

## 2 Basiswissen Ethik

Was Manager, Ärzte und Pflegende über Ethik wissen sollten. Der Hippokratische Eid, die Heilberufe und das Management. Verschiedene ethische Positionen und Dokumente aus Medizin, Wissenschaft und Wirtschaft. Genfer-Gelöbnis, Deklaration von Helsinki und MBA-Oath.

### 2.1 Ethik-Kompetenz als Handwerkszeug des Krankenhausmanagers

Wer eine Einrichtung führt, deren gesellschaftlicher Auftrag die medizinische Versorgung von Menschen ist, muss wissen, worin die medizinische Versorgung besteht, nach welchen Regeln sie erbracht werden soll, was von ihr erwartet wird und welche Ziele die Medizin verfolgt. Darüber hinaus muss Wissen über die Entwicklungen der Medizin und die damit verbundenen Konflikte und Herausforderungen vorhanden sein, denn von der Atomphysik abgesehen erzeugt keine Wissenschaft durch ihren Fortschritt mehr ethische Kontroversen als die Medizin.

Für ein Krankenhausunternehmen ist es von großer Bedeutung, wie es sich zu den medizinischen Möglichkeiten verhält, welche davon den Patienten angeboten und welche den Mitarbeitern zugemutet werden. Beispiele sind die Praktiken des Schwangerschaftsabbruchs, der Reproduktionsmedizin, der Ex- und Transplantation oder der Sterbehilfe. Zu all diesen Möglichkeiten und Kontroversen müssen sich Kliniken heute posi-

tionieren. Zunehmend kommen auch medizinökonomische Aspekte hinzu, beispielsweise Budgetgerechtigkeit, Ressourcenknappheit, der Umgang mit nicht kostendeckenden oder Überschuss erbringenden Einzelleistungen sowie anderen Aspekten, die mit dem wirtschaftlichen Bestehen des Krankenhauses in Zusammenhang stehen.

**! Führungskräfte stehen in der ständigen Herausforderung zwischen Organisationsverantwortung und Qualität der Medizin ihre Handlungsfähigkeit zu erhalten. Ethik-Kompetenz ist hierfür essentiell.**

In allen diesen Fällen sind ethische und berufsrechtliche Grundsätze an die Ärzte und Pflegenden in je konkreten Situationen und Fällen anzuwenden. Nicht selten kommt es dabei zu Konflikten zwischen diesen Grundsätzen oder zwischen den medizinischen und betriebswirtschaftlichen Zielen, so dass neben Ethik-Wissen auch Ethik-Kompetenz erforderlich ist. Diese ist auf den Erhalt der Entscheidungsfähigkeit in Situationen des Dilemmas geschult.

Das „Dilemma“ stellt eine geradezu klassische Herausforderung für die Ethik dar. Die Entscheidenden befinden sich in der „Zwickmühle“. Wenn sie zwischen zwei Lösungen zu entscheiden („ent-scheiden“ = eine Scheidung aufheben) haben, die beide nicht zu dem gewünschten Ziel führen, kommen sie nicht umhin, mit ihrer Entscheidung *auch* etwas falsch zu machen. Es muss dann die Verantwortung auch für die negativen Folgen der Entscheidung übernommen werden. Keine Entscheidung zu treffen kann jedoch weitaus schädlicher sein. Eine klare Reflexion der Entscheidungskriterien und ein Bewusstmachen der Situation des Dilemmas tragen zur Erhaltung der *Handlungsfähigkeit* bei.

Führungskräfte in Krankenhäusern stehen in der Verantwortung für das ganze Unternehmen, für dessen Funktionen und Zukunftssicherung sie zu sorgen haben. Gleichzeitig wird von ihnen erwartet, dass sie in der Organisation des Hauses den medizinischen Ansprüchen ihrer Kunden, in erster Linie ihrer Patienten, gerecht werden. Sie müssen folglich sowohl die Bedürfnisse der individuellen Patienten als auch der Institution als Ganzes und darüber hinaus der Gesellschaft beachten. Die Orientierung an der klassischen Medizinethik allein reicht in diesem Spagat nicht aus, denn deren Hauptachse ist die Beziehung des Arztes zu seinem Patienten. Auf der anderen Seite bietet auch die Wirtschaftsethik keine ausreichende Orientierung, da ihr Thema die Verantwortlichkeiten der Institution bzw. des Unternehmens ist.

## Deontologie und Utilitarismus

Da die Spannung zwischen Individual- und Institutionenethik nicht grundsätzlich aufhebbar ist, kommt es auf die Fähigkeit der Kompromissbildung für jede Entscheidung an. Während die Medizin- und die Pflegeethik eher allgemeine Leitprinzipien (z.B. Wohl des Patienten; Autonomie; Schweigepflicht) formulieren, neigt die Organisationsethik zu einer Bevorzugung des Nutzens bzw. der Folgen einer Handlung.

### Deontologie und Utilitarismus in Politik und Rechtsprechung

Ein Zug rast auf eine Brücke zu auf deren Gleisen sich ohne Ausweichmöglichkeiten fünf Menschen befinden. Sie haben die Möglichkeit eine Weiche umzulegen, mit der der Zug auf ein Nachbargleis gelenkt wird, auf dem sich – ebenfalls ohne Ausweichmöglichkeiten – ein Mensch befindet. Wie entscheiden Sie sich?

Dieses bekannte Beispiel wird häufig dafür genutzt, um die unterschiedlichen Konzepte der Deontologie und des Utilitarismus gegenüber zu stellen.

Aus Sicht der Deontologie (Pflichtenethik) gibt es Handlungen, die intrinsisch gut oder schlecht sind. Es gibt dementsprechend Pflichten (oder Handlungsmaximen), die auf Grundwerten beruhen. Einen Menschen durch eine Handlung zu töten ist schlecht, jeder Mensch ist um seiner selbst willen zu würdigen und nicht als Zweck zu entfremden. In diesem Sinne wäre eine mögliche deontologische Argumentation, dass dem einzelnen Menschen auf dem Nachbargleis die Würde nicht abgesprochen werden darf, indem wir die Weiche umlegen und ihn opfern. Entsprechend würde der Deontologe die Weiche unverändert lassen und den Tod der fünf Menschen in Kauf nehmen müssen.

Aus Sicht des Utilitarismus würden die Konsequenzen der Handlungen und auch des Unterlassens einer Handlung verglichen werden. In diesem Sinne würde der Tod von fünf Menschen schwerer gewertet werden, als der Tod des einen Menschen auf dem Nachbargleis und die Weiche müsste umgelegt werden.

Die Deontologie wurde maßgeblich von Immanuel Kant (1724–1804) entwickelt und baut auf dem kategorische Imperativ auf: „Handle nur nach der Maxime, von der du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“ Die deontologische Position findet sich auch heute noch sehr tief verankert in der deutschen Rechtsprechung und Politik wieder. Ein Beispiel hierfür ist das Verbot des Bundesverfassungsgerichtes Flugzeuge mit zivilen Insassen abzuschießen, die von Terroristen auf Menschenmassen gelenkt werden. Im entsprechenden Urteil wird der kategorische Imperativ fast wörtlich zitiert. Ein weiteres täglich präsent Beispiel ist die Maßgabe der deutschen Gesundheitspolitik, dass eine Rationierung oder Priorisierung nicht erlaubt ist und jeder Versicherte die beste Medizin erhält.

Der Utilitarismus wurde in England unter anderem von Jeremy Bentham (1748–1832) und John Stuart Mill (1806–1873) entwickelt und ist auch als „Maximum

Happiness Principle“ bekannt. Einer der bekanntesten zeitgenössischen Utilitaristen ist der Australier Peter Singer (\*1946), der sehr akribisch die weitreichenden Konsequenzen möglicher Konfliktentscheidungen gegeneinander abwägt und hieraus beispielsweise Positionen zum Vegetarismus und zur Entwicklungshilfe ableitet. Das utilitaristische Prinzip ist wiederum tief in der Rechtsprechung und Politik angelsächsischer Staaten verankert. So ist beispielsweise in den USA der Abschuss eines terroristisch gekaperten Flugzeuges mit Zivilinsassen erlaubt, wenn anzunehmen ist, dass dieses in Menschenmengen gelenkt werden soll. Passend hierzu ist auch die britische Gesundheitspolitik diametral zum deutschen System ausgerichtet: ganz im Sinne des Utilitarismus spielen Opportunitätskosten und die Kosteneffizienz von Leistungen eine zentrale Rolle und eine explizite Rationierung bzw. Priorisierung von Gesundheitsleistungen wird unter Bezugnahme auf den jeweiligen Nutzen vorgenommen (Kosten pro gewonnenem qualitätsadjustierten Lebensjahr).

In Kontroversen um zu verfolgende Ziele oder einzusetzende Mittel und Strategien stehen sich häufig zwei unterschiedliche Positionen gegenüber. Auf der einen Seite werden moralisch Grundsätze oder Pflichten hochgehalten, wie beispielsweise die Pflicht zur Wahrung der Menschenwürde. Auf der anderen Seite geht es eher um die Folgen einer Handlung, wobei die Handlung zu bevorzugen ist, die in der Summe positivere Auswirkungen hat. Beide Positionen sind in der akademischen Ethik ausgearbeitet, nämlich als „Deontologie“ (Pflichtenethik) und „Utilitarismus“ (Nutzenethik). Jeder Mensch hat in Diskussionen über Handlungsentscheidungen schon – reflektiert oder unbewusst – mal die eine, mal die andere Position vertreten. Nicht selten kämpfen in einer konkreten Entscheidungssituation beide Positionen sogar in *einer* Person. Dabei wird immer wieder deutlich, dass beide Positionen gute Gründe für sich beanspruchen können. Je nach Situation erscheinen uns die grundsätzlichen moralischen Werte *oder* die Konsequenzen der Handlungen wichtiger. Eine eindeutige Unterscheidung zwischen *richtig* und *falsch* ist somit häufig schwierig oder unmöglich.

### **Utilitarismus und Deontologie im Alltag des Krankenhausmanagers**

Ein Patient mit einer seltenen Erkrankung benötigt ein sehr teures Medikament, das ihm helfen würde noch einige Wochen länger zu leben. Das Krankenhaus verfügt aber nur über ein begrenztes Budget. Man könnte für die Kosten des Medikaments stattdessen auch zwei zusätzliche Pflegekräfte einstellen, die im Bereich der Neonatologie aller Wahrscheinlichkeit Qualität und Outcome der Patienten deutlich verbessern würden. Wie entscheiden Sie sich?

