrienationen vorherrschen. Zwangsläufig stellt sich die Frage, was diese einflussreichen Vorgänge in der modernen Medizin für das Arztethos bedeuten. Ob und, wenn ja, wie verändern sie den Charakter des ärztlichen Berufes und wie ist der Wandel in ethischer Perspektive zu bewerten?

Diese Fragen stehen im Mittelpunkt der nachfolgenden Abhandlung. Zunächst sei skizziert, warum ein Arztethos auch unter den gegenwärtigen Bedingungen in der Medizin unverzichtbar ist und welche inhaltliche Ausrichtung das Arztethos verfolgen sollte. In einem zweiten Schritt sei eine damit eng verbundene Eigenschaft des Arztberufes erläutert, nämlich sein Charakter als ‚freier Beruf‘. Was bedeutet dies konkret und was folgt daraus für die ärztliche Tätigkeit? Auf der Basis dieser Analyse sei in den weiteren Abschnitten untersucht, in welchem Verhältnis die evidenzbasierte Medizin zur ärztlichen Freiheit und zum Arztethos steht. Danach sei gefragt, was Regelungen im Gesundheitswesen, die sozial finanzierte Leistungen beschränken, für Arztethos und ärztliche Freiheit bedeuten.

Die vorliegende Untersuchung soll zu einem tieferen Verständnis vom Arztethos und der ärztlichen Berufsfreiheit unter den Bedingungen der evidenzbasierten Medizin (EbM) und der

Mittelknappheit im Gesundheitswesen beitragen. Zu Themen, denen in der Medizin nicht selten mit Ablehnung und Emotionen begegnet wird, seien hier klare Differenzierungen und sachliche Abwägen beigeleitet. Dabei sei die Problematik nicht aus juristischer, sondern aus ethischer Sicht besprochen, auch wenn sich deutliche Analogien feststellen lassen.<sup>1</sup>

1 Dazu ausführlich Taupitz 1991.

## 2. Arztethos und ärztliche Berufsfreiheit

### 2.1. *Warum Arztethos? Und welche Ausrichtung?*

Auch wenn kaum jemand ernsthaft zweifelt, dass Ärzte<sup>1</sup> einem bestimmten Ethos folgen sollten, so ist es in Zeiten von maßgeblichen Veränderungen in der Medizin von Vorteil zu wissen, warum dem so ist. Deshalb sei hier erläutert, warum die Medizin ohne ein verbindliches Ethos für ihre Akteure nicht in der gewohnten und weithin gewünschten Weise funktionieren kann.

Wenn ein Mensch zu einem Arzt geht, dann geschieht etwas, das genau betrachtet einigermaßen erstaunlich ist. Man kann dies am deutlichsten an einem Erstbesuch oder an einem Notfall demonstrieren: Es begegnen sich zwei Menschen, die sich in der Regel überhaupt nicht kennen, von denen der eine – der Patient – den anderen – den Arzt – explizit oder, sofern bewusstlos, mutmaßlich um Hilfe bittet. Dabei teilt der Patient dem Arzt gegebenenfalls vertrauliche Informationen mit und lässt sich – zuweilen auch unangenehm – untersuchen. Sofern der Arzt es für erforderlich hält und der Patient zustimmt, begibt sich der Patient in Diagnostik und Therapie und dabei temporär in eine Abhängigkeit, die bei bestimmten Maßnahmen, etwa einer Narkose zwecks Operation, nicht zu überbieten ist. Dabei weiß der Patient häufig noch nicht einmal, welcher Arzt ihn narkotisiert und welcher ihn operiert, da die aufklärenden Ärzte nicht zwangsläufig die Maßnahmen selbst durchführen. Man stelle es sich bildlich vor, um ermessen zu können, was im

1 Ausschließlich aus sprachlichen Gründen sei hier zusammenfassend die männliche Form genutzt. Gemeint sind selbstverständlich stets Ärztinnen und Ärzte, ebenso Patientinnen und Patienten.

Moment einer Operation zwischen zwei Menschen in einem Arzt-Patient-Verhältnis geschieht: Ein Mensch lässt sich von einem ihm eventuell namentlich und persönlich unbekanntem anderen Menschen den Leib eröffnen und nach chirurgischer Intervention wieder verschließen.

