



Projekt «Zukunft Medizin Schweiz»

Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts

Bericht einer ExpertInnengruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) sowie der fünf Medizinischen Fakultäten

Projekt «Zukunft Medizin Schweiz»

Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts

Bericht einer ExpertInnengruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW),
der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) sowie der fünf Medizinischen Fakultäten

Herausgeber

Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und
Ärzte (FMH)

Medizinische Fakultäten der Universitäten
Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich

Gestaltung

vista point, Basel

Foto

FotoGrafikZentrum, Inselspital, Bern

Druck

Schwabe & Co. AG, Basel/Muttenz

Auflage

D 2 000 Ex., F 800 Ex.

© SAMW/ASSM 2004

Bestelladresse

Generalsekretariat SAMW
Petersplatz 13, CH-4051 Basel
Tel. +41 (0)61 269 90 30
Fax +41 (0)61 269 90 39
E-Mail mail@samw.ch

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	5
I.	Die Medizin in Spannungsfeldern der heutigen Gesellschaft	6
1.	Die Medizin als Bestandteil einer Gesellschaft im Wandel	
1.1	Was erwartet die Bevölkerung von der Medizin?	
2.	Die Medizin in Praxis, Lehre und Forschung	
2.1	Ambivalentes Verhältnis der Menschen zur Technik in der Medizin	
2.2	Forschung und Klinik: Ergänzung oder Kluft?	
2.3	Entwicklungen in Lehre und Ausbildung	
3.	Die Medizin zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualitätsanspruch und Solidarität	
3.1	Gerechte Verteilung der Ressourcen?	
3.2	Ware Gesundheit – veränderte Berufsbilder	
II.	Das Projekt «Neu-Orientierung der Medizin»	11
1.	Ausgangslage	
2.	Klausurtagungen und Symposium	
3.	Neue Ziele mit neuen Strukturen	
III.	Definitionen und Konzepte	14
1.	Eng miteinander verbunden: Medizin und Gesundheitswesen	
2.	Definitionen und Konzepte zu Krankheit und Gesundheit	
2.1	Krankheit: Zwischen objektiver und subjektiver Bedeutung	
2.2	Gesundheit: Viele Definitionen, keine ist vollständig	
3.	Definitionen und Konzepte zu Medizin, ärztlicher Tätigkeit und Pflege	
3.1	Medizin: Ein Begriff, der nur schwer zu fassen ist	
3.2	Ärztliche Profession: Wissen, spezifische Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie eine ethische Grundhaltung	
3.3	Pflege ist auch Beziehungsarbeit	
3.4	Weitere medizinische Fachberufe	
3.5	Medizin, ärztliche Tätigkeit, Pflege und weitere medizinische Fachberufe: Eine semantische Klärung	
4.	Beziehung zwischen medizinischer Fachperson und Patient: Wechselseitigkeit und gegenseitiges Vertrauen – Ausweitung des Begriffs	

>

IV.	Werte und Ziele der Medizin	27
1.	Werte	
1.1	Übergeordnete Regelwerke	
1.2	Das medizinische Ethos im historischen Rückblick	
1.3	Berufsethische Kodizes in der heutigen Zeit	
1.4	Die zentralen Werte der Medizin	
2.	Die Ziele der Medizin	
2.1	Ausgangspunkt	
2.2	Präambel und sechs Ziele der Medizin	
V.	Aufgaben der Medizin und deren Umsetzung	34
	Anhang	40
	Charta zur ärztlichen Berufsethik	
	Mitglieder der Expertengruppe und der Steuerungsgruppe; Sekretariat	

«Wegmarke auf dem Weg eines Wandels»

In welchem gesellschaftlichen Kontext stellt sich die Frage nach der Zukunft der Medizin in der Schweiz? Gewiss einmal im Zusammenhang mit einer Krise der Werte und Ideen. Als Folge des Niedergangs der grossen Ideologien, welche das 20. Jahrhundert dominiert haben, aber auch als Folge des allmählichen Verschwindens religiöser Bezugssysteme, erleben wir eine rasch zunehmende Ernüchterung und eine Auflösung von scheinbar etablierten Gewissheiten. In einem Umfeld nie da gewesenen Komforts und technischer Errungenschaften werden diese Vorgänge teilweise überrascht und unwillig zur Kenntnis genommen, wenn nicht einfach negiert.

Die Medizin findet sich mitten in dieser krisenhaften Umgestaltung der Gesellschaft. In ihrem praktischen Alltag ist sie davon besonders betroffen. Um darauf zu reagieren, kann sie nicht anders, als immer und von neuem ihre Definitionen des Menschlichen, ihre ethische Grenzen und ihre Ziele dem gesellschaftlichen Umfeld anzupassen und neu festzulegen. Dazu tragen die Pflege und Begleitung von Kranken, die Hilfe an Leidende und die Unterstützung von Sterbenden einen lebendigen Wertekanon bei.

Vor diesem Hintergrund lancierten die SAMW, die Medizinischen Fakultäten und die FMH im Sommer 2002 das Projekt «Zukunft Medizin Schweiz». Die verantwortlichen Institutionen erhofften sich davon wichtige Impulse für die zukünftige Gestaltung der Medizin. Dazu wurde eine Gruppe von Expertinnen und Experten eingesetzt, welche versuchen sollte, einen Konsens über die Ziele und die Zuständigkeiten der Medizin zu erarbeiten.

Diese interdisziplinär zusammengesetzte Expertengruppe stand vor keiner leichten Aufgabe. Ganz besonders, da der gewählten Thematik eine konflikthafte Situation zugrunde liegt und sich der Auftrag um Zukunftsaspekte handelte. Denn die Zukunft ist ein grosses Feld, offen für Projektionen aller Art, und hat für Nicht-Propheten etwas leicht Unheimliches. So galt es für die Expertengruppe, zuerst einen aufgabenzentrierten Arbeitsstil und eine gemeinsame Terminologie zu finden. Ein derartiges Unterfangen erfordert eine bestimmte Zeit der Vorarbeit, bis der gangbare Weg gemeinsam gefunden werden kann. Um einen virtuellen Mittelwert des Gruppenkonsenses herum schwankend, wechselten ungewohnt-exzentrische Überlegungen mit Neuformulierungen bekannter Tatsachen, bis Sätze bereit standen, die von allen getragen werden konnten.

So soll der vorliegende Bericht nicht als ein umfassender, in sich geschlossener Text gesehen werden, sondern als ein Dokument, das zwar eine klare Ausrichtung hat, aber überarbeitet, ergänzt und erweitert werden kann und soll. Es bewegt sich von theoretisch-abstrakten Positionen über Definitions- und Umschreibungsversuche bis hin zu konkreten Umsetzungsvorschlägen spezifischer Ziele und Aufgaben. Dabei werden Gesichtspunkte der Vergangenheit berücksichtigt, um spezifische Aspekte der Gegenwart zu beleuchten und Skizzen in die Zukunft zu entwerfen. Die Autorengruppe möchte den Text empfehlen als eine von ihr erarbeitete Grundlage für das weitere Nachdenken anderer, als Ausgangspunkt für breit gefächerte Diskussionen und als Auslöser von Veränderungen im Bereich der gesamten Medizin, d.h. als einigermaßen stabile Wegmarke auf dem Weg eines Wandels.

*Prof. Dr. med. Dieter Bürgin
Leiter der ExpertInnengruppe*

I Die Medizin in Spannungsfeldern der heutigen Gesellschaft

Seitdem es Menschen gibt, bedeutet die Medizin¹ ein Auflehnen gegen Krankheit, Leiden und Tod. In praktisch allen Kulturen und Epochen bestand die primäre Aufgabe der medizinischen Tätigkeit darin, Kranke zu begleiten, Verletzungen zu pflegen und Leiden rituell zu verarbeiten. Auf diesem Hintergrund ist die medizinische Wissenschaft eine neue Erfindung. In der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts tritt sie besonders deutlich in Erscheinung, und erst in den 70er bzw. 80er Jahren verändert sie grundlegend die Möglichkeiten der Medizin. Am Ende des 20. und zu Beginn des 21. Jahrhunderts stellt sie die gesamte medizinische Praxis in Frage und macht es notwendig, ihre Definitionen, Rahmenbedingungen und Ziele neu zu bestimmen.

Die derzeitigen Erschütterungen der Grundlagen unserer Gesellschaft treten zu einem Zeitpunkt auf, in dem die Möglichkeiten des Menschen, die Natur zu beherrschen, grenzenlos zu werden scheinen. Das Leben selbst wird Schritt für Schritt zum Gegenstand von Eingriffen und Veränderungen. Vollständig neue Möglichkeiten stehen offen. Bisher der Beobachtung und «Messung» gänzlich entzogene Abläufe des menschlichen Lebens, wie die Gedanken, die Gefühle, die zwischenmenschlichen Kontakte, die intimen Beziehungen oder die Masse und Funktionen des Körpers sind der diagnostischen und therapeutischen Medizin und ihrer wissenschaftlichen Neugier teilweise zugänglich geworden.

In der Medizin zeichnet sich in bestimmter Weise bereits die Zukunft der Gesellschaft ab. Sie arbeitet gleichsam im Vorfeld neuer Entwicklungen. Während die Gesellschaft den grossen zukünftigen Fragen der Menschheit kaum in die Augen sieht, setzt sich die Medizin bereits heute damit auseinander. Es sind dies z.B. Fragen der Solidarität, aber auch, und vielleicht wichtiger, Fragen zur Unterschiedlichkeit (und damit von Nicht-Austauschbarkeit) der Individuen; schliesslich auch der Wille, diese Unterschiedlichkeit (entgegen allen Versuchen einer Standardisierung) zu bewahren und zu respektieren. Aufgrund von begrenzten Ressourcen, ökonomischen Zwängen und bürokratischen Reglementierungen gibt es keine einfachen Lösungen mehr. Im Folgenden sollen einige der genannten Spannungsfelder näher skizziert werden; im Kapitel V dieses Berichtes wird – bei der Formulierung von Veränderungsvorschlägen – darauf Bezug genommen.

1. Die Medizin als Bestandteil einer Gesellschaft im Wandel

Es ist unbestritten, dass spezifische gesellschaftliche Entwicklungen (wie z.B. die zunehmende Individualisierung) Auswirkungen auf die Medizin und deren Ziele haben; umgekehrt kann die Umsetzung von explizit formulierten Zielen der Medizin auch gesellschaftliche Haltungen und Strukturen beeinflussen. Die jeweiligen Sichtweisen von Medizin und von Gesellschaft sind stark voneinander abhängig und bestimmen sich – obwohl sie manchmal unterschiedlich ausgerichtet sind – teilweise gegenseitig. Dieses Zusammenspiel bedarf aber immer wieder einer breiten reflektierenden Diskussion und einer Offenlegung von zum Teil disparaten Interessen und Absichten aller Beteiligten.

¹ «Medizin» wird hier im Sinne eines Oberbegriffs verstanden und umfasst die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und weiteren medizinischen Fachleuten (z.B. Physiotherapeutinnen) (vgl. Seite 20).

Die technisch unbegrenzt scheinenden Möglichkeiten haben einen Teil der in der Medizin Tätigen dazu verführt, gewagte Zukunftsszenarien zu entwerfen. Diese bewerten Krankheit und Tod nicht mehr als unbesiegbar, sondern stellen sie nur noch als ein technisch ungelöstes Problem dar: «Die spektakulären Erfolge der Medizin (haben) unrealistische und darum unerfüllbare Erwartungen (...) geweckt.»² Eine solche Haltung begünstigt die Vorstellung einer laufenden, grenzenlosen Weiterentwicklung. Viele der in der Medizin Tätigen, Teile der pharmazeutischen und der technischen Industrie, aber auch die Gesellschaft selbst treiben solche Vorstellungen voran. Über Limitierungen im Sinne des vernünftigerweise Machbaren wird auf allen Seiten nur zögernd nachgedacht.

1.1 Was erwartet die Bevölkerung von der Medizin?

Eine im Auftrag der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) im Frühjahr 2001 durchgeführte Bevölkerungsbefragung zeigte, dass sich die Befragten gesundheitlich wohl fühlen, in medizinischen Fragen gut informiert sind und eine entsprechende Mitsprache bei wesentlichen medizinischen Entscheiden wünschen³. Ein überwiegender Teil der Befragten sieht einen Bedarf nach mehr Pflegepersonal, nach Einbezug von Alternativen zur Schulmedizin und nach mehr Menschlichkeit in der Medizin. Es wird festgestellt, dass die Ärzte und Ärztinnen⁴ fachlich gut ausgebildet sind, dass jedoch in wirtschaftlichen und ethischen Fragen sowie beim Umgang mit Patienten Nachholbedarf besteht. Dieses Ergebnis ist insofern von grosser Bedeutung, als eine überwiegende Mehrheit der Befragten der Meinung ist, die Beratung über Behandlungsmethoden und damit verbundene Risiken sei Aufgabe eines Arztes und solle nicht anderen Fachpersonen übertragen werden. Dementsprechend gehören für sie Interesse am Menschen und Zeithaben neben Fachkompetenz zu den drei wichtigsten Forderungen, die sie an das Arztpersonal stellen. Gleichzeitig möchte die Bevölkerung keinesfalls auf die hochtechnisierte Spitzenmedizin verzichten und erachtet es als richtig, die jeweils aussichtsreichste Behandlungsmethode zur Verfügung zu haben, auch wenn damit ein enormer technischer und ökonomischer Aufwand verbunden ist.

Die zentralen, teilweise widersprüchlichen Aussagen dieser Studie mussten auf jeden Fall ernst genommen und in die weitere Bearbeitung des Themas «Zukunft Medizin Schweiz» einbezogen werden. Eine Medizin jenseits der öffentlichen Meinung und ohne Berücksichtigung der Wünsche der Bevölkerung würde im Abseits stehen, auch wenn viele der nicht miteinander verbundenen Antworten der Befragung nachträglich unterschiedliche Kausalzusammenhänge als Interpretationen zulassen. Möglicherweise würde eine analoge Befragung kranker Menschen ganz andere Gesichtspunkte gewichten.

2 Fischer J.: Weshalb hat die Medizin Probleme? - Normative Faktoren, Ziele, Zielkonflikte, in: Stauffacher W., Bircher J. (Hrsg.): Zukunft Medizin Schweiz, EMH-Verlag, Basel 2002, S.135

3 Leuenberger P., Longchamp C.: Was erwartet die Bevölkerung von der Medizin?, in: Stauffacher W., Bircher J. (Hrsg.), a.a.O., S. 181

4 Im Interesse der leichteren Lesbarkeit des Textes wird in diesem Bericht in der Regel die männliche Bezeichnung von Personen verwendet. Die entsprechenden Texte betreffen immer auch die weiblichen Angehörigen der genannten Personengruppen.

2. Die Medizin in Praxis, Lehre und Forschung

2.1 Ambivalentes Verhältnis der Menschen zur Technik in der Medizin

Die Betonung des naturwissenschaftlichen Paradigmas in der heutigen Medizin und der damit verbundene hohe Stellenwert der Technik lösen bei Patienten, aber auch bei Ärzten und Pflegenden eine grosse Ambivalenz aus und bilden daher potentiell ein konfliktreiches Spannungsfeld. Im Zentrum steht aber nicht die Frage, ob die Medizin auf die Technik verzichten oder sie anwenden will, sondern vielmehr, wie die in der Medizin Tätigen eine sinnvolle Anwendung der Technik erreichen.

Am einen Extrempol finden wir die naturwissenschaftliche Medizin mit ihren exponentiell ansteigenden Möglichkeiten («cure»). Absolut gesetzt können ihre technischen Fertigkeiten zum Selbstzweck werden, nämlich so, als ob medizinische Hilfe jeden technischen Eingriff pauschal rechtfertigen würde. Aufgrund ihres Paradigmas werden Lebensprozesse auf physikalische und chemische Vorgänge reduziert, und der zwischenmenschliche Kontakt – beispielsweise in der Arzt-Patienten-Beziehung – spielt nur eine untergeordnete, als unwesentlich erachtete Rolle. Technik allein aber ist ohne Mitgefühl, sie lässt den Kranken «in seiner existentiellen Not allein»⁵. Am anderen Extrempol befindet sich eine Arzt-Patienten-Beziehung, die ausschliesslich auf Empathie, gegenseitigem Vertrauen und der Erfahrung von zwischenmenschlicher Sicherheit aufbaut («care»). Absolut gesetzt – falls sie also auf notwendige technische Hilfe verzichtet – wird sie dem Patienten eine wesentliche Unterstützung vorenthalten. Beide Pole bedürfen deshalb der Ergänzung durch den anderen.