Hier handelt es sich um ein echtes Dilemma das eigentlich durch die Gesundheitspolitik gelöst werden müsste, da es durch den Krankenhausmanager nicht

befriedigend gelöst werden *kann*. Eine ethisch vertretbare Lösung ist aus deontologischer Sicht bei faktischer Ressourcenbegrenzung nicht möglich. Die utilitaristische Lösung nach dem größeren Nutzen zu gehen, erhält hier zwar die Handlungsfähigkeit, ist aber schwer durch eine Einzelperson zu entscheiden. Im konkreten Fall sollte das Problem öffentlich gemacht werden um so eine gesellschaftlich getragene Lösung zu ermöglichen. Die Politik hat sich aber für die deontologische Lösung entschieden, d.h. hier müsste das Medikament gegeben werden UND die Pflegekräfte müssten eingestellt werden. In der Praxis ist dies jedoch häufig nicht umsetzbar. Es resultiert eine Verwaltung von Mängeln und Ressourcenknappheit, die auf individueller Ebene nur unbefriedigend bewältigt werden kann.

„Entscheidern“ kann das Wissen um die genannten ethischen Theorien sehr hilfreich sein, wenn sie mit streitbaren Auseinandersetzungen konfrontiert sind oder selbst Partei in solchen Konflikten sind. Ethik-Kompetenz kann hier sowohl dabei helfen eine eigene, klare Argumentationslinie aufzubauen, als auch erfolgreich zwischen streitenden Parteien zu vermitteln. In diesem Sinne ist Ethik-Wissen eine essentielle Kompetenz um Führungskraft zu entfalten.

### Diskursethik

Führungskräfte erleben in ihrer Brust nicht selten den Konflikt zwischen verschiedenen ethischen Positionen und auch wirtschaftlichen Zielen. In solchen Fällen kann eine „Diskursethik“ hilfreich sein. Die zeitlich jüngere „Diskursethik“, die u.a. von Habermas und Apel geprägt wurde, betont angesichts der Unmöglichkeit einer definitiven „Wahrheit“ die Regeln des Argumentierens. Als eine intersubjektive Verfahrensethik bemüht sie sich um Kompromissbildungen in (möglichst) herrschaftsfreien Diskursen. Dieses Konzept des herrschaftsfreien Diskurses wird in der klinischen Ethik-Kommission zum Prinzip. Im Prozess der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung haben alle Beteiligten das gleiche Recht zu sprechen und gehört zu werden. Im Bereich des Managements (der Organisationsethik) ist es ebenfalls zu empfehlen.

Diskursethik geht von einer grundlegenden Angewiesenheit auf Kompromisse aus und lenkt die Aufmerksamkeit auf die Regeln solcher Aushandlungsprozesse. Wer soll an den Entscheidungsprozessen beteiligt werden? Wie kann ein sachdienlicher, „herrschaftsfreier“ Diskurs hergestellt werden? Welche Kriterien sollen für die Entscheidungen herangezogen werden? Habermas führt dazu aus: „In der Diskursethik tritt an die Stelle des kategorischen Imperativs das Verfahren der moralischen Argumentation. Sie stellt den Grundsatz ‚D‘ auf, dass nur diejenigen Normen Geltung beanspruchen dürfen, die die Zustimmung aller Betroffenen als Teilnehmer eines praktischen Diskurses finden können. (...) In Argumentationen müssen die Teilnehmer davon ausgehen, dass im Prinzip alle Betroffenen als Freie und Gleiche an einer kooperativen

Wahrheitssuche teilnehmen, bei der einzig der Zwang des besseren Arguments zum Zuge kommen darf.“ (Habermas 1992) Habermas betont, dass die Moral die Rechte des Individuums nicht schützen kann ohne gleichzeitig das Wohl der Gemeinschaft, der das Individuum angehört zu schützen. Im Krankenhaus gilt es gleichermaßen den Bedürfnissen des einzelnen Patienten gerecht zu werden und zugleich den Erhalt des Klinikums (und des Gesundheitssystems) zu gewährleisten.

Ethik trägt bei zur Kunst des Entscheidens in schwierigen, oft widersprüchlichen Situationen. Hier werden grundsätzliche Werte bzw. Pflichten formuliert, die unbedingt einzuhalten sind. Sie können der Pflichtenethik (Deontologie) zugeordnet werden. Anstelle der Argumentation mit moralischen Werten kann ebenso vom zu erwartenden Nutzen einer Entscheidung ausgegangen werden. Dem entspricht die Ethik des Utilitarismus. Die Diskursethik betont die Regeln und Wege der Entscheidungsfindung sowie die Notwendigkeit von Kommunikation und Kompromissen.

## 2.2 Medizinethische Dokumente

### **Medizinethische Dokumente und betriebswirtschaftliche Führungskräfte**

Eine Sonderstellung unter den Führungskräften im Krankenhaus kommt traditionell den Chefarzten zu. Der Chefarzt muss als Arzt primär dem Wohl seiner Patienten dienen. Aber auch die ihm untergeordneten Ärzte und die heutzutage meist in einer separaten Linie geführte Pflege mit den Pflege Führungskräften und weitere Berufsgruppen haben diesen originären Auftrag. Sofern ökonomische oder betriebswirtschaftliche Aspekte dabei berücksichtigt werden müssen sind diese in Bezug auf ihre medizinethische Legitimität zu prüfen. Da die für die Medizin zur Verfügung stehenden materiellen und personellen Ressourcen jedoch von Entscheidungen der Prokuristen abhängen, wird die Qualität der faktischen Versorgung von den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und den Aushandlungsprozessen zwischen Medizin und Management beeinflusst. Beide Seiten sind im Interesse einer echten Patientenorientierung gezwungen, unter Bedingungen grundsätzlich gegebener Knappheit der Mittel die ethischen und rechtlichen Anforderungen an das Krankenhaus und seine Versorgungsleistungen zu erfüllen. Aus diesem Grund ist es für den Krankenhausmanager unerlässlich, die nationalen und internationalen ethischen Grundpositionen der Medizin und der Pflegeberufe zu kennen.

Ärzte unterliegen der Ärztlichen Berufsordnung. Dieser ist das Genfer Ärztegelöbnis des Weltärztebundes vorangestellt, das eine zeitgemäße

Version des Hippokratischen Eids darstellt. Für wissenschaftlich tätige Ärzte gelten zudem forschungsethische Grundsätze, die in der jeweils aktuellsten Version der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes strikte Einhaltung fordert. Eine Art Kurzversion medizinischer Ethik stellen die *Principles of Biomedical Ethics* dar, die heute international verbreitet und weitgehend akzeptiert, aber auch teilweise umstritten sind. Die Pflegeberufe verfügen über einen eigenen Ethik-Kodex des International Council of Nurses, der die Fürsorge („Caring“) in den Mittelpunkt stellt, ansonsten aber dem hippokratischen Modell ähnelt. Spezielle Trägerorganisationen wie das Internationale Rote Kreuz und Berufsverbände wie beispielsweise der Psychologen verfügen über eigene Ethikrichtlinien.

In der alltäglichen Versorgungspraxis sind die genannten Dokumente eher dem „Geiste“ nach bekannt, nicht jedoch in ihrer konkreten Ausgestaltung. Selbst an Universitätskliniken sind Kenntnisse über die Forschungsethik nur bedingt vorhanden. Ärzte kennen keineswegs selbstverständlich den Hippokratischen Eid. Positionen der Pflegeethik werden oft zynisch kommentiert, weil sie nach dem Empfinden vieler Schwestern und Pfleger weit von der Wirklichkeit entfernt sind. Im kaufmännischen Management sind konkrete Kenntnisse medizinethischer Grundsätze aller Erfahrung nach noch seltener anzutreffen. Oft fehlt ein Bewusstsein vom Nutzen solcher Kenntnisse für die Steuerung medizinisch-pflegerischer Prozesse.

Ethik-Kodizes formulieren die Inhalte des medizinischen Ethos in Gestalt von Deklarationen. Sie beinhalten Grundsätze ärztlichen Handelns, Verhaltens und Entscheidens. Sie erleichtern die ethische Reflexion medizinischer Entscheidungen und den ethischen Diskurs über Ziele der Medizin und deren Legitimität. Sie geben Hilfen in den immer häufiger auftretenden Situationen in Praxis, Klinik und Forschung, in denen das Ethos des Helfens und Heilens nicht mehr genügt. Sie sind jedoch überwiegend auf das Handeln und Entscheiden von Personen bezogen, nur selten richten sie sich an Institutionen, Organisationen oder Unternehmen. Das Austragen expliziter ethischer Auseinandersetzungen verlangt mehr als Ethos und Grundsätze, baut aber auf diesen auf.

## 2.3 Der Hippokratische Eid

Wer den kurzen Text in der Übersetzung seiner je eigenen Landessprache liest muss Wohlwollen und Geduld aufbringen, um dieses mehr als zweitausend Jahre alte Dokument in seiner Bedeutung für die moderne Medizin und das Gesundheitswesen zu verstehen. Es enthält nur wenige Grundforderungen an den Arzt, an sein Verhalten, seine Tugenden und

wirkt auf den ersten Blick banal. Er beginnt mit der Anrufung von antiken griechischen Göttern, deren Namen wir heute von Apotheken, Medikamenten und Krankenhausunternehmen kennen. Er ist ausschließlich auf Ärzte und ihre Söhne ausgerichtet und kennt weder Ärztinnen noch Töchter. Schließlich beginnt er mit einem Appell an die Schüler der Medizin, ihre Lehrer zu achten und sich als deren Sozialversicherung zu verhalten. Dies alles ist heute befremdlich, aber die Zeiten liegen noch nicht lange zurück, in denen Frauen keinen Zugang zum Arztberuf hatten, in denen Ärzte sich untereinander ohne Rechnung medizinisch versorgten und in denen Assistenz- und Oberärzte den Chef um Erlaubnis für ihre Heirat fragen mussten.

### **Der Hippokratische Eid**

Ich schwöre bei Appollon dem Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und allen Göttern und Göttinnen, indem ich sie zu Zeugen rufe, daß ich nach meinem Vermögen und Urteil diesen Eid und diese Vereinbarung erfüllen werde:

Den, der mich diese Kunst gelehrt hat, gleichzuachten meinen Eltern und ihm an dem Lebensunterhalt Gemeinschaft zu geben und ihn Anteil nehmen zu lassen an dem Lebensnotwendigen, wenn er dessen bedarf, und das Geschlecht, das von ihm stammt, meinen männlichen Geschwistern gleichzustellen und sie diese Kunst zu lehren, wenn es ihr Wunsch ist, sie zu erlernen ohne Entgelt und Vereinbarung und an Rat und Vortrag und jeder sonstigen Belehrung teilnehmen zu lassen meine und meines Lehrers Söhne sowie diejenigen Schüler, die durch Vereinbarung gebunden und vereidigt sind nach ärztlichem Brauch, jedoch keinen anderen.