Das alles lässt ein Patient in dem Vertrauen zu, dass der jeweilige Arzt über entsprechende Fähigkeiten verfügt und dass alles zum Nutzen des Patienten, nicht zu seinem Schaden und nicht gegen seinen Willen geschieht. Auch kann der Patient damit rechnen, dass grundsätzlich nichts von dem Gesagten nach außen dringt und dass er nach umfassender Aufklärung selbst entscheiden kann, ob er an einem wissenschaftlichen Versuch teilnimmt oder nicht. Auf die Person bezogen kann der Patient in den allermeisten Fällen gar nicht überprüfen, ob der Arzt dieses Vertrauen rechtfertigt. In dieser Situation bietet sich nur ein Ausweg an: Nur weil der Patient es mit einem Arzt, also einem Mitglied einer ganz bestimmten Profession, zu tun hat, kann er sich darauf verlassen, dass dieser über bestimmte Fähigkeiten verfügt und bestrebt ist, allein nach Wohl und Wille des Patienten zu handeln, von ganz wenigen, klar definierten Ausnahmen einmal abgesehen.<sup>2</sup> Auch kann der Patient gewiss sein, dass er eine Beziehung eingeht, die die Gesellschaft bislang jedenfalls ausdrücklich gebilligt und vor äußerem Einfluss weitgehend geschützt hat. Was im Arzt-Patient-Verhältnis geschieht, ist genau betrachtet zwar äußerst bemerkenswert, geschieht jedoch täglich unzählige Male und ist von staatlicher Seite unterstützend geregelt.

Hingegen kann sich der Patient nicht darauf verlassen, dass er wieder gesund werden wird, dass der Arzt seine Krankheit heilen oder sie zumindest erfolgreich lindern wird. Auch wenn die moderne Medizin über ein breites Spektrum an wirksamen Therapien verfügt, so kann doch streng genommen niemand

2 Wichtigste, auch rechtlich sanktionierte Ausnahmen sind die psychiatrische Zwangseinweisung bei psychiatrischer Erkrankung mit Selbstgefährdung oder Gefährdung Dritter sowie die Zwangsbehandlung im Seuchenfalle.

dem einzelnen Patienten einen Erfolg garantieren; zu ungewiss und unsicher ist die ärztliche Kunst, und letztlich steht am Ende eines menschlichen Lebens – wie auch am Ende aller ärztlicher Bemühungen – der Tod. In der Medizin gibt es keine Garantien auf Erfolg, sondern allenfalls Garantien für ein *Bemühen* um den Erfolg. Alle Technologien und wissenschaftlichen Erkenntnisse haben diese Verhältnisse, die seit den Hippokratischen Schriften bekannt sind, allenfalls graduell, nicht jedoch prinzipiell geändert. Gleichmaßen lässt sich die ärztliche Vorgehensweise nur bedingt standardisieren; stets verbleibt dem Arzt aufgrund der komplexen und individuell durchaus unterschiedlichen Verhältnisse ein Ermessens- und Abwägungsspielraum im einzelnen Fall. Der Kern ärztlicher Tätigkeit, die diagnostisch-therapeutische Entscheidung, hat sich einer mathematischen Rekonstruktion bislang strukturell weitgehend verweigert. Eine maßgebliche Entlastung durch Computer ist für den innersten Kernbereich ärztlicher Entscheidungen auch aus diesem Grunde ausgeblieben.<sup>3</sup>

Das alltägliche und geradezu selbstverständliche Geschehen bei einem Arztbesuch wird also durch ein rollengebundenes, antizipatorisches Vertrauen erst ermöglicht. Dieses Vertrauen basiert streng genommen nicht auf dem Erfolg der ärztlichen Maßnahmen, da er nicht garantiert werden kann, sondern auf der fachlichen Kompetenz und moralischen Integrität, die durch die Zugehörigkeit zum ärztlichen Berufsstand erwartet werden darf. Ein Arzt wird in dieser Rolle gewisse moralische Verhaltensweisen einhalten<sup>4</sup> – er wird versuchen, dem einzelnen Pa-

3 Siehe Marckmann 2003.

4 Siehe Toellner 1993. Zumindest graduell hat sich hier seit der Mitte des 19. Jahrhunderts, mit der Ausrichtung der Medizin an die Naturwissenschaften, eine Verschiebung ergeben. „Alte und neue Professionen zeigen denn auch verschiedene Strukturprofile: Während jene Integrität als Verhaltensbeherrschung betonen, setzen diese auf Kompetenz als Wissensbeherrschung“ (Schluchter 1980, S. 201). Diese Verschiebung sollte allerdings nicht zu der Einschätzung verleiten, dass auf die ‚Verhaltensbeherrschung‘ auch in einer technisch geprägten Medizin gänzlich verzichtet werden könnte.