Die Aspekte der «cure» werden durch die Technisierung der Medizin sehr hoch bewertet, während Gesichtspunkte der «care» an Bedeutung verlieren. Der Erfolg einer medizinischen Behandlung wird denn auch oft mit einem technikfreundlichen Massstab beurteilt: Objektivierbare, physiologische Parameter spielen eine wesentlich grössere Rolle als die subjektive, nur schwer beschreibbare und schwierig zu interpretierende Wahrnehmung des Patienten und der Betreuenden. Die Fragen, warum jemand in einer bestimmten Lebenssituation krank wird und was dies für die Betroffenen und ihr Umfeld bedeuten könnte, liegen nicht im Zentrum eines naturwissenschaftlich dominierten Medizinmodells.

Diesen als eher problematisch eingeschätzten Beziehungen zwischen Technik und Medizin steht eine Reihe von Gegebenheiten gegenüber, die den Einsatz der Technik in der Medizin als mehrheitlich gewinnbringend erscheinen lassen. Viele Erfolge der Medizin kommen erst dank einem kreativen Zusammenspiel zwischen ärztlicher und pflegerischer Expertise auf der einen Seite und technischem Sachverstand sowie technischer Infrastruktur auf der anderen Seite zustande.

In den nächsten Jahren wird die beschriebene Ambivalenz nicht abnehmen, sondern eher noch zunehmen. Sie wird verschärft durch die Entwicklung hin zu einer ständigen Ausdehnung der Spezialisierung und Diversifizierung medizinischen Wissens mit zunehmenden Verständnisschwierigkeiten ihrer Vertreter untereinander. Der technische Fortschritt (als Beispiele erwähnt seien hier die Genetik, der Einsatz künstlicher Organe oder die medizinische Anwendung der Nanotechnologie) wird voranschreiten, aber auch das Bedürfnis, sich in Vertrauensbeziehungen zu Fachpersonen verstanden und gehalten zu fühlen, wird weiter bestehen und in Zukunft – von der technischen Entwicklung unabhängig – aufgrund der sozialen Entwicklung noch zunehmen.

5 Höffe O.: Medizin ohne Ethik? Edition Suhrkamp, Frankfurt 2002, S. 135

2.2 **Forschung und Klinik: Ergänzung oder Kluft?**

Die enge Verbindung von Forschung und Medizin ist unabdingbar und beruht darauf, dass sich die Medizin über weite Strecken auf eine naturwissenschaftliche Basis stützt. Die heutige medizinische Forschung ist geprägt von der biomedizinischen Grundlagenforschung und von der angewandten Forschung der pharmazeutischen sowie der technischen Industrie. Ihr Schwerpunkt liegt tendenziell bei der heilenden, d.h. kurativ orientierten, technisierten und «vom Machbarkeitsglauben dominierten» Medizin. Die personenbezogene klinische Forschung ist zweitrangig, obwohl die patientenorientierte Forschung für eine Optimierung der Behandlung unabdingbar ist und eine wichtige Erkenntnisquelle darstellt. Es besteht die Gefahr, dass die Kluft zwischen dem Wissen praktisch tätiger Ärzte sowie von Pflegenden und den neuesten Forschungsergebnissen grösser wird. Statistische Ergebnisse z.B. bedürfen einer sorgfältigen Evaluation und Interpretation, sollen sie auf das kranke Individuum in spezifischer Weise angewendet werden. Die evidenzbasierten Ergebnisse sind für die in der Praxis Tätigen oftmals nur schwer zu überprüfen.

2.3 **Entwicklungen in Lehre und Ausbildung**

Die Art und Qualität der Ausbildung wird die Zukunft der Medizin zentral mitgestalten. Aber noch bestehen Lücken: Nicht selten findet statt einer vertieften Denkschulung eine reine Wissensanhäufung statt. Das interdisziplinäre Lernen und der konstante Austausch zwischen «care» und «cure» existieren erst in Ansätzen, und das wohlverstandene ärztliche Ethos steht nicht im Mittelpunkt der medizinischen Aus- und Weiterbildung. Manche dieser Mängel wurden erkannt und in den neuen Curricula der medizinischen Fakultäten teilweise korrigiert. Aber neu zur Diskussion gestellte Gedanken wie die Einführung eines dreijährigen naturwissenschaftlichen Bachelor-Curriculums am Anfang des Medizinstudiums bestätigen, dass die inhaltliche Gestaltung des Medizinstudiums ein fortlaufender Prozess ist, in dem sich die Bemühungen um «cure» und «care» komplementär ergänzen müssen und nicht gegeneinander antreten sollten.

Bei der Selektion von neu im medizinischen Sektor tätigen Personen, insbesondere aber bei der Auswahl des universitären Lehrkörpers, wird die Frage nach der sozialen Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit sowie nach der Fähigkeit zur Reflexion oft zu wenig gestellt. Ausserdem ist die Einbindung von Allgemeinpraktikern in die universitäre Lehre bisher nur in ungenügendem Ausmass realisiert.

3. **Die Medizin zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualitätsanspruch und Solidarität**

3.1 **Gerechte Verteilung der Ressourcen?**

Die Gesellschaft fordert für ihre medizinische Versorgung viele Ressourcen. Die Medizin funktioniert noch nie besser und stellte nie vorher so viele Leistungen für so viele Betroffene zur Verfügung. Dennoch ist die Tatsache knapper werdender Ressourcen unbestritten, und es besteht die Gefahr, dass die Grundversicherung die wachsende Zahl neuer Leistungen über kurz oder lang nicht mehr finanzieren kann. Eine Lösung dieses Problems ist nicht in Sicht,

da die dazu notwendigen politischen Entscheide oft kurzfristig angelegt sind und sich nicht auf wissenschaftliche Erkenntnisse abstützen können. Die Medizin kann die Verantwortung für die in diesem Bereich notwendigen Entscheide den Organen des Gesundheitswesens und den Politikern nicht abnehmen, sie kann höchstens beratend mitwirken.

Eine effiziente Verteilung der Ressourcen mit dem Ziel, den grösstmöglichen Nutzen zu erzielen, konnte bisher nicht realisiert werden. Die dadurch geförderte Tendenz zur Verschwendung wird durch das Gewinnstreben auf Ärzte- und die Anspruchshaltung auf Patientenseite sowie durch fehlende Überlegungen zur Nachhaltigkeit und zum langfristigen Nutzen verschärft. Der haushälterische Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln greift in der Medizin auch deshalb nicht, weil die entsprechenden Anreize entweder falsch wirken oder ganz fehlen.

3.2 Ware Gesundheit – veränderte Berufsbilder

Gesellschaftliche Erwartungen und technologische Möglichkeiten beschleunigen den Prozess der Medikalisierung. Damit wird die Anwendung medizinischen Wissens und medizinischer Techniken auf Bereiche bezeichnet, die (historisch) nicht als medizinische Probleme eingestuft wurden. Die Forschung auf der einen und das Komfortbedürfnis der Patienten auf der anderen Seite führen zu neuen Diagnosen und Befunden, für die dann entsprechende Therapiemöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Der Übergang von Krankheiten zu Funktionsstörungen und schliesslich zur Optimierung des gesunden Körpers, der aber möglicherweise Krankheitspotentiale in sich trägt, scheint fliessend zu sein. Kriterien zur Abgrenzung des eigentlichen Tätigkeitsfelds der Medizin existieren bisher kaum.

Das Gesundheitswesen und damit auch die Medizin sind zu einer Art Grossindustrie und Markt geworden. In der Schweiz werden darin jährlich gegen 50 Milliarden Franken aufgewendet. Einer von zehn Schweizer Erwerbstätigen arbeitet im medizinischen Sektor. Durch die Kontrolle des Geldflusses gewinnen die Versicherer Macht, die in erster Linie nach rein ökonomischen Gesichtspunkten ausgeübt wird. Gesundheit ist zu einer Ware geworden mit einer Industrie und einem Markt, welche längst international ausgerichtet sind.

Das Berufsbild des Arztes und der Pflegenden hat sich in den vergangenen Jahrzehnten radikal verändert. Der früher selbständig tätige Arzt ist in Vielem ein Angestellter geworden und damit potentiell in (zusätzliche) Abhängigkeiten verstrickt. Sein Gegenüber, der Patient, ist nicht mehr sein direkter Auftraggeber, sodass das Patientenwohl nicht immer automatisch und uneingeschränkt im Vordergrund steht. Die Werbung erzeugt einen hohen Druck auf die Gewohnheiten und Bedürfnisse der Bevölkerung und damit zum Teil auch auf die medizinische Forschung. Die auf vielen verschiedenen Ebenen entstehenden Interessenkonflikte werden durch die Verrechtlichung des Arzt-Patienten-Verhältnisses zusätzlich verstärkt. Medizinische Entscheidungen müssen mehr und mehr auch nach medizinfremden – versicherungs- und haftpflichttechnischen, juristischen und ökonomischen – Gesichtspunkten getroffen werden.

II. Das Projekt «Neu-Orientierung der Medizin»

1. Ausgangslage

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) nahm die im Kap. I geschilderte Situation zum Anlass, 1999 das Projekt «Neu-Orientierung der Medizin» zu lancieren. Ausgehend von einer eingehenden Analyse der Situation der Medizin in der Schweiz, sollte durch das Projekt ein Reflexionsprozess über die Prioritäten verschiedener Ziele der Medizin angestossen werden. In gewissen Aspekten diente dabei auch das internationale Projekt des Hastings Center in den USA «The Goals of Medicine» als Vorbild. Mit Hilfe von Experten aus verschiedenen Fachgebieten und Gesellschaftsbereichen wurden in zwei Klausurtagungen die kritischen Bereiche identifiziert und neue Wege skizziert. Im Anschluss wurden die Ergebnisse im Rahmen des Symposiums «Zukunft Medizin Schweiz» an die interessierte Öffentlichkeit getragen.

2. Klausurtagungen und Symposium

Die erste Klausurtagung fand mit 70 Teilnehmern im August 2000 in Biel statt. Zusätzlich zu den Ärzten aus verschiedenen Fachgebieten waren Pflegepersonen, Ethiker, Juristen, Ständesvertreter, Politiker, Ökonomen und Patientenvertreter eingeladen. Der Klausurtagung lagen folgende Fragen zu Grunde:

- Welche Probleme hat die Medizin in der Schweiz heute?
- Weshalb bestehen diese Probleme?
- Welches sind die wichtigsten Entwicklungslinien? D.h. wie sind die gegenwärtigen Probleme entstanden und wie sehen Projektionen in der Zukunft aus?

Im Laufe der zweitägigen Diskussionen kristallisierten sich als *Schlussfolgerungen* drei Problembereiche heraus, welche vertieft betrachtet und behandelt werden sollten:

- Es braucht eine Diskussion über die Ziele der Medizin. Nur wenn die Ziele und Grenzen der Medizin besser geklärt sind, können neue Visionen erarbeitet und ihre Umsetzung geplant werden.
- Die Medizin braucht ein erneuertes Gesundheitswesen: Damit eine Neu-Orientierung der Medizin eine Chance hat, müssten jene Forderungen identifiziert werden, welche die Medizin an das Gesundheitswesen richten kann und muss.
- Die Kommunikation muss verbessert werden: Zu den Problemfeldern gehören sowohl die Kommunikation Arzt-Patient als auch Arzt-Arzt, Arzt-Gesellschaft, Arzt-Angehörige anderer Gesundheitsberufe, Medizin-Gesellschaft sowie Forschung-Praxis.

Die *zweite Klausurtagung* fand mit denselben Teilnehmern wie die erste Klausurtagung im Januar 2001 in Biel statt. Inhaltlich lagen ihr folgende Fragen zu Grunde:

- Welches sind die gesellschaftlichen Erwartungen an die Medizin?
- Welches sind die Stärken und Schwächen des medizinischen Angebotes?
- In welchen Bereichen besteht konkreter Handlungsbedarf und mit welchen Massnahmen könnte die SAMW hier einen Beitrag leisten?

Die Teilnehmenden dieser Klausurtagung waren sich einig, dass die Medizin in der Schweiz einen hohen Standard aufweist, dass aber in der Zielsetzung, Organisation und Umsetzung Diskussions- und Verbesserungsbedarf besteht. Die Probleme wurden in sechs Bereiche zusammengefasst, die implizit auch die Resultate der ersten Klausurtagungen einschlossen:

- *Ziele der Medizin angesichts von Pluralität und Interessenkonflikten:* Die gleichzeitige Orientierung der Medizin am Wohl jedes einzelnen Patienten, an der sich wandelnden Wissenschaft, an den Bedürfnissen der Gesellschaft und an den ökonomischen Randbedingungen schafft Konflikte, die angegangen werden müssen. Die daraus resultierenden Spannungsfelder sind in einem für die Allgemeinheit transparenten Diskurs zu bearbeiten.
 - *Empowerment:* Stärker als bisher sollten Patienten situationsgerecht und partnerschaftlich in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Der Zugang zu qualifizierten Informationen («Wissen») über Gesundheit und Krankheit ist sicherzustellen. Gleichzeitig ist der Selbstverantwortung der Bürger für ihre Gesundheit und bei der Behandlung von Krankheiten vermehrt Rechnung zu tragen.
 - *Entscheidungsgrundlagen:* In vielen Bereichen der Medizin sind die wissenschaftlichen Grundlagen unvollständig; ihre Erforschung ist dringend. Neue Erkenntnisse (z.B. Informatik, Genetik, Nanotechnik) sind mit kritischer Offenheit zu prüfen und zugänglich zu machen. Die Erarbeitung adäquater medizinischer Massnahmen darf sich aber nicht allein auf naturwissenschaftliche Argumente stützen, sondern muss auch sozial- und geisteswissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen.
 - *Grenzen der Medizin:* Die Medizin stösst an biologische Grenzen (z.B. extreme Frühgeburten; hohes Alter), an die Grenze zwischen Machbarem und Sinnvollem (z.B. Intensivmedizin), an ethische Grenzen (z.B. Forschung) und an ökonomische Grenzen. Diese Grenzen zu akzeptieren ist gleichbedeutend damit, die Begrenztheit des Lebens zu akzeptieren. Entscheidungen, die angesichts dieser Grenzen getroffen werden müssen, sollten transparent und nachvollziehbar gestaltet werden.
 - *Anreize:* Das Gesundheitssystem beeinflusst die Medizin unter anderem durch das Schaffen von Anreizen. Diese sind so zu gestalten, dass qualitativ wertvolle und nachhaltige Leistungen in der Medizin sowie gesundheitsförderndes und präventives Verhalten des Bürgers und der Bürgerin belohnt werden.
 - *Lebenslanges Lernen:* Die Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Medizinalpersonen sollte den neuen Erkenntnissen und den sich verändernden Anforderungen an die Medizinalberufe kontinuierlich angepasst werden. Besonderes Gewicht sollte der kommunikativen Kompetenz, der Fähigkeit zum Umgang mit Konflikten, dem Gender-Aspekt, der Fähigkeit zum Umgang mit Fehlern, dem interdisziplinären Arbeiten und der Stärkung der Selbstverantwortung (Empowerment) beigemessen werden. Die bereits eingeleiteten Reformen des Medizinstudiums gehen in die richtige Richtung und verdienen Unterstützung.
-

Auf der Basis dieser Resultate trat die SAMW am 30. August 2001 mit dem Symposium «Zukunft Medizin Schweiz» in Bern an die interessierte Öffentlichkeit. An der geschlossenen Nachfolgetagung befürworteten Verantwortungsträger aus allen Bereichen der Medizin und des Gesundheitswesens eine Fortführung des Projektes auf einer breiteren Trägerschaft, namentlich SAMW, FMH und Medizinische Fakultäten.

3. Neue Ziele mit neuen Strukturen

Die neue Trägerschaft stellte das Fortsetzungsprojekt unter den Titel «Zukunft Medizin Schweiz». Im Zentrum stand die Verständigung über die Ziele und die Zuständigkeiten der Medizin. Die verantwortlichen Institutionen erhoffen sich davon wichtige Impulse für die zukünftige Gestaltung der Medizin und des Gesundheitswesens in der Schweiz.

Anfang des Jahres 2002 übernahm eine neu zusammengesetzte Steuerungsgruppe, bestehend aus je einem Vertreter der Trägerinstitutionen SAMW, FMH und Medizinische Fakultäten, die Projektleitung. Diese setzte in der Folge eine neunköpfige Expertengruppe ein, die unter der Leitung von Prof. Dieter Bürgin aus Basel stand und den folgenden Auftrag zu erfüllen hatte:

- Formulierung und Definition von Zielen der Medizin und ihrer Grenzen für die Schweiz in ihrem heutigen Umfeld mit Blick auf deren Umsetzbarkeit und in Anlehnung an und Ergänzung von existierenden Formulierungen.
- Definition der Zuständigkeitsbereiche der Medizin bzw. Abgrenzung gegenüber dem Umfeld.
- Vorbereitung und Umsetzung der Ziele an der Basis: Umschreibung der Auswirkungen der Implementierung der Ziele für die medizinische Praxis. Information der Angehörigen der Medizinalberufe und weiterer Akteure im Gesundheitswesen.

