

Sigrid Müller, Stephanie Höllinger,
Bettina Baldt (Hg.)

Werte im Beruf

Ethik und Praxis im Gespräch

**STUDIEN DER
MORALTHEOLOGIE**

NEUE FOLGE

14

 **Aschendorff
Verlag**

Diese Publikation wurde mit Mitteln der Industriellenvereinigung gefördert.

Bibliographic information published by the Deutsche Nationalbibliothek

The Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data are available in the Internet at <http://dnb.d-nb.de>

ISBN 978-3-402-11949-5

ISBN 978-3-402-11950-1 (E-Book PDF)

DOI <https://doi.org/10.17438/978-3-402-11959-4>



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-No-Derivatives 4.0 (CC BY-NC-ND) which means that the text may be used for non-commercial purposes, provided credit is given to the author. For details go to <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> To create an adaptation, translation, or derivative of the original work and for commercial use, further permission is required.

Creative Commons license terms for re-use do not apply to any content (such as graphs, figures, photos, excerpts, etc.) not original to the Open Access publication and further permission may be required from the rights holder.

© 2020 Sigrid Müller and the contributors.

A publication by Aschendorff Verlag GmbH & Co. KG, Münster

This book is part of the Aschendorff Verlag Open Access program.

www.aschendorff-buchverlag.de

WERTE IM ÄRZTLICHEN HANDELN

Karl Hunstorfer

Keywords: values in medicine, values in science, medical ethics, patient values, professional ethics

1. Ärztliches Handeln im Schnittfeld diverser Rahmenbedingungen und Wertebereiche

Ärztliches Handeln ist in vielfältige Strukturen eingebunden: Es vollzieht sich in medizinischen Institutionen, ist Gegenstand gesellschaftlicher Diskurse, hat sich an rechtliche Bestimmungen zu halten und bleibt stets auf den Dialog mit Forschung und Wissenschaft angewiesen. Zugleich aber ist es ein Handeln mit und an konkreten Menschen und so immer schon verwoben mit den persönlichen Wertvorstellungen der jeweiligen Akteurinnen und Akteure. Diagnosestellung bzw. Therapiewahl erfolgen etwa mit Blick auf die individuelle Situation eines erkrankten oder unter Beschwerden leidenden Menschen und hängen maßgeblich vom jeweiligen Arzt-Patient-Verhältnis ab. Ärztliches Handeln ist demzufolge auch Ausdruck ethischer Abwägungen und konkreter Verhaltensweisen. Die Medizin kann sich daher nicht auf ein naturwissenschaftliches Wissen beschränken, sondern ist zwangsläufig mit existenziellen Erfahrungen und ethischen Herausforderungen konfrontiert. G. Maio schreibt deshalb zurecht:

„Ein Handeln am Menschen durch einen anderen Menschen, in unserem Fall den Arzt, setzt moralische Urteile voraus, und zwar aus dem einfachen Grund, weil Arzt und Patient nicht im wissenschaftlichen Schema von (beobachtendem) Subjekt und (beobachtetem) Objekt aufgehen, sondern sich als Menschen mit einer eigenen Geschichte, einer eigenen Konzeption des guten Lebens und im Angesicht einer gemeinsamen und verbindenden *conditio humana* gegenüberstehen. Eine algorithmische Anwendung von Therapieschemata ohne Berücksichtigung grundlegender Fragen wie der nach dem guten Leben, dem guten Sterben oder dem guten Sein wird sich demnach als kurzsichtig erweisen.“¹

1 Giovanni MAIO, *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*, Stuttgart 2012, 5.

Theoretisches Fachwissen und Fragen nach dem Sein und Wesen des Menschen sind in der Medizin auf eigene Art und Weise miteinander verknüpft. Damit stellt sich die berechtigte Frage nach den Werten, die in der Medizin leitend sind bzw. sein sollten und die ein gutes und gelingendes ärztliches Handeln ermöglichen.² Während die Frage nach handlungsleitenden Werten in der Medizin gerade zu Beginn ihrer Geschichte einen festen Ort besaß³, ist diese Frage in der jüngeren Vergangenheit durch die Verwissenschaftlichung der Medizin teilweise aus dem Blick geraten. Im Folgenden wollen wir also der Erhebung dieser Werte nachgehen. Sie sind auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt und spiegeln zugleich die verschiedenen Aspekte wider, die ärztliches Handeln prägen. Dass es hierin Differenzierungen und zum Teil variierende Auffassungen gibt, sei in diesem Beitrag vorab angemerkt. Dennoch können aufgrund der Einschränkung der Länge der Diskussion nicht alle Aspekte und Werte ausgeführt werden. Es wird daher der Fokus auf jene Werte gelegt, die für gewöhnlich in der täglichen Praxis leitend sind.

Das ärztliche Handeln wird genuin durch ein allgemeines, grundlegendes Ziel geleitet: Heilung, Ermöglichung eines qualitativ guten Lebens bei chronischen Erkrankungen bis hin zur palliativen Betreuung am Lebensende. Jede individuelle Situation und Erkrankung eines Menschen bedarf einer individuellen und persönlichen Betreuung wie Begleitung. Solche Situationen bedeuten immer eine Herausforderung, sowohl auf der Seite der Ärztin/des Arztes wie auch auf der Seite der Patientin/des Patienten. Jedes ärztliche Entscheiden und Handeln wird geleitet von unterschiedlichen Aspekten und Inhalten, die schließlich auch auf die Indikationsstellung sowie den Handlungs- bzw. Therapievorschlag in der konkreten Situation einwirken. Um die hier zu behandelnden Werte ausfindig zu machen, wird die Medizin unter Berücksichtigung ihrer Zielsetzungen in drei große Bereiche gegliedert: Den ersten Bereich stellt die ‚Forschung in der Medizin‘ dar, den zweiten das ‚Arzt-Patient-Verhältnis‘ und den dritten die ‚Medizin als Leistungsanbieter‘, d. h. die institutionelle und gesellschaftliche Einbettung ärztlichen Handelns, wobei alle Bereiche eigenen Herausforderungen unterliegen. Auch wenn diese Bereiche eng miteinander verwoben sind, so verlangen sie eine je eigene Betrachtung, da sie verschiedene Ziele verfolgen. In der forschenden Medizin geht es vor allem um theoretischen Erkenntnisgewinn, während es in der

- 2 Fabian KLIESCH, Der halboffene Kreislauf ärztlicher Standesethik. Ärztliches Handeln im Spannungsfeld zwischen Richtlinien und Gewissensfreiheit, in: Rebekka KLEIN/Björn GÖRDER (Hg.), Werte und Normen im beruflichen Alltag. Bedingungen für ihre Entstehung und Durchsetzung, Berlin 2011, 179–194.
- 3 Zu den Ursprüngen dieser Betrachtung in der antiken Heilkunst vgl. Karl HUNSTORFER, Ärztliches Ethos. Technikbewältigung in der modernen Medizin, Frankfurt a.M. 2007. Schriftstücke aus der Babylonierzeit oder Ägypten z. B. oder auch dem Alten Testament spiegeln eine Auseinandersetzung um diese Thematik des ärztlichen Handelns an den Menschen wider.