tienten zu nutzen und nicht zu schaden, er wird sein informiertes Einverständnis einholen, verschwiegen sein und das Interesse des Patienten über sein eigenes stellen. Wenn Krankheit das Leben zumindest verändert, wenn nicht gar bedroht, und wenn gleichzeitig von den Fähigkeiten eines Arztes statistisch gesehen zwar Besserung erwartet werden darf, im Einzelfall aber nicht garantiert werden kann, so verbleibt dem Patienten nichts anderes, als antizipatorisch auf die ärztlichen Fähigkeiten und die moralische Integrität des Arztes zu vertrauen, die wiederum durch die Zugehörigkeit zu einer Profession erwartet werden dürfen. Nur indem die ärztliche Ethik für einen ganzen Berufsstand verbindlich ist, ermöglicht sie es, „dem personalen Vertrauen den Charakter eines Systemvertrauens zu verleihen“.<sup>5</sup>

Das Vertrauen wiederum ist keineswegs als nostalgisch-verklärende Beigabe an ein Dienstleistungsverhältnis zu verstehen, sondern nimmt eine zentrale Stellung in der Arzt-Patient-Beziehung ein. Als eine *conditio sine qua non* ermöglicht es erst den üblichen Ablauf: „Für dieses Verhältnis, das den Patienten mit dem Arzt verbindet, steht der Begriff ‚Vertrauen‘. Dieses Vertrauen ist durch nichts zu ersetzen. Es gibt zu ihm schlechterdings keine Alternative.“<sup>6</sup> Und das antizipatorische Systemvertrauen wird zumeist auch nicht enttäuscht. Trotz einzelner Verfehlungen und trotz der allgegenwärtigen Medizinkritik erfreut sich der ärztliche Berufsstand bei jeder Umfrage nach wie vor höchster Wertschätzung.

Die moralische Konstruktion der Arzt-Rolle hat sich überdies zumindest als Norm erstaunlicherweise über lange Zeit bewährt. „Das Leitbild des in seiner unverletzlichen Individualität die ungeteilte Verantwortung tragenden Arztes, dessen Tun zugleich durch den Patienten und sein Vertrauen legitimiert ist, hat ein außergewöhnliches Beharrungsvermögen bewiesen.“<sup>7</sup> Die normativen Grundzüge der gegenwärtigen Arzt-Rolle, sieht

5 Schluchter 1980, S. 191. Siehe auch Toellner 1993.

6 Rössler 1978, S. 22.

7 Wieland 1986, S. 60; siehe auch Toellner 1988.

man vom informierten Einverständnis einmal ab, sind großenteils bereits im Hippokratischen Eid und anderen Hippokratischen Schriften zu finden.<sup>8</sup> Hinzugekommen ist in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vor allem die offizielle Kodifizierung der Selbstbestimmung des Patienten.<sup>9</sup> Dies führte seinerseits zu Konflikten zwischen der Selbstbestimmung und dem Wohlergehen eines Patienten. Wie sollen Ärzte reagieren, wenn der Patient eine aus medizinischer Sicht unvernünftige, da schädliche Entscheidung trifft, indem er eine bestimmte Therapie ablehnt? Im Konfliktfall hat der Wille des Patienten zumeist einen höheren Rang eingenommen als das Wohl des Patienten. Anders gesprochen: Bei Konkurrenz zwischen *salus aegroti*, dem Wohl des Patienten, und *voluntas aegroti*, dem Willen des Patienten, ist der Wille in den allermeisten Fällen höher zu bewerten.

Es sei an dieser Stelle nicht verschwiegen, dass die skizzierte moralische Konstruktion der Arzt-Rolle aus Sicht der Ärzte auch nicht nur uneigennützig verfolgt wird. Denn letztlich ermöglicht die Integrität der Arzt-Rolle und „ihre sozial drama-

8 Roth 1962 und 1977 stellte nach umfassender Sichtung ärztlicher Gelöbnisse fest, dass bestimmte Konstanten in allen Verpflichtungen selbst bei unterschiedlichen politischen Ausrichtungen der Staaten wiederkehren: die grundsätzliche Hilfsbereitschaft, das *primum nil nocere*, der Schutz des menschlichen Lebens, die Achtung des Patienten (Schweigepflicht und sittliches Verhalten), die Treue zur Schule, die Kollegialität und die Pflicht zur Fortbildung. Dass sich die ärztliche Tätigkeit auch in moralischer Hinsicht trotzdem recht unterschiedlich gestaltet, ist auf den stets zu beobachtenden Unterschied zwischen der bloßen Aufstellung von Normen und ihrer praktischen Wirksamkeit zurückzuführen. Trotz aller Unterschiede in der ärztlichen Praxis glaubt Roth von einer „*deontologia medici perennis*“ sprechen zu können (Roth 1977, S. 177; siehe auch Seidler 1988).