III. Definitionen und Konzepte

In diesem Kapitel soll durch Abgrenzungen und Begriffsdefinitionen⁶ ein Beitrag zum Prozess der Verständigung über das Verhältnis zwischen Medizin und Gesundheitswesen, über Gesundheit und Krankheit, Medizin und Pflege sowie die Arzt-Patienten-Beziehung geleistet und gleichzeitig eine Grundlage für nachfolgende Diskussionen geschaffen werden.

1. Eng miteinander verbunden: Medizin und Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen und die Medizin stehen bei der Lösung ihrer Aufgaben in gegenseitiger Abhängigkeit. Dies erfordert eine Eigendefinition und damit auch eine partielle Abgrenzung der jeweiligen Rollen und Zuständigkeiten.

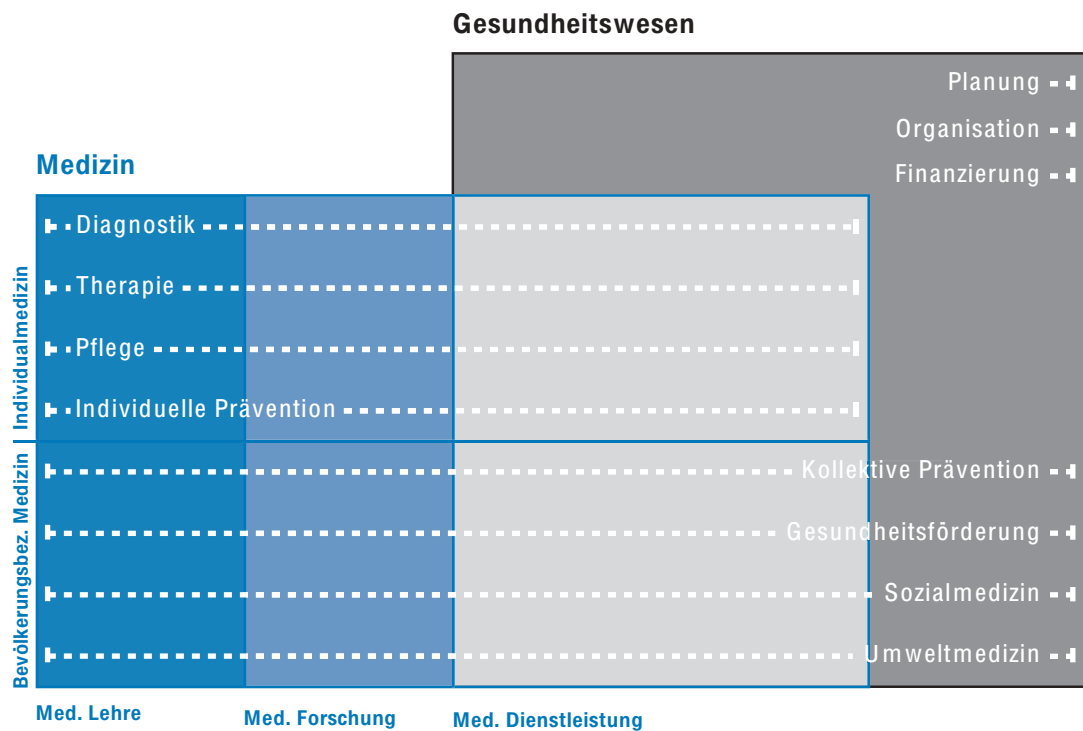
Die Rollen und Zuständigkeiten von Gesundheitswesen und Medizin gibt das Schema auf der folgenden Seite wieder; sie können wie folgt beschrieben werden:

- Das *Gesundheitswesen* umfasst die «Gesamtheit der Einrichtungen und Massnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. zur Krankheitsverhütung, Diagnostik und Behandlung von Gesundheitsstörungen, Krankheit und Unfall sowie zur nachfolgenden Rehabilitation»⁷. Neben dem Staat, der unter anderem durch Gesetze und Subventionen gestaltend eingreift, sind auch die Krankenversicherer (als Kostenträger) sowie die in der Medizin Tätigen (in ihrer Funktion als Leistungserbringer) Teil des Gesundheitswesens.
- Die *Medizin* (siehe Definition S. 20) stellt auf der Ebene des Einzelnen eigenverantwortlich Dienstleistungen in den Bereichen Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege (Individualmedizin) sowie auf einer übergeordneten, gesellschaftlichen Ebene kollektive Prävention, Gesundheitsförderung, Sozialmedizin und Umweltmedizin (bevölkerungsbezogene Medizin) zur Verfügung. Sie ist dadurch ein eigenständiger Teil der Gesundheitsversorgung und bestimmt deren Niveau und Qualität mit. Darüber hinaus gehören auch Lehre und Forschung zur Medizin; diese sind zum grössten Teil im universitären Bereich verankert.

Neben dem Bereich der Individualmedizin besteht mit der kollektiven Prävention, der Gesundheitsförderung, der Sozialmedizin und der Umweltmedizin auch ein Bereich, bei dem die kollektiven Interessen im Vordergrund stehen. Ist die Medizin im Bereich der Individualmedizin weitgehend im Stande, sich selbst zu definieren, und damit selbstverantwortlich, so teilt sie – was dem nachstehenden Schema nicht unmittelbar zu entnehmen ist – die Verantwortung im Bereich der bevölkerungsbezogenen Medizin mit dem Gesundheitswesen. In beiden Bereichen müssen die Gesichtspunkte der medizinischen Ökonomie beachtet und die Wege zwischen dem medizinisch Wünschbaren und dem politisch Möglichen gefunden werden.

6 Definitionen und Konzepte sind Denkmodelle, deren Beziehung zur Wirklichkeit unsicher ist, da unsere Vorstellungen von der Realität auf unvollständigen Wahrnehmungsprozessen basieren. Deshalb können sie die Wirklichkeit nie vollständig wiedergeben. Dennoch sind wir für die gegenseitige Verständigung auf Definitionen und Konzepte angewiesen. Diese sind in dem Masse nützlich, als sie der jeweiligen kulturellen Wirklichkeit der Gesprächspartner nahe kommen und ein Konsens darüber gefunden wird, was mit einem Konzept gemeint ist. Die Verständigung über einen Begriff ist somit eine kulturelle Leistung, welche die Voraussetzung für weitere Entwicklungen schaffen kann. Sie beansprucht aber weder universelle noch abschliessende Gültigkeit.

7 Gutzwiller F., Paccaud F.: Das Schweizerische Gesundheitswesen: Struktur und Aufbau. In: Gutzwiller F., Jeanneret O. (Hrsg.): Sozial- und Präventivmedizin. Public Health, Verlag Hans Huber, Bern 1996, S. 235



Andere, teilweise private Institutionen (z.B. Versicherungen, Industriebetriebe, private Spitäler oder Berufsverbände) sind insofern an der Optimierung der Gesundheitsversorgung beteiligt, als sie dazu beitragen, dem Einzelnen den Zugang zu deren Leistungen zu sichern.

Die Medizin und das für die Vorgabe des Rahmens zuständige Gesundheitswesen stehen naturgemäss in einem Spannungsverhältnis zueinander, das nur gemeinsam und unter Respektierung der beidseitigen Verantwortungsbereiche im Dienste aller umfassend, initiativ und kreativ genutzt werden kann.

Die Grundstrukturen dieser beiden Bereiche müssen in einem kooperativen Kontext geklärt werden, um Patt-Situationen zu vermeiden und keinen Circulus vitiosus in Gang zu bringen. Diese Gefahr besteht aufgrund doch recht unterschiedlicher Denkweisen, Sozialisierungen, Motivationen und Unternehmenskulturen und weil ziemlich komplexe und vielfältige Verbindungen zwischen Gesundheitswesen und Medizin bestehen⁸.

⁸ Die Expertengruppe befasst sich – aufgrund ihres Auftrages – hauptsächlich mit der Definition der Medizin. Sie blendet dabei das Gesundheitswesen nicht aus, sondern gibt ihm bewusst die Bedeutung eines «Hintergrunds» – wohl wissend, dass bei den weiteren Entwicklungen ein anhaltender Perspektivenwechsel für die Akteure in Medizin wie Gesundheitswesen unumgänglich sein wird.

2. Definitionen und Konzepte zu Krankheit und Gesundheit

Krankheit und Gesundheit sind wechselseitig aufeinander bezogene Begriffe, die sich für einen gegebenen Bezug gegenseitig ausschliessen. Aus Gründen der Verständlichkeit werden sie im Folgenden getrennt diskutiert.

2.1 Krankheit: Zwischen objektiver und subjektiver Bedeutung

Krankheit
Allgemeine
Definition *Der Begriff «Krankheit» bezeichnet einen subjektiv oder objektiv als behandlungsbedürftig beurteilten, körperlichen und/oder psychischen Zustand, der die Funktionsfähigkeit der Betroffenen in ihrem Umfeld beeinträchtigt.*

Krankheit
Beurteilung
im Einzelfall *Für die Beurteilung des Krankheitszustandes im konkreten Einzelfall bedarf es einer qualifizierenden Aussage zu folgenden Elementen:*

- *Einschätzung der subjektiven Befindlichkeit;*
- *Einschätzung der subjektiven Selbstregulierungsfähigkeit;*
- *Erfassung der objektiven Funktionsparameter (körperlich, psychisch, sozial);*
- *Erfassung der Selbstständigkeit sowie der Arbeits- und Entwicklungsfähigkeit.*

Befindlichkeitsstörungen und gewisse psychosoziale Zustände sind dabei vom engeren Begriff der Krankheit abzugrenzen. Die Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit kann durchaus kontrovers sein.

Für die Umschreibung der unter dem Begriff «Krankheit» subsummierten Befindlichkeiten und Zustände kennt die englische Sprache drei Begriffe: illness, disease und sickness. Um diese Begriffe wiederzugeben, spricht man im Deutschen von subjektivem Unwohlsein bzw. von Beschwerden (illness), von Krankheit im engeren Sinne mit biopsychologischer Pathologie (disease) und von Krankheit im weiteren Sinne, die soziale Aspekte vermehrt mit einschliesst (sickness). Damit ist bereits signalisiert, dass verschiedene Betrachtungsweisen von Krankheit nebeneinander bestehen⁹. Krankheit im engeren Sinne (im medizinischen Bereich von jedem Arzt angemessen und möglicherweise unterschiedlich gewichtet) wäre demzufolge als biopsychosoziale Fehlfunktion oder Krankheit des Organismus zu verstehen. Beim Unwohlsein oder den Beschwerden steht die subjektive Wahrnehmung bzw. das persönliche Krankheitserleben im Vordergrund. Demnach kann eine Person zwar im engeren Sinne krank sein, d.h. eine Fehlfunktion eines Organs aufweisen, sich aber subjektiv gesund fühlen, oder umgekehrt: Eine Krankheit haben und krank sein ist nicht dasselbe.

Ein weiteres, überwiegend interdisziplinäres Konzept betrachtet Krankheit als fehlende, beeinträchtigte oder gestörte Selbstregulation eines Organismus im biologischen und/oder psychosozialen Bereich. Da eine beeinträchtigte oder fehlende Selbstregulation erst aufgrund ihrer Auswirkungen zu erfassen ist, muss das Konzept durch eine Differenzierung in eine kompensierte (trotz Fehlfunktion) und eine dekomensierte Selbstregulation ergänzt werden.

Die objektive bzw. biomedizinische Sichtweise von Krankheit, welche die Fehlfunktionen ins Zentrum stellt, stösst jedoch an Grenzen: Einerseits sind die biologischen Funktionen nicht immer eindeutig zu definieren, andererseits wird das Krankheitsgeschehen vielfach durch subjektive, psychosoziale und kulturelle Faktoren massgeblich beeinflusst. Deshalb wird eine allgemeingültige Definition der Situation im Einzelfall nicht gerecht. Da Krankheit unter Umständen medizinisches Handeln erfordert, ist im Einzelfall ein Krankheitsverständnis

9 C. Scharfetter hat den verschiedenen Betrachtungsweisen zugrunde liegende Krankheitsmodelle skizziert (siehe Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 152/3, 123–127, 2001).

bzw. eine Definition unerlässlich, die bei derselben Person – im Vergleich von vorher und nachher – die Grenze zwischen Normalem und Pathologischem, zwischen Gesundheit und Krankheit, möglichst genau feststellen lässt¹⁰.

Die gelebte Erfahrung und ihr Wert für einen Menschen entziehen sich weitgehend einem wissenschaftlichen Zugang und einer allgemeingültigen Umschreibung. Sie finden hingegen einen angemessenen Platz in der Arzt-Patient-Umfeld-Beziehung. Im Dialog entsteht ein gemeinsames Drittes, eine spezifische, von den Dialogpartnern geschaffene und gemeinsam geteilte Wirklichkeit. Der Mündigkeit und Mitverantwortlichkeit der Patienten (bei angemessener Information durch den Arzt) kommt eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu (s. Kapitel III. 4. «Beziehung zwischen medizinischer Fachperson und Patient»). Auch dies rechtfertigt die Ergänzung einer allgemeinen Definition von Krankheit durch eine detaillierte für den Einzelfall. Mit der Zunahme der prädiktiven Medizin (z.B. Genkarte) und als Folge einer Tendenz, Befindlichkeitsstörungen oder psychosoziale Phänomene als Krankheit zu definieren, könnte es am Ende nur noch Kranke und keine Gesunde mehr geben. Das Etikett «Krankheit» kann zum Einkauf von Versicherungsleistungen benutzt werden, umgekehrt kann damit der Versicherer Vorbehalte oder die Ablehnung von Versicherungsanträgen begründen. Diese Beispiele mögen aufzeigen, wie problematisch die Anwendung des Krankheitsbegriffs im Einzelfall sein kann.

Die Übergänge von Gesundheit zu Krankheit und umgekehrt bleiben Graubereiche. Diese versucht man im Einzelfall oft mit dem Terminus «Krankheitswert» zu erhellen. Dabei steht das Bemühen im Vordergrund, zu klären, ob ein bestimmter biopsychosozialer Ablauf im subjektiven Erleben von Patienten Störcharakter hat und ob für die Betroffenen daraus relevante Einschränkungen entstehen. Diese Unsicherheiten führen dazu, dass es nicht immer völlig eindeutig wird, wer krank und wer gesund ist.

Das rasant anwachsende Wissen macht deutlich, wie viele Faktoren bei der Krankheitsentstehung bedeutsam sind, obwohl noch weitgehend ungenügende Kenntnis darüber besteht, nach welchen Gesetzen eine Vielzahl von Faktoren im Detail zusammenwirken. Risiko- und Schutzfaktoren wurden aus dem Wunsch nach einer präziseren Krankheitsvoraussage ermittelt. Sie erstrecken sich mittlerweile bis in den Bereich einzelner Gene oder frühester psychosozialer Traumatisierungen. Es wurde deutlich, wie eng genetische und psychosoziale Faktoren im Einzelfall zusammenwirken. Von der Resilienzforschung (in welcher die Widerständigkeit von Individuen gegenüber äusserst schwierigen Lebensumständen untersucht wird) erhofft man sich weitere diesbezügliche Erkenntnisse.

Nach Canguilhem wird Krankheit zu einer neuen Dimension des Lebens, zu einer anderen Ordnung, zu einer zumeist eingeschränkten Lebensweise¹¹. Je eingeschränkter die Lebensweise, desto schwerer die Krankheit. Für den Patienten hingegen bedeutet Gesundheit vielfach die Erhaltung einer ursprünglichen – absoluten oder relativen – Ordnung, und Genesung den Übergang von einer Ordnung in eine andere, das In-Kraft-Setzen einer neuen, individuellen Norm.

¹⁰ Die Definition von Krankheit ist für die Aufgaben der Expertengruppe zentraler gewesen als diejenige von Gesundheit, weil die Behandlung von Krankheiten einerseits das «Kerngeschäft» der Medizin darstellt, andererseits die Gefahr eines Missbrauchs des Begriffs grösser ist.

¹¹ Canguilhem G.: Das Normale und das Pathologische. Hanser, München 1974. Canguilhems bemerkenswerte Arbeit entwickelt eine Gegenthese zum mechanistischen Krankheitsbegriff des 19. Jahrhunderts.

2.2 Gesundheit: Viele Definitionen, keine ist vollständig

Gesundheit Allgemeine Definition *«Die Gesundheit ist ein Fließgleichgewicht, welches das Individuum ständig mit seiner Umwelt herzustellen versucht, um sein Wohlbefinden zu optimieren (dynamischer Prozess). In diesem Fließgleichgewicht beeinflussen vier Dimensionen den jeweiligen Gesundheitszustand, nämlich die biologisch-genetischen Gegebenheiten, die medizinisch-technischen Möglichkeiten (Gesundheitswesen) sowie der Lebensstil und die Umweltfaktoren.»¹²*

Gesundheit Beurteilung im Einzelfall *Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes im konkreten Einzelfall bedarf es einer qualifizierenden Aussage zu den folgenden Elementen:*

- *Einschätzung der subjektiven Befindlichkeit;*
- *Einschätzung der subjektiven Selbstregulierungsfähigkeit;*
- *Erfassung der objektiven Funktionsparameter (körperlicher, psychischer und sozialer Art);*
- *Erfassung der Selbstständigkeit sowie der Arbeits- und Entwicklungsfähigkeit.*

Gesundheit ist dabei nicht mit der grundsätzlichen Abwesenheit von Befindlichkeitsstörungen gleichzusetzen.