Die Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meinem Vermögen und Urteil, mich davon fernhalten, Verordnungen zu treffen zu verderblichem Schaden und Unrecht. Ich werde niemandem, auch auf eine Bitte nicht, ein tödlich wirkendes Gift geben und auch keinen Rat dazu erteilen; gleicherweise werde ich keiner Frau ein fruchtabtreibens Zäpfchen geben: Heilig und fromm werde ich mein Leben bewahren und meine Kunst.

Ich werde niemals Kranke schneiden, die an Blasenstein leiden, sondern dies den Männern überlassen, die dies Gewerbe versehen.

In welches Haus immer ich eintrete, eintreten werde ich zum Nutzen des Kranken, frei von jedem willkürlichen Unrecht und jeder Schädigung und den Werken der Lust an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven.

Was immer ich sehe und höre, bei der Behandlung oder außerhalb der Behandlung, im Leben der Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplaudert werden soll, schweigen, indem ich alles Derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf.



Wenn ich nun diesen Eid erfülle und nicht breche, so möge mir im Leben und in der Kunst Erfolg beschieden sein, dazu Ruhm unter allen Menschen für alle Zeit; wenn ich ihn übertrete und meineidig werde, dessen Gegenteil.

Viele Menschen glauben, dass Ärzte diesen „Eid“ tatsächlich schwören. Dem ist nicht so. Schon aus rechtlichen Gründen darf kein junger Arzt gezwungen oder genötigt werden, den Hippokratischen Eid zu schwören. Die moderne Variante, das Genfer Ärztegelöbnis, wird an einigen medizinischen Fakultäten von den Absolventen als Gelöbnis gesprochen, trotzdem ist der Text den meisten Ärzten nicht geläufig.

Ehrfurcht vor dem Text entsteht, weil er seit weit über zweitausend Jahren die Geschichte der Ärzte und ihrer Profession begleitet, allerdings auch mit wechselhafter Bedeutung. Auch andere antike Hochkulturen haben ähnliche Grundsätze für ihre Ärzte formuliert und kodifiziert. Daraus wird erkennbar, dass es offenbar ein universelles Verhältnis zwischen dem Kranken und seinem Arzt gibt, das einem ärztlichen Ethik-Code Notwendigkeit und Sinn verleiht. Diese Besonderheit besteht zum einen in der Schutzlosigkeit des Kranken gegenüber seinem Helfer, dem er sich im wörtlichen Sinne anvertrauen muss. Zum anderen besteht sie in der potenziellen Gefährlichkeit der Medizin. Der Kranke, der den Arzt aufsucht und damit zum Patienten wird, muss dem Arzt vertrauen können, wenn er ihm seinen geschwächten Körper offenbart und den Arzt Einblick nehmen lässt in sein Leben, seine Lebensgeschichte und seine Geheimnisse. Der Kranke muss sich sicher sein können, dass er sorgfältig und gewissenhaft behandelt, zugleich nicht getötet, beraubt oder sexuell missbraucht wird. Er muss sich sicher sein, dass er buchstäblich „in guten Händen“ ist. Der Arzt muss seinerseits wissen, dass er sein Ansehen und seine Berufszugehörigkeit aufs Spiel setzt, wenn er die Moralgrundsätze seiner Profession verletzt.

### Der Hippokratische Eid als Qualitätsmanagement-Dokument

Der Hippokratische Eid ist demnach *das entscheidende Fundament* der medizinischen Qualitätssicherung, im moralischen wie im technischen Sinne verstanden. Er formuliert die Verhaltensregeln, die Kranke, Bürger und Gesellschaft vom Arzt verlangen können. Ohne diese ist der Patient nicht geschützt. Ohne geschütztes Vertrauen kann umgekehrt auch der Arzt keine gute Medizin machen und dem Patienten nicht die mögliche Hilfe geben. Mag der „Eid“ zwar immer wieder auch für elitäre Exklusivität der Ärzteschaft missbraucht worden sein, so ist er doch in erster Linie eine Garantieerklärung der Ärzte gegenüber einer Gemeinschaft, die zu *allererst*

moralisches Handeln vom Arzt verlangt. Dieses geht stets dem sorgfältigen Gebrauch von Technik, Wort und Medikament (Diät) voraus.

„Ärztliche Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise auszuführen.“ Hier sind die beiden komplementären Grundpfeiler zur Orientierung und Bewertung ärztlichen Handelns benannt: jede medizinische Entscheidung und Handlung soll sich legitimieren mit Blick auf den Nutzen für den Kranken (heute Patientenwohl) und die Vermeidung von Schaden.

Für einen antiken, „hippokratischen Arzt“ müssten die heute von Management und Politik erhobenen gängigen Forderungen nach „Patientenorientierung“ und „Patientensicherheit“ irritiertes Erstaunen hervorrufen, wenn sie als Neuigkeit vorgetragen werden, weil diese Orientierung und Ziele doch seit jeher als Maßstab angelegt werden. Beide Positionen sind zweifellos grundlegend, nur die Neuerfindung im Kontext des Managements zielt eher auf Steuerung und Kontrolle der Medizin und Ärzte *von außen*, während die im ärztlichen Ethos verankerte „Patientenorientierung“ als *inneres* Verfahren dabei oft übersehen wird. Diese ist in den Grundregeln medizinischer Arbeit integriert und nicht gesondert erwähnt. Sie wird gewährleistet durch das erkundende Gespräch zwischen Arzt und Patient, das als Anamnese bekannt ist. Diese wird ergänzt durch die körperliche Untersuchung und die Auswertung individueller Befunde. Die Kontrolle der „Patientenorientierung“ erfolgt in den Visiten, die von Patient zu Patient geht und mehre Stufen der medizinischen Aufsicht, Beratung und Belehrung bezogen auf jeden Patienten umfasst. Sie endet in der Entlassungsuntersuchung und dem begleitenden Gespräch. Diese traditionelle „hippokratische“ Patientenorientierung beruht auf den direkten Kontakt zwischen den am Behandlungsprozess beteiligten Menschen. Sie sollte vom Management beachtet und geschützt werden.

Für eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen den direkt mit Patienten arbeitenden Berufen und dem Management wäre es wichtig, Sinn und Wert *beider* „Qualitätsorientierungen“ zu respektieren und aufeinander abzustimmen. Dazu hilft den Führungskräften die Kenntnis des „Eides“. Konkrete Beobachtung und Erfahrung wären idealerweise mit statistischen Daten zu vermitteln, nicht aber durch eine Dominanz von „Zahlen und Daten“ abzuwerten. Vermieden werden sollten nachhaltige Störungen der ärztlichen Qualitätssicherung auf der Mikroebene durch Kontrolle und Steuerung von außen, wenn diese ohne Dialog und ohne Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse vor Ort erfolgen.

### Die Kernaussagen des Hippokratischen Eids

Die entscheidenden Kernaussagen des Hippokratischen Eids machen also die Orientierung am Wohl des Kranken und umgekehrt die Vermeidung von Schaden zu einem komplementären obersten Gebot. Weitere Forderungen ergeben sich daraus von selbst.

Der Hippokratische Eid verlangt vom Arzt einen strengen Lebensschutz (Tötungsverbot), die Wahrung des Patientengeheimnisses („Verschwiegenheit“) und das Absehen von jeglicher „Übeltat, besonders von jedem geschlechtlichen Missbrauch.“ Die im ersten Abschnitt des Eides geforderte Ehrung der eigenen Lehrer kann mit anderen Worten auch als höchste Wertschätzung des medizinischen Wissens verstanden werden, das als gesammelter Erfahrungsschatz sorgfältig gehütet und weitergegeben werden soll. Die Pflege und Entwicklung des medizinischen Wissens wird heute als lebenslange Pflicht zur ärztlichen Fortbildung angesehen. Auch dieses Gebot soll letztlich dem Patienten dienen, denn dieser soll nach dem stets neuesten und besten verfügbaren Wissen behandelt werden.

All diese Forderungen sind auf den ersten Blick selbstverständlich, sie sind es jedoch nicht mit Blick auf die Realitäten des täglichen Lebens und der menschlichen Natur. Tötungen von Patienten kommen vor, in den meisten Fällen auf Wunsch dieser Patienten, aber nicht immer. Tötungen von Patienten gab es auf staatliche Anordnung. Bürgerverbände fordern in vielen Ländern das Recht auf ärztlich assistierten Suizid oder direkte Tötung durch den Arzt. Nicht auszuschließen ist, dass eines Tages das „Geschäftsmodell“ eines „Medizinanbieters“ solche Tötungen mit Berufung auf den freien Willen des autonomen Patienten oder Kunden in sein Portfolio aufnimmt. Sexuelle Handlungen von Klinikpersonal an Patienten kommen immer wieder vor. Die Grenze zwischen Erlaubtem und Unerlaubtem ist nicht immer leicht zu ziehen, wie die vielen in Psychotherapiesitzungen angebahnten Liebensbeziehungen zeigen.

Die Verschwiegenheit des Arztes ist von großer Bedeutung sowohl für das Privatleben der Patienten als auch für deren Sicherheit. Ohne sie wird der Patient dem Arzt unter Umstände lebenswichtige Informationen vorenthalten. Wird ein Patient gegenüber seiner Umwelt geschädigt oder beschämt durch unachtsames Ausplaudern persönlicher Dinge so können ihm ernste Nachteile entstehen (Versicherung, Arbeitsplatz) oder er wird durch Vermeiden medizinischer Maßnahmen Schaden erleiden.

Eine junge schwangere Frau verschwieg den Ärzten, dass sie in einer früheren Schwangerschaft eine illegale Abtreibung durchführen ließ, bei der die Gebärmutter verletzt wurde. Als die Presswehen einsetzen, ging die Narbe am Uterusfundus auf, das Kind wurde nach innen in den Leib der Mutter hinein

geboren. Ein Notkaiserschnitt konnte die Frau mit Mühe vor dem Verbluten retten. Das Kind erlitt eine dauerhafte Hirnschädigung. Mangelndes Vertrauen hatte entscheidende Informationen zurückgehalten.