9 Inwieweit der Patient vorher auf anderen Wegen sein Selbstbestimmungsrecht in der Medizin durchsetzen konnte, ist eine kompliziert zu beantwortende Frage und eine forschersche Herausforderung an die Geschichtsschreibung. Hier sei lediglich darauf verwiesen, dass in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die offizielle Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten erfolgte.

tisierte Verpflichtung auf Selbstkontrolle“<sup>10</sup> auch die Integrität des Ärztstandes mitsamt der gewährten Autonomie und Privilegien bis hin zum fast uneingeschränkten Behandlungsmopol. Denn die Medizin ist in mindestens dreierlei Hinsicht eine vergleichsweise gering kontrollierbare und kontrollierte Disziplin, wenn man sich die Bedeutung dieser Profession einmal vor Augen führt. Schluchter spricht aus soziologischer Sicht von drei Asymmetrien: Der funktionalen Bedeutung der Medizin steht keine entsprechende Kontrolle der Gesellschaft gegenüber, da der Profession eine weitgehende Autonomie bis hin zum Standesrecht gebilligt wird; die Bedeutung des einzelnen Experten für den Klienten wird nicht durch eine entsprechende Kontrolle des Klienten gedeckt, und auch die Kontrollmöglichkeiten der Berufsverbände über die einzelnen Ärzte sind vergleichsweise gering. Wie kann unter diesen Bedingungen eine Profession auf soziale Akzeptanz hoffen? Nur durch eine ganz bestimmte Berufsmoral: „Solche Asymmetrien sind sozial prekär und müssen gerechtfertigt werden. Die Legitimationsmechanismen sind Freiwilligkeit, Vertrauen und Integrität, gestützt vor allem durch eine Berufsmoral, deren oberste Maxime das Wohl des Klienten ist.“<sup>11</sup> Kurzum: Die moralische Integrität des Arztes, zusammengefasst im Arztethos, ermöglicht das Arzt-Patient-Verhältnis in seiner geradezu selbstverständlichen und gewünschten Form und letztlich auch die funktionale Stellung seines Berufsstandes. Deshalb kommt der offiziellen Kodifizierung des ärztlichen Ethos in der Berufsordnung maßgebliche Bedeutung zu.

## *2.2. Soll die Arztrolle erhalten bleiben?*

Vor der Klärung der Frage, was mit dem Arztethos im Zeitalter der EbM und der Mittelknappheit geschieht und was geschehen sollte, gilt es die Frage zu beantworten, ob das Arztethos in sei-

10 Schluchter 1980, S. 189.

11 Schluchter 1980, S. 192.

nen Grundzügen überhaupt erhalten werden soll. Die Antwort fällt eindeutig aus.

- Die Würde eines Menschen und seine unveräußerlichen Menschenrechte sind im Rahmen eines solchen Ethos am sichersten geschützt. Insbesondere seine Selbstbestimmung, die zu respektieren in den letzten Dezennien die größte Aufmerksamkeit und Umbewertung erfahren hat, lässt sich am besten mit einer Arztrolle realisieren, die den individuellen Patienten in den Mittelpunkt der Erwägungen stellt. Die Selbstbestimmung des Patienten und seine Interessen können am besten gefördert werden, wenn sich der Arzt „als Treuhänder der Interessen des Patienten“<sup>12</sup> versteht.
- Trotz aller Akzentuierung der Patientenautonomie ist die archetypische Situation von Not und Hilfe nach wie vor prägend für die Arzt-Patient-Interaktion. Man wird sich als Notleidender nur dann einem Helfer anvertrauen, wenn man sicher sein kann, dass dieser bei seinen – zustimmungspflichtigen – Maßnahmen dem Wohlergehen des Hilfesuchenden verpflichtet ist.
- Trotz der zahlreichen Kritik an der Medizin wird die Rolle des Arztes, der sich in einer geschützten, personalen Beziehung ausschließlich dem Patienten widmet, weit mehrheitlich gewünscht. In einer Demokratie ist dies stets ein gewichtiges Argument und zudem für die Akzeptanz unabdingbar.
- Die Verantwortung des Arztes in der skizzierten Form ist einerseits in Bezug auf den Patienten von anderweitiger Einflussnahme weitgehend freigehalten, andererseits eng begrenzt auf den individuellen Bereich und von weiteren sozialen Erwägungen entlastet. Diese klare Konzentration ärztlicher Verantwortung ist insofern geboten, als es gilt, eine „letztlich zerstörerische Allzuständigkeit der Medizin“<sup>13</sup> zu vermeiden.