Medizin als Leistungsanbieter um die ökonomischen Aspekte, d.h. auch um den Profit geht. Letzteres muss nicht per se ein Nachteil sein, aber es erfolgt dabei eine Perspektivenverschiebung zugunsten dessen, was Gewinn bringt und was nicht. Die Folge einer einseitigen Perspektive auf diesen Bereich wäre, dass nur solche Patientinnen und Patienten behandelt werden, bei denen ein Gewinn zu erwarten ist. Medizin ist aber grundsätzlich jedem erkrankten Menschen verpflichtet, unabhängig davon, um welche Erkrankung oder welches Leiden es sich handelt. Dieser ökonomische Aspekt ist stark von den gesetzlichen Rahmenbedingungen abhängig. Sein Einfluss auf das Handeln der Ärztinnen und Ärzte ist meist indirekt, weil die ökonomischen Rahmenbedingungen in der Regel von der Leitung der medizinischen Einrichtungen vorgegeben werden. Für das ärztliche Handeln ist diese Rahmensetzung bedeutsam, wenn sich Konflikte ergeben im Hinblick auf Werte, die den anderen Einflussbereichen ärztlichen Handelns entspringen. Aufgrund der Komplexität und Situationsbedingtheit dieses Bereiches sollen diese Bemerkungen genügen und das Hauptaugenmerk auf die Einflüsse des Wissenschaftsverständnisses und des Arzt-Patient-Verhältnisses auf das ärztliche Handeln gelegt werden.⁴

2. Ärztliche Werthaltungen zwischen Sittlichkeit und Zweckrationalität

Eine Art Ankerfunktion in den Fragen nach Werten im ärztlichen Handeln stellt seit Jahrhunderten der Hippokratische Eid dar. Seine Entstehung und inhaltliche Formulierung gehen zurück auf die griechische Antike, namentlich Hippokrates (460–375 v. Chr.), dem der sogenannte Hippokratische Eid zugesprochen wurde.⁵ Wie bis in die Antike zurückreichende Textquellen berichten, wurde vom Arzt und seinem Handeln in jeder Kulturepoche das Bewusstsein, in Verantwortung zu handeln, eingefordert. Reglementierungen, Normierungen, Forderungen sittlichen Anstandes und festgeschriebene Haltungen durch den Gesetzgeber wie

- 4 Bedeutsam in diesem Kontext sind vor allem die einflussnehmenden Aspekte der Ökonomie im Sinne der Ressourcenverteilung. Es stellt sich die Frage nach dem, was eine Patientin oder ein Patient benötigt und was dem Nutzen-Sinnhaftigkeit-Verhältnis (futility-Diskussion) angemessen ist. Vgl. z. B. Joachim FETZER, Ökonomisierung als Herausforderung. Integration von ökonomischen und berufsethischen Werten im Gesundheitswesen, in: Rebekka KLEIN/Björn GÖRDER (Hg.), Werte und Normen im beruflichen Alltag. Bedingungen für ihre Entstehung und Durchsetzung, Berlin 2011, 195–215.
- 5 Nach eingehenden Untersuchungen wird heute angenommen, dass dieser nicht unmittelbar von Hippokrates stammt. Vgl. Ludwig EDELSTEIN, Artikel ‚Hippokrates‘, in: Pauly’s Realencyclopädie der classischen Altertumswissenschaft, Supplement VI, Stuttgart 1935, 1290–1345, 1328. Karl-Heinz LEVEN, Die Erfindung des Hippokrates – Eid, Roman und Corpus Hippocraticum, in: Ulrich TRÖHLER/Stella REITER-THEIL (Hg.), Ethik und Medizin 1947–1997. Was leistet die Kodifizierung von Ethik? Unter Mitarbeit von Eckhard Herych, Göttingen 1997, 19–40. Zum Ganzen vgl. HUNSTORFER, Ärztliches Ethos, 91–93.

durch die jeweilige Ärzteschule geben beredtes Zeugnis davon. Verantwortliches Handeln sollte sowohl in einem korrekten, ethisch-sittlichen Umgang mit der bzw. dem Kranken als auch in einem stets tiefer anzustrebenden Verständnis von Leben und Natur zum Ausdruck kommen. Empirie im Sinne unseres heutigen wissenschaftlich-technischen Verständnisses gab es zwar nicht, aber durchaus die sorgfältige Beobachtung der Krankheitsverläufe. Versuche, die jeweiligen Gründe für Erkrankungen in natürlichen Ursachen zu suchen, zeugen vom Bemühen um objektive Erkenntnis.⁶

Diese Orientierung ärztlichen Handelns ist weitgehend unverändert geblieben, wenngleich die wissenschaftlich-technischen Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten zunehmend deutlich gemacht haben, dass das bis dahin gültige Ethos ergänzungsbedürftig ist.⁷ Technologische Innovationen und Grundlagenforschungen erzielten zwar einen in der Menschheitsgeschichte noch nie da gewesenen Erfolg in Diagnose, Prognose und Therapie. Dennoch konnte dieser Erfolg nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, dass Wissen und Technik eine Begrenztheit anhaftet, die ihnen die Natur in ihrer ambivalenten Komplexität gleichsam aufzwingt.⁸ Besonders deutlich wird diese Beobachtung heute etwa, wenn Fragen nach der Sinnhaftigkeit intensiv-therapeutischer Behandlungen aufbrechen oder sich Unsicherheiten in Diagnose und Prognose abzeichnen. In der modernen High-Tech-Medizin stellt sich die Frage nach dem Menschsein also erneut. Der Preis der Vorstellung, dass der menschliche Körper wie eine Maschine funktioniert, zeugt im Grunde vom Verlust des Respekts vor der Würde der menschlichen Person. Auch wenn diese Feststellung zunächst als überzeichnet angesehen werden mag, trifft es doch zu, dass die verobjektivierende, naturwissenschaftlich-technische Sicht auf den Menschen, auf sein Leben und seine Lebenswelt tendenziell Defizite bewirkt, da die Sinn- und Wertfragen menschlicher Lebensgestaltung und das Verständnis des Menschen von sich selbst hier kaum Berücksichtigung erfahren.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob Technik und Rationalität allein aufgrund ihrer augenscheinlichen Erfolgs- und Leistungspotentialität die

6 Hippokrates (und mit ihm die hippokratische Medizin) gilt in der Geschichte der Medizin als Begründer jener Ärzteschule, die diesen Paradigmenwechsel herbeigeführt hat. Die Erkenntnisse über die Heilkraft der Natur wie auch das Wissen von der Hygiene waren schon zum damaligen Zeitpunkt beachtlich.