In einer afrikanischen Region mit hoher AIDS-Häufigkeit sollte die zugleich hohe Säuglings- und Müttersterblichkeit durch ein Geburtszentrum gesenkt werden. Die anfänglich deutlichen Erfolge ließen jedoch nach einiger Zeit nach und die Sterblichkeit stieg wieder an. Nachforschungen ergaben, dass die Mitarbeiter Informationen über HIV-positive Frauen weitergaben, so dass diese sozial isoliert wurden. Aus Angst vor HIV-Tests und nachfolgender Diskriminierung durch Missachtung der Schweigepflicht mieden fortan viele Frauen das Zentrum. Die Säuglings- und Müttersterblichkeit nahm zu.

Nicht alle Forderungen des Hippokratischen Eids sind quasi zeitlos. So werden alle chirurgischen Maßnahmen einschließlich der Abtreibung abgelehnt. Diese Maßnahmen waren damals angesichts fehlender Asepsis lebensgefährlich. Chirurgen gehörten damals nicht zur Zunft der Ärzte. „Die Medizin“ war immer auch nur das, was mit gesellschaftlicher Akzeptanz als „Medizin“ erklärt wurde.

### Der Hippokratische Eid und das Gesundheitssystem

Der Hippokratische Eid ist eine Selbstverpflichtung der Ärzte im Sinne des moralischen Qualitätsversprechens einer Profession. Der Zeit seiner Entstehung entsprechend spricht er vom einzelnen Arzt. Dieser sollte das Professionsethos als persönliche Tugend, als Charaktermerkmal integrieren. Der einzelne Arzt steht gegenüber seinem Patienten in der Verantwortung für diesen. Was der Hippokratische Eid *nicht* kennt sind Institutionen der medizinischen Versorgung und Gesundheitssysteme. In einer Situation, in der Hospitäler, Praxen, Krankenversicherungen und ein ganzes *Gesundheitssystem* für die Gewährleistung der medizinischen Versorgung zuständig sind stellt sich die Frage, ob und wie weit die moralischen Ansprüche an den individuellen Arzt auch auf die Versorgungseinrichtungen der Meso- und Makroebene übertragbar sind.

Unsere Gesellschaft scheint in der Tat den „Geist des Hippokrates“ auf das Gesundheitssystem übertragen zu wollen. Dem entsprechend ist die Rechtsprechung zur medizinischen Versorgung von Menschen und zur medizinischen Forschung am Menschen ausgerichtet. Andererseits ist es angesichts kontinuierlich und rasant wachsender Potenziale der Medizin nicht selbstverständlich, die dafür erforderlichen Mittel umstandslos über Zwangsbeiträge der Krankenkassen, Krankenversicherungen oder über Steuern zu finanzieren. Politische Bemühungen, die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem einzudämmen und zugleich das Wachstum einer

sich neu verstehenden Gesundheitswirtschaft zu fördern, verlangen von den Einrichtungen des Gesundheitssystems, besonders von den Kliniken und Praxen, einen anstrengenden Spagat zwischen der konsequenten Verfolgung des Patientenwohls einerseits sowie den wirtschaftlichen Interessen von Klinikunternehmen und politischen Zielen der Regierungen andererseits. Die Führungskräfte in den jeweiligen Einrichtungen stehen folglich in einer Konfliktzone, in der die „Ethik des Hippokrates“ nur eine Stimme von vielen ist.

In diesem Sinne wäre der Hippokratische Gedanke heute zu sehen. Noch versucht die deutsche Politik den Problemen auszuweichen, die sich dann ergeben, wenn eben nicht mehr alle wirksame Medizin für jeden, der es aus medizinischer Sicht braucht, finanziert werden kann. Die Problematik einer Priorisierung und letztlich auch Rationierung würde eine „Kreuzung“ von („hippokratischer“) Individualethik und gesundheitsökonomisch fundierter kollektiver Bevölkerungsethik notwendig machen. Für diese schwierige Herausforderung ist die Kenntnis von Ethik-Grundsätzen wichtig, aber nicht ausreichend. Ergänzend muss ethische Kompetenz entwickelt werden, um die unterschiedlichen Wertmaßstäbe der versorgenden Medizin, des seine wirtschaftliche Basis sichernden Gesundheitsunternehmens (vormals „Krankenanstalt“) und des politisch verantworteten Gesundheitssystems aufeinander abzustimmen. Qualifizierte gesellschaftliche Diskurse sind hierzu erforderlich. „Ethik“ gibt dazu das erforderliche intellektuelle Rüstzeug an die Hand.

#### Wichtige Aussagen des Hippokratischen Eides

- Dem Wohl des Kranken dienen
- Keinen Schaden zufügen
- Nicht töten
- Keine (auch sexuellen) Übergriffe
- Schweigepflicht wahren
- Kollegialität wahren

## 2.4 Das Genfer Ärztegelöbnis – Präambel zur Ärztlichen Berufsordnung

Wer eine Einrichtung zur medizinischen Versorgung führt und somit im Kern auf ärztliche Mitarbeiter angewiesen ist, kann ohne Kenntnis der Inhalte der ärztlichen Berufsordnung keine gute Zusammenarbeit herstellen. Auch ärztlichen Führungskräften hilft eine präzise Kenntnisnahme gerade in Zeiten rascher Veränderungen der Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem.

Die ärztliche Berufsordnung, durch das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland der Zuständigkeit der Bundesländer und im Zuge der Selbstverwaltung den jeweiligen Ärztekammern obliegend, ist für jeden Arzt verbindlich. Das Dokument gibt Auskunft über die „sittlichen“ Grundlagen des ärztlichen Berufs. Ihre Präambel beruht auf ethischen Grundlagen, die im „Genfer Ärztegelöbnis des Weltärztebundes“ 1948 formuliert wurden. Dieses Dokument gilt als zeitgemäßer Nachfolger des Hippokratischen Eids. Es ist der Berufsordnung für Ärzte vorangestellt.

### **Deklaration von Genf**

verabschiedet von der 2. Generalversammlung des Weltärztebundes Genf, Schweiz, September 1948 [...] (in der Version von 2006)

Gelöbnis:

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Beruf gelobe ich feierlich:

Ich werde mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit stellen.

Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde meinen Beruf nach bestem Gewissen und mit Würde ausüben. Die Gesundheit meiner Patientin oder meines Patienten wird mein oberstes Anliegen sein.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen in meiner Macht stehenden Mitteln die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.

Meine Kolleginnen und Kollegen werden meine Schwestern und Brüder sein.

Ich werde mich bei der Erfüllung meiner ärztlichen Pflichten, meiner Patientin oder meinem Patienten gegenüber nicht durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder durch andere Faktoren beeinflussen lassen.

Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.

Ich werde, selbst unter Bedrohung, meine medizinische Kenntnisse nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.

Das Dokument ist in der täglichen Praxis selten präsent, für viele wirkt es pathetisch und weit entfernt von der Realität. Gleichwohl sind die Kernaussagen im Empfinden der Angehörigen der Gesundheitsberufe doch

vorhanden. Nicht wenige von ihnen messen die Wirklichkeit an diesen Versprechen und reagieren mit Zynismus, wenn sie gebrochen werden oder nicht durchgehend gelebt werden können. Für die Festlegung von Zielen und Grundsätzen medizinischer Versorgung und ihrer Einrichtungen sind sie nach wie vor aktuell.

Die Tätigkeit in der Medizin soll „menschlich“ sein! Wer würde sich das nicht wünschen. Führungskräfte sollten offen sein für die vielen Ärzte und Pflegenden, die heute diese Menschlichkeit vermissen. Dauerhaft kann Medizin nicht ohne die Gewissheit praktiziert werden, dass die Menschlichkeit gewahrt wird. Man wird darüber streiten können und müssen, was konkret als Menschlichkeit gilt. Wenn jedoch viele Mitarbeiter in Kliniken das Gefühl äußern, Menschlichkeit würde vermisst oder gar sträflich missachtet, dann sollte das nicht ignoriert werden. Ethik-Gesprächskreise („Ethik-Café“) sind ein geeignetes Medium, um derlei Wahrnehmungen oder Einschätzungen aufzunehmen und gemeinsam nach Verbesserungen zu suchen.

„Gewissensfreiheit“ bei ärztlichen Entscheidungen wird gefordert und beansprucht. In Zeiten hoher betriebswirtschaftlicher Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen ist dies höchst bedeutsam. Auch für die Pflegeberufe ist dies ein sensibles Thema, da Pflegende sich sehr häufig genötigt fühlen, an Versorgungsmaßnahmen teilzunehmen, die sie moralisch nicht billigen. In solchen Fällen sollten gerade ärztliche Führungskräfte mittels ethischer Kompetenz ihre Entscheidungen vermitteln können, gegebenenfalls aber auch in der Auseinandersetzung mit anderen Beurteilungen revidieren.

Die zentrale Aussage des Gelöbnisses stellt die „Gesundheit meiner Patientin oder meines Patienten“ als „höchstes Anliegen“ heraus. Das bedeutet, dass die Bedürfnisse und Gesundheitsinteressen des jeweiligen Patienten ganz klar Vorrang haben müssen vor allen anderen Interessen: denen des Unternehmens an Gewinn oder Ansehen, eines Arztes an Gewinn, Ansehen oder Fertigkeit, den Interessen der Mitarbeiterschaft an Arbeitsbedingungen oder Tarifen, den Interessen von Krankenkassen oder von politischen Institutionen. Für das kaufmännische Management kann diese klare Priorität durchaus zum Problem werden, wird dieses doch für die wirtschaftliche „Gesundheit“ des Unternehmens verantwortlich gemacht. Aber auch Ärzte stellen sich Fragen, ob eine nachweislich wirksame Therapie auch dann *allen* Patienten verordnet werden können, wenn diese – wie am Beispiel der aktuellen Behandlung der Hepatitis C- mit extremen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden sind. So sind also zunehmend Situationen denkbar, wo Interessen an einem wirtschaftlich

stabilen Gesundheitssystem sich vor die Interessen des einzelnen Kranken schieben können.

Das Gebot der Gleichbehandlung aller Patienten stellt ebenfalls eine große Herausforderung aus, weil diese einerseits auch rechtlich gefordert wird, andererseits aber gesetzliche Unterschiede vorgeschrieben sind. So haben Patienten aus anderen Ländern der Europäischen Union nur Anspruch auf Kostenübernahme in Höhe der in ihrem Heimatland geltenden Gebühren und Menschen, die nicht Bürger eines EU-Mitgliedslandes sind, haben in der Regel nur Anspruch auf eine unscharf definierte Grundversorgung. Die Problematik wird durch Migration und Flüchtlinge verschärft. Bei derlei komplizierten Entscheidungssituationen sollten Führungskräfte mit ethischer Kompetenz ansprechbar sein und im Dialog mit den Beteiligten nach möglichst breit akzeptierten Lösungen suchen.