12 Birnbacher 1993, S. 54; siehe auch Wiesing 1995.

13 Labisch 1992, S. 385.

- Die Arztrolle hat sich – wie bereits erwähnt – historisch bewährt. Die Phasen, in denen an entscheidenden Punkten von dieser Rolle abgewichen wurde, in denen nicht das Wohl des einzelnen Patienten, sondern beispielsweise das Wohl eines Volkskörpers oder einer Rasse im Mittelpunkt ärztlichen Handelns stand, gelten heute unmissverständlich als ablehnenswert.<sup>14</sup>

### 2.3. Der Arztberuf als freier Beruf

Neben dem Arztethos sei im Folgenden eine Eigenschaft des ärztlichen Berufes untersucht, die regelmäßig als Argument in den Diskussionen um Veränderungen der Medizin zu finden ist: die Tatsache, dass der ärztliche Beruf zu den ‚freien Berufen‘ zählt und dass daraus die ärztliche Berufsfreiheit folgt. So dient diese Zuschreibung in Deutschland als ein Argument nicht nur zur Abwehr einer Gewerbesteuer für Freiberufler, umbenannt zur „Gemeindewirtschaftssteuer“, sondern als generelles Argument gegen weitere staatliche Vorgaben, beispielsweise durch ein Institut für Qualitätssicherung oder eine verstärkte Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschuss. Diese Form einer ‚dirigistischen Staatsmedizin‘ sei mit dem ärztlichen Beruf als freiem Beruf nicht zu vereinbaren. Auch der weiteren Entwicklung von *Disease Management Programmen (DMP)*

14 Toellner 1989. Gerade der historische Hintergrund gibt immer wieder Anlass, die Ausrichtung des Arztethos mit Nachdruck zu betonen, so auf dem 99. Ärztetag in einer Resolution zur Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus: „Wir mahnen, die Unabhängigkeit der ethischen Grundnormen unseres Berufes auch in der ärztlichen Vertretung gegen Zeitgeist und staatliche Eingriffe zu bewahren. Dazu gehören: Die Achtung vor der Würde des Menschen. Die Achtung vor dem Lebensrecht des Menschen. Die Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Menschen. Die Pflicht, dem Patienten nicht zu schaden und nach bestem Wissen und Gewissen seinem Wohle zu dienen. Die Pflicht zur Verschwiegenheit. Die Pflicht zur Menschlichkeit.“ (99. Deutscher Ärztetag 1996, S. C-1191).

oder der *evidenzbasierte Medizin (EbM)* mit ihren Indikationsregeln wird mit genau diesem Argument skeptisch begegnet.

Es sei hier untersucht, inwieweit der Verweis auf den Arzt-Beruf als einen freien Beruf und auf die ärztliche Berufsfreiheit tragfähige Argumente gegen weitere staatliche oder anderweitige Vorgaben liefert. Zudem sei das funktionale Verhältnis zwischen Arztethos und ärztlicher Freiheit illustriert und nicht zuletzt die Tragfähigkeit des häufigen Vorwurfs einer „dirigistischen Staatsmedizin“ hinterfragt.

#### 2.4. Was kennzeichnet ‚freie Berufe‘?

Kaum jemand bezweifelt, dass der ärztliche Beruf neben den Berufen des Anwalts, Apothekers und anderen zu den freien Berufen zählt. Das sagt freilich noch nichts darüber aus, welche Eigenschaften die freien Berufe im Gegensatz zu anderen Berufen faktisch besitzen und welche sie sinnvollerweise besitzen sollten. Zunächst lehrt die Geschichte, dass der Begriff und die Eigenschaften freier Berufe in einem historischen Prozess entstanden sind. Es gibt folglich keine Eigenschaften, die diesen Berufen unter allen Umständen zwingend zukämen. So stellte auch das Bundesverfassungsgericht klar: „Freier Beruf ist demnach kein eindeutiger Rechtsbegriff, sondern ein soziologischer Begriff.“<sup>15</sup> Deshalb kommen die Eigenschaften, auch die noch näher zu erläuternde ärztliche Berufsfreiheit, den freien Berufen keineswegs überzeitlich zwingend zu, sondern historisch kontingent. Sie können sich demzufolge unter bestimmten Umständen wandeln. Zudem können die Eigenschaften freier Berufe durchaus von Beruf zu Beruf unterschiedlich ausgeprägt sein.

Die Konstruktion der ‚freien Berufe‘ geht offensichtlich davon aus, dass bestimmte gesellschaftliche Aufgaben aufgrund eines komplexen Anforderungsprofils an deren Mitglieder bei