Es existieren unzählige Definitionen von «Gesundheit», die sich teilweise zwischen entgegengesetzten Polen bewegen (z.B. deskriptiv versus normativ, strukturell versus funktionell, subjektiv versus objektiv, dynamisch versus statisch, langfristig versus kurzfristig, organbezogen versus systemisch oder kompensiert versus dekompensiert). Das Spektrum der Begriffsinhalte reicht von Gesundheit als «Abwesenheit von Krankheit», «silence des organes»¹³, «Sicherheitsreserve an Reaktionsmöglichkeiten»¹⁴ über Gesundheit als «Zustand vollständigen körperlichen, geistigen, sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen»¹⁵ bis hin zur oben genannten Definition. Bircher definiert in Anlehnung an W. Schad¹⁶ Gesundheit wie folgt: «Eine Person ist gesund, wenn sie über ein somatisches, psychisches und soziales Potenzial verfügt, das den alters- und kulturspezifischen Anforderungen an ein Leben in Selbstverantwortung genügt. Genügt das Potenzial den Anforderungen nicht, so ist sie krank.» Eine weitere Definition ist diejenige von B. Brülde: «A is completely healthy, if and only if A has the ability to realize all his or her vital goals given standard circumstances.»¹⁷

Das von Antonovsky entwickelte «Salutogenese-konzept»¹⁸ betont, dass der Patient verstehen soll, wie es um ihn steht, dass er Krankheit im umfassenden Sinn handhaben und sein Sinn für Kohärenz und Selbstverantwortung gestärkt werden soll. Diese Förderung entspricht möglicherweise einem Bedürfnis der Bevölkerung nach ganzheitlicher Betreuung. Sofern unter Handhabbarkeit ein starker Einbezug des Patienten in Entscheidungsprozesse und eine Stärkung der Selbstverantwortung verstanden werden, könnte dies einem situationsgerechten partnerschaftlichen Umgang in der Arzt-Patienten-Beziehung gleichkommen. Der Übergang von Krankheit zu Gesundheit wird als nahtlos konzipiert. Dabei werden Autonomie und Kohärenz in der Persönlichkeit als Ausgangspunkte genommen. Beide müssen aber weitgehend erworben werden, wozu die Medizin höchstens einen Beitrag zu leisten vermag.

Die moderne Medizin geht davon aus, dass Krankheit per se keinen eigenen Sinn besitzt. Dennoch kann eine durch eine Krankheit bedingte Situation für den Patienten einen Sinn erhalten. Eine mögliche Sinngebung im Dialog zwischen Arzt und Patient darf aber keinesfalls durch den Arzt erfolgen, sondern nur durch den Patienten selbst. Die irrationalen, inkohärenten und zum Teil sogar obskuren Aspekte des Menschseins haben in diesem Konzept kaum Platz.

12 Gutzwiller F., Jeanneret O.: Grundverständnis von Gesundheit, in: Gutzwiller F., Jeanneret O (Hrsg.): a.a.O., S. 23. Unter «Lebensstil» wird in diesem Zusammenhang das Gesundheitsverhalten sowie die Gestaltung gesundheitsrelevanter Lebensbereiche wie Bewegung, Ernährung, Erholung etc. verstanden.

13 René Leriche (1879–1955), franz. Chirurg

14 Canguilhem G., a.a.O., S. 134

15 Die WHO-Definition aus dem Jahre 1948 muss im historischen Kontext als idealistisches Konstrukt mit aufklärerischer Komponente gesehen werden.

In der kritischen Auseinandersetzung mit diesen Definitionen unterschiedlichster Art ist die Expertengruppe zum Schluss gekommen, dass jede für sich genommen lückenhaft bleibt. Gemeinsam gesehen stecken sie das gesamte Bedeutungsfeld aber gut ab. Mit zunehmendem Differenzierungsgrad einer Gesundheitsdefinition nimmt deren Anwendbarkeit im Einzelfall ab. Für diesen ist immer wieder eine individuelle Einschätzung des Gesundheitszustandes einer Person zu einem gegebenen Zeitpunkt notwendig. Auch für die «Gesundheit» ist eine weitgehend allgemeingültige Auslegung als Gegenstück zum Begriff «Krankheit» sinnvoll. Aus der Sicht der Expertengruppe erscheint es deshalb als angemessen, den Begriff «Gesundheit» (z.B. als gesundheitspolitische Zielvorstellung) möglichst offen zu halten und für den konkreten Einzelfall unverzichtbare Elemente einer Beschreibung von Gesundheit zu bezeichnen. Die oben vorgeschlagene Definition erwies sich als im gewünschten Masse offen, nicht zuletzt deshalb, weil sie konkrete Elemente der biologisch-genetischen Konstitution, des Umfeldes und – im Unterschied zu den meisten anderen – der Selbstfürsorge als Determinanten von Gesundheit umfasst. Für die Beschreibung von Gesundheit im Einzelfall sind naturgemäss die gleichen Elemente zu beurteilen wie bei Krankheit.

Dem Begriff Gesundheit kommt je nach Perspektive (z.B. Arzt, Patient oder Kostenträger) eine unterschiedliche Bedeutung zu. Individuelle Gesundheit entspricht einer empirisch-affektiven Erfahrung, die von der Wissenschaft bestenfalls beschrieben werden kann. Häufig wird unter Gesundheit eine objektiv umschreibbare Norm verstanden. Eine rein objektive Sichtweise wird dem allgemeinen subjektiven Verständnis von Gesundheit in der Bevölkerung jedoch nicht gerecht. Der subjektiven und objektiven Perspektive ist noch eine dritte – die soziale – hinzuzufügen, welche Gesundheit als ein «Funktionieren-Können in der Gesellschaft» betrachtet. Diese Aspekte werden sich bei der Formulierung der Ziele der Medizin (vgl. Abschnitt IV) konkretisieren.

16 Schad W.: Gesundheit und Krankheit in Medizin und Ökologie. Der Merkurstab 1998; 51 (4): 193–197.

17 Brülde B.: On the Goals of Medicine, Health Enhancement and Social Welfare, Health Care Analysis 9, 15–23, 2001

18 Antonovsky A.: Salutogenese, Dgvt Verlag Tübingen 1997 (Unravelling the misteries of health – How people manage stress and stay well, Josy Bass Publishers, San Francisco, 1987; übersetzt durch A. Franke und N. Schulte). Antonovsky untersuchte die Bedingungen zur Stärkung der Gesundheitsseite. Die Kombination von Verständnis, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit hat Antonovsky als Sinn für Kohärenz bezeichnet. Ist dieser Sinn stark entwickelt, so bewegt sich das Individuum in Sinne der Salutogenese eher in Richtung einer besseren Gesundheit.

3. Definitionen und Konzepte zu Medizin, ärztlicher Tätigkeit und Pflege

3.1 Medizin: Ein Begriff, der nur schwer zu fassen ist

Medizin *Die Medizin befasst sich mit der Wechselwirkung von Krankheit und Gesundheit. Sie hat den Anspruch, Kranke zu heilen oder ihre Leiden zu lindern. Sie definiert dazu ihre Werte, ihre Aufgaben und ihre Instrumente. Behandlung und Betreuung von Kranken, Forschung und Lehre sind ihre drei wichtigsten Bereiche.*

Medizin findet stets in bestimmten sozialen Strukturen statt und ist jeweils in ein Gesundheitswesen eingebunden, von dem sie beeinflusst wird und das sie ihrerseits mitprägt. Um ihre Aufgaben zu realisieren, bedarf die Medizin der Partnerschaft mit anderen sozialen Gruppen. Sie ist deshalb auch Teil der Wirtschaft und der Politik.

Die «*Conditio humana*» ist untrennbar mit Krankheit, Schmerz und Tod verknüpft. Daraus und aufgrund des existentiellen Triebes der Menschen entstand ein *Grundbedürfnis nach Wissen und Fähigkeiten*, um mit den Gefährdungen des Lebens besser umgehen zu können. Dieses Wissen und diese Fähigkeiten bezeichnen Grundelemente der Medizin, die sich demnach mit den Menschen entwickelt und wandelt, denen sie dient.

Mit zunehmendem Erfolg erhielt die Medizin mehr Möglichkeiten und Macht. Richtete sie sich zunächst primär auf den *Kampf gegen den Tod* aus, so ist sie heute verstärkt an der *Entstehung und am Anfang des Lebens* interessiert (z.B. Fertilitäts-, Peri- und Neonatalmedizin, Embryonen- und Stammzellforschung usw.). Nachdem das Leben als Wert anerkannt wurde, begann eine Ideologie des Lebenden die Medizin zu durchziehen, bei der nicht mehr nur die Gesundheit, sondern das Leben an sich, einschliesslich der Lebensqualität, im Zentrum des medizinischen Interesses steht. Lange Zeit hat sich die Medizin primär mit der Behandlung von akuten Krankheiten beschäftigt und dazu entsprechende Theorien und Modelle entwickelt. Aufgrund dieser Tatsache mangelt es heute an entsprechendem Wissen über Entstehung und Behandlung gewisser chronischer Krankheiten.

Das Phänomen des – medizinisch oder gesellschaftlich – unterschiedlich motivierten Eindringens medizinischer Gesichtspunkte in verschiedene Bereiche des Lebens wird als *Medikalisierung* bezeichnet. Daraus entstehen, je nach Gesichtspunkt, Schwierigkeiten in der Abgrenzung von Medizin gegenüber anderen Gebieten (z.B. dem Sozialbereich, dem Recht, der Seelsorge usw.) und gegenüber anderen Feldern der menschlichen Existenz sowie gewissen Bereichen des Gesundheitsmarktes (z.B. dem Fitness- und Wellnessbereich).

Die heutige – und wahrscheinlich auch die zukünftige – Medizin hat drei Standbeine:

1. das biologisch-somatische (z.B. Genetik, Genomik, Molekular- und Zellbiologie, Pathophysiologie, biologische Systeme);
2. das psychische (z.B. Entwicklungspsychologie und -pathologie, Neuropsychologie, Psychopharmakologie, Psychotherapie);
3. das soziale Standbein (z.B. Sozialmedizin, Gesundheitssoziologie, Gesundheitsökonomie, Kommunikationswissenschaften, Kulturanthropologie, Linguistik, Ökologie).

Die in einer jeweiligen Gesundheitsdefinition verwendete Gewichtung dieser drei Standbeine hat eine unmittelbare Auswirkung auf die medizinische Praxis.

In der Medizin sind die drei Standbeine und die natur- und geisteswissenschaftlichen Erkenntnisse, aber auch zwischenmenschliche Werte, wie zum Beispiel eine angemessene Fürsorglichkeit (caring) und gegenseitiges Helfen, sowie die Fertigkeiten, die sie beinhalten, zu einem Ganzen integriert.

Es muss deshalb beachtet werden, dass die medizinischen Kenntnisse stets Wissens-, Erfahrungs- und Glaubensanteile enthalten. Die Wissenschaft hat Wissen geschaffen, das sich so bewährt hat, dass es unverzichtbar geworden ist. Es ist weitgehend überprüfbar und auch falsifizierbar. Die Forschung, die sich lange Zeit an verhältnismässig starre, standardisierte Muster hielt, hat sich in der Zeit der Globalisierung der Information und des Wissens zu einem pluralistischen Ansatz weiterentwickelt. Wissenschaftlichkeit ist durch Offenheit für Diskussion und Falsifizierbarkeit gekennzeichnet. Der Fortschritt ist mit solchem Wissen verknüpft. Demgegenüber sind Glaubenssysteme geschlossene Systeme.

Neben dem durch Wissenschaft erworbenen Wissen braucht es in der Realität der klinischen Praxis auch Erfahrungswissen, welches sich der statistischen Überprüfbarkeit entzieht. Der Versuch, die Medizin als nur «evidence based» zu deklarieren, entspricht dem Bemühen, die gegenwärtigen Kenntnisse abzusichern, kann aber leicht auch ins Ideologische abgleiten. Tatsächlich ist die Anwendung von auf Evidenz basierendem Wissen auf den individuellen Patienten genau so problematisch wie die Generalisierung von Erfahrungswissen¹⁹.

Ein Teil der Medizin hat nicht naturwissenschaftlich fassbare Grundlagen. Beim geisteswissenschaftlichen Ansatz steht an Stelle der Sachoptik die Patientenoptik im Zentrum. «Wird Medizin als Kunst aufgefasst, dann sind dabei das ärztliche Handeln und die Interaktion zwischen Arzt und Patient im Blick; ist der Gegenstand der medizinischen Wissenschaft der Körper und die Psyche, so ist der Bezugspunkt der medizinischen Kunst die Person der Patienten, die sich von ihrem Leib und ihrer Psyche unterscheidet und gleichwohl mit diesen eine Einheit bildet.»²⁰

3.2 **Ärztliche Profession: Wissen, spezifische Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie eine ethische Grundhaltung**

Ärztliche Tätigkeit *Die ärztliche Tätigkeit beinhaltet die Prävention und Diagnose von Krankheiten sowie die Behandlung und Betreuung von kranken Menschen unter Berücksichtigung ihres Umfeldes.*

Die kranke Person, die Hilfe sucht, trifft auf eine Person mit fundiertem ärztlichem Wissen sowie spezifischen Fertigkeiten und Fähigkeiten. Der entsprechende Wissenskorpus des Arztes umfasst sowohl naturwissenschaftliche als auch geisteswissenschaftliche Teile. Es handelt sich um tradiertes, bis heute erworbenes Wissen über Gesundheits- und Krankheitsverläufe in Körper und Psyche. Dieses Wissen und das entsprechende Können sind das Fundament der ärztlichen Tätigkeit. Sie sind aber für deren Erfolg nur teilweise ausschlaggebend. Vielmehr entsteht zwischen den Betreuenden und einem kranken Menschen eine Beziehung, in welche Wissen und Können des Arztes einfließen müssen, um ihre volle Wirkung zu entfalten. Für die Behandlung von kranken Menschen sind demnach die Arzt-Patienten-Beziehung, deren Qualität und Intensität wie auch die Zusammenarbeit mit der Pflege, anderen Betreuungspersonen und dem familiären Umfeld des Patienten unabdingbare Voraussetzung.

¹⁹ Nach Horton gründet die für die klinische Praxis unabdingbare Interpretation medizinischen Wissens auf Urteilsfähigkeit und Erfahrung; diese müssten gegen die heutige Tendenz, sie als minderwertig zu betrachten, verteidigt werden. Horton R., *Doctors, Diseases and Decisions*. Granta 2003, S. 1–61.

²⁰ Fischer J., a.a.O., S. 133

Der Arzt stellt sich in den Dienst des Lebens – auch des zu Ende gehenden. Ärzte werden auch in Zukunft – entsprechend ihrer Tätigkeit mit unterschiedlicher Gewichtung – primär Experten für die Behandlung der biopsychosozialen Aspekte einer Krankheit sein. Sie sollten darin ihre Kernkompetenz sehen und ihre Tätigkeit konsequent auf alle drei Standbeine²¹ der Medizin ausrichten.

Die ärztliche Tätigkeit ist durch eine spezifische Ethik gekennzeichnet: Der Arzt ist verpflichtet, zum Wohl des Patienten zu handeln. Neben dem Wohl des Einzelnen liegt aber auch das Allgemeinwohl teilweise im Zuständigkeitsbereich der Medizin. Dies kann gegebenenfalls zu einem Konflikt führen. In diesem Spannungsfeld muss zur Bewahrung der Intimität und Spezifität der Arzt-Patienten-Beziehung ein therapeutischer Freiraum garantiert bleiben, der vom Arzt wie vom Patienten transparent und verantwortlich genutzt wird. Der körperlichen und/oder psychischen Auslieferung (bzw. dem «Sich-Anvertrauen») des Patienten stehen die ärztliche Schweigepflicht sowie das Verbot des Arztes, das Abhängigkeitsverhältnis des Patienten auszunutzen, gegenüber.

Mit Pflege und ärztlicher Tätigkeit haben sich im Bereich der Medizin zwei unterschiedliche Berufskulturen mit verschiedenen Tätigkeitsbereichen, aber ohne generell und genau definierte Grenzen, gebildet. Sie haben nicht nur andere Formen der Aus-, Weiter- und Fortbildung (und damit einen unterschiedlichen Wissenskörper), sondern auch ein zum Teil anderes Betätigungsfeld und eine teilweise spezifische Berufsethik.

3.3 Pflege ist auch Beziehungsarbeit

Dieses Kapitel betrifft die professionelle Pflege, d.h. eine solche durch entsprechend ausgebildete und formell qualifizierte Fachpersonen, im Gegensatz zu der für Betroffene nicht weniger wichtigen und bedeutungsvollen Pflege durch nicht derart umfassend ausgebildete Personen (Angehörige, Nachbarschaftshilfe etc.).