Der geforderte „Respekt vor dem menschlichen Leben“ stellt eine dauerhafte ethische Herausforderung dar. Durch die erweiterten Möglichkeiten der Intensivmedizin, der Techniken der Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik, Humangenetik und die umstrittene Frage, wann denn überhaupt das menschliche Leben und dessen Schutzwürdigkeit beginne sind Antworten in diesem Themenfeld ausgesprochen anspruchsvoll geworden. Werden diese Antworten aber nicht gegeben so sind Kontroversen, Konflikte und Störungen zwischen den beteiligten Personen unvermeidbar.

Auch das schon im Hippokratischen Eid angesprochene Gebot der „Wahrung des Patientengeheimnisses“ wird im Genfer Gelöbnis übernommen. Angesichts hoher Dokumentationspflichten und zunehmender elektronischer Vernetzung patientenbezogener Daten und Informationen wird hier eine ernste Herausforderung für das Management von Krankenhäusern und allen anderen Einrichtungen des Gesundheitssystems erkennbar. Aber schon eine Überbelegung eines Klinikums oder ein Umbau mit vorübergehender Raumknappheit kann hier zur Herausforderung werden, wenn Patienten auf dem Flur aufgenommen werden und vor den Ohren und Augen Dritter nicht abgeschirmt werden können. Ein „klassischer“ Ethikkonflikt liegt vor, wenn grundsätzlich zu schützende Informationen und Daten für das akute Patientenwohl dem Risiko der Veröffentlichung oder der Einsicht durch Unbefugte ausgesetzt werden müssen.

### **Genfer Gelöbnis als historische Reaktion**

Das Genfer Ärztegelöbnis und die darauf aufbauende Berufsordnung der Ärzte beruhen auf Ethik-Grundsätzen in der hippokratischen Tradition. Diese wurden nach dem Zweiten Weltkrieg und nach den erschütternden Erkenntnissen im



Rahmen der Nürnberger Ärzteprozesse neu formuliert. Die damals aufgedeckten und verhandelten medizinischen Verbrechen an Kriegsgefangenen und Gefangenen in den Konzentrationslagern hatten unter Bezug auf das Völkerrecht zur Formulierung des „Nürnberger Kodex- Regeln über die Experimente am Menschen“ geführt. Hier wurden alle unter Zwang durchgeführten medizinischen Versuche geächtet. Forschung am Menschen sollte fortan nur freiwillig und nach ausdrücklicher Zustimmung auf der Grundlage vollständiger Aufklärung durch den Probanden erfolgen. Als Grundsatz des „informed consent“ sollte dieser Gedanke über die Forschung hinaus in der Folgezeit für *alle* medizinischen Handlungen an Menschen bekräftigt werden. Das „Principle of Autonomy“, Selbstbestimmung des Patienten über seine Inanspruchnahme von Medizin, wurde dann von den Amerikanern Beauchamp und Childress zu den hippokratischen „principles“ hinzugefügt. Es ist selbstverständlich, dass die Achtung der Grundsätze der Selbstbestimmung und der Menschlichkeit, die ebenfalls nach den Nürnberger Prozessen hervorgehoben wurden, nicht nur vom einzelnen Arzt, sondern von allen Gesundheitsberufen und von den Einrichtungen des Gesundheitssystems zu achten sind. Damit sind sie auch für das gesamte Management richtungweisend.

## 2.5 Die Ärztliche Berufsordnung: kodifizierte Medizinethik

Die Ärztliche Berufsordnung ist kodifizierte Medizinethik. In Deutschland wird sie entsprechend dem Grundgesetz von den Ärztekammern der Bundesländer erlassen und in Bezug auf Einhaltung überwacht. Die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft hat eine Musterberufsordnung verfasst. Darüber hinaus wurden Grundsätze ärztlicher Ethik in einer Europäischen Berufsordnung niedergelegt, die von der Internationalen Konferenz der Ärztekammern und Organisationen 1995 einstimmig angenommen wurde. Die ethischen Normen gelten für jeden einzelnen Arzt als verbindlich. Sie sind allgemein verfasst und werden in der Ärzteschaft wie in der Gesellschaft weitgehend akzeptiert. Schwierigkeiten ergeben sich eher bei der Anwendung der Normen auf konkrete Fälle und Situationen und ganz besonders dann, wenn neuartige, bislang unbekannte Entscheidungssituationen vorliegen oder wenn zwischen den Normen Unvereinbarkeiten bestehen.

Die europäische Berufsordnung beginnt mit einem ärztlichen Gelöbnis. Sie betont die Pflicht zur Achtung der Patientenautonomie auf Grundlage der Aufklärung des Patienten. Sie stellt die ethische und fachliche Unabhängigkeit sowie die berufliche Schweigepflicht heraus. Breiter Raum wird der „Ankündigung der ärztlichen Tätigkeit“ gewidmet, womit ein Werbeverbot konkretisiert wird. Grundsätze der Kollegialität werden gegenüber wettbewerblichem Verhalten betont.

Lebensschutz, Achtung der Menschenwürde, Gleichbehandlung und konsequenter Einsatz für die Gesundheit *des Menschen* sind die erstgenannten Normen. Es geht also um den Einzelnen und die Menschen schlechthin, nicht nur um Kranke und Patienten. Eine Unterscheidung zwischen Friedens- und Kriegszeiten wird abgelehnt. In der ärztlichen Berufsausübung darf nur die Gesundheit des Patienten im Vordergrund stehen. Auf keinen Fall darf er dem Patienten schaden.

Den bekannten Positionen des Hippokratischen Eids und des Genfer Gelöbnisses wird die „Einwilligung nach Aufklärung“ an hervorgehobener Stelle hinzugefügt. Der ethischen und fachlichen Unabhängigkeit wird ein besonderer Absatz gewidmet. Es wird hier jedoch die Möglichkeit antizipiert, dass diese Unabhängigkeit in privaten Einrichtungen oder Behörden nicht gegeben ist. In solchen Fällen soll der Patient darauf hingewiesen werden, sofern dies nicht offensichtlich ist.

Hinsichtlich der ärztlichen Schweigepflicht wird auf Gefahren elektronischer Patientendatenbanken hingewiesen. Der Arzt „als Vertrauter des Patienten“ muss hier in besonderer Weise auf Datensicherheit achten. Erkennbar ist, dass auf diesem Gebiet noch erhebliche Probleme zu lösen sind, da einerseits die IT-Entwicklung vor dem Gesundheitswesen nicht haltmachen wird, andererseits vollständige Datensicherheit weder vom Arzt noch vom Krankenhaus und auch nicht vom Netzbetreiber garantiert werden kann.

Zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Europäischen Berufsordnung (1995) zeichnen sich Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungstendenzen im Gesundheitswesen vieler europäischer Länder bereits deutlich ab. Dem wird von den Standesorganisationen ein klares Bekenntnis entgegengehalten: „Die ärztliche Berufsausübung ist weder ein Gewerbe noch eine kommerzielle Tätigkeit.“ Daraus folgt, dass Werbung, die Bezug nimmt auf andere Ärzte im Sinne von Wettbewerb, nicht zulässig ist. Wohl dürfen Titel und Qualifikationen dargestellt werden, soweit dies der Information des Patienten dient. Diese sollen aber nicht irreführend werden. Werbung darf nicht sein, jedenfalls nicht in der Art kommerzieller Unternehmen. Ärzte in Krankenhäusern dürfen nicht erlauben, dass der Einrichtungsträger „in besonderem Maße mit den Kenntnissen, Fähigkeiten und Leistungen in Bezug auf andere Ärzte wirbt.“

### **Europäische Berufsordnung für Ärzte von 1995**

#### **Gelöbnis des Arztes**

Es ist Aufgabe des Arztes in Friedens- wie in Kriegszeiten unter Achtung vor dem Leben und der Würde des Menschen ohne Unterschied des Alters, der

Rasse, der Religion, der Staatsangehörigkeit, der gesellschaftlichen Stellung, der politischen Ideologie oder irgendwelcher anderer Art, die körperliche und geistige Gesundheit des Menschen zu schützen und sein Leiden zu lindern.

Der Arzt hat bei der Ausübung seines Berufes die Gesundheit des Patienten in den Vordergrund zu stellen. Der Arzt darf seine beruflichen Kenntnisse nur zur Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit der Menschen, die sich ihm anvertrauen und nur auf deren Ersuchen einsetzen. Er darf in keinem Fall zu ihrem Schaden tätig werden.

Es widerspricht der ärztlichen Ethik, wenn der Arzt dem Patienten bei der Ausübung seines Berufes seine persönlichen, weltanschaulichen, moralischen oder politischen Vorstellungen aufzwingt. Die ärztliche Berufsausübung ist weder ein Gewerbe noch eine kommerzielle Tätigkeit. [...]

Seit Verabschiedung dieser Berufsordnung haben die Gesundheitssysteme viele Reformen erlebt und die Medizin hat ihre Potenziale erheblich erweitert. Teils mit dem Ziel der Kostendämpfung, teils der Förderung der Gesundheitswirtschaft wurden von den Gesetzgebern neue Konzepte der Steuerung und Entwicklung von Medizin und Gesundheitswesen implementiert. Die Einführung des (modifizieren) Wettbewerbsprinzips hat die klassische *Krankenanstalt* in ein modernes Gesundheitsunternehmen überführt. Damit wurden die Institutionen der medizinischen Versorgung, insbesondere die Krankenhäuser, einem Wettbewerb um Kunden unterworfen, zu denen insbesondere die Patienten gehören. Die Finanzierungsordnung deutscher Krankenhäuser verlangt von Häusern eine betriebswirtschaftliche Führung und die Erwirtschaftung von Gewinnen, u.a. um notwendige Investitionen finanzieren zu können.