7 Günther PÖLTNER, Grundkurs Medizin-Ethik, Wien 2002, 11: „Das traditionelle ärztliche Standesethos ist zwar in seinem Kernbereich nach wie vor unverzichtbar, angesichts der gewandelten Voraussetzungen gegenwärtigen medizinischen Handelns jedoch ergänzungsbedürftig.“

8 Ebd. 58: „Wir wissen, dass bloße abstrakte Prinzipien niemals eine Mystik ersetzen, dass die tiefgründigste Kritik kein Atom Leben erzeugt, dass eine Geschichtsforschung, die noch dem kleinsten Ästchen, dem winzigsten Würzlein am Baume der Menschheit nachgeht, zur wahren Menschlichkeit nicht verhilft, der letzte Sinn aller Kultur ist. Von einer Scheidung zwischen Wissen und Leben darf nicht länger die Rede sein.“

vorrangige Sinnträgerschaft ärztlichen Tuns und Handelns übernehmen können. Oder anders: Hat sich der Mensch der von ihm geschaffenen Technik anzupassen oder die Technik dem Menschen? Diese Frage wird in der Medizin umso dringender, als der wissenschaftlich-technische Fortschritt mit einem Verständnis vom Menschen operiert, das mehr den wissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten verpflichtet scheint als dem ‚Erfahren‘ vom Menschsein selbst. Kommt nicht gerade – und vor allem – durch diese Situation das traditionell-geschichtliche Arztethos in Bedrängnis? In diesem Zusammenhang wird nicht zu Unrecht eines der Probleme der modernen Medizin beklagt, nämlich, dass sich die prozesstechnisch notwendige Zweckrationalität in der Grundhaltung der Ärztinnen und Ärzte so sehr verselbständigt hat, dass oft gar nicht realisiert wird, wie notwendig es ist, dieses etablierte Denken zu durchbrechen. G. Maio hält daher fest: „[W]enn die Internalisierung des Zweckrationalen dazu führt, dass die alltäglichen moralischen Intuitionen von einem vorherrschend naturwissenschaftlich und zunehmend auch ökonomisch geprägten Denken getragen werden, so wird deutlich, wie wichtig es für eine Ethik in der Medizin ist, Abstand zu gewinnen zur scheinbaren Selbstverständlichkeit des Bestehenden.“⁹

3. Ärztliche Werthaltungen im naturwissenschaftlichen Paradigma der Medizin

Eng mit den zuletzt genannten Herausforderungen verbindet sich die Frage nach dem Selbstverständnis der heutigen Medizin. Fortschritt und Wissenszuwachs verdankt sie der naturwissenschaftlichen Methodik.¹⁰ Die diese Methodik tragende Forschungsart hat ihren Einfluss auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, von Diagnose, Therapie und Prognose sowie – daraus resultierend – auf die Erwartungshaltung hinsichtlich des Erfolges der Ärztinnen/Ärzte bei Patientinnen/Patienten. Nicht zu Unrecht hat aus der Sicht heutiger Erfolge B. Naunyn daher bereits Mitte des 19. Jahrhunderts geschrieben: „Für mich ist es kein Zweifel, dass das Wort: ‚Die Medizin wird eine Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein‘ auch für die Therapie gelten muss und gilt. Die Heilkunde wird eine Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein!“¹¹ Lange Zeit dominierte also die Absicht, sämtlichen Bereichen der Medizin, auch der ärztlichen Praxis, eine endgültige Lösung für alle Problemstellungen anzubieten. Diese Ansicht wurde von den Meinungsführerinnen und -führern der Ärzteschaft weitgehend akzeptiert und vorangetrieben.

9 MAIO, *Mittelpunkt Mensch*, 8.

10 Vgl. Urban WIESING, *Wer heilt, hat Recht? Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin*, Stuttgart 2004, 13–24.

11 Bernhard NAUNYN, *Ärzte und Laien*, in: DERS., *Gesammelte Abhandlungen*, Bd. 2, Würzburg 1909, 1348.

Selbst der Hinweis darauf, dass die von theologischen und philosophischen Einflüssen befreite Naturwissenschaft unter diesem Anspruch paradoxerweise theologisch-heilsgeschichtliche Züge annahm, konnte die Euphorie nicht dämpfen. Das wissenschaftliche Interesse hat jedoch von der klinisch-praktischen Handlung der Ärztin/des Arztes abgelenkt. Das Labor, nicht das Krankenbett, ist der Ausgangspunkt ärztlichen Denkens geworden, wie es Claude Bernard (1813–1878) ausdrückte: „Das Labor ist mir zum wahren Heiligtum der Medizin geworden.“¹² Diese Entwicklung ist maßgeblich von einem Gedanken geprägt: dem unmittelbaren Zusammenhang von Wissen und Handeln. Man war der Ansicht, dass das Wissen der naturwissenschaftlichen Medizin direkt das Handeln der Ärztin/des Arztes in dem Sinne beeinflussen könne, dass es die Eigenschaften des Wissens annehmen würde, nämlich sicher, präzise und reproduzierbar zu sein.¹³ Dieser Glaube prägte in den letzten 150 Jahren mehr oder weniger explizit das Selbstverständnis der Medizin, auch wenn ärztliche Praktikerinnen und Praktiker immer wieder ihre begründeten Bedenken äußerten und die Praxis oft weit hinter den erhofften Erwartungen zurückblieb.