Pflege *Das Pflegen von Menschen ist eine grundlegende zwischenmenschliche Handlung. Pflege unterstützt Menschen bei der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien auf den Alltag der Betroffenen. Sie hat zum Ziel, für die betreuten Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse und Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen. Überdies fördert und erhält Pflege Gesundheit und beugt gesundheitlichen Schäden vor.*

Pflege richtet sich an Menschen in allen Lebensphasen, an Einzelpersonen, Familien, Gruppen und Gemeinden, an Kranke und deren Angehörige sowie an Behinderte und auch an Gesunde.

Sowohl in Institutionen des Gesundheitswesens als auch ausserhalb, d.h. überall, wo Menschen leben, lernen und arbeiten, wird Pflege ausgeübt.

Pflege umfasst Aufgaben bei der Gesundheitserhaltung, der Gesundheitsförderung und der Prävention, in der Geburtsvorbereitung und -hilfe, bei akuten Erkrankungen, während der Rekonvaleszenz und Rehabilitation, in der Langzeitbehandlung sowie in der palliativen Betreuung.

Inhaltlich basiert sie auf Evidenz, reflektierter Erfahrung und Präferenzen der Betreuten. Sie bezieht soziokulturelle sowie alters- und geschlechtsbezogene Aspekte mit ein und berücksichtigt ethische Richtlinien.

21 Vgl. Kap. III. 3.1

Sie erfasst die Ressourcen und den Pflegebedarf der betreuten Menschen, setzt Ziele, plant Pflegeinterventionen, führt diese (unter Einsatz der nötigen zwischenmenschlichen und technischen Fähigkeiten) durch und evaluiert die Ergebnisse.

Pflege beruht auf einer Beziehung zwischen betreuten Menschen und Pflegenden und ist durch sorgende Zuwendung, Einfühlsamkeit und Anteilnahme geprägt. Diese Beziehung erlaubt die Entfaltung von Ressourcen der Beteiligten, die Offenheit für die zur Pflege nötigen Nähe und das Festlegen gemeinsamer Ziele.

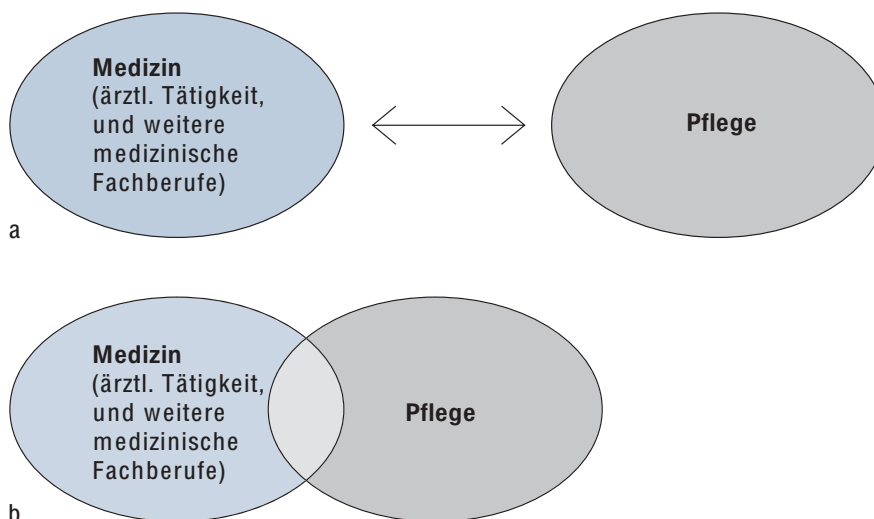
Der pflegerische Fokus auf die durch Krankheit gestörte Alltagsbewältigung verlangt kontinuierliche persönliche und zeitintensive Kontakte zu den betreuten Menschen. Pflegenden arbeiten zumeist in einer Gruppe; diese gewährt die erforderliche Kontinuität von betreuender Präsenz am Krankenbett. Ärztliche Tätigkeit und Pflege bewirken einzeln und gemeinsam sichtbare Erfolge.

3.4 Weitere medizinische Fachberufe

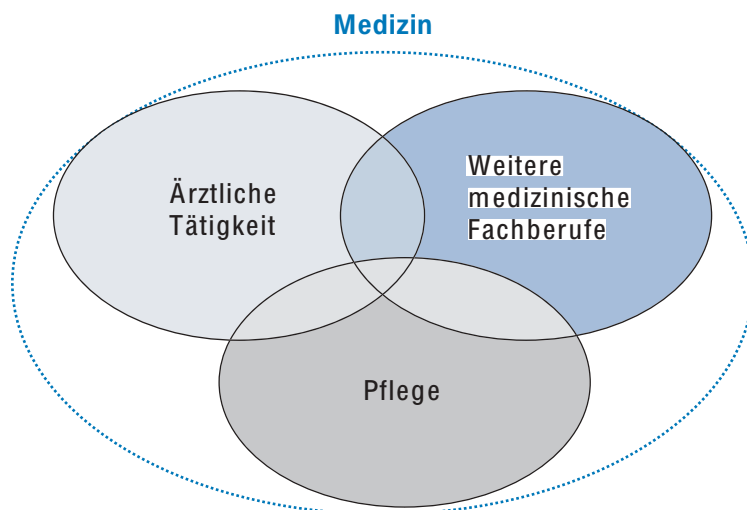
Weitere Berufsgruppen wie zum Beispiel die Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie oder Sozialarbeit übernehmen ebenso Aufgaben in der Betreuung von Patienten. Auch zwischen diesen Tätigkeiten bestehen Überlappungsbereiche. Während die Pflege vorwiegend im Kontext von Kranksein tätig ist, beschäftigen sich diese Berufsgruppen hingegen teilweise auch mit Aufgaben ausserhalb des Krankheitswesens. Die Ausübung dieser Berufe basiert auf den gleichen rechtlichen und ethischen Grundlagen wie die ärztliche Tätigkeit und die Pflege.

3.5 Medizin, ärztliche Tätigkeit, Pflege und weitere medizinische Fachberufe: Eine semantische Klärung

Inwieweit umfasst der heutige Medizinbegriff die Pflege? Es gibt verschiedene Betrachtungsmöglichkeiten: Die zwei nachfolgenden Schemata zeigen, je nach Standpunkt des Betrachters, Situationen, in denen sich Pflege und Medizin auseinander bewegen (a) und andere, in denen die Gemeinsamkeiten und Überlappungen im Vordergrund stehen (b).



Vorzuziehen ist demgegenüber das nachfolgende Modell, das beide Berufsgruppen (nebst anderen Medizinalberufen) einschliesst und der Medizin die Rolle einer «Umhüllenden» von Pflege, ärztlicher Tätigkeit und Aktivitäten weiterer medizinischer Fachberufe zuweist:



Dieses Modell hat zum Teil visionäre Anteile und blendet Aspekte wie Hierarchie, externe Faktoren usw. aus, da innerhalb der Medizin wichtige, im Einzelnen noch nicht absehbare Umwälzungen im gegenseitigen Rollenverständnis zu erwarten sind.

Tatsächlich stellen die Zusammenarbeit und Aufgabenteilung der verschiedenen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen in der Betreuung von Menschen mit (potenziellen) Gesundheitsproblemen einen dynamischen Prozess dar. Dabei soll unter optimaler Verwendung vorhandener Ressourcen das bestmögliche Ergebnis für die Betroffenen erzielt werden.

Angesichts der oben stehenden Vision sind aber Zusammenarbeit und Offenheit für Veränderungen wichtig.²² Die Zusammenarbeit und ihre Koordination leiten sich von den Prioritäten der jeweiligen Patientensituation ab: Jede Berufsgruppe übernimmt bestimmte Aufgaben in der Betreuung. Diese lassen sich jedoch nicht immer ausschliesslich einer Berufsgruppe zuordnen. Vielmehr verschieben oder überschneiden sich Zuständigkeiten, je nach den Bedürfnissen der Patienten, der Situation und der Entwicklung des professionellen und gesellschaftlichen Umfeldes.

In den kommenden Jahrzehnten werden Einflüsse nicht nur aus der Medizin- und Informationstechnologie, sondern auch Gegebenheiten im Bereich der Personalressourcen und gesellschaftliche Entwicklungen zu weitgehenden Veränderungen im Bereich der medizinischen Praxis und der Rollendefinition unter den Medizinalberufen führen, die alle in der Medizin aktiven Berufsgruppen betreffen werden.

²² Die Expertengruppe ist sich bewusst, dass die beiden Berufsgruppen (d.h. Ärzte und Pflegenden) in ihrer historischen Entwicklung getrennte Wege gegangen sind und noch immer einer klaren Abgrenzung bedürfen.

4. **Beziehung zwischen medizinischer Fachperson und Patient: Wechselseitigkeit und gegenseitiges Vertrauen – Ausweitung des Begriffs**

Verhältnis
zwischen
medizini-
schen Fach-
personen
und Patien-
ten

Der Dialog und das Verhältnis zwischen medizinischen Fachpersonen und Patienten basieren auf gegenseitigem Respektieren von Persönlichkeit und Würde des anderen, auf Selbst- und Partnerschaftsverantwortung sowie auf Fachkompetenz. Infolge der unterschiedlichen Ausgangslage von Betreuenden und Patienten ist dieser Dialog asymmetrisch und unverzichtbar auf Wechselseitigkeit und gegenseitiges Vertrauen angewiesen. Die Initiative zur Herstellung und die Verantwortung zur Wahrung dieses Vertrauensverhältnisses liegen in erster Linie auf Seite der Betreuenden.

Der Art und der Qualität des Dialogs zwischen medizinischen Fachpersonen (Arzt, Pflegende, Angehörige anderer behandlungsbezogener Berufe) und dem Patienten kommt eine kaum zu überschätzende Bedeutung zu. Diese wird im Arzt-Patienten-Verhältnis besonders sichtbar, ist aber nicht auf dieses beschränkt. Vielmehr gelten die für das Verhältnis Arzt-Patient unabdingbaren Anforderungen mutatis mutandis und in variablem Ausmass für alle medizinischen Betreuungsberufe, die im direkten Austausch mit Patienten ausgeübt werden.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Betreuenden und Patienten ist von verschiedenen Wertesystemen durchzogen und wird, bezüglich Gesundheit, insbesondere von drei Achsen getragen:

- a) von Vertrauen / Misstrauen (das erste muss gemeinsam erarbeitet werden).
- b) von Wissen / Nichtwissen (es besteht z.B. gegenüber dem scheinbar objektiven Expertenwissen, das wegen der raschen Wissensveränderung eher dem «gegenwärtigen Stand des Irrtums» entspricht, eine nicht geringe Skepsis), und schliesslich
- c) von der Anspruchshaltung von Patienten und Betreuenden, einerseits bezüglich der Möglichkeiten der Medizin und der Gesunderhaltung, andererseits gegenüber Kostenträgern und sozialen Systemen. Ansprüchlichkeit von Seiten der Patienten, Interessenkonflikte der Behandelnden und ökonomische Zwänge von Seiten der Kostenträger können die Beziehung zwischen Betreuenden und Patienten bedrohen.

Der im Interesse des Patienten gewährte therapeutische Freiraum (siehe auch Kapitel IV. 3) wird gleichzeitig auch durch Versicherer, bürokratische Kontrolle und Berufspflichten der Therapeuten eingeschränkt, z. B. durch sog. Guidelines.²³ Diese Einschränkungen können im Einzelfalle problematisch sein und müssen stets kritisch hinterfragt werden. Sie sollen in jedem Fall eine Verantwortungs- und Vertrauenspartnerschaft nicht verunmöglichen.

Der Aufbau dieser Partnerschaft erfordert von Seiten der Betreuenden die Erfüllung folgender Voraussetzungen:

- Zeit und Engagement, sich über den Patienten und seine Lebensumstände angemessen zu informieren (zuhören!);
- Einfühlung in die Lebenssituation des Patienten; Ernstnehmen von Widerständen, die beim Patienten auftauchen können; Zeit und Engagement, dem Patienten genügend Informationen über Krankheit, Diagnostik und Therapie sowie über Alternativen zu vermitteln;
- Respektieren und Unterstützen der vom Patienten getroffenen Entscheide, selbst wenn der Betreuende für sich andere getroffen hätte;

²³ Rogers W., Evidence-based Medicine in practice: limiting or facilitating patient choice. Health Expectations, 2002; 5: 95–103. Woolf St. et al. Clinical guidelines. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines, BMJ 1999; 318: 527–530

- Vertrauen in die oben genannten Fähigkeiten eines Patienten, einschliesslich auch einer Akzeptanz, falls diese teilweise fehlen;
- Bereitschaft, einen so gearteten Dialog als Gewinn zu erleben.

Gegebenenfalls sind die Betreuenden dazu angehalten, für sich selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen, sofern ihnen der Dialog in besonderen Situationen Mühe bereitet (Balintgruppen, Supervision usw.).

Von Seiten des Patienten sind – im Rahmen von dessen persönlichen Möglichkeiten – als wünschbare Voraussetzungen zu nennen:

- Vertrauen zum Arzt/zur Fachperson aufbauen und aufrecht erhalten;
- Interesse für und Verständnis (allenfalls Kenntnis) seiner Krankheit;
- Selbsterkenntnis bezüglich eigener Bedürfnisse, Lernwillens, Zielen und Grenzen;
- Fähigkeit und Wille, Eigenverantwortung zu übernehmen;
- Fähigkeit, die getroffenen Entscheidungen im Krankheitsverlauf auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen und das Ergebnis in den Dialog einzubringen;
- Bereitschaft, Konsequenzen zu tragen und schliesslich mit dem Bewusstsein leben zu können, dass die jeweils getroffene Wahl auch den Ausschluss von Alternativen bedeutet.

Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann von Patienten-Empowerment²⁴ gesprochen werden.

Misstrauen gegenüber Expertenwissen ist heute ein verbreitetes Phänomen. Insofern der Arzt erst in neuester Zeit zum Experten geworden ist – früher war er eher ein «Weiser» –, trifft ihn diese Situation weitgehend unvorbereitet. Ähnliches, wenn auch in geringerem Ausmass, kann auch bei anderen Betreuungsberufen eintreten. Andererseits sind subjektive Irritationen auf Seiten der Betreuenden angesichts von Forderungen und Anspruchshaltung von Seiten der Betreuten ebenfalls Realität. Umso grössere Bedeutung kommt dem Bewusstsein zu, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Betreuenden und Betreuten besonders wichtig ist und dass die Betreuenden eine besondere Verantwortung für dessen Zustandekommen tragen.

Ärzte, Pflegende und andere Therapeuten sind – in einer Art Verantwortungspartnerschaft – auf eigenverantwortliche Patienten angewiesen, um ihre Aufgaben in solchen dialogischen Beziehungen erfüllen zu können. Deshalb soll in der dialogischen Kommunikation über Möglichkeiten, Risiken, Evidenzen oder Folgen wenn immer möglich ein Konsens gefunden werden. Dies betrifft auch andere zukunftsgerichtete Überlegungen wie zum Beispiel die langfristige Gesunderhaltung oder die Praktikabilität und Kosteneffizienz von gemeinsam zu beschliessenden Massnahmen. Neben dem Recht, krank zu sein, ist es nötig, eine gemeinsame Sicht zu erarbeiten bezüglich der Möglichkeit und Grenzen von, sowie der Verantwortlichkeiten für Prävention, Diagnostik und Therapie.

24 Mit dem Begriff des «Empowerment», der Schlagwortcharakter angenommen hat und kaum zu übersetzen ist, ist ein Teilaspekt der Arzt-Patienten-Beziehung angesprochen. Seine Wurzeln stammen aus drei Grundbewegungen: die eine erwuchs aus dem Kampf gegen (medizinische) Institutionen (Illich), die andere wurde vom Skeptizismus getragen (Cochrane) und die dritte wandte sich gegen eine Bürokratisierung der Medizin. Die Medizin kann nicht, wie der Begriff «Empowerment» dies vielleicht nahe legen könnte, zum Ziel haben, einen Patienten mit «Macht» ausstatten. Hingegen bedarf sie eigenverantwortlicher, mündiger Partner, um ihre Fachkenntnisse optimal in den Dienst des Patienten stellen zu können. Bestenfalls gelingt es ihr, durch ihre Haltung und Einstellung dem Patienten gegenüber etwas zur Förderung von dessen vielleicht nur wenig aktivierten Fähigkeit, mitzuentcheiden und Selbstverantwortung zu übernehmen, beitragen zu können.

IV. Werte und Ziele der Medizin

Wer immer sich mit den Zielen der Medizin beschäftigt, kann dies nicht losgelöst von den Werten tun, welche die Basis für Entscheidungen und Handeln darstellen. Im Bewusstsein, dass es sich bei den Wertefragen um hochkomplexe Bereiche der Identität handelt, verzichtete die Expertengruppe darauf, den Stand der breiten wissenschaftlichen Diskussion wiederzugeben. Vor dem Hintergrund der eigenen Berufserfahrung und in der vertieften Auseinandersetzung mit bereits existierenden Formulierungen²⁵ befasste sich die Expertengruppe mit den Grundüberzeugungen, d.h. den Werten, an denen sich die Medizin orientiert. Dies im Bemühen, ihren Auftrag, nämlich «Ziele der Medizin und ihrer Grenzen für die Schweiz in ihrem heutigen Umfeld mit Blick auf deren Umsetzbarkeit zu formulieren und zu definieren», angemessen zu erfüllen.

1. Werte

1.1 Übergeordnete Regelwerke

In übergeordneten gesetzlichen Regelwerken wie der Schweizerischen Bundesverfassung²⁶, aber auch in internationalen Übereinkommen²⁷, basieren die Grundansprüche durchwegs auf «universellen» Werten. So leitet sich aus der Garantie der Menschenwürde beispielsweise das Recht auf Leben und das Recht auf persönliche Freiheit ab. Diese fundamentale Freiheit äussert sich im Anspruch auf Selbstbestimmung eines jeden Einzelnen und auf ungehinderte Entfaltung seiner Persönlichkeit in der bestehenden Gesellschaft. Insofern diese Regelwerke allgemeingültigen Charakter beanspruchen, lassen sich daraus auch für die Medizin Werte ableiten. «Das ärztliche Berufsethos wendet lediglich allgemeingültige moralische Grundsätze auf die besondere Aufgabe von Ärzten, Pflegepersonal und medizinischer Forschung an.»²⁸

1.2 Das medizinische Ethos im historischen Rückblick

Die Ärzteschaft hat sich schon in der Frühzeit organisiert und die Berufsausübung ihrer Mitglieder Regeln unterworfen, um sich und die behandelten Personen gegen Missbrauch zu schützen. *Der hippokratische Eid* ist wohl das berühmteste und älteste Dokument einer ärztlichen Berufsethik und hat in seinen zwei Hauptprinzipien noch heute Aktualität. Weitere Deklarationen ärztlicher Berufsethik sind der *Nürnberger Kodex über Humanexperimente* (1947), das *Genfer Ärztegelöbnis* (1948, ergänzt 1968 und 1983) und die *Deklarationen des Weltärztebundes* von Helsinki (1964) und Tokio (1975).

Die zwei zentralen Gebote der hippokratischen Ethik sind die Pflicht, Kranken zu helfen («salus aegroti suprema lex») und das Gebot, dem Patienten keinesfalls zu schaden bzw. alles Handeln am Ziel des Wohls der Patienten auszurichten («primum nil nocere»). Zudem darf der Arzt keinen Vorteil aus seiner privilegierten Stellung ziehen, was zum Gebot der sexuellen Zurückhaltung und zur ärztlichen Schweigepflicht führt. Die Ärztinnen und Ärzte haben ausserdem die Verpflichtung, das medizinische Wissen zu teilen und es an die Besten der nachfolgenden Generation weiterzugeben.

25 Arbeitsgrundlagen waren der Hastings-Report, die GfS-Bevölkerungsbefragung 2000 sowie die Gesundheitsziele der WHO (enthalten in: Stauffacher W., Bircher J. a.a.O.)

26 Schweizerische Bundesverfassung vom 18. April 1999

27 z.B. die Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1974 (EMRK), das Internationale Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989 (Kinderrechtskonvention), sowie die Biomedizinkonvention usw.

28 Höffe O. a.a.O., S. 11

Mit dem Gebot des «primum nil nocere» festigt die medizinische Ethik den Vorrang des Lebensschutzes vor dem Gebot zu helfen. Der potenzielle Schaden eines medizinischen Eingriffs wird nicht automatisch durch den Willen zu helfen gerechtfertigt. Die Unverletzlichkeit menschlichen Lebens ist «nicht nur ein unbestrittener Grundsatz der Ethik, sondern auch des positiven Rechts; sie ist der Forschungs- und Entscheidungsfreiheit immer vorgeordnet.»²⁹ Das Verhältnis zwischen Nutzen und Risiken medizinischer Massnahmen ist also vom rechtsethischen Standpunkt aus stets kritisch zu würdigen. Risiken iatrogenen Schädigungen sind in keinem Fall leichtfertig einzugehen.

1.3 Berufsethische Kodizes in der heutigen Zeit

In den berufsethischen Kodizes verpflichten sich Ärzte (wie auch andere medizinische Fachpersonen) auf zentrale Werte der Medizin. So postuliert beispielsweise die Standesordnung der FMH in der Präambel das gesundheitliche Wohl der Menschen als oberstes Ziel des ärztlichen Handelns.³⁰ Daraus leiten sich dann verschiedene Verhaltensgrundsätze ab. Standesordnungen anderer Länder enthalten ähnliche Formulierungen.

Als berufsethischer Kodex ist auch der Belmont Report³¹ zu verstehen, welcher 1978 in den USA veröffentlicht und 1979 von T. Beauchamp und J. Childress³² weiterentwickelt worden ist. Er geht von den vier zentralen Werten «Autonomie», «Fürsorgeprinzip», «Nicht-Schaden-Prinzip» und «Gerechtigkeit» («autonomy», «beneficence», «non-maleficence», «justice») aus.

Seit kurzem besteht eine von amerikanischen und europäischen Fachgesellschaften für Innere Medizin erarbeitete Charta, die «Physician's Charter»³³, welche berufsethische Fragen im Lichte der Zeit betrachtet. Die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM) hat bei der Formulierung mitgewirkt und den Text in deutscher und französischer Übersetzung in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert.³⁴ Sie hält in der Präambel fest, dass die ärztliche Berufsethik die Basis für den Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft darstellt. Voraussetzung dafür ist das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Integrität des einzelnen Arztes und in den Ärztestand insgesamt. Im weiteren werden darin drei Grundprinzipien, nämlich das Primat des Patientenwohls, die Respektierung der Selbstbestimmungsrechte des Patienten (aufgeklärte Zustimmung) sowie die Förderung sozialer Gerechtigkeit im Gesundheitswesen (Solidarität) formuliert. Aus diesen Prinzipien werden die ärztlichen Verantwortlichkeiten abgeleitet. Dazu gehören laut vorliegender Charta folgende Verpflichtungen:

- fachliche Kompetenz,
- Wahrhaftigkeit im Umgang mit Patienten,
- Vertraulichkeit,
- Pflege angemessener Beziehungen zum Patienten,
- ständige Qualitätsverbesserung,
- Erhalt des Zugangs zu medizinischen Leistungen,
- gerechte Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen,
- Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse,
- angemessenes Verhalten bei Interessenkonflikten,
- kollegiale Verantwortung.

29 Höffe O.: a.a.O. S. 16

30 www.fmh.ch

31 Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects in Research in Biomedical and Behavioral Research

32 Beauchamp T., Childress J.: Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press 2001

1.4 Die zentralen Werte der Medizin

- Zentrale Werte der Medizin**
- *Beachtung der Menschenwürde*
 - *Respektierung der Selbstbestimmung*
 - *Primat des Patientenwohls*
 - *Gebot der Nicht-Schädigung*
 - *Solidarität*

Die Beachtung der Menschenwürde und der Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten sind die Grundlage jeglichen ärztlichen Handelns. Jeder medizinische Eingriff muss sich sowohl aus den Regeln ärztlicher Kunst, also einer medizinischen Indikation, als auch aus dem Patientenwillen ableiten lassen. Die Umsetzung im ärztlichen Alltag ist allerdings nicht immer einfach. Medizinische Konzepte, die von der Eigenverantwortlichkeit des Patienten ausgehen, verkennen, dass diese gerade bei Kranken und Leidenden nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden kann. Hier hat die Medizin einen Beitrag zu leisten. In Ausweitung der «Charta zur ärztlichen Berufsethik» plädiert die Expertengruppe dafür, dass der Wert der Selbstbestimmung, der Autonomie, nicht nur für Patienten, sondern auch für die in der Medizin Tätigen gelten muss. Denn nur so wird ein therapeutischer Freiraum zur Bewahrung der Intimität und Spezifität der Arzt-Patienten-Beziehung auch gegenüber gesellschaftlichen und ökonomischen Zwängen gewährleistet. Die substantielle Einschränkung dieses Freiraumes würde eine auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten ausgerichtete Medizin verunmöglichen (vgl. Kapitel III.4).

Die Respektierung der Selbstbestimmung bindet medizinisches Handeln an die Verpflichtung, sich in den Dienst des Wohlergehens des Patienten zu stellen. Neben dem Wohl des Einzelnen liegt aber auch das Allgemeinwohl zumindest teilweise im Einflussbereich der Medizin, was zu einem Spannungsverhältnis führen kann. Nicht selten sind beim ärztlichen Handeln ethische Reflexion und Abwägung erforderlich, wenn Ziele, ethische Gebote und gesetzlich geschützte Güter in Widerspruch zueinander geraten.

So wird mit dem Wert der *Solidarität* die Forderung nach einem aktiven Beitrag der Ärzte für eine allen zugängliche und angemessene medizinische Versorgung verknüpft, welche nicht ausschliesslich den Kräften des Marktes überlassen werden darf. Die Ärzteschaft und der einzelne Arzt, aber auch alle übrigen in der Medizin Tätigen, haben sich demnach um einen ökonomisch verantwortungsbewussten Umgang mit den medizinischen Ressourcen zu bemühen. Die in diesem Spannungsfeld auftauchenden Fragen sind nicht immer einfach zu beantworten.

Die ausdrückliche Anerkennung des ärztlichen Ethos wirkt übrigens der Tendenz entgegen, ärztliche Handlungsentscheide in erster Linie unter ökonomischen oder rechtlichen Aspekten zu treffen. Die Ärzteschaft sollte sich den notwendigen Entscheidungsspielraum wahren, um eine Medizin mit ausschliesslichem Warencharakter und eine «Defensivmedizin zu verhindern, die zwar juristischen Verwicklungen aus dem Weg geht, aber nicht mehr die besonderen Belange des Patienten in den Mittelpunkt stellt.»³⁵

Diese kurze Darstellung der allgemeinen und fundamentalen Werte macht deutlich, dass sie sich im Einzelfall nicht immer alle zusammen direkt und konkret anwenden lassen. Denn einzelne Werte können sich durchaus gegenüber stehen, was nach einer Abwägung ruft, um Wertekonflikte aufzulösen.

33 Ann Intern Med. 2002; 136: 243–246

34 SÄZ 2003; 84 (Nr. 45): 2339–2349; die Charta ist im Anhang beigefügt.

35 Höffe O.: a.a.O. S. 10

Diese Werte müssen auch unter sozialem Druck und angesichts der Kräfte des Marktes, der bürokratischen Vorschriften oder von Interessenkonflikten, aufrechterhalten werden.

Die aufgeführten Werte bereiten – auch wenn sie nicht zu unmittelbaren Handlungsanweisungen führen und ihnen eine individuelle Betrachtungsweise zugrunde liegt – in dieser Form den Boden für die folgende Diskussion der Ziele der Medizin.

2. Die Ziele der Medizin

Weil hier einer klaren Trennung zwischen den Zielen der Medizin und den gesundheitspolitischen Zielen das Wort geredet wird, lohnt sich ein Rückblick auf die in Kapitel III vorgeschlagenen Definitionen und Umschreibungen: Die Medizin befasst sich danach mit der Wechselbeziehung von Gesundheit und Krankheit. Sie definiert sich selbst, findet stets in bestimmten sozialen Strukturen statt und ist jeweils in ein Gesundheitswesen eingebunden, von dem sie beeinflusst wird und das sie mitprägt. Sie ist deshalb auch Teil der Wirtschaft und Politik.

2.1 Ausgangspunkt

Bei der Diskussion der Ziele der Medizin ist die Expertengruppe vom Hastings-Report³⁶ ausgegangen. Ihm kommt eine grundlegende Bedeutung zu, weil die Diskussionen um die Ziele der Medizin nur ausnahmsweise derart umfassend dokumentiert worden sind.

Im Hastings-Report werden vier Ziele der Medizin genannt:

- The prevention of disease and injury and promotion and maintenance of health.
- The relief of pain and suffering caused by maladies.
- The care and cure of those with a malady, and the care of those who cannot be cured.
- The avoidance of premature death and the pursuit of a peaceful death.

Diese vier Ziele der Medizin werden im Hastings-Report ausführlich kommentiert. Die bedeutungsvollsten Aspekte bei der Diskussion dieser Ziele sind:

- Die kontinuierliche Auseinandersetzung der Medizin mit ihren Zielen
- Krankheitsprävention und Gesundheitserhaltung als eigenständige Ziele der Medizin
- Die Begriffe von Krankheit, Gesundheit, Schmerz und Tod, sowie ihre Gewichtung
- Die Ebenbürtigkeit von kurativer und pflegender Medizin
- Die Wichtigkeit adäquater Schmerztherapie
- Die Forderung nach grundlegender Akzeptanz der Sterblichkeit
- Die Betonung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells anstelle eines linearen und monokausalen.

Trotz der zunächst fast trivial erscheinenden Kürze und Schlichtheit der Ziele «implizieren (sie) weitreichende Veränderungen unserer gegenwärtigen medizinischen Praxis» (Allert)³⁷. Danach handelt es sich bei der Frage nach den Zielen der Medizin und nach den Wertorientierungen medizinischen Handelns um «einen bislang vernachlässigten Bereich».³⁸

Die vier Ziele des Hastings-Reports haben in die von der Expertengruppe vorgeschlagenen Formulierungen der Ziele der Medizin Eingang gefunden. Nach Ansicht der Expertengruppe blieben einige wesentliche Aspekte aber unberücksichtigt; sie hat sich deshalb mit weiteren Arbeiten auseinander gesetzt.

36 Eine deutsche Fassung des Hastings Report befindet sich in «Zukunft Medizin Schweiz». a.a.O. Anhang S. 324

37 Allert G., Ziele der Medizin – Perspektiven und Thesen des internationalen «Goals-Projektes» in: Zukunft der Medizin Schweiz. a.a.O. S.151

38 ebd. S.153

39 zusammengefasst in Allert G., a.a.O S.160–161

40 Brülde B., a.a.O. S. 1

Aus der Fülle der Literatur³⁹ hat sich die Expertengruppe intensiv mit der Arbeit von Brülde auseinander gesetzt, nicht zuletzt deshalb, weil es das selbsterklärte Ziel dieser Arbeit ist, eine normative Theorie zu den Zielen der Medizin zu formulieren: «A theory that tells us in what respects medicine should benefit the patient that is both comprehensive and unified.»⁴⁰

Gegenüber dem Hastings-Report und den bisherigen Arbeiten führt Brülde neu zwei übergeordnete Ziele «Lebensqualität» und «Lebensdauer» ein, von denen seine übrigen funktionellen Ziele abhängig sind.⁴¹ Unseres Erachtens können die beiden Begriffe nur im Dialog mit dem betroffenen Patienten bestimmt werden und sind als normative Zielvorgabe deshalb ungeeignet. Aus diesem Grund stellen Lebensqualität und Lebensdauer keine unmittelbaren Ziele der Medizin dar, sind aber als Präambel, im Sinne von zwei übergeordneten Gesichtspunkten, den Zielen voranzustellen.

Von den weiteren vier funktionellen Zielen wurden die Funktionsfähigkeit (functional ability, to cope well with her condition), die körperliche Integrität (normal clinical status) sowie Wachstum und Entwicklung in modifizierter Form in die Ziele der Expertengruppe aufgenommen.

2.2 Präambel und sechs Ziele der Medizin

Präambel für alle Ziele *Alle Ziele der Medizin sind grundsätzlich unter dem Aspekt der gemeinsam zwischen Patient und Arzt definierten Lebensqualität und Lebenssituation des betroffenen Patienten (inkl. Alter, Krankheit) zu betrachten und festzulegen.*⁴²

Die folgenden sechs Ziele der Medizin sind nicht isoliert, sondern als unter sich verbunden zu betrachten. Ihre Aufzählung beinhaltet keine Wertung nach Priorität. Sie betonen jeweils den einen oder andern Aspekt von Krankheit und Gesundheit, von ärztlicher Tätigkeit sowie der Zusammenarbeit und Vernetzung aller Beteiligten. So ergeben sich verschiedene *Perspektiven*, die jeweils einen oder mehrere folgender Aspekte in den Vordergrund stellen:

- die Integrität und die Funktion von Körper und Seele
- die Prävention
- die somatische, psychische und soziale Ebene von Krankheit
- das Wachstum und die Entwicklung
- die Ebenbürtigkeit von «heilender» und «pflegender» Medizin
- die Linderung von Leiden und Schmerzen
- die chronische Krankheit, die Unheilbarkeit und das Sterben
- die Lebensrettung und die Lebenserhaltung

Ausserdem besteht die Notwendigkeit, dass sich die Medizin, im Kontext ihrer verschiedenen Disziplinen wie auch im gesamtgesellschaftlichen Rahmen, fortwährend neu über die Ziele der Medizin vergewissern und verständigen muss.⁴³

41 Diese Hauptziele gemäss Brülde sind: – to promote quality of life, – to save and prolong life
Aus den Hauptzielen abgeleitete Ziele (instrumental goals) sind: – to promote functional ability (including health),
– to achieve normal clinical status (including the avoidance of disease), – to help the patient to cope well with her condition,
and to improve the external conditions under which people live, – to promote optimal growth and development

42 Die Expertengruppe geht nicht davon aus, bei jedem Patienten sei alles Denkbare und Mögliche auch anzuwenden.
Der Dialog von Arzt und Patient dient dem angemessenen und nicht dem uneingeschränkten Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel. Dazu bedarf es unter Umständen einer Prioritätensetzung.

43 Allert G. a.a.O. S. 153

1. Ziel Verbesserung einer eingeschränkten körperlichen Integrität sowie Förderung und – so weit möglich – Wiederherstellung der somatischen, psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit

Die Behandlung von Kranken hat in erster Linie Heilung im Sinne von Wiederherstellung einer subjektiven und/oder objektiven Funktionsfähigkeit oder Verbesserung der beeinträchtigten körperlichen Integrität zur Aufgabe. Diesem Ziel liegt ein umfassender Gesundheitsbegriff zugrunde: Ausdrücklich werden neben der somatischen Ebene auch die Psyche und die soziale Einbindung in die Aufgabenstellungen der Medizin einbezogen.

Der Begriff der Funktionsfähigkeit umfasst auch die Bewältigung der individuellen Bedingungen (to cope with the condition) wie auch das Ertragen von Leiden (to endure suffering). Einschränkend sei erwähnt, dass nicht jede Verbesserung der Funktionsfähigkeit auch eine Verbesserung der Gesundheit bedeutet.⁴⁴

Themenbereiche wie soziale Ausgliederung und Invalidisierung sollen wieder vermehrt der ärztlichen Aufgabe zugeordnet und diese Bereiche nicht ausschliesslich der Pädagogik und der Sozialarbeit überlassen werden.⁴⁵

2. Ziel Förderung des körperlichen und psychischen Wachstums und Unterstützung einer lebenslangen Entwicklung

Brülde führt das gesunde Wachstum als Ziel der Medizin auf, wobei sich unseres Erachtens Wachstum nicht nur auf den körperlichen Bereich beschränkt. Die zu jedem Lebensalter zugehörigen Aufgaben stellen Herausforderungen dar, denen sich jeder Mensch fortwährend stellen muss. Wenn die dazu erforderlichen Ressourcen den Anforderungen des Lebens genügen, so ist ein Mensch autonom und wird in der Regel als gesund betrachtet; wenn nicht, so entstehen körperliche oder psychische Störungen mit Krankheitswert, die eine Hilfsbedürftigkeit nach sich ziehen können. Die Gesundheit wandelt sich so im Laufe des Lebens, kann aber zu jedem Zeitpunkt als dasjenige Potential betrachtet werden, das zur Bewältigung der Lebensaufgaben vorhanden ist.⁴⁶ Die körperliche Reifung (im Sinne einer Entfaltung des genetischen Potentials) und die psychische Entwicklung (als Produkt von genetischen und kulturellen Wirkfaktoren) von Kindern, Jugendlichen sowie Erwachsenen ist eine Voraussetzung von Gesundheit. Ihre Unterstützung gehört somit zu den Zielen der Medizin.

3. Ziel Linderung körperlicher und seelischer Schmerzen und Leiden

Gemäss Hastings-Report gehört die Linderung von Schmerzen und Leiden zu den ältesten Pflichten medizinischen Handelns: «Aus einer Reihe von Gründen wird die moderne Medizin weltweit diesem Ziel jedoch oft nicht gerecht.»⁴⁷ Zu diesen Gründen gehören: inadäquate Schmerzlinderung infolge von unzureichendem Kenntnisstand der Schmerztherapie und der Palliation, besonders dort, wo Heilung nicht mehr möglich ist, erschwerter Zugang zu Narkotika, Geringschätzung seelischen Leidens und Vernachlässigung von Zuwendung und Beratung.

Obwohl die Medizin auf die Frage nach dem Sinn von Krankheit und Leiden keine Antwort geben kann, gehört es zu den Aufgaben von Ärzten und Pflegenden, auf entsprechende Fragen der Patienten einzugehen und sie in ihrer Sinnsuche zu unterstützen. Zuwendung, Verständnis und Fürsorge sind bedeutsame Mittel in der Behandlung von Schmerzen und Leiden. Sie werden durch die medikamentöse oder technische Therapie ergänzt.

44 Brülde B. a.a.O. S. 3

45 Beispiele hierzu sind die medizinische Betreuung chronisch Alkoholkranker oder die Psychotherapie von Patienten mit abnormer sozialer Verhaltensweise

46 vgl. Kap. III. 2.2 (J. Bircher)

47 Hastings Report, deutsche Fassung, a.a.O. S. 352

4. Ziel **Betreuung und Pflege kranker Menschen mit Einbezug des Umfelds**

Wie bei der Schmerztherapie wird mit der Aufgabe zur Betreuung und Pflege von kranken Menschen die Gleichwertigkeit von kurativer und «pflegender» Medizin betont. «In einer alternden Gesellschaft, in der chronische Krankheiten die häufigste Ursache für Schmerzen, Leid und Tod sind – und wo die Krankheit bestehen bleiben wird, gleich welche medizinischen Massnahmen unternommen werden – wird die Fürsorge um so wichtiger; sie bekommt nach einer Zeit, in der sie immer die zweite Wahl zu sein schien, ihre ursprüngliche Bedeutung wieder».⁴⁸ In gleicher Weise sollen die Bemühungen unterstützt werden, Betreuung und Pflege Qualitätsstandards zu unterstellen und sie auf wissenschaftliche Grundlagen zu stellen. Dazu gehört auch die Professionalisierung der Planung und Vernetzung, denn Betreuung und Pflege, wie auch Palliation und Sterbebegleitung sind in der Regel eine Arbeit, die von einem Team von Betreuenden und Angehörigen geleistet wird.

5. Ziel **Rettung und Erhaltung von Leben**

«Die gegenwärtige Medizin hat den Tod unglücklicherweise viel zu oft als ihren grössten Feind behandelt».⁴⁹ Gerade deshalb soll eine Lebensrettung, wenn immer möglich, auf dem Hintergrund des individuellen Lebenszyklus und der Lebensqualität des betroffenen Patienten gewichtet werden. Dies verlangt von den behandelnden Ärzten im Dialog mit den Betroffenen Besonnenheit und kritisches Hinterfragen ihrer Interventionen. Obwohl sich die Medizin spontan auf die Seite des Lebens stellt und demzufolge den Tod verhindern möchte, sollte diese Bemühung immer auf einer grundsätzlichen Akzeptanz der Sterblichkeit und des Todes beruhen. Entscheide über Lebensrettung und Lebenserhaltung bedürfen aufgrund der immensen technischen Fortschritte besonderer Sorgfalt; der Grundsatz «Erlaubt ist, was man kann» soll nicht gelten. Die Beachtung und Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten – soweit er dazu im Stande ist – ist hier besonders wichtig.⁵⁰

6. Ziel **Erhaltung der Gesundheit, einschliesslich der Krankheits- und Unfallprävention, und Optimierung der Lebens- und Umweltbedingungen**

Krankheitsprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen gehören heute unbestritten zu den vorrangigen Zielen der Medizin. Die Medizin liefert zur Realisierung dieses Ziels einen wesentlichen Anteil. Typischerweise teilt sie jedoch die Verantwortung in diesen Bereichen mit der Gesellschaft und den Institutionen des Gesundheitswesens.

Es ist erwiesen, dass schlechte Lebensbedingungen mehr ins Gewicht fallen als alle anderen krank machenden Faktoren. Es mangelt dennoch an fundierten Daten zur Kosten-Nutzen-Analyse von gesundheitsfördernden Massnahmen und Präventionskampagnen. Aufgrund der neuesten Entwicklungen im Bereich der primären und sekundären Krankheitsprävention besteht zudem die Gefahr, dass die Gesunden zu potenziell Kranken und Behandlungsbedürftigen stigmatisiert werden. Hier braucht es intensivierete Forschungsbemühungen sowie den Dialog zwischen Medizin und Gesellschaft. Dieser soll klären, in welchem Umfang Prävention sinnvoll und machbar erscheint. Die Medizin hat sich einer weitgehenden Medikalisierung aller Lebensbereiche zu widersetzen.

48 ebd. S. 356

49 ebd. S. 357

50 Die Expertengruppe hat vom Terminus des «vorzeitigen Todes», wie er im Hastings-Report benutzt wird, bewusst Abstand genommen. Der Begriff «vorzeitig» entzieht sich einer näheren Bestimmung, da u.a. der komplementäre Begriff des «rechtzeitigen» Todes keinen Sinn ergibt. Ohne eine entsprechende Definition kann der Begriff des vorzeitigen Todes nicht zum Angelpunkt ärztlicher Entscheide hinzugezogen werden.

V. Aufgaben der Medizin und deren Umsetzung

Ausgehend von den Werten der Medizin wurden übergeordnete *Ziele* abgeleitet. Diese haben grundsätzliche, zeitübergreifende Bedeutung. Die aus diesen Zielen abgeleiteten *Aufgaben* setzen sich in verstärktem Ausmass mit der aktuellen Position der Medizin in der Gesellschaft auseinander, sind daher etwas konkreter und unterliegen einer schnelleren Veränderung als die Ziele. Die Expertengruppe hat einzelne Umsetzungsvorschläge erarbeitet, die – als Beispiele – mögliche Wege der Realisierung von Aufgaben, Zielen und Werten aufzeigen sollen. Sie hat – so weit möglich – potentielle Akteure bezeichnet und entsprechende Zeiträume vorgesehen.

1. Die Medizin als Bestandteil einer Gesellschaft im Wandel

Auch die Medizin nimmt den sozialen Wandel wahr und muss sich ihm stellen. Spürbar ist einerseits eine gesteigerte Erwartungshaltung der Bevölkerung gegenüber den Möglichkeiten der modernen Spitzenmedizin. Andererseits ist deutlich der Ruf nach mehr Menschlichkeit in der Medizin zu vernehmen. Im gesellschaftlichen Wirkungsgefüge hat sich die Medizin immer wieder neu zu positionieren. Sie muss deshalb bei der Umsetzung der Ziele ihre soziale Rolle reflektieren und in den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verteilungsprozessen ihre eigenen Interessen sowie diejenigen der Patienten und Patientinnen verteidigen.

Aufgabe 1 *Medizinische Fachpersonen und Institutionen orientieren sich konsequent am Wohl der ihnen anvertrauten Patienten, unter Respektierung von deren Selbstbestimmung.*

Umsetzungsmöglichkeiten:

1.1 Die FMH, die Berufsorganisationen und die Institutionen der Patientenbetreuung suchen die Patientenvertreter als Gesprächspartner und setzen sich mit deren Vorstellungen zum Patientenwohl auseinander.

1.2 Die Klinikleitungen sorgen in den nächsten fünf Jahren dafür, dass die zeitliche Verfügbarkeit der Betreuenden für direkte Patientenkontakte vergrössert wird. Der Anteil an organisatorischen und administrativen Aufgaben am Arbeitsaufkommen des medizinischen Fachpersonals ist zu verkleinern. Die Organisations- und Strukturmodelle sind unter dieser Prämisse zu verbessern. Dabei ist auch die Implementierung neuer Aufgabenverteilungen zwischen Berufsgruppen (z.B. Ärzte/Pflegende) nicht tabu.

1.3 Die Respektierung der Selbstbestimmung des Patienten wird innerhalb der nächsten fünf Jahre in die Pflichtenhefte der Betreuungsberufe und in die Betriebsreglemente der Institutionen der Patientenbetreuung aufgenommen.

Aufgabe 2 *Die in der Medizin Tätigen behandeln alle Kranken gemäss deren Bedürfnissen und nach den Standards der Medizin, unter Berücksichtigung der verfügbaren Mittel. Sie setzen sich für die Bereitstellung der notwendigen personellen, strukturellen und finanziellen Ressourcen ein.*

Umsetzungsmöglichkeiten:

2.1 Die Medizinalpersonen informieren ihre Vertreter in der Öffentlichkeit laufend über Mängel bei der Bereitstellung und im Einsatz von Ressourcen zur Patientenbetreuung und anderer medizinischer Aufgaben.

2.2 Die Berufsorganisationen erarbeiten, zusammen mit den Kostenträgern, strukturelle, technische und personelle Standards für die Patientenbetreuung in ihrem Fachbereich.

Aufgabe 3 *Die medizinischen Fachpersonen tragen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung bei. Dabei fördern sie nicht nur die individuelle Gesunderhaltung, sondern wirken auch auf die krankmachenden und gesundheitsfördernden gesellschaftlichen Determinanten⁵¹ ein.*

Umsetzungsmöglichkeiten:

3.1 Sozialmedizinische Beobachtungs- und Interventionstechniken sollen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung vermehrt gelehrt und anerkannt werden.

3.2 Die Fachgesellschaften integrieren in ihren Leitbildern die Sichtweisen und wissenschaftlichen Erkenntnisse der Sozialmedizin.

Aufgabe 4 *Die medizinischen Fachpersonen tragen die Werte und Ziele der Medizin, ihre Erfahrungen mit Gesundheit, Krankheit und Tod sowie ihre Kultur des Helfens und Sorgens in die Gesellschaft und vertreten sie im gesellschaftlichen Diskurs.*

Umsetzungsmöglichkeiten:

4.1 Medizinalpersonen engagieren sich in der Öffentlichkeit für die Wahrung der Werte und Ziele der Medizin. Die zuständigen Berufsorganisationen unterstützen sie dabei und setzen sich dafür ein, dass die entsprechenden Freiheiten der Meinungsäusserung gewährleistet sind.

4.2 Nach Genehmigung des Berichtes durch die Träger des Projekts ZMS fordert die SAMW die Verantwortlichen der Ausbildungseinrichtungen dazu auf, innerhalb von fünf Jahren die Werte und Ziele der Medizin (vgl. Kap. IV.4) explizit in die Ausbildungsprogramme und –curricula aufzunehmen und unterstützt sie dabei.

4.3 Unter der Federführung der SAMW überprüfen die Fakultäten, die FMH und die Berufsverbände, in Zusammenarbeit mit den Patientenvertretungen, die Werte und Ziele in regelmässigen Abständen, erstmals 2010, und nehmen die nötigen Anpassungen vor.

51 Zu typischen, potentiell pathogenen gesellschaftlichen Determinanten zählen Armut, Arbeitslosigkeit, bestimmte Umweltfaktoren oder ein erschwelter Zugang zur Gesundheitsversorgung.

2. Die Medizin in Praxis, Lehre und Forschung

Die Verbindungen zwischen Klinik und Forschung sind zur Zeit noch wenig wechselseitig wirksam. Zudem wird die Kluft zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Spezialistinnen grösser. So haben beispielsweise viele für die Hausarztmedizin wichtige Fragen in der Forschung keine Priorität. Und der Status der komplementärmedizinischen Verfahren bleibt oft im Unklaren. Werden die Ziele der Medizin für diese Fragen konkretisiert, werden sich Umsetzungsmöglichkeiten vor allem in der Lehre und Forschung ergeben.

Aufgabe 5 *In allen Medizinalberufen ist dafür Sorge zu tragen, dass der Nachwuchs sichergestellt ist und geeignete Personen zur Berufsausübung motiviert werden.*

Umsetzungsmöglichkeiten:

5.1 Die Behörden des Gesundheitswesens, die Aus-, Weiter- und Fortbildungsstätten und die Berufsverbände koordinieren ihre qualitative und quantitative Bedarfsplanung entsprechend der Bevölkerungsentwicklung, der Attraktivität der Medizinalberufe und den Bedürfnissen der Gesundheitsversorgung. Wegen der langen Ausbildungsdauer soll der Planungshorizont minimal 12 bis 15 Jahre betragen.

5.2 Fakultäten und Berufsschulen werden verpflichtet, innert drei Jahren Tutor-Systeme einzurichten, die sicherstellen, dass die Lernenden frühzeitig und individuell auf die verschiedenen Laufbahnmöglichkeiten aufmerksam gemacht werden. Sie gestalten einerseits attraktive Curricula, damit Ausbildungen begonnen werden, führen andererseits aber auch Selektionsverfahren ein, um eine hohe Ausbildungsqualität sicherzustellen.

5.3 Der Lehre muss in den Fakultäten, Berufsschulen, den medizinischen Institutionen und der Praxis grosse Bedeutung zukommen. Dafür sollen entsprechende monetäre und nicht-monetäre Anreize angeboten werden. Die diesbezüglichen Anstrengungen sollen in den nächsten fünf Jahren ausgewiesen werden.

5.4 Das «Teach the teachers» muss als wichtiges Qualitätssicherungsinstrument der Lehre ernst genommen und auf breiter Basis umgesetzt werden. Die diesbezüglichen Anstrengungen sollen in den nächsten fünf Jahren ausgewiesen werden.

Aufgabe 6 *Die in der Medizin tätigen Fachleute verpflichten sich zu einer vertrauensvollen, von wechselseitiger Anerkennung und vom Prinzip der Selbständigkeit getragenen Beziehung zu ihren Patienten. Diese Beziehung soll nicht auf ein Auftragsverhältnis zwischen einem Kunden und einem Leistungserbringer reduziert werden.*

Umsetzungsmöglichkeit:

6.1 Die Fakultäten und Berufsschulen implementieren in den nächsten drei Jahren in ihren Curricula obligatorische Lehrveranstaltungen, die bei den Lernenden eine Sensibilisierung der Wahrnehmung für Interaktionsprozesse, die Schulung kommunikativer Fähigkeiten und die Einübung von ethischer Urteilsbildung erlauben.

Aufgabe 7 *Medizinische Fachpersonen streben sowohl individuell als auch als Gemeinschaft eine stete Erweiterung des medizinischen Wissenskorpus an. Dabei kommen, neben der persönlichen Erfahrung, alle Erkenntnisse zum Tragen, die mit der Vielfalt etablierter, kritisch reflektierter wissenschaftlicher Methoden gewonnen wurden.*

Umsetzungsmöglichkeit:

7.1 Die Instanzen der medizinischen Forschungsförderung (zum Beispiel die Abt. III des SNF) beschränken sich nicht auf naturwissenschaftlich abgestützte Forschung. Bei Forschungsprojekten mit geisteswissenschaftlichen Ansätzen oder komplementärmedizinischen Methoden soll deren eigene Epistemologie zur Beurteilung und Überprüfung beigezogen werden.

Aufgabe 8 *Sowohl die naturwissenschaftlich-biologischen Erkenntnisse als auch das psychosozial und geisteswissenschaftlich erworbene Wissen werden in Lehre, Forschung und Patientenversorgung in angemessenem Verhältnis angewandt, gepflegt und erweitert.*

Umsetzungsmöglichkeiten:

8.1 Die medizinischen Fakultäten binden die Hausarztmedizin verstärkt in Lehre und Forschung ein und fördern ihre aktive Mitbeteiligung an Forschungsvorhaben.

8.2 Die FMH, die Fachgesellschaften, die Fakultäten und die Berufsverbände legen in den nächsten fünf Jahren bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller medizinischen Fachpersonen verbindliche Vorschriften zur Vermittlung von folgenden speziellen Lehrinhalten fest:

- Umgang mit fachlichen Fehlern (critical incidents)
- Konfliktbewältigung
- Interdisziplinäres Arbeiten
- Verständnis für soziokulturelle Aspekte (z.B. Gender und ethnisch-kulturelle Aspekte)

8.3 In den Curricula der Fakultäten und der Berufsschulen muss in den nächsten drei bis fünf Jahren auch die Behandlung und Betreuung chronisch Kranker in die Aus-, Weiter- und Fortbildung einfließen. Besonders wichtig wird die Ausrichtung auf die Rehabilitation und Pflege chronisch Kranker werden.

Aufgabe 9 *Die medizinischen Fachpersonen setzen sich für den Erhalt notwendiger «Freiräume» für ihre Tätigkeit ein. Diese sind für eine dem einzelnen Menschen angepasste Medizin unabdingbar.*

Umsetzungsmöglichkeiten:

-

3. Die Medizin zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualitätsanspruch und Solidarität

Ob der Wettbewerb im Gesundheitswesen eher Fluch oder Segen ist, wird sehr kontrovers beurteilt. Auch wenn die Gesundheit im landläufigen Sinn unbezahlbar ist, spielen ökonomische Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und damit auch in der Medizin eine grosse Rolle. Wohl haben ökonomische Mechanismen eine Steuerungsfunktion, sie sollten sich aber an ethischen Vorgaben und Qualitätsstandards orientieren. In diesem Spannungsfeld muss sich die Umsetzung der generellen Ziele der Medizin vor allem auf das Definieren der optimalen Rahmenbedingungen konzentrieren.

Aufgabe 10 Die in der Medizin Tätigen übernehmen Mitverantwortung für Qualität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und eine gerechte Verteilung der verfügbaren Mittel.

Umsetzungsmöglichkeiten:

10.1 Die medizinischen Fachpersonen verpflichten sich, medizinische Handlungen neben qualitativen und ethischen auch unter den Gesichtspunkten von Effizienz und Ökonomie zu überprüfen. Die jeweils zuständigen Fach- und Berufsorganisationen stellen hierfür laufend entsprechende Entscheidungshilfen bereit.

10.2 Die Ausbildungseinrichtungen und Weiterbildungsstätten nehmen bis 2008 gesundheitsökonomische Inhalte in ihre Curricula auf.

Aufgabe 11 Prioritätensetzungen und allfällige Rationierungsentscheide müssen transparent erfolgen sowie den Werten und Zielen der Medizin Rechnung tragen.

Umsetzungsmöglichkeiten:

11.1 Damit Prioritäten im Gesundheitswesen und in der Medizin nachvollziehbar gesetzt werden, müssen die entscheidenden Organe (z.B. die nationalen und kantonalen Behörden, die Fakultäten, die FMH, die medizinischen Institutionen und die Fachgesellschaften) mit transparenten Methoden arbeiten und die entsprechenden Entscheidungsgrundlagen offen legen. Die SAMW soll dazu übergeordnete Richtlinien ausarbeiten. Damit transparente Entscheide zustande kommen, müssen die dazu notwendigen Daten zur Verfügung stehen. Deshalb müssen die in der Medizin Tätigen ihren Beitrag an die Datenerhebung, die Datenpflege und die Datenauswertung leisten. Es muss sorgfältig festgelegt werden, wer die Daten zu welchem Zweck auswertet. Dabei ist auch darauf zu achten, dass diejenigen, welche Daten geliefert haben, von der Auswertung profitieren können.

11.2 Grenzsituationen werden im Spitalalltag immer häufiger anzutreffen sein und erfordern eine Prioritätensetzung. Die SAMW initiiert die Einrichtung von Ethikforen in Kliniken und in Institutionen der Alters- und Behindertenbetreuung innerhalb der nächsten zehn Jahre. Sie erarbeitet innert zwei Jahren Standards für die fachliche Kompetenz, Zusammensetzung und Arbeitsweise solcher Foren.

11.3 Die FMH und andere Berufsverbände setzen sich bei den für die Verteilung der Mittel zuständigen Instanzen dafür ein, dass Prioritätensetzungen und allfällige Rationierungsentscheide transparent erfolgen sowie den Werten und Zielen der Medizin Rechnung tragen.

Aufgabe 12 *Im Gesundheitswesen gewährleisten monetäre und nicht-monetäre Anreize Qualität und Wirtschaftlichkeit des medizinischen Handelns.*

Umsetzungsmöglichkeit:

12.1 Die FMH setzt sich mit den Kostenträgern und den anderen Partnern im Gesundheitswesen für monetäre und nicht-monetäre Anreize ein, welche die Qualität und die Wirtschaftlichkeit medizinischen Handelns gewährleisten. Bis 2008 liegen entsprechende Vorschläge vor. Diese Vorgehensweise ist durch wissenschaftliche Forschung zu evaluieren.

Charta zur ärztlichen Berufsethik*

Präambel

Die ärztliche Berufsethik ist die Basis für den Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft

Für einen solchen Kontrakt muss gefordert werden, dass die Interessen des Patienten über die des Arztes zu stellen sind, dass Standards der ärztlichen Kompetenz und der Integrität formuliert und gewährleistet werden und dass eine fachliche Beratung der Gesellschaft zu Fragen der Gesundheit geboten wird. Voraussetzung für einen solchen Kontrakt ist das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Integrität des einzelnen Arztes und in den Ärztestand insgesamt.

Zur Zeit sieht sich die Ärzteschaft mit einer Explosion von Technologien konfrontiert, mit erheblichen wirtschaftlichen Veränderungen, mit Problemen der Gesundheitsversorgung, des Bioterrorismus und der Globalisierung. Als Folge dieser Veränderungen fällt es den Ärzten immer schwerer, ihrer Verantwortung gegenüber den Patienten und der Gesellschaft gerecht zu werden. Unter diesen Umständen ist es umso wichtiger, die grundlegenden und allgemeinen Prinzipien und Werte des ärztlichen Berufsstandes zu bekräftigen. Dies sind die Ideale, nach denen alle Ärzte weiterhin streben sollten.

Die Ärzteschaft ist überall in bestimmte Kulturen und nationale Traditionen eingebettet, aber allen Ärzten ist die Rolle des «Heilers» gemeinsam, die sich in ihren Wurzeln bis zu Hippokrates zurückverfolgen lässt. Die Ärzteschaft muss aber mit komplizierten politischen, rechtlichen und ökonomischen Kräften kämpfen.

Darüber hinaus bestehen erhebliche Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, weshalb die allgemeinen Grundsätze sehr komplex und mit sorgfältig gewählten Worten zu formulieren sind. Trotz dieser Unterschiede bestehen aber Gemeinsamkeiten, die die Basis der Charta und ihrer drei Grundprinzipien sowie der Statements zu den unterschiedlichen Aspekten ärztlicher Verpflichtungen bilden.

Grundlegende Prinzipien

1. Das Primat des Patientenwohls

Dieses Prinzip basiert auf der grundsätzlichen Verpflichtung, den Interessen des Patienten zu dienen. Altruismus trägt zu dem Vertrauen bei, das im Mittelpunkt des Arzt-Patienten-Verhältnisses steht. Ökonomische Interessen, gesellschaftlicher Druck und administrative Anforderungen dürfen dieses Prinzip nicht unterlaufen.

2. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten

Ärzte haben das Selbstbestimmungsrecht des Patienten grundsätzlich zu respektieren. Sie müssen ihren Patienten gegenüber aufrichtig sein und diese darin unterstützen, sich zu informieren und sachgerechte Entscheidungen über ihre Behandlungen zu fällen. Die Entscheidungen des Patienten über ihre Behandlungen sind oberstes Gebot, solange sie mit ethischen Prinzipien vereinbar sind und nicht mit unangemessenen Ansprüchen verbunden sind.

3. Die soziale Gerechtigkeit

Die Ärzteschaft ist aufgerufen, Gerechtigkeit im Gesundheitswesen zu fördern. Dies schliesst die faire Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel ein. Ärzte sollen sich aktiv daran beteiligen, Diskriminierungen im Gesundheitswesen auszumerzen. Dies bezieht sich auf die ethnische Herkunft, das Geschlecht, den Sozialstatus, die Religion oder auf jede andere gesellschaftliche Kategorie.

* Deutsche Übersetzung der von amerikanischen und europäischen Fachgesellschaften für Innere Medizin erarbeiteten «Physician's Charter», erschienen in der Schweizerischen Ärztezeitung 2003; 84 (Nr. 45): 2339–2349.

Ärztliche Verantwortlichkeiten

1. Verpflichtung zur fachlichen Kompetenz

Ärzte müssen sich zu einem lebenslangen Lernen verpflichten. Sie sind selbst für den Erhalt der Kenntnisse und Fertigkeiten verantwortlich, die zur Beibehaltung der Versorgungsqualität erforderlich sind. In Erweiterung dieser Grundsätze muss die Ärzteschaft als Ganzes bemüht sein, dass alle ihre Mitglieder die fachliche Kompetenz aufrechterhalten, und sie muss sicherstellen, dass für die Ärzte angemessene Möglichkeiten geboten werden, dieses Ziel zu erreichen.

2. Verpflichtung zur Wahrhaftigkeit im Umgang mit Patienten

Ärzte müssen sicherstellen, dass ihre Patienten vollständig und wahrheitsgemäss informiert sind, bevor diese einer Behandlung zustimmen, und erneut, nachdem die Behandlung durchgeführt wurde. Hiermit ist nicht gemeint, dass der Patient in jede kleine ärztliche Einzelentscheidung eingebunden sein muss. Wichtig ist vielmehr, dass der Patient ermutigt wird, über den generellen therapeutischen Ablauf mitzuentcheiden. Ärzte müssen grundsätzlich eingestehen, dass gelegentlich medizinische Irrtümer vorkommen, die zur Schädigung des Patienten führen können. Immer wenn Patienten als Folge einer medizinischen Massnahme zu Schaden kommen, sollten sie sofort hierüber informiert werden, weil eine Unterlassung dieser Information das Vertrauen des Patienten und der Gesellschaft erheblich belasten würde. Meldungen und Analysen medizinischer Fehler stellen die Grundlage für Strategien zur Fehlervermeidung sowie zur angemessenen Entschädigung der Patienten dar.

3. Verpflichtung zur Vertraulichkeit

Offenheit und Vertrauen der Patienten machen es erforderlich, angemessene Massnahmen zu ergreifen, mit denen eine Vertraulichkeit bezüglich aller Informationen durch den Patienten sichergestellt wird. Diese Verpflichtung erstreckt sich auch auf Gespräche mit Personen, die für den Patienten handeln, wenn es nicht möglich ist, das Einverständnis des Patienten selbst zu erhalten.

Die Verpflichtung zur Vertraulichkeit ist heute wichtiger als je zuvor, vor allem wegen der breiten Verwendung elektronischer Medien bei der Samm-

lung der Informationen über den Patienten. Ein weiterer Grund ist die zunehmende Verfügbarkeit von genetischen Daten. Ärzte müssen andererseits anerkennen, dass die Verpflichtung zur Vertraulichkeit gelegentlich im öffentlichen Interesse hinter andere wichtige Verpflichtungen zurückzutreten hat, z.B. wenn eine Gefährdung anderer Menschen durch den Patienten droht.

4. Verpflichtung zur Pflege angemessener Beziehungen zum Patienten

Angesichts der grundsätzlich bestehenden Verletzlichkeit und Abhängigkeit von Patienten müssen bestimmte Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten unbedingt vermieden werden. Insbesondere dürfen Ärzte niemals ihre Patienten zur Vornahme sexueller Handlungen, zur Erzielung persönlicher finanzieller Vorteile oder zu anderen privaten Zielen ausnutzen.

5. Verpflichtung zur ständigen Qualitätsverbesserung

Ärzte müssen sich einer ständigen Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung verpflichtet fühlen. Diese Verpflichtung bezieht sich nicht nur auf den Erhalt der persönlichen Kompetenz, sondern auch auf eine Zusammenarbeit mit Kollegen oder mit anderen Berufsgruppen. Ziele müssen dabei die Verminderung ärztlicher Fehler, die Steigerung der Patientensicherheit, die Reduzierung einer Überversorgung mit Vergeudung finanzieller Mittel sowie die Optimierung der Therapieerfolge sein. Ärzte müssen sich aktiv an der Entwicklung besserer Instrumente zur Beurteilung der medizinischen Qualität beteiligen sowie zur routinemässigen Anwendung dieser Instrumente der Qualitätsmessung bei Einzelpersonen, Institutionen oder sonstigen mit der Gesundheitsversorgung betrauten Einrichtungen beitragen. Ärzte müssen sich also persönlich und über ihre Standoorganisationen für die Unterstützung bei der Entwicklung und der Anwendung von Massnahmen zur ständigen Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen verantwortlich fühlen.

6. Verpflichtung zum Erhalt des Zugangs zu medizinischen Leistungen

Die ärztliche Berufsethik fordert, dass das Ziel aller medizinischen Versorgungssysteme vor allem darin bestehen muss, einen einheitlichen und angemessenen Versorgungsstandard zu bieten. Ärzte müssen sich individuell und als Gruppe darum bemühen, Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung zu erreichen. In allen Gesundheitssystemen müssen Ärzte daran arbeiten, Zugangsbarrieren durch Erziehung, Gesetze, Finanzen, geographische Herkunft oder soziale Diskriminierung zu beseitigen. Die Bemühungen um Gerechtigkeit schliessen die Förderung von öffentlicher Gesundheitsversorgung und von präventiven Massnahmen ein. Jeder Arzt hat diesbezüglich im öffentlichen Interesse zu handeln, wobei Eigeninteressen oder Interessen seiner Berufsgruppe keine Rolle spielen sollten.

7. Verpflichtung zur gerechten Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen

Bei der Berücksichtigung der Bedürfnisse individueller Patienten müssen Ärzte eine Gesundheitsversorgung anbieten, die auf einem klugen und effektiven Einsatz der begrenzten Mittel beruht. Sie müssen mit anderen Ärzten, Krankenhäusern und Versicherungen zusammenarbeiten, um Leitlinien für eine kosteneffektive Versorgung zu entwickeln. Die Verantwortung für einen angemessenen Einsatz der Mittel erfordert eine konsequente Vermeidung von überflüssigen Untersuchungen und Behandlungen. Der Einsatz überflüssiger Massnahmen setzt