Krankenhäuser wie Arztpraxen werden nach einer in Deutschland auch vom Bundesministerium für Gesundheit übernommenen Definition zum „ersten Gesundheitsmarkt“ der volkswirtschaftlich bedeutenden *Gesundheitswirtschaft* gezählt. Sozialpolitik und Wirtschaftspolitik verschmelzen hierbei zunehmend. Aus Sicht der Medizinethik entsteht dadurch der Widerspruch zwischen dem Krankenhaus als Unternehmen und der Medizin. Auch öffentliche und frei-gemeinnützige Krankenhäuser müssen heute Gewinne erstreben zur Sicherstellung ihrer wirtschaftlichen Zukunft. Private Anbieter sind a priori auf die Erzielung von Gewinn und Profit angelegt. Damit werden viele Einrichtungen des Gesundheitswesens als gewerbliche oder quasi gewerbliche Unternehmen geführt. Die ärztliche Tätigkeit als Gewährleister der medizinischen Versorgung soll jedoch „weder ein Gewerbe noch eine kommerzielle Tätigkeit“ sein. Finanzierungsordnung und Berufsordnung gehen also in unterschiedliche Richtungen. Den Fähigkeiten und dem Gewissen sowohl der Ärzte als

auch der Geschäftsführungen ist damit eine schwierige Herausforderung gegeben. Dass die Ökonomisierung des Gesundheitssystems ein hohes „moralisches Risiko“ enthält das zu Konflikten zwischen Patientenorientierung und Unternehmensorientierung führen kann zeigt die Erfahrung der organisationsethischen Praxis.

### 2.6 Die vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik

Medical ethics enjoyed a remarkable degree of continuity and consistency from the days of Hippocrates until the mid-twentieth century. But recent scientific, technological, and social developments have produced rapid changes in the biological sciences and in health care. These developments have challenged many traditional conceptions of the moral obligations of health professionals and society. The objective of this book is to provide a moral framework for determining our obligations in the wake of these developments. (Beauchamp u. Childress 1989)

Seitdem im Jahre 1977 die erste von vielen Auflagen des Buches „Principles of Biomedical Ethics“ der amerikanischen Medizinethiker („Bioethicists“) Tom L. Beauchamp und James F. Childress von der Georgetown-University Washington D.C. erschien, hat sich eine international weit verbreitete und akzeptierte Kurzfassung ethischer Normen für die Medizin durchgesetzt, die oft als „Georgetown-Mantra“ bezeichnet wird. Man kann die Kernaussage des sehr gründlichen philosophisch fundierten Werks auf vier Grundprinzipien zusammenfassen, die als eine Art Taschenkompass der Ethik schnell und einfach erinnert werden können. Jede medizinische Entscheidung wird daraufhin befragt, ob sie a) die Autonomie, die Selbstbestimmungsrechte des Patienten achtet, b) ob sie dem Wohl oder Nutzen des Patienten dient, c) ob der Grundsatz der Schadensvermeidung beachtet wird und d) ob die Kriterien der „Gerechtigkeit“ eingehalten werden. Die Prinzipien sind in diesem Sinne sehr praxisorientiert und befähigen den Entscheider, ohne tiefgreifende Diskussion grundsätzlicher deontologischer, utilitaristischer oder anderer ethischer Positionen eine Entscheidung zu treffen. Aus diesem Grund werden die Biomedical Principles auch als Prinzipien mittlerer Reichweite bezeichnet (im Gegensatz zu den weitausgreifenden grundsätzlichen ethischen Positionen, die sich oft nicht gegeneinander auflösen lassen).

### ! Taschenkompass für Ethik im Krankenhaus: Die biomedizinischen Prinzipien (Beauchamps and Childress 1977)

- Principle of Respect for Autonomy – Prinzip des Respektes der Patientenautonomie
- Principle of Nonmaleficence – Prinzip des Nicht-Schadens
- Principle of Beneficence – Prinzip der Fürsorge
- Principle of Justice – Prinzip der Gerechtigkeit

Das „Principle of Non-Maleficence“ und das „Principle of Beneficence“ sind uns aus dem Hippokratischen Eid hinlänglich bekannt. Beide beziehen sich auf medizinische Maßnahmen am Patienten, können aber auch für die ethische Bewertung ganzer medizinischer Verfahren, Techniken oder anderer Aspekte angewandt werden. Das „Principle of Justice“ wird ebenfalls schon bei den antiken Ärzten erwähnt. Es thematisiert die Probleme gerechter Verteilung knapper Mittel (Ressourcenallokation), fragt nach Fairness, Kriterien der Priorisierung und Rationierung von Mitteln und einer angemessenen Grundversorgung aller Menschen. Die Gerechtigkeitsforderung wird nicht nur an den Arzt gestellt, sie stellt sich auch für die Führungsebenen in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens und die Politik.

#### **Priorisierung und Rationierung**

*Priorisierung* stellt ein wichtiges Thema der Ethik dar. Hierbei geht es um die Festlegung von Hierarchien der Wichtigkeit. Welche medizinischen Ziele sind wichtiger als andere? Sollen große Anteile der Ressourcen für die Akutmedizin oder die Intensivmedizin bei älteren Menschen verwendet werden, oder sollten die Mittel eher zur Prävention von Krankheiten oder bevorzugt jüngeren Menschen zugutekommen? Das aus der Militär- und Katastrophenmedizin stammende Modell der *Triage* legt zum Beispiel fest, welche verletzten Personen zuerst behandelt werden und wer ggf. gar nicht behandelt wird. Viele Staaten haben Kommissionen zum „Priority Setting“ eingerichtet. Eines der Ziele dabei ist die Vermeidung von Rationierungen medizinischer Maßnahmen. Im strengen Sinne liegt eine *Rationierung* vor, wenn knappe Mittel oder Maßnahmen nach klaren Kriterien so eingeteilt werden, dass sie ganz oder teilweise trotz medizinischer Notwendigkeit vorenthalten werden.

Neueren Ursprungs hingegen ist das „Principle of Respect for Autonomy“, das die Selbstbestimmung des Patienten im Sinne eines Rechts auf Ablehnung medizinischer Maßnahmen betont. Zu einer Behandlung muss im Normalfall der Patient seine Zustimmung geben. Ausnahmen sind

Notfälle und Situationen der Entscheidungsunfähigkeit. Für solche Fälle werden dann Patientenverfügungen und Vertretungsvollmachten gefordert. Zwangsbehandlungen sollen nicht erfolgen, von forensisch psychiatrischen Fällen abgesehen.

Voraussetzung für die rechtsgültige Zustimmung des Patienten ist die ausreichende Information über seine Erkrankung, die vorgesehene Therapie und mögliche Alternativen.

Der „autonome Patient“ ist keine anthropologische Konstante. Die starke Betonung der „autonomy“ ist auch ein Reflex des US-amerikanischen Gesundheitswesens, das auf Grund eines deutlich schwächeren Sozialversicherungsmodells als in Europa die persönliche Verantwortung des Bürgers für seine Gesundheit und die Krankenversorgung stärker betont. So gesehen hat ein US-Bürger auch mehr Wahlmöglichkeiten im positiven und negativen Sinn. Als „Health-Care-Consumer“ repräsentiert eher mehr den Kunden als den herkömmlichen Patienten.

Die Hauptstoßrichtung von „Autonomy“ richtet sich jedoch gegen den Habitus eines „Paternalismus“, wie er in Europa und auch in Deutschland lange vorherrschend war. Dies hat sich inzwischen geändert. Die Aufklärungspflichten sind gesetzlich erweitert worden, Patientenverfügungen und Stellvertreter-Vollmachten sind weit verbreitet und juristisch gestärkt. Auch in der Psychiatrie sind Behandlungen gegen den Willen des Patienten stark eingegrenzt worden. Da Kliniken für ein Fehlverhalten ihrer Mitarbeiter haftbar gemacht werden können und zudem ihr Ansehen aufs Spiel setzen ist es auch eine Aufgabe des Managements dafür zu garantieren, dass die erweiterten Patientenrechte auch beachtet bzw. umgesetzt werden.

Das Buch der beiden Autoren stellt ein Schlüsselwerk der internationalen Medizin- bzw. Bioethikszene dar. Sein Anspruch besteht in der Formulierung eines moralischen Rahmens, um den tief greifenden Veränderungen der Gegenwart in Medizin, Gesundheitswesen und Gesellschaft gerecht zu werden.

### **Patient, Kunde oder Health-Care-Consumer?**

Ob ein kranker oder gesunder Mensch, der sich in ärztliche Behandlung begibt, als Patient, Kunde oder, wie von der Harvard Ökonomin Regina Herzlinger gefordert als „Health Care Consumer“ gesehen werden soll, hat viele ethische und politische Kontroversen ausgelöst. Mit dem Einzug des Wettbewerbs in das Gesundheitssystem und mit der Ausweitung privat zu zahlender Gesundheitsdienste wird zunehmend von „Kundenorientierung“ gesprochen. Damit wird indirekt unterstellt, dass der (ehemalige) Patient sich als „freier Marktteilnehmer“ verhält. Seine durch seinen Gesundheitszustand bedingte Not, die ihm

keine freie Wahl lässt ob er sich behandeln lässt oder nicht, wird dabei freilich nicht hinreichend berücksichtigt. Ein Kunde und ein „Health Care Consumer“ sind zudem in ihren Möglichkeiten durch die eigene Kaufkraft beschränkt. Je stärker ein Gesundheitssystem marktwirtschaftlich orientiert ist und je weniger sozialetische Grundsätze wie Solidarität, Gleichheit, Gerechtigkeit oder – wie bei den Kirchen – Barmherzigkeit eine Rolle spielen, umso mehr wird der Kundenbegriff gestärkt. Gleichzeitig fehlt dem Kundenbegriff im Gegensatz zum Patientenbegriff das Moment der Fürsorge. Einem fürsorglich behandelten Patienten wird medizinisch so versorgt, wie es sinnvoll erscheint, wohingegen ein Kunde unter Umständen dazu verführt wird Gesundheitsleistungen zu wählen, die überflüssig sind oder ihm gar schaden. Ein Kunde kann sich potentiell kaufen was er möchte. Solange aber ein Arzt für die praktizierte medizinische Maßnahme verantwortlich ist, kann eine „wunscherfüllende Medizin“ nicht allgemein zugelassen werden. Letztere wäre weniger problematisch, wenn der Kunde die gewünschte Leistung selbst bezahlt (und nicht die Krankenkasse oder Versicherung) und die Verantwortung für die Folgen selbst übernimmt. In den europäischen Gesundheitssystemen mit dem hohen Stellenwert des Solidaritätsprinzips kann freilich kein Patient oder Kunde beliebig Leistungen verlangen, die zu Lasten anderer bezahlt werden müssen. Im stärker marktwirtschaftlichen Gesundheitswesen der USA ist nicht nur der „Kunde“ höher bewertet, auch sein Recht auf Selbstbestimmung bzw. Autonomie, ist nicht zufällig hier so stark in den Vordergrund geraten. Hier hat wiederum die Konnotation des Patientenbegriffes eine negative Bedeutung: der Patient ist in seiner Autonomie häufig stark eingeschränkt und abhängig von Ärzten und Pflegekräften. In diesem Sinne hat sowohl der Kundenbegriff positive Aspekte, da er die Autonomie betont, als auch der Patientenbegriff, da er das Moment der Fürsorge und des Nicht-Schadens umfasst.