15 BVerfGE 10, 354 [364f.], zitiert nach Jaeger 2000, S. 476.

den ‚freien Berufen‘ Erfolg versprechend aufgehoben sind. Doch welche Eigenschaften werden von den Mitgliedern der freien Berufe erwartet? „Die freiberuflich Tätigen sollen die Integrität des Beamten, also Sachlichkeitsstreben und Verantwortlichkeit für das Gemeinwohl, verbinden mit Initiative, Selbstständigkeit und Beweglichkeit des Unternehmers. [...] Gewährleistet wird das durch ein System staatlicher und ständischer Regularien: Hohe Leistungsanforderungen, hohe Berufsethik, Standesgerichtsbarkeit und Gebührenrecht.“<sup>16</sup> Die „hohe Berufsethik“ ist vor allem durch eine bestimmte moralische, gesellschaftlich gewünschte Ausrichtung gekennzeichnet, die sich in der Medizin im Arztethos niederschlägt. Der Arzt soll kranken Menschen helfen und dabei Wohl und Wille des Patienten in den Mittelpunkt aller Überlegungen stellen. Diese Ausrichtung liefert die Richtschnur für ärztliches Handeln, und die Gesellschaft billigt und unterstützt die Medizin darin. Bei der Verfolgung ihrer Aufgabe haben sich die Angehörigen freier Berufe patienten- bzw. mandantenorientiert zu verhalten. Sie müssen ihre Leistungen grundsätzlich persönlich und eigenverantwortlich erbringen, sieht man von Angestelltenverhältnissen bei Assistenzärzten einmal ab. Um diese Berufe ausüben zu können, bedarf es nicht zuletzt einer besonderen Qualifikation, die der Staat vor Beginn und zuweilen auch während der Berufsausübung kontrolliert. Vor allem sind die Berufe primär auf ein gesellschaftlich akzeptiertes Ziel ausgerichtet und nicht – wie ein Gewerbe – primär auf die Gewinnerzielung. Das schließt freilich nicht aus, dass die Mitglieder freier Berufe durch ihre Tätigkeit ihren Lebensunterhalt bestreiten, zuweilen auch recht einträglich (und umgekehrt, dass mit einem Gewerbe durchaus akzeptierte und wichtige gesellschaftlich Ziele erreicht werden können).

Es wäre in diesem Zusammenhang ein Fehlschluss, zu glauben, freie Berufe seien frei von Reglementierungen, sondern sie unterliegen – wie bereits erwähnt – einem „System staat-

16 Jaeger 2000, S. 476.

licher und ständischer Regularien“<sup>17</sup>. Man muss nur daran erinnern, dass der Staat mittels Staatsexamen den Bewerbern vor Ausübung eines solchen Berufes definierte Hürden aufstellt, und es wird klar, dass diese Berufe überaus geregelt sind. Auch dass die freien Berufe durch Körperschaften ihre Angelegenheiten in einer gewissen Autonomie regeln, ist von Staats wegen so gewollt und gesetzlich geregelt. In der Bundesrepublik Deutschland bedarf die Berufsordnung, die die Ärztekammern verfassen, immer noch der staatlichen Genehmigung. Nicht zuletzt ist die Abrechnung durch eine Gebührenordnung detailliert geregelt. Man muss also genauer fragen, in wie fern und warum die freien Berufe ‚frei‘ sind. Was hat es mit der Freiheit der freien Berufe auf sich? Warum besitzen die freien Berufe diese Eigenschaften?

Die Antwort auf die Fragen lautet: Die Eigenschaften, die den freien Berufen zuerkannt werden, haben sich als funktional und als nützlich erwiesen. Professionen, die diese Eigenschaften besitzen, glaubt man, bestimmte gesellschaftlich gewünschte Aufgaben mit der größten Aussicht auf Erfolg anvertrauen zu können. Mit ‚freien Berufen‘, deren Mitglieder bestimmte Freiheiten besitzen, lassen sich erstrebenswerte Ziele am besten erreichen.<sup>18</sup> Diese Argumentation bedarf der Erläuterung und dazu vorab der Differenzierung.

### *2.5. Differenzierungen: Ärztliche Freiheit*

Die den freien Berufen zukommende Freiheit, im konkreten Fall: die ärztliche Berufsfreiheit, sollte zunächst einmal unterteilt werden. Zu unterscheiden ist zwischen

<sup>17</sup> Jaeger 2000, S. 476.

<sup>18</sup> „Die Übertragung der Verantwortung auf den Berufsstand beruht denn auch nicht zuletzt auf der Erkenntnis, dass diese Art der Steuerung die effektivste Steuerungsmöglichkeit darstellt.“ (Taupitz 1998, S. 3).

- einer *äußeren Freiheit* der Angehörigen freier Berufe, die sich typischerweise in der wirtschaftlichen Selbstständigkeit einer freien Praxis äußert,
- einer *Freiheit des Berufsstandes*, dem eine Regulierung berufsständischer Angelegenheiten in einer gewissen Autonomie zukommt, bei der Medizin durch die Ärztekammern, und
- einer *inneren Freiheit* der Berufsangehörigen, die sich in der „Weisungsungebundenheit und Entscheidungsfreiheit innerhalb der spezifischen Berufsausübung“<sup>19</sup> niederschlägt.