Die Ernüchterung über diese Auffassung ließ deshalb nicht lange auf sich warten. Prominente Kliniker und Ärzte wie Ludolf von Krehl, Viktor von Weizsäcker oder Albert Schweitzer, versuchten, das Subjekt in der Medizin wieder stärker zu betonen, und knüpften dabei an der Überlegung an, dass die ärztliche Praxis immer auch mit der Lebenswelt ihrer Patientinnen und Patienten konfrontiert sei. Das medizintheoretisch wohl entscheidende Argument drängte also die Einsicht auf, dass die ärztliche Praxis trotz anderslautender Prognose nicht die Qualität der Naturwissenschaften annehmen würde. Die ärztliche Praxis ist demzufolge nie zu einer reinen Anwendung der Naturwissenschaft geworden – und das gilt auch heute. Das Handeln der Ärztinnen und Ärzte bleibt praktisch, also ungewiss, komplex, keineswegs vollständig mit naturwissenschaftlichen Erkenntnissen zu bewältigen, von mathematischer Exaktheit und von experimenteller Reproduzierbarkeit weit entfernt. Es lassen sich demnach die Kontingenzen des Einzelfalls nie vollständig einholen, die Resultate der Einflussnahme nie exakt vorherbestimmen. Eine rationelle Therapie – so häufig und vollmundig sie auch versprochen wurde – hat sich niemals ausgebildet, wie auch Urban Wiesing deutlich machen konnte.¹⁴

Diese Nichterfüllung des gehegten Wunsches bewegte jedoch zahlreiche Medizintheoretiker, wie z. B. Ernst Schwenninger, Richard Koch, Georg Honigmann,

12 Vgl. Heinrich SCHIPPERGES, *Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte*, Stuttgart 1970, 130; vgl. auch DERS., *Strömungen des Irrationalismus im Paradigmawandel der Wissenschaftsgeschichte*, in: Leo SCHEFFCZYK (Hg.), *Rationalität. Ihre Entwicklung und Grenzen*, Freiburg i. Br./München 1989, 425.

13 WIESING, *Wer heilt, hat Recht?*, 14, Anm. 16.

14 Ebd. 14.

Karl Eduard Rothschuh, Wolfgang Wieland u. v. a., in der Frage nach dem Wissenschaftsverständnis der Medizin dazu, einen anderen Zugang zu wählen, nämlich die praktisch-ärztliche Tätigkeit. Im Zentrum dieser Auseinandersetzung stehen die zentralen Begriffe des ärztlichen Denkens: Anamnese, Diagnose, Prognose und Indikation. Ausgangspunkt ist die ursprüngliche Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten, kranken Menschen zu helfen. Richard Koch schreibt: „Ihr Zweck [der Medizin] ist nicht Erkenntnis, sondern Befriedigung eines Bedürfnisses. Sie will kranken Menschen nützen.“¹⁵ Aus dieser Sicht auf die Medizin folgt allerdings ein anderes Ziel als der Erkenntnisgewinn. Vielmehr geht es um die Verpflichtung gegenüber der/dem Einzelnen und diese Verpflichtung wiederum begründet die Einheit der Medizin. Sie dient dabei nicht nur dazu, Grenzziehungen angesichts moderner biomedizinischer Technologien vorzunehmen, sondern hat vor allem die Aufgabe, eine initiiierende, identitäts- und einheitsstiftende Funktion auszuüben.¹⁶ Damit fällt der Ethik in der Medizin ein weites Feld der Auseinandersetzung zu, in welchem nicht zuletzt das Anliegen verfolgt wird, die Medizin in ihrer Ausrichtung und ihren Denkmodellen, die moralischen Kriterien unterliegen, kritisch reflexiv zu begleiten.

Daraus folgt die Annahme – auch wenn dies nicht von allen Medizintheoretikerinnen und theoretikern, wohl aber von der Mehrheit geteilt wird –, dass die Medizin eine praktische Wissenschaft ist.¹⁷ Das legt sich auch nahe, wenn wir den Indikationsbegriff – wie dies weiter unten noch geschehen wird – auf seine Inhalte und seinen Wertgehalt hin befragen.

4. Werte und Werthaltungen von Patientinnen/Patienten im Kontext ärztlichen Handelns

Auf den soeben gezeichneten Hintergrund folgt die Frage nach den medizinethischen Bemühungen und ihren Beiträgen für ein gelingendes ärztliches Handeln. Die Medizinethik spielt hierin insofern eine wichtige Rolle, als man in der konkreten Begegnungssituation mit einer Patientin oder einem Patienten aus dem Fachwissen nicht schon das zu Tuende automatisch ableiten kann. Eine Indikation z. B. lässt sich nur in Bezug auf die konkrete Patientin/den konkreten Patienten stellen. Zu berücksichtigen sind deren lebensgeschichtlich gewachsene Bezüge, soziale Kontexte und individuelles Selbstverständnis – auch und gerade bezüglich des Krankwerdens, Alterns und eigenen Sterbens. Die in Behandlungssituatio-

15 RICHARD KOCH, Die ärztliche Diagnose. Beitrag zur Kenntnis des ärztlichen Denkens, Wiesbaden ²1920, 58–59.

16 WIESING, Wer heilt, hat Recht?, 21.

17 Vgl. zum wissenschaftstheoretischen Status der Medizin: Urban WIESING, Indikation. Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die ärztliche Praxis, Stuttgart 2017, 26–29.

nen immer wieder auftretende Ratlosigkeit besteht demnach darin, dass ethische Fragen nicht durch ein zweckrationales Denken beantwortet werden können. Für eine Beantwortung muss der Aspekt des Allgemeinen und Abstrakten (z. B. Krankheit, Prognose) in den Hintergrund rücken, damit der Blick auf die Einzigartigkeit und Unverwechselbarkeit des Lebens der Patientin bzw. des Patienten frei wird. In der täglichen Praxis kann sich das oft als schwierig erweisen, da gewisse Strukturen – als Ausdruck einer Qualitätssteigerung in der Behandlung – grundsätzlich zweckrational angelegt sind. Möchten wir eine Verbesserung anstreben, so benötigen wir kreative Strategien, die diese Rationalität durchsichtig machen für die konkrete Person der bzw. des Kranken. Für einen gelingenden Beitrag zu dieser Herausforderung wird sich die Medizinethik an philosophisch-ethische wie theologisch-ethische Theorien – die oft ineinandergreifen – rückbinden müssen. Entscheidungsnöte etwa können bisweilen nur durch ein Zurückgehen auf grundlegende Fragestellungen gelöst werden.

Das folgende Diagramm (siehe Abbildung 1) soll auf einen Blick Aspekte und Inhalte aufzeigen, die in einem Arzt-Patient-Verhältnis präsent sind und dieses charakterisieren. In ihnen spiegeln sich Werte und Werthaltungen wider, die Bedeutung für das ärztliche Handeln haben.

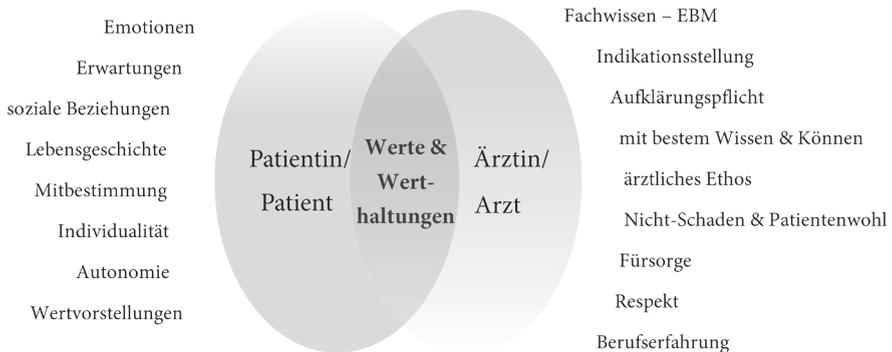


Abbildung 1: Einfluss auf Werte & Werthaltungen

Werte und Werthaltungen sind Ausdruck und Ergebnis eines Prozesses ethischer Reflexion darüber, wie ein konkreter Arbeitsbereich gestaltet und wie Handlungen vollzogen werden sollen. Wie bereits erwähnt, besitzt die Medizin eine alte Tradition von Werten und Werthaltungen, die im ärztlichen Ethos zum Ausdruck kommt. Dieses fokussiert auf Grundhaltungen, die eine Art Begegnungs- und Umgangskultur mit erkrankten und leidenden Menschen darstellen.

5. Die Berücksichtigung der Wertebereiche in der neueren Medizinethik

Im Zuge der Reflexion über die genannten Einflussfaktoren auf Werte und Werthaltungen im ärztlichen Handeln wird man feststellen, dass unterschiedliche ethische Theorien in den ärztlichen Reflexionsprozess involviert sind. Vorwiegend spielen die deontologische Ethik (Pflichtenethik Kants), die utilitaristische Ethik und die Tugendethik eine tragende Rolle. In einer verschränkten Art und Weise sind diese in der täglichen Praxis gegenwärtig und bilden ein Netzwerk des Denkens, das sich als hilfreich in der Gestaltung und Lösungssuche angesichts schwieriger Situationen im beruflichen Alltag erweisen kann. Ein weit rezipierter Entwurf dafür, die Vielzahl ethischer Aspekte des medizinischen Handelns in ein konstruktives Miteinander zu bringen, stellt das Handbuch von Tom L. Beauchamp and James F. Childress dar.¹⁸ Mit den vier Grundprinzipien Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge und Gerechtigkeit haben diese Autoren eine Grundlage für medizinethische Reflexionen geschaffen, die in weiterer Folge weltweit in der Medizin als Leitfaden für ärztliches Handeln angenommen wurde. Ihr Anliegen war es, medizinethische Prinzipien zu formulieren, die sowohl dem traditionellen ärztlichen Ethos entsprechen als auch unabhängig von Kultur- und Religionszugehörigkeit den Anspruch allgemeiner Gültigkeit in der ärztlichen Tätigkeit erfüllen können.

Nicht nur Grundhaltungen der Ärztinnen und Ärzte stehen dabei im Zentrum des Interesses der Medizinethik. Vielmehr findet der Gedanke des Patientenwohls und der Autonomie der Patientin/des Patienten in der Entscheidungsfindung durch die Aufklärungspflicht („informed consent“) seinen Ausdruck. Dieser ‚informed consent‘ gibt der weiteren Entwicklung einen wichtigen Anstoß zu Innovationen hinsichtlich der Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Insofern kann man hier von einem Paradigmenwechsel in der Medizin sprechen, der sich etwa in der Möglichkeit einer Patientenverfügung oder in Modellen der klinischen Ethikberatung niederschlägt. Ziel ist die selbstverantwortliche und eigenständige Entscheidungsfindung der Patientinnen und Patienten, die sich im Patientenwillen ausdrückt. Zusammengefasst können wir also festhalten, dass diese verschiedenen ethischen Instrumentarien sich um eine Balance zwischen dem medizinisch-theoretischen Fachwissen und dem klinisch-praktischen Wissen und Handeln bemühen.

Auch das wissenschaftliche Paradigma der Medizin muss in diesen ethischen Kontext eingebunden werden. Die evidenzbasierte Medizin (EBM) wird hier vielfach mit ihren Bemühungen in der Entwicklung von Leitlinien und Standards auf der Grundlage von z. B. klinischen, randomisierten Studien für therapeutische Maßnahmen erwähnt. Nach dem Begründer der EBM, David Sackett¹⁹, soll sie für

18 Tom L. BEAUCHAMP/James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, New York ⁵2013.

19 David L. SACKETT u. a., *Evidence-based medicine. What it is and what it isn't*, in: *British Medical Journal* 312 (1996) 71; Ruud ter MEULEN u. a. (Hg.), *Evidence-based Practice in Medicine & Health Care. A Discussion of the Ethical Issues*, Berlin/Heidelberg 2005.

klinisch und praktisch tätige Ärztinnen und Ärzte eine Hilfe und Unterstützung darstellen. Wissen und Können als empirisch-praktisches Vermögen stellen zwar die Grundvoraussetzungen für ein gelingendes Handeln am kranken Menschen dar, würden aber als solche zu kurz greifen, wären sie nicht auf das Gesamtwohl dieses Menschen hin transparent. Naturwissenschaftliche Methodik und Technik haben eine dienende und keine ideologisierend-interpretative Funktion. Zwar liegt der wertvolle Sinn von Forschung und Technikentwicklung in der Erweiterung und Verbesserung von Handlungsoptionen, ihre Werthaftigkeit aber erhalten sie nicht aus sich selbst, sondern in ihrer Transparenz auf die Sinn- und Werteinsichten des Daseins und Lebens hin. Die aristotelische Feststellung, dass wir nicht philosophieren, „um zu erfahren, was ethische Werthaftigkeit sei, sondern um wertvolle Menschen zu werden“²⁰, bleibt auch heute noch gültig.

6. Der Einfluss der Wertebereiche auf das konkrete ärztliche Handeln

Medizinisches Wissen und Können als sachgemäßes Verstehen und redliches Bemühen um Einsicht und Erkenntnis von Natur und Leben sind den Grundhaltungen zwischenmenschlicher Begegnung und Beziehung zugeordnet. Das Gelingen wird nicht dem ‚theoretischen‘, sondern dem ‚praktischen‘ Wissen zugeschrieben. In der Reflexion der ärztlichen Praxis laufen die Fäden demzufolge im Wesen des Menschen zusammen. In diesem Wesen liegt letztendlich das ‚Wie‘ der auszuführenden Handlungen begründet. Man kann es als sittliches Bewusstsein oder Gewissen bezeichnen, das zur Realisierung einer gelungenen Praxis drängt. Die darin verfolgten Ziele und Perspektiven bestimmen sich aus dem vorgegebenen Bezugs- oder Handlungsrahmen. Wie kann nun aber das gute und rechte Handeln in einer derart vielschichtigen medizinisch-ärztlichen Situation realisiert werden, in der Gewissheit und Ungewissheit, Richtiges und Falsches, Erfolg und Scheitern, Hoffnung und Realität so nahe beieinander liegen?

Die Behandlung eines erkrankten Menschen ist immer eine individuelle und persönliche Situation. Das zeigt sich besonders bei schweren oder chronischen Erkrankungen. Dies wird bestätigt durch zahlreiche Studien, die darauf hinweisen, dass von Seiten der Patientinnen und Patienten folgende grundlegende Erwartungen an Ärztinnen und Ärzte herangetragen werden: zum einen, dass diese die Patientinnen und Patienten in ihren Ansichten und Wertvorstellungen respektieren und ihnen zuhören, und zum anderen, dass Patientinnen und Patienten in die Entscheidungen mit eingebunden werden.²¹ Diese Anliegen beschränken sich

20 Vgl. ARISTOTELES, *Nikomachische Ethik*, Stuttgart ²2003, 1103b.

21 Vgl. z. B. MEDICAL PROFESSIONALISM PROJECT, *Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter*, in: *The Lancet* 359 (2002) 520–522; Text zeitgleich publiziert in: *Annals of Internal Medicine* 136 (2002) 243–246. Hierbei wird ein wesentlich

jedoch nicht nur auf das Arzt-Patient-Verhältnis, sondern besitzen für den gesellschaftlich-kulturellen Kontext insgesamt eine hohe Bedeutung. Anthropologische Leitbegriffe wie Menschenwürde, Freiheit, Toleranz usw. prägen unsere plurale Gesellschaft, die in der Medizin ebenso zu realisieren sind. Sie werden auch als jene Begriffe der Verständigung zwischen den verschiedenen ethischen Ansätzen verstanden, die zum Grundbestand einer patientenorientierten Medizin gehören.

Folgendes schematische Bild (siehe Abbildung 2) kann auf einen Blick verdeutlichen, wie Werte und Werthaltungen in der Medizin von außen beeinflusst werden und immer auch in einem Gesamtbezugsrahmen zu sehen sind.

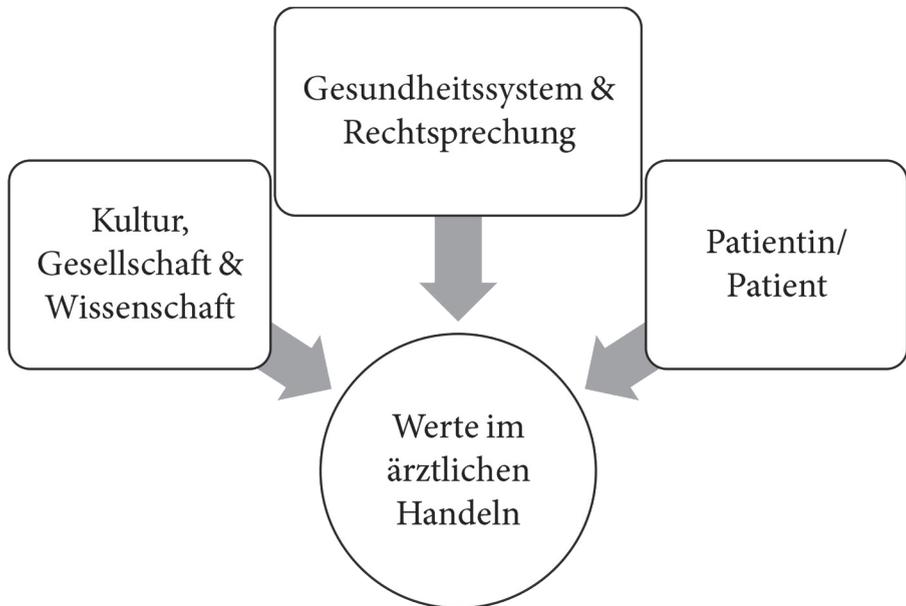


Abbildung 2: Abhängigkeiten der Werte im ärztlichen Handeln

Als beispielgebend für diese unterschiedlichen Aspekte, die in das ärztliche Handeln einfließen, kann die Indikationsstellung angesehen werden. Sie stellt das handlungsleitende Prinzip dar. Aus unterschiedlichen Gründen steht sie seit einem Jahrzehnt zunehmend in der Diskussion. Gleichzeitig gewinnt auch die Frage nach einem gelungenen ärztlichen Handeln und was wir darunter verstehen können bzw. sollen an Bedeutung. Im Folgenden wollen wir daher diesen beiden Anliegen exemplarisch für Wertfragen in der Medizin nachgehen.

weitreichenderes und umfangreicheres Ziel verfolgt, das sich an drei Prinzipien orientiert: Patientenwohl, Autonomie und soziale Gerechtigkeit.

7. Indikationsstellung als Ort gelungenen wertbezogenen ärztlichen Handelns

Die Indikation²² stellt ihrer Definition nach eine begründete Entscheidung für ärztliches Handeln dar. In diesem Sinn ethisch wie juristisch legitimiert, erstellt die Ärztin bzw. der Arzt eine Indikation, die aussagt oder anzeigt – dem lateinischen Wort ‚indicare‘ entsprechend – was getan werden soll.²³ Unter Berücksichtigung der Aufklärungspflicht handelt es sich um einen Vorschlag und nicht um die Handlung selber. Wie bereits Felix Anschütz und in Folge viele andere festhielten, ist die Indikation das Ergebnis einer geistigen Reflexionsarbeit der Ärztin bzw. des Arztes²⁴, das unterschiedliche Aspekte und Inhalte zu einer Synthese bringt.

Nach heutigem Diskussionsstand beinhaltet die Indikation im Allgemeinen drei wesentliche Aspekte, denen wir einen weiteren hinzufügen und die bei ihrer Erstellung zu berücksichtigen sind:

- naturwissenschaftlich-medizinische oder technische Aspekte, die sich am ‚state of the art‘ der Medizin orientieren (z. B. Wahl des angemessenen Medikaments, der Operationsmethode, weiterführender diagnostischer Untersuchungen);
- rechtliches Regelwerk;
- ethische Aspekte, die sich an den Zielsetzungen der Medizin orientieren (z. B. Heilungsauftrag, Fürsorgepflicht, kulturell bedingtes Verständnis von Gesundheit und Krankheit, Selbstverständnis der Medizin)²⁵;
- und der individuelle Lebensentwurf der Patientin/des Patienten (z. B. Lebensziele, religiöse Grundhaltung, Verständnis von Gesundheit und Krankheit, kulturelles Lebensumfeld, soziale Beziehungen, Arbeitswelt).

22 In den letzten Jahrzehnten sind beginnend mit Felix ANSCHÜTZ, Indikation zum ärztlichen Handeln, Berlin u. a. 1982, zunehmend mehr Publikationen zu diesem Begriff erschienen; vgl. z. B. Karl GAHL, Zur Geschichte des Begriffs der medizinischen Indikation, in: Andrea DÖRRRIES/Volker LIPP (Hg.), Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis, Stuttgart 2015, 24–35; vgl. WIESING, Indikation.

23 Es sei angemerkt, dass hier keine Diskussion des Indikationsbegriffes vorgenommen wird, sondern versucht wird zu zeigen, welche Aspekte und Inhalte die Indikationsstellung im Blick auf das Arzt-Patient-Verhältnis beinhaltet und inwiefern diese Aspekte und Inhalte die Frage nach einem gelungenen ärztlichen Handeln mitprägen und als Ausdruck von Werten und Werthaltungen angesehen werden können. Hingewiesen sei auch darauf, dass ein Unterschied besteht zwischen Indikationsbegriff und Stellung einer Indikation.

24 An dieser Stelle noch weitere Literaturhinweise, an welchen sich das Folgende weitestgehend orientiert: Karl GAHL, Indikation – Zur Begründungsstruktur ärztlichen Handelns, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 130 (2005) 1155–1158; Ralph CHARBONNIER u. a. (Hg.), Medizinische Indikation und Patientenwille, Stuttgart 2008; DÖRRRIES/LIPP (Hg.), Medizinische Indikation; vgl. WIESING, Indikation.

25 Dirk LANZERATH, Was ist medizinische Indikation? Eine medizinethische Überlegung, in: CHARBONNIER u. a. (Hg.), Medizinische Indikation und Patientenwille, 35–52.

Bei letztgenanntem Aspekt ist umstritten, inwieweit er tatsächlich in die Indikationsstellung einfließt bzw. einfließen soll.²⁶ Beispielsweise spielt die subjektive ärztliche Wahrnehmung und Einschätzung der Persönlichkeit der Patientin/des Patienten während der Anamnese und der Stuserhebung keine unerhebliche Rolle bei der Identifizierung möglicher Therapieziele und Behandlungsansätze. Sie kann aber auch Missverständnissen unterliegen. Daher stellt sich zu Recht die Frage, ob sie in die Indikationsstellung bewusst einbezogen werden sollte, und wenn ja, zu welchem Zeitpunkt: Während des Gesprächs mit der Patientin/dem Patienten oder nach der seitens der Ärztin/des Arztes gestellten Indikation?²⁷

Die genannten Aspekte stellen die Grundlage für erlaubtes ärztliches Handeln dar. Ein Automatismus bei der Durchführung der Indikation ohne die Berücksichtigung des Willens der Patientin/des Patienten ist aufgrund des informed consent-Prinzips nicht mehr möglich. Dieser tritt ‚nur‘ in einer Akut- oder Notfallsituation ein (z. B. Unfälle, unerwartete Situationen, in denen vorausgesetzt wird, dass ärztliches Handeln zum ‚Erhalt des Lebens‘ unerlässlich ist²⁸). Daher kommt dem oben genannten vierten Aspekt in der Frage nach dem Patientenwillen eine besondere Bedeutung zu. Zugleich stellt sich die Frage: Wie gestaltet sich das Arzt-Patient-Verhältnis und wie kommt es schließlich zur Entscheidungsfindung darüber, was getan wird? Wir unterscheiden heute vier Modelle des Arzt-Patient-Verhältnisses: das paternalistische, das informative, das interpretative (Vertragsmodell) und das abwägende Modell (deliberative model oder Partnerschaftsmodell). Das letztgenannte stellt heute das bevorzugte Modell dar, weil es auch im Sinne des ‚shared decision making‘ jene Kriterien am besten zu integrieren vermag, die das Miteinander von Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bestimmen. Diesem Modell zufolge erarbeitet die Ärztin bzw. der Arzt ausgehend von ihrer bzw. seiner Kenntnis der medizinischen Situation Lösungsvorschläge, woraufhin gemeinsam entschieden wird, welcher davon mit den Lebensumständen der Patientin bzw. des Patienten am besten vereinbar ist. Die Entscheidung treffen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient gemeinsam. Zahlreiche Studien, die zu den Entscheidungsfindungen durchgeführt wurden, verdeutlichen die Notwendigkeit der Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in diesen Prozess. Durch diese Vorgehensweise steigt auch die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit der Behandlung. Ihren entsprechenden Ausdruck findet diese Zufriedenheit im Mitwirken der Patientinnen und Patienten im Behandlungsverlauf.²⁹

26 Vgl. zum aktuellen Stand der Diskussion WIESING, Indikation, 18–23.

27 Vgl. dazu ebd. 31 ff.

28 Nach der Regel ‚In dubio pro reo‘ besteht die ärztliche Pflicht zur ‚Lebenserhaltung‘. Der Notfallarzt bzw. die Ärztin ist nicht verpflichtet, wenn er/sie gerufen wird, z. B. nach einer evtl. vorhandenen Patientenverfügung zu suchen.

29 Stellvertretend für die zahlreichen Studien seien einige genannt: Betty CHEWING u. a., Patient preferences for shared decisions: Systematic review, in: Patient Education and Coun-

Es ist unbestritten, dass eine der wichtigsten Voraussetzungen für diese Vorgehensweise in der Behandlung von Patientinnen und Patienten der Faktor ‚Zeit‘ ist. Zeit stellt damit einen unverzichtbaren Wert dar, der in den routinemäßigen und prozesshaften Abläufen im klinischen Alltag vor allem durch ökonomischen Leistungsdruck oft stillschweigend in seiner Bedeutung ausgehöhlt wird. Eine wichtige Forderung wäre es daher, das Gespräch und die Gesprächskultur als unverzichtbaren Bestandteil der Behandlung von Patientinnen und Patienten noch stärker bewusst zu machen.³⁰ Zu diesen Bemühungen um ein gelungenes Arzt-Patient-Verhältnis und gelungene Entscheidungsfindung gehören als Instrumentarien auch die Patientenverfügung³¹, die klinische Ethikberatung³² sowie das Erwachsenenschutzrecht³³, das die Autonomie und Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten absichern will. Hierin zeigt sich mit Blick auf das Patientenwohl eine Hinwendung zum sogenannten Adhärenzmodell³⁴, das die Hilfe und Unterstützung zur autonomen Selbstentscheidung von Patientinnen und Patienten und damit die Respektierung des Patientenwillens noch deutlicher hervorhebt und einfordert. Diese Instrumentarien beziehen sich auf schwierige Situationen von Therapieentscheidungen oder weiterführende diagnostische Untersuchungen, deren Sinnhaftigkeit in Frage steht.

Diese kurzen Ausführungen verdeutlichen die Komplexität der unterschiedlichen Situationen im ärztlichen Handeln. Ein Hinweis auf eine der grundlegenden Fragen besteht unserer Ansicht nach im Verständnis eines ‚gelungenen Handelns‘. Worin besteht ein solches und welche Implikationen und Aspekte umfasst es? Ein groß angelegtes Diskussionsprogramm mit dem Titel ‚What is a good medical

seling 86 (2012) 9–18; Glyn ELWYN u. a., Collaborative deliberation: A model for patient care, in: Patient Education and Counseling 97 (2014) 158–164; Paul SLOVIC u. a., Affect, Risk, and Decision Making, in: Health Psychology 24 (2005) 35–40; Jennifer S. LERNER u. a., Emotion and Decision Making, in: Annual Review of Psychology 66 (2015) 799–823; Marieke de VRIES u. a., Combining deliberation and intuition in patient decision support, in: Patient Education and Counseling 91 (2013) 154–160.

- 30 Als beispielgebend für die Bedeutung des Gespräches kann die Thematik um die multikulturellen und multireligiösen Aspekte im Arzt-Patient-Verhältnis angesehen werden. Vgl. u. a. Michael PEINTINGER (Hg.), Multikulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte, Wien 2011.
- 31 Christof MÜLLER-BUSCH, Ärztliche Entscheidungen in Grenzsituationen. Patientenverfügungen als Instrumente des Dialogs, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 15/1 (2010) 193–210.
- 32 Vgl. Andrea DÖRRIES u. a., Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege, Stuttgart 2010.
- 33 BUNDESMINISTERIUM FÜR VERFASSUNG, REFORMEN, DEREGULIERUNG UND JUSTIZ, Konsenspapier ‚Erwachsenenschutzrecht für Gesundheitsberuf‘, Wien 2018.
- 34 Vgl. DEUTSCHER ETHIKRAT, Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme, Berlin 2016.

decision?‘ ging in den USA dieser Frage ausdrücklich nach.³⁵ Im Zuge dieser Diskussion, bei der alle Stakeholder unterschiedlicher Gesundheitsberufe mitwirkten, wurde klar, dass bei der Frage nach einer guten Entscheidung zahlreiche Aspekte involviert sind, über welche es noch kaum Studien gibt. Das Spektrum reicht vom Umgang mit der Prognose bis hin zu der Thematik, ob Patientinnen und Patienten ihre Entscheidung zur Zustimmung einer Behandlung z. B. eher mit Stakeholdern treffen sollten, die gerade nicht mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt identisch sind.

8. Patientenwohl und Patientensicherheit

Werte und Werthaltungen in der Medizin sind ausgerichtet auf das Patientenwohl und die Patientensicherheit. Letzterer Begriff ist neu und verweist auf die zunehmende Prozessualisierung und damit einhergehenden Bemühungen, den Behandlungsverlauf einer Patientin/eines Patienten sicher zu gestalten. Dadurch soll einerseits die Behandlungssicherheit gewährleistet, andererseits auch die ökonomische Effizienz gesteigert werden. Die uralte Einsicht des Protagoras – ‚der Mensch ist das Maß der Dinge‘ – gilt hinsichtlich der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten im Sinne des Patientenwohls also auch heute noch. Mit der lateinischen Regel ‚salus aegroti suprema lex‘ wird nichts anderes ausgedrückt, als dass jedes ärztliche und pflegerische Handeln an Patientinnen und Patienten sich mit bestem Wissen und Können am Patientenwohl zu orientieren hat. Das Patientenwohl ist damit jener Orientierungspunkt, der Werte und Werthaltungen in der Medizin nicht nur mitbestimmt, sondern als grundlegendes Prinzip leitet. Alle bereits oben genannten Aspekte, Inhalte und Prinzipien haben eine dienende Funktion im Hinblick auf das menschliche Wohl. Selbst der Erfolg von Forschung und technologischer Entwicklung hat sich daran zu orientieren, da die wissenschaftliche Logik in der täglichen Praxis, im Handeln am Menschen durch die Individualität³⁶ einer bzw. eines jeden Einzelnen an ihre Grenzen stößt. Fachliches Wissen ist somit nach bestem Wissen und Können der individuellen Situation einer Patientin bzw. eines Patienten anzupassen. Dieses Vorgehen impliziert mehrere Aspekte, die als Werte und Werthaltungen anzusehen sind, wie die genannten Prinzipien von Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge und Gerechtigkeit, die das Arzt-Patient-Verhältnis leiten. Mit diesen sind all jene Aspekte

35 Jada G. HAMILTON u. a., What is a good medical decision? A research agenda guided by perspectives from multiple stakeholders, in: *Journal of Behavioral Medicine* 40 (2017) 52–68.

36 Individualität meint ein Mehrfaches, das sich von der molekularmedizinischen Bedeutung der genetischen Disposition hinstreckt bis zu individuellen Lebensentwürfen und Wertvorstellungen eines Menschen, nach denen er sein Leben gestaltet und orientiert.

angesprochen, die eine Begegnungskultur mit der Patientin/dem Patienten als Mensch im Sinne des angestrebten Behandlungserfolges begründen. ‚Respekt‘ vor der Person, ‚Zuhören‘-Können im Sinne des Wahrnehmens von Hoffnungen und Ängsten sowie von Wertvorstellungen und (spiritueller sowie religiöser) Lebensorientierung/-gestaltung und ‚Mitentscheidung‘ im Rahmen der Aufklärungspflicht bei der anzustrebenden oder zu unterlassenden Behandlung gehören etwa zu dieser Kultur des Arzt-Patient-Verhältnisses. Die genannten Instrumentarien wie Patientenverfügung oder klinische Ethikberatung unterstützen zusätzlich die Kommunikation und damit das Miteinander in schwierigen Situationen.

Abschließend ist festzuhalten, dass Werte und Werthaltungen in der ärztlichen Tätigkeit nicht nur eine Frage der intellektuellen Auseinandersetzung sind, sondern ebenso eine Frage des beispielgebenden Vorbildes. Zur Tradition des ärztlichen Ethos gehört nicht nur die Weitergabe von Wissen und Können, sondern auch die Vermittlung von Werten und Werthaltungen in der Behandlung von erkrankten und somit Hilfe suchenden Menschen.

Abstract

Values and professional attitudes are continuously discussed topics which are relevant also for medical decision making. Scientific research and technological development have, for a long time, resulted in a ‘scientific’ understanding of medicine. However, the insight in the individuality of each person demands a ‘practical’ understanding of medicine that takes the relationship between physician and patient into account. Values of both physician and patient form the background for their interaction. The author argues therefore that not only medical, legal and ethical aspects should be regarded as pertaining to medical indication, but also the patient’s values. Already existing instruments as informed consent, living will, ethical councils and the Austrian Adult Protection Law can be regarded as supporting this view.