## 2.7 Ethik in der Klinischen Forschung: Die Deklaration von Helsinki

Medizinischer Fortschritt beruht auf Forschung und Entwicklung. Universitätskliniken spielen dabei eine wichtige Rolle. Klinische Studien können jedoch auch anderen Krankenhäusern durchgeführt werden. Dies gilt besonders für Medikamentenstudien. In allen an der Forschung beteiligten Einrichtungen des Gesundheitswesens sind strenge ethische Auflagen zu beachten. Die Führung dieser Einrichtungen muss diese kennen und für deren Einhaltung sorgen.


Für die medizinische Forschung an und mit Menschen ist die „Deklaration von Helsinki“ des Weltärztebundes maßgebend, die im Juni 1964 verabschiedet und bis heute immer weiter ergänzt und präzisiert wurde. Erfahrungen mit schwerem Missbrauch von Versuchspersonen, die heute als medizinische Verbrechen bewertet werden, liegen den Inhalten der Deklaration zugrunde. In vielen Ländern der Welt wurde die Deklaration

als Muster für die nationale Gesetzgebung genutzt. Für Ärzte ist sie bindend, für Angehörige anderer Berufe, die an der Forschung beteiligt sind oder selber forschen, wird eine Übernahme empfohlen. Dies betrifft beispielsweise Psychologen, Biologen, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler.

Auch die Forschungsethik fußt in der hippokratischen Tradition und bezieht sich auf die Genfer Deklaration des Weltärztebundes. Bezogen auf die allgemeinen ethischen Regeln wird kein Unterschied zwischen der medizinischen Versorgung und der Forschung gemacht.

Die Genfer Deklaration des Weltärztebundes verpflichtet den Arzt mit den Worten „Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein“, und der Internationale Kodex für ärztliche Ethik legt fest: „Der Arzt soll bei der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit im besten Interesse des Patienten handeln.“

Entscheidend ist der Gedanke, dass medizinische Forschung niemals Vorrang haben darf vor dem Leben, der Gesundheit, der Rechte und Interessen der einzelnen Versuchspersonen. Die Versuchsperson muss informiert sein, muss eine Zustimmungserklärung gegeben haben und muss über ihre Rechte informiert sein, auch über das Recht, jederzeit ohne Begründung und ohne Nachteile befürchten zu müssen die Teilnahme an der Studie zu beenden.

 **Eine Studie soll nur zu dem Zweck neuer Erkenntnisse durchgeführt werden. Sie sollen also nicht für das Marketing neuer Medikamente missbraucht werden. Ferner müssen sie von wissenschaftlich qualifiziertem Personal durchgeführt und verantwortet werden und einer sorgfältigen wissenschaftlichen Dokumentation unterliegen.**

Die erforderliche Qualifikation der Forscher muss zuerst eine ethische sein, erst an zweiter Stelle wird die wissenschaftliche Ausbildung genannt. Faktisch ist dies häufig ein Problem, da bislang die wenigsten Ärzte über eine explizite Ethikausbildung verfügen. Es wäre schon hilfreich, wenn die Deklaration von Helsinki in der jeweils aktuellsten Version in Universitätskliniken aushängen würde.

Medizinische Forschung am Menschen darf nur von Personen durchgeführt werden, die angemessen ethisch und wissenschaftlich ausgebildet, geübt und qualifiziert sind.

Wenn Studien mit der Behandlung von Patienten verbunden sind, soll die Behandlung mit der höchsten Erfolgchance nicht zugunsten der Studie



aufgegeben werden. Wenn ein Behandlungspfad gegenüber einer Kontrollgruppe nachweislich gesichert bessere Ergebnisse erzielt, so soll die Studie abgebrochen werden, um der Kontrollgruppe mögliche Vorteile nicht vorzuenthalten.

Ärzte, die medizinische Forschung mit medizinischer Behandlung verbinden, sollten ihre Patienten nur soweit in die Forschung einbeziehen, wie dies durch deren möglichen präventiven, diagnostischen oder therapeutischen Wert gerechtfertigt ist und der Arzt berechtigterweise annehmen kann, dass eine Beteiligung an dem Forschungsvorhaben die Gesundheit der Patienten, die als Versuchspersonen dienen, nicht nachteilig beeinflussen wird. Alle vulnerablen Gruppen und Einzelpersonen sollten besonders bedachten Schutz erhalten.

Das nach den internationalen Forschungsstandards zu erstellende Forschungsprotokoll sollte die erforderlichen ethischen Erwägungen mit Bezug auf die Deklaration enthalten.

Das Protokoll sollte eine Erklärung der einbezogenen ethischen Erwägungen enthalten und sollte deutlich machen, wie die Grundsätze dieser Deklaration berücksichtigt worden sind. Das Protokoll sollte Informationen über Finanzierung, Sponsoren, institutionelle Verbindungen, mögliche Interessenkonflikte, Anreize für Versuchspersonen und Informationen bezüglich Vorkehrungen für die Behandlung und/oder Entschädigung von Personen enthalten, die infolge ihrer Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie einen Schaden davongetragen haben.

Bei klinischen Studien muss das Protokoll auch angemessene Vorkehrungen für Maßnahmen nach Abschluss der Studie beschreiben.

Sehr viel Raum wird der informierten Einwilligung eingeräumt. Grundsätzlich darf weder Zwang noch moralischer Druck auf die Versuchsperson ausgeübt werden. Nicht einwilligungsfähige Personen sollen dabei besonders geschützt werden, aber nicht grundsätzlich aus der Forschung ausgeschlossen werden, da sie andernfalls auch keine forschungsbasierte Verbesserung ihrer Situation erhalten können. Es muss jedoch die Chance bestehen, dass sich durch die Forschung für die betroffene Gruppe Vorteile ergeben können.

Die Deklaration wird an dieser Stelle nur auszugsweise behandelt. Sie richtet sich in erster Linie an die Forscher selbst sowie an die Antragssteller, die ihren Antrag einer Forschungs-Ethikkommission vorlegen müssen. Das schließt aber nicht aus, dass alle für ein Klinikum Verantwortlichen über die nötige Aufmerksamkeit gegenüber den ethischen Anforderungen an medizinische Forschung informiert sind und für die Einhaltung der Standards sorgen.

## 2.8 Weitere Ethik-Dokumente

In diesem Kapitel wurden nur die grundlegenden und international bedeutsamsten Ethik-Dokumente aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung erwähnt. Der Weltärztebund, die American Medical Association, der Internationale Rat der Pflegekräfte (International Council of Nurses), Berufsverbände der Psychologen, das Internationale Rote Kreuz und viele andere Organisationen haben für ihre spezifischen Belange Ethik-Richtlinien erlassen und veröffentlicht. Sie wenden sich überwiegend an die Ausübenden in Medizin, Pflege und Therapien. Für das Management der Einrichtungen, in denen die medizinische Versorgung und Forschung zuhause sind muss das Wissen über diese Standards aber vorhanden sein, wenn eine inhaltlich gedeihliche Beziehung zwischen allen Gesundheitsberufen Wirklichkeit werden soll.

## 2.9 Medizinethik, Pflegeethik, Unternehmensethik und Wirtschaftsethik

Die genauere Bezeichnung einer „Teil-Ethik“ im Gegensatz zu den großen allgemeinen philosophischen oder theologischen „Ethiken“ ist weder zufällig noch folgenlos. Begriffliche Sorgfalt und kritischer Abstand sind deshalb wichtig, weil mit Bezeichnungen auch bestimmte Sichtweisen und Ziele hervorgehoben werden, die ihrerseits auch mit Interessen einhergehen können.

*Medizinethik* befasst sich mit ethischen Aspekten der Medizin und ist damit eine Professionsethik der Ärzteschaft. Sie ist in vielfacher Hinsicht ein Vorbild für andere Bereichsethiken, unter anderen der Pflegeethik, sollte diese aber weder ersetzen noch dominieren.

Der antike „Hippokratische Eid“ ist ein Beleg dafür, wie eng Ethik und Professionalisierung der Medizin zusammengehören. Dennoch hat sich eine eigenständige *Ethik in der Medizin* als institutionalisierte akademische Disziplin in vielen Staaten erst in den letzten Jahrzehnten entwickelt.

Die Ethik in der Medizin bezeichnet unterschiedliche Phänomene. Zuerst ist ein normatives Regelwerk gemeint, das die Beziehung der Ärzte zu ihren Patienten strukturiert. Das Regelwerk bezieht sich darüber hinaus auf die medizinische Forschung. Ferner umfasst sie Strukturen zur Vorbereitung und Unterstützung (Beratung) von medizinischen Entscheidungen in Therapie und Forschung. Schließlich ist sie ein akademischer Bereich mit speziellen Lehrstühlen, spezieller Forschung und Ausbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen.

Die Medizinethik hat im Vergleich zu anderen Bereichsethiken eine stärkere Position, die nicht als inhaltlicher Prioritätsanspruch missverstanden werden darf. Sie verfügt über stabile Institutionen an Universitäten, ist produktiv in ein Umfeld aus Wissenschaft und Forschung eingebettet, ist internationalen Austausch und Diskurse gewohnt und verfügt über eine gewisse Tradition.

Die Bezeichnung *Bioethik* (*Bioethics*) wird häufig der Medizinethik gleichgesetzt oder übergeordnet. Durch das international sehr einflussreiche Werk der US-amerikanischen Autoren Beauchamps und Childress hat sich der Ausdruck *Biomedical Ethics* allgemein verbreitet.

Biomedical Ethics müsste streng genommen von der Medizinethik unterschieden und auf Biomedizin beschränkt sein. Letztere ist nämlich nicht mit der gesamten Medizin gleich zu setzen, sondern nur mit jenen Bereichen, die auf den *Lebenswissenschaften* beruhen. Letztere schließen aber psychologische, psychosomatische, kulturanthropologische und soziologische Aspekte noch immer weitgehend aus und haben einen verengten Begriff von Leben, in dessen Zentrum die Molekulargenetik steht.