Für die hier zu verhandelnden Fragestellungen geht es vornehmlich um die *innere Freiheit* des ärztlichen Berufes. Was hat es damit auf sich?

#### 2.6. Warum innere Freiheit?

Es stellt sich die Frage, warum den freien Berufen, und insbesondere dem ärztlichen, eine innere Freiheit zugestanden wird. Warum sollten Ärzte in ihrer Tätigkeit weisungsungebunden und frei in ihren Entscheidungen sein – abgesehen von Ausbildungs- oder Assistenzarztverhältnissen? Man kann sich in dieser Frage an der moralischen Grundausrichtung eines freien Berufes orientieren und einmal mehr auf das Arztethos zurückgreifen: Freie Berufe sind auf ein Ziel hin ausgelegt, das in der Regel patienten- bzw. mandantenorientiert angestrebt werden soll. Dazu ist es zweckmäßig, den Angehörigen dieses Berufes Entscheidungsfreiheit und Weisungsungebundenheit zuzugestehen, weil sie nur so den Kontingenzen und Besonderheiten des Einzelfalls angemessen begegnen und anderweitige Einflüsse abwehren können.<sup>20</sup> Insbesondere das ärztliche Ziel, dem ein-

19 Taupitz 1991, S. 44.

20 Die Deklaration des Weltärztebundes zur „Unabhängigkeit und beruflichen Freiheit des Arztes“ aus dem Jahre 1986 bekräftigt dieses Verständnis. Sie fordert die ärztliche Freiheit ein, weil das fachliche Urteil eines

zelen Patienten zu helfen, ist von derartig vielen individuellen Umständen geprägt, dass die Handlung eines Arztes nicht vollständig durch Vorgaben geregelt werden kann. Es ist demzufolge unverzichtbar, den Ärzten einen Spielraum zuzugestehen, damit sie für den jeweiligen Patienten individuell den größten Nutzen erwirken können.

Insofern gilt für die freien Berufe, dass ihre Freiheit „funktionsbezogen auszuüben ist“.<sup>21</sup> Die innere ärztliche Freiheit soll es dem Arzt ermöglichen, die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen. Sie dient dazu, die Vorgaben des Arztethos besser erfüllen zu können und schützt den Arzt vor Eingriffen gegen diese Verpflichtung von Dritten. Sie hat sich für die Umsetzung der moralischen Vorgaben des Arztberufes als zweckmäßig erwiesen.

Die Funktionalität der ärztlichen Freiheit spiegelt sich geradezu sinnbildlich in der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer wider. Dort führt der Paragraph 1 zunächst aus: „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung.“<sup>22</sup> Erst der zweite Satz verweist auf die Eigenschaft des Berufes: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“<sup>23</sup> Die

Arztes unabhängig sein soll, weil er einen Ermessensspielraum braucht und vor allem, damit Ärzte „die Interessen ihrer Patienten gegen alle Kräfte vertreten können, die die notwendige Versorgung von Kranken und Verletzten beschränken oder verweigern wollen“. (Weltärztebund 1986, S. 17.0.)

21 Jaeger 2000, S. 477.

22 (Muster)-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2006). <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/10Mbo/index.html>, am 18.12.2006

23 Die Formulierung „der Natur nach“ will offensichtlich die Unverrückbarkeit dieser Eigenschaft betonen, genau genommen ist der Arztberuf jedoch ausschließlich ‚der Kultur nach‘ ein freier Beruf. Auch Formulierungen auf Ärztetagen neigen dazu, die historische Kontingenz der ‚Freien Berufe‘ zu übersehen: „Er ist unverrückbar festzustellen, dass der Beruf der Ärztin, des Arztes ein Freier Beruf ist.“ (108. Deutscher Ärztetag 2005, S. C-1087). Man sollte daran erinnern, dass die Stellung des Ärztstandes und bestimmte Eigenschaften gefährdet sind, wenn er die Aufgaben nicht befriedigend lösen kann: „Die Möglichkeit der Selbstverwaltung seitens

Reihenfolge darf durchaus als Wertung verstanden werden, benennt sie doch zuerst die grundlegende moralische Verpflichtung des ärztlichen Berufes und dann seine Eigenschaft als ‚freier Beruf‘. Letztere ist als nachrangig einzustufen und funktional in Bezug auf das vorrangige Ziel. Insofern erschüttert auch nicht jede unliebsame gesetzgeberische oder sonstige Maßnahme den Beruf des Arztes als einen freien Beruf. Überhaupt sollte man den Verweis auf die Eigenschaft des ärztlichen Berufs mit Maß und Urteil nutzen, da übermäßige Verwendungen dieses Argumentes nur dazu führen, dass es sich abnutzt.<sup>24</sup>

### 2.7. *Bürgerliche Freiheit vs. ärztliche Berufsfreiheit*

In diesem Zusammenhang sollte man eine Unterscheidung vornehmen, die angesichts der Bedeutung des Begriffs ‚Freiheit‘ zu unterbleiben droht – mit der Folge eines groben Missverständnisses. Die ärztliche Freiheit ist nicht zu verwechseln mit den Freiheiten, die die Tragweite dieses Begriffes für unsere Gesellschaft ausmachen: mit den bürgerlichen Freiheiten. Bürgerliche Freiheiten sind Schutzrechte des einzelnen vor einem Eingriff des Staates oder Dritter, damit der Einzelne sein Leben gemäß seiner Selbstbestimmung gestalten kann – selbstverständlich innerhalb von Grenzen, die in der Regel dort zu ziehen sind, wo die Freiheit eines anderen betroffen ist. Der Bürger kann diese Freiheit innerhalb der Grenzen nach Belieben, selbst

des Berufsstandes ist eben kein ein für allemal erworbenes Recht, kein Besitzstand, sondern die hart zu erarbeitende Gegenleistung für versprochene und wahrgenommene Selbstverantwortung.“ (Taupitz 1998, S. 3).

<sup>24</sup> Bei einem derart bedeutenden Terminus und seiner Unschärfe bezüglich der praktischen Ausgestaltung bleibt es nicht aus, dass die Berufsfreiheit, insbesondere die Ärztliche Freiheit unbegründet für zahlreiche vermeintliche Unrechtmäßigkeiten als Abwehrrecht in Anspruch genommen wird. Jaeger 2000 zählt einige kleinliche Begebenheiten auf, die das Bundesverfassungsgericht allesamt nicht als Verstöße gegen die Berufsfreiheit eingestuft hat.

zum eigenen Schaden nutzen. Diese Freiheit ist ihm nicht gegeben, um ein inhaltlich festgelegtes Ziel besonders effektiv anzustreben, sondern um seinen Lebensentwurf selbst zu wählen und auszugestalten.

Genau davon ist die ärztliche Freiheit zu unterscheiden. Sie ist immer eine bedingte, eine *funktionale* Freiheit, eine, um zu helfen, und nicht eine Freiheit um ihrer selbst willen. Sie ist auch nicht wie manch bürgerliche Freiheit unverhandelbar. Im Gegenteil, weil sie funktional begründet ist, steht sie in Diensten. Die innere Freiheit, die der Staat den Freiberuflern einräumt, berührt demnach auch nicht deren Status als Bürger. „Privilegiert werden die Personen [die Freiberufler] nicht um ihrer personalen subjektiven Freiheiten willen. Garantiert werden funktionale Privilegien, also Freiheiten, die der Funktionswahrnehmung dienen.“<sup>25</sup>

Diese Funktionalität der ärztlichen Freiheit hat weit reichende Auswirkungen: So wäre es abwegig und würde das Wesen der Medizin verkehren, Ärzten eine Freiheit zuzugestehen, die den Patienten zum Schaden gereicht. Ärzte haben gerade nicht die Freiheit, ihren Patienten wissentlich medizinischen Nutzen vorzuenthalten oder gar zu schaden. Die innere Freiheit des Arztes ist ein Schutzrecht, um situativ angemessen reagieren zu können und um Einflussnahme zum Schaden der Patienten von Dritten abzuwehren, aber keine Freiheit, um in der therapeutischen Beziehung Beliebigkeit oder gar bewusst schädliche Handlungen zu ermöglichen.

### 2.8. *Fachliche und nicht fachliche Einflussnahmen auf die ärztliche Entscheidung*

Nach der Erläuterung des Arztethos und der inneren ärztlichen Freiheit sei im Folgenden gefragt, wie sich diese charakteristischen Eigenschaften zu äußeren Einflussnahmen auf die ärzt-

25 Jaeger 2000, S. 476.

liche Tätigkeit verhalten. Grundsätzlich sind zwei Anlässe zur Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen möglich: eine Einflussnahme aus fachlichen Gründen und eine aus nicht fachlichen Gründen. Zu den letzteren können ethische oder kulturelle Gründe zählen, aber eben auch finanzielle. Häufig sind finanzielle, fachliche und ethische Gründe miteinander verknüpft, wenn man beispielsweise Prioritäten anhand der Abwägung von Nutzen und Kosten medizinischer Maßnahmen festlegt. Es sei hier zunächst der Fall untersucht, dass eine Einflussnahme auf die ärztliche Entscheidung ausschließlich anhand von fachlichen Gründen geschehen soll, wie dies insbesondere bei der EbM der Fall ist. Im nachfolgenden Kapitel sei auf Begrenzungen aufgrund von Ressourcen-Überlegungen eingegangen.