

# Zur Alltagsethik des Arztberufes

*Den Vorteilen eines kurzfristigen Eigennutzes für den Einzelnen durch Übergehen ärztlicher Normen steht langfristig ein Prestige- und Ansehensverlust der gesamten Ärzteschaft gegenüber.*

von Peter Krebs\*

In Zeiten zunehmenden politischen Druckes und permanenter Verknappung der finanziellen Ressourcen gibt es für die Deutsche Ärzteschaft einen Hoffnungsschimmer: Das Arztbild in der Öffentlichkeit hat sich trotz Medienschelte gut behauptet. In einer demographischen Umfrage zum Sozialprestige der Berufe liegen die Ärzte immer noch an erster Stelle (H.S. Füssel, MMW Nr. 23/ 99) mit großem Abstand vor anderen Berufen mit hohem ethischen Selbstanspruch wie zum Beispiel dem Geistlichen, dem Rechtsanwalt oder dem Hochschulprofessor. Am Ende der Skala sind Politiker und Gewerkschaftsführer zu finden.

## Respektable Umfrageergebnisse

Bei den differenzierenden Einzelfragen – etwa: „Kann man den Ärzten vertrauen?“ – sagten 1982 gut zwei Drittel der Westdeutschen und 1992 auch zwei Drittel der Ostdeutschen: „Man kann vertrauen.“ Im Januar 1999 bejahten diese Frage 63 Prozent der Westdeutschen und 65 Prozent der Ostdeutschen. Das ist ein respektables Ergebnis. Auf die Frage, welche Berufsgruppe die Bürger für besonders ehrlich halten, liegen die Ärzte hinter Pastoren und Pfarrern (44 Prozent), Apothekern (32 Prozent) und Polizisten (30 Prozent) mit immerhin noch 26 Prozent einigermaßen im vorderen Feld, das mit einem „bis drei Prozent“ für Politiker, Werbefachleute, Autoverkäufer und Immobilienhändler endet.

Zahlen, die Anlass zur Selbstbeurteilung geben sollten, sind folgen-

de: 63 Prozent sind der Meinung, „Ärzte nehmen sich für ihre Patienten zu wenig Zeit.“ 52 Prozent sind der Ansicht, dass sich Ärzte bei Privatpatienten mehr Mühe geben, und 44 Prozent glauben, dass sich Ärzte nicht bemühen, Behandlungen zu erklären.

## Grundwerte und neue Herausforderungen

Immerhin 32 Prozent meinen, dass Ärzte in erster Linie ans Geld denken, und 21 Prozent vermuten, dass Ärzte ihre Patienten zu unnötig teuren Behandlungen überreden. Die gleiche Anzahl unterstellt den Ärzten Überheblichkeit, Herablassung, ungenaue Arbeit und wenig Sorgfalt.

Uns als Berufsgruppe auf den Beliebtheitsgrad von Arztserien im Fernsehen verlassen zu wollen, greift sicherlich viel zu kurz. Denn wie der Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein, Jörg-Dietrich Hoppe, ausführt, stehen wir in der Gefahr, „dass Werte, insbesondere ethische Grundwerte, auf dem Weg zu sogenannten Sekundärtugenden sind. In einer Welt der ungebremsten Informationsflut und Konsumorientierung, aber auch Hochtechnisierung und sogenannten Hochgeschwindigkeitstransportmittel ergeben sich daher für den eher bewahrenden und zu Verzicht neigenden Grundcharakter des Arztberufes in rascher Abfolge neue Herausforderungen.“ (Vortrag „Identitätskrise des Arztberufes“ beim 31. Ärztetag im Bistum Essen, erhältlich bei der Redaktion *Rheinisches Ärzteblatt*).

Die Schiene, auf der in den vergangenen Jahrhunderten die ärztliche Ethik transportiert wurde, ist der hippokratische Eid. Er ist auch heute noch grundsätzlich als unverzichtbares Fundament ärztlichen Handelns und Ausdruck sittlicher Überzeugung gültig. Jedoch: ohne – aus Raumgründen – den Wortlaut des gesamten Eides wiederzugeben, sei mit Jetter (*Geschichte der Medizin, Thieme-Verlag 1992*) darauf hingewiesen, dass der Text für den Arzt unserer Zeit an vielen Stellen nicht mehr wörtlich zu übernehmen ist.

Es wäre vermessen von mir, im Rahmen eines kurzen Beitrages einen Transfer des Eides in den Arztalltag ganz allgemein vornehmen zu wollen. Ich beschränke mich deshalb darauf, sehr konkret einige Situationen aus meinem ärztlichen Arbeiten als Klinikleiter, Internist und Gutachter, die meine ethische Integrität in Frage zu stellen drohten, hier näher zu beschreiben und dadurch deutlich zu machen, wie schwer es im Berufsalltag sein kann, dem eigenen ethischen Selbstanspruch gerecht zu werden. Ich bin mir dabei sehr wohl im Klaren, dass sich bei derzeit 41 Facharztgruppen die Problemfelder von Fach zu Fach unterscheiden.

## Probleme mit dem „Psycho-Vorbehalt“

Ein berufsethisches Problem für mich als Internist war die Einsicht, dass Geräte- und Apparatedizin oft genug versagen und folglich krankenhauspolitisch die „falschen Patienten in den falschen Betten“ liegen bzw. lagen. Die Konsequenz war die Einsicht, psychosomatisch zu verstehende Erkrankungen nicht

\* Dr. med. Peter Krebs ist Internist in Köln

ausschließlich mit konventioneller innerer Medizin zu behandeln. In meinem Berufsleben führte diese Erkenntnis zur Etablierung einer psychosomatischen Hauptabteilung an einem Akut-Krankenhaus, unter anderem durch Verzicht auf eigene, mir vertraglich zustehende Betten.

Gleichzeitig musste ich mit erheblichen Energien gegen den Widerstand innerhalb der Institution, der Kollegenschaft, der betroffenen Patienten und oftmals in mir selbst kämpfen, um dieses Verständnis von Krankheit durchzusetzen. Niemand kann für die psychosomatische Sichtweise eintreten, ohne sich selbst auch in Frage zu stellen und schmerzlich analysierend bei sich selbst anzufangen. Es stimmt mich resignativ, dass nach vielen Jahren des Kampfes und trotz eines entsprechenden Passus in der Weiterbildungsordnung der Widerstand und der sogenannte „Psycho-Vorbehalt“ fast ungebrochen weiterbestehen, und dass zum Beispiel weit mehr Kernspintomographen aufgestellt als psychosomatische Betten eingerichtet werden.

Im Klinikalltag war es schwer, sich kontinuierlich für Sucht- und Abhängigkeitskranke einzusetzen. Wie bequem wäre es oft gewesen, die harte Konfrontation zu vermeiden und dadurch zum „Co“ zu werden, der dazu beiträgt, die bittere Wahrheit zu verschleiern. Es fehlte auch nicht an Hochmut und Verachtung aus Nachbarkrankenhäusern, als ich als erster Internist in Köln den AA-Gruppen in der Klinik Räume überließ, mit der Auflage, den Kontakt zu den Alkoholkranken schon während der stationären Entgiftung herzustellen. Hier hat sich der Einsatz gelohnt: im Laufe der letzten Jahre sind ähnliche Kooperationen mit Selbsthilfegruppen für viele Krankenhäuser selbstverständlich geworden.

### **Beklemmung bei Gefälligkeitsattesten**

Nicht ohne Beklemmungen habe ich in den 40 Jahren meiner Tätigkeit als Gutachter „Gefälligkeitsat-

teste“ von Kollegen jeglicher Fachrichtung gesehen, mit denen Kurarhalte, Renten, Arbeitsunfähigkeit und vermeintliche Gesundheitsschäden erschwandelt wurden bzw. werden sollten. Unzählige Male wurde von mir erwartet, bei Liegezeitverlängerungen, unnötigen Therapien und nichtindizierten Krankentransporten „doch ein Auge zuzudrücken“.

Es ist mir nicht leicht gefallen, gelegentlich Kollegen gutachtlich bescheinigen zu müssen, dass sie nicht nur schwere Therapiefehler gemacht, sondern auch aus Gewinnsucht oder Selbstüberschätzung Leid über ihre Patienten gebracht haben. Wer ist nicht aus dem Bewusstsein heraus, selbst jederzeit Fehler machen zu können, zu unverantwortlicher Milde bereit? Wer riskiert es gern, als Gutachter mit Klagen über „Rufmord“ und „Geschäftsschädigung“ angegangen zu werden? Dabei schadet nichts dem Ruf unseres Standes mehr als falsch verstandene Solidarität und der Satz „eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus“.

### **Fortbildung auf schönen Inseln**

Am Rande sei vermerkt, dass es auch nicht immer leicht war, den Schalmeien-Klängen bestimmter Pharmavertreter zu widerstehen und Fortbildungsseminare auf schönen Inseln mit minimalem Informationswert zu „verpassen“. Auch galt es immer wieder, „Zuschüsse“ zu medizinischen Geräten abzulehnen, die etwa als „Forschungsbeitrag“ den Einsatz bestimmter Medikamente ankurbeln sollten. In diesem Feld seine eigene Integrität wahren zu wollen ist aus meiner Sicht eine persönliche Gewissensfrage und kann nicht pauschal für alle beantwortet werden.

Eines der schwierigsten ethischen Probleme bleibt die Sterbehilfe. Von kirchlichen Autoritäten hier Orientierung für den Berufsalltag zu bekommen ist mir nie gelungen. Ich musste versuchen, mit dem Sterbenden, dessen Familie und meinen

Mitarbeitern verantwortbare Entscheidungen zu treffen. Oft stand ich als leitender Arzt allein da mit meinem Gewissen, vor allem vor dem Hintergrund sich ständig verfeinernder Möglichkeiten der Lebensverlängerung um jeden Preis und mit allen Mitteln.

### **Versuchungen nehmen zu**

Ich brauche zum Schluss nicht zu sagen, in welche Gewissenkonflikte ein Klinik-Arzt durch sogenannte „Sachzwänge“, „Budgets“ oder „institutionelle Belegungsvorgaben“ geraten kann, auch und gerade in der Auseinandersetzung mit den Erwartungen des eigenen Arbeitgebers.

Sicher sind in einer Zeit rückläufiger beruflicher Entfaltungsmöglichkeiten und abnehmender finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen für den Arzt die Versuchungen gewachsen, es im berufsethischen Bereich nicht so genau zu nehmen. Dazu kommt ein Klima, in dem der Satz „der Ehrliche ist der Dumme“ sich mehr und mehr bewahrheitet (*siehe Buchtitel von Ulrich Wickert zur Alltagsmoral*).

Dabei kann nicht nachdrücklich genug betont werden, dass den Vorteilen eines kurzfristigen Eigennutzes durch Übergehen ärztlicher Normen für den Einzelnen langfristig ein Prestige- und Ansehensverlust der gesamten Ärzteschaft gegenübersteht. Bereits jetzt lauern zahlreiche paramedizinisch Tätige auf die sich durch Vertrauensverlust auftuenden Lücken im Arzt-Patientenverhältnis, um bislang eindeutig ärztliche Positionen zu besetzen.

### **Traditionelle Tugenden fördern**

Die Ärzteschaft wird also gut daran tun, sich gegenseitig in jenen Tugenden zu stützen bzw. zu fördern, die von alters her das positive Arztbild bestimmt haben.

Was könnte neben individuellen Appellen strukturell dazu beitragen?

- Berufsethik, einschließlich der geltenden gesetzlichen Regelungen, müsste Pflichtfach im akademischen Unterricht werden. Dabei wäre die Erfolgskontrolle über die Erhebung zum Prüfungsfach im zweiten oder dritten medizinischen Examen zu verankern.
- Für bereits approbierte Ärztinnen und Ärzte sollten im Rahmen der Fort- und Weiterbildung sogenannte Ethikseminare etabliert werden, die durch obligatorische Zertifikate bestätigt werden müssten. Inhaltlich müsste es darum gehen, in Fallbesprechungsgruppen ethische Grenzsituationen kollegial zu beraten und sich bei der Entscheidungsfindung gegenseitig zu unterstützen.
- Die Berufsgerichtsbarkeit der Kammern müsste Verstöße und Zuwiderhandlungen im berufsethischen Bereich sehr viel härter als bisher ahnden. Bereicherung auf Kosten Dritter ist kein Kavaliersdelikt.

- Die gültige Berufsordnung müsste ihren Dornröschenschlaf bei Kammern und Berufsgerichten beenden und jedem Arzt – etwa mit der Quittung für den Kammerbeitrag – zur Verfügung gestellt werden. Vorstellbar wäre ein Loseblatt-System, das nicht nur eventuelle Novellierungen, sondern auch Kommentare, Gerichtsurteile und Grundsatzreferate zum Thema Berufsethik umfasst.

Es ist ja keineswegs so, dass es sich hier um ein gänzlich neues Thema handelt. Aus meiner – vielleicht zu pessimistischen – Sicht scheinen die ärztlichen Normen nicht mehr allgemeinverpflichtend zu sein, und es gibt unendlich viele Möglichkeiten, sich individuell davon zu „dispensieren“, so dass die Inhalte vielerorts bis zur Bedeutungslosigkeit verkümmert sind.

Es kann heute nicht mehr wie noch vor Jahren ein tragendes Fundament christlich-abendländischer Werte für alle Berufsgruppen unterstellt werden. Wir befinden uns in

einem Zeitalter der Pluralität, Liberalität und des zunehmenden Hedonismus. Beispiel: Ethik wird heute als Pflichtfach für die Schulen diskutiert, nachdem der Religionsunterricht fakultativ geworden ist. So ist der Einzelne auf sich selbst und sein persönliches Berufsgewissen angewiesen und braucht zur sittlichen Urteilsfindung den vergleichenden Blick auf die Kollegen.

Wenn die Ärzteschaft auch in den kommenden Jahren ihre Integrität wahren und stärken will, bleibt ihr nichts anderes übrig, als konsequent für Verbreitung und Einhaltung ethischer Normen Sorge zu tragen und Beispiel zu geben für verantwortliches Handeln.

*Anschrift des Verfassers:*

*Dr. Peter Krebs  
Facharzt für Innere Krankheiten  
Trakehner Str. 18  
50735 Köln  
Tel.: 0221/ 7 12 58 53*

## Verordnete Irrwege?

*Neuregelung des Fahrerlaubnisrechts in Nordrhein-Westfalen*

**Frank Schneider und Ralf Ihl\***

**B**ewerber um Fahrerlaubnisse der Klasse D und um Fahrerlaubnisse zur Fahrgastbeförderung sowie Bewerber um die Verlängerung dieser Fahrerlaubnisse müssen ab dem 50. bzw. 60. Lebensjahr Leistungstests nach der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) absolvieren. Nach Ziffer 2.5 müssen dabei die „Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit“ überprüft werden. Die Auswahl der zu untersuchenden Bereiche umfasst hierbei:

- (a) Belastbarkeit
- (b) Orientierungsleistung
- (c) Konzentrationsleistung
- (d) Aufmerksamkeitsleistung
- (e) Reaktionsfähigkeit

### Testverfahrenliste

Das für die FeV zuständige Ministerium für Wirtschaft und Mittelstand, Technologie und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen hat in einem Erlass vom 23.12.1998 (AZ 632-21-00/1) eine Liste der Testverfahren zur

Prüfung der besonderen Anforderungen nach Anlage 5 der FeV zusammengestellt. Die zur Untersuchung eingesetzten Verfahren sollen nach dem Stand der Wissenschaft standardisiert und unter Aspekten der Verkehrssicherheit validiert sein (Anlage 5 der FeV). Der Nachweis darüber sei durch ein betriebs- oder arbeitsmedizinisches Gutachten oder ein medizinisch-psychologisches Gutachten zu erbringen. Die Tests dürfen von Psychologen, Arbeits- und Betriebsmedizinern durchgeführt werden. Die vorgeschlagenen Regelungen beinhalten eine Reihe von Widersprüchen, auf die nachfolgend aufmerksam gemacht werden soll.

Die Untergliederung der zu untersuchenden Bereiche (*siehe Aufzählung a)-e)*) erscheint nicht nachvollziehbar. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung können kaum getrennt werden. Auch bleibt

---

Professor Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider und Privatdozent Dr. med. Ralf Ihl sind beide Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Diplom-Psychologen und arbeiten an der Psychiatrischen Klinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.