Eine ausgearbeitete Ethik der psychologischen Medizin oder Psychotherapie liegt nicht vor. Heilkundliche Disziplinen wie die psychosomatische Medizin, die medizinische und psychologische Psychotherapie und Teile der Psychiatrie verfügen über vergleichsweise geringe explizit ethische Ausarbeitungen. Einer der Gründe hierfür könnte darin liegen, dass ethische Positionen in den Denk- und Handlungsmustern dieser Disziplinen integriert sind, ohne ausdrücklich benannt zu werden. Dies gilt beispielsweise für die Psychoanalyse, die der Autonomie des Patienten eine hohe Bedeutung einräumt oder die „Anthropologische Medizin“ (Victor v. Weizsäcker), deren Forderung nach der „Einführung des Subjekts“ in die Medizin oder deren Konzept eines dialogischen Arzt-Patient-Verhältnisses ebenfalls ethische Elemente in ihr medizinisches Grundmodell integriert.

Psychologische und spezialisierte psychotherapeutische Berufsverbände haben mittlerweile ihren je eigenen Ethik-Kodex ausgearbeitet. Darüber hinaus gibt es Europäische Richtlinien zur Berufsethik der Psychologen (Meta-Code on Ethics der EFPA, Europäische Föderation der Psychologengemeinschaften) Die *Pflegeethik*, im Englischen „Nursing Ethics“ genannt, formuliert das moralische Selbstverständnis und die Ziele der Pflegeberufe. Ähnlich wie die Medizinethik ist sie bevorzugt am Wohl ihrer einzelnen Patienten und Klienten ausgerichtet. Sie ist besonders dort stärker entwickelt, wo die Pflegeausbildung mindestens in Teilen an Hochschulen erfolgt. Als akademisches Fach ist sie eher ein Thema der Pflegeeliten, die – unterstützt durch den *International Council of Nurses* (ICN) – zunehmend einen internationalen Austausch pflegt.

Eng verwandt mit der Pflegeethik sind die noch jungen Ansätze in anderen therapeutischen Berufen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Transprofessionelle Frühförderung, Hebammen/Entbindungspflege usw. Auch hier liegen von nationalen und internationalen Berufsverbänden spezifische Ethik-Codizes vor und dort, wo die Ausbildung an Hochschulen stattfindet und durch eine eigenständige Forschung ergänzt wird, finden sich auch Ansätze spezieller Ethik-Diskurse.

Management hat die Aufgabe, ganze Unternehmen, Institutionen, Verbände zu führen und zu gestalten. Dabei steht es in vielfältiger Weise in der Verantwortung: gegenüber der Einrichtung, den Klienten, der Mitarbeiterschaft, der Umwelt und der Gesellschaft insgesamt. Entsprechend vielfältig sind die ethischen Herausforderungen. Im Gesundheitswesen ergeben sich Parallelen zu den „Public Health-Wissenschaften“, die teils aus der Sozialmedizin, teils aus den Sozialwissenschaften hervorgegangen sind. Eine *Public Health Ethik* kann als Teilgebiet der Medizinethik, aber auch als Keimzelle einer noch zu entwickelnden *Gesundheitsethik* verstanden werden, die auch die Entscheidungsbedürfnisse des Managements von Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen berücksichtigen würde. Ihr Gegenstand ist die Gesundheit ganzer Bevölkerungen bis hin zur Weltbevölkerung (im Rahmen der WHO). Im Unterschied zur am Patienten orientierten Medizin ist sie an Kollektiven orientiert. Damit kann sie in schwerwiegende Konflikte mit den Interessen und Bedürfnissen von Einzelpersonen geraten.

Auf Kollektive (Bevölkerung) und Institutionen, zum Beispiel Krankenhäuser, sind auch die verschiedenen Ansätze der *Wirtschafts- und Unternehmensethik* bezogen. Auch hier haben sich inzwischen Lehrstühle und Institute etabliert, so dass in der akademischen Ausbildung der Volks- und Betriebswirte und in deren Berufsverbänden ethische Themen zunehmend aufgegriffen werden. Für das Management der Gesundheitsberufe sind diese Entwicklungen sehr interessant. In ihren Berufsfeldern, beispielsweise im Krankenhausmanagement, wachsen die Erfordernisse öffentlicher Legitimation angesichts zunehmender privatwirtschaftlicher Initiativen der Gesundheitsfürsorge. Die Entwicklung der *Gesundheitswirtschaft* zeigt Möglichkeiten und Erfordernisse neuer Versorgungskonzepte jenseits der herkömmlichen sozialpolitischen Gesundheitssysteme. Diese Entwicklung wird unvermeidlich von ethischen Diskursen begleitet werden. In ihnen wird um die Legitimität dieser Entwicklungen ebenso gerungen werden wie um die Legitimität jener Initiativen, die sich ihnen entgegenstellen.

## 2.10 Wirtschaftsethik und der MBA-Eid

Von guter Medizin kann letztlich nur gesprochen werden, wenn eine hohe Qualität und Ethik der Medizin gewährleistet ist. In diesem Sinne sind Ethik und Medizin eigentlich untrennbar, bzw. Ethik ist ein immanenter Bestandteil guter Medizin. Im Bereich der Wirtschaft und insbesondere im Bereich der Betriebswirtschaft ist die Situation komplexer. Eines der originären Ziele der praktischen Betriebswirtschaft ist der Aufbau und die Vermehrung des verfügbaren Kapitals. Erfolgreiche Betriebe können dabei durchaus ganz frei von Ethik sein. In bestimmten Konstellationen sind Unternehmen sogar wirtschaftlich besonders erfolgreich, weil sie auf Ethik verzichten. Hierfür gibt es unzählige Beispiele in der Geschichte des Handels, wobei zwar teilweise durch unlauteren Handel nur kurzfristige Erfolge erreicht werden, nicht selten aber dubiose Geschäftsmodelle auch langfristig wirtschaftlich erfolgreich sind (vgl. die Bankenskandale u. a., die sich teilweise nur als Spitze des Eisberges verstehen lassen). Diese Beobachtungen lassen sich auch in der Geschichte des Gesundheitswesens machen, in der es zahlreiche Beispiele von Korruption, Über-, Unter- und Fehlbehandlung gibt die wirtschaftlich motiviert waren.

Insgesamt lässt sich also feststellen, dass die Berücksichtigung ethischer Ideale und wirtschaftlichen Erfolges zwei getrennte Dimensionen sind, die in einem Unternehmen durchaus diametral ausgeprägt sein können.

**! Wirtschaftlicher Erfolg und Ethik können in einem Unternehmen diametral ausgeprägt sein.**

**Gute Medizin ist nur mit einer ausgeprägten Ethik möglich.**

**Ein Krankenhaus kann (auch/gerade) ohne Ethik wirtschaftlich erfolgreich sein, dann macht es aber keine gute Medizin.**

Es stellt sich also die Frage, ob es eine Wirtschaftsethik überhaupt gibt *oder* ob Ethik der Wirtschaft entgegengesetzt wird, um diese zu sozial verträglich zu regulieren. Der Frage, ob Ethik den wirtschaftlichen Erfolg im Krankenhaus bremst oder fördert, widmet sich Kapitel 6.

Zumindest lässt sich feststellen, dass vielen Menschen das Bestreben selber ethisch zu handeln tief innewohnt und hiervon sind auch Kaufleute, Prokuristen oder Manager nicht ausgenommen. So wurde bereits in der Antike das Leitbild des ehrbaren Kaufmannes geprägt, das letztlich einer Art ethischen Berufsordnung für den Handel entspricht. Aus einer jüngeren Auseinandersetzung mit der Notwendigkeit ethischen Verhaltens

des Managements ist der MBA-Oath hervorgegangen, ein Ethik-Gelöbnis, das an der Harvard School of Management entwickelt wurde und in Anlehnung an den Hippokratischen Eid Strahlkraft auf das internationale Management entfalten soll. Ethik ist also auch dem Management und der Betriebswirtschaft nicht grundsätzlich fremd, wie auch die vielen Lehrstühle für Wirtschaft- bzw. Unternehmensethik zeigen, trotzdem spielt im Bereich der Wirtschaft häufig der rechtliche Rahmen die entscheidende Rolle, wohingegen ethische Überlegungen meist nur bedingt Wirksamkeit entfalten.

### **The MBA Oath – Responsible Value Creation (Short Version)**

As a manager, my purpose is to serve the greater good by bringing together people and resources to create value that no single individual can build alone. Therefore I will seek a course that enhances the value my enterprise can create for society over the long term. I recognize that my decisions can have far-reaching consequences that affect the well-being of individuals inside and outside my enterprise, today and in the future. As I reconcile the interests of different constituencies, I will face difficult choices.

Therefore I promise:

1. I will act with utmost integrity and pursue my work in an ethical manner.
2. I will safeguard the interests of my shareholders, co-workers, customers and the society in which we operate.
3. I will manage my enterprise in good faith, guarding against decisions and behavior that advance my own narrow ambitions but harm the enterprise and the societies it serves.
4. I will understand and uphold, both in letter and in spirit, the laws and contracts governing my own conduct and that of my enterprise.
5. I will take responsibility for my actions, and will represent the performance and risks of my enterprise accurately and honestly.
6. I will develop both myself and other managers under my supervision so that the profession continues to grow and contribute to the well-being of society.
7. I will strive to create sustainable economic, social, and environmental prosperity worldwide.
8. I will be accountable to my peers and they will be accountable to me for living by this oath. This oath I make freely, and upon my honor.

Entwickelt an der Harvard School of Management, 2009

### Weiterführende Literatur

- Anderson M, Escher P (2010) The MBA Oath: Setting a Higher Standard for Business Leaders. Portfolio Hardcover New York
- Beauchamp TL, Childress JF (2013) Principles of Biomedical Ethics, 7 ed. Oxford University Press New York
- Höffe O (2002) Medizin ohne Ethik? Edition Suhrkamp Frankfurt/Main
- Maio G, Vossenkuhl W (2012) Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin: Ein Lehrbuch. Schattauer Stuttgart
- Ulrich P (1998) Integrative Wirtschaftsethik: Grundlagen einer lebensdienlichen Ökonomie. Haupt Verlag Bern, Stuttgart, Wien
- Rabe M (2009) Ethik in der Pflegeausbildung. Huber Bern

### Zitierte Literatur

- Beauchamp TL, Childress JF (1989) Principles of Biomedical Ethics, 3. ed. Oxford University Press, New York
- Habermas J (1992) Erläuterungen zur Diskursethik. S. 12–14. Suhrkamp Frankfurt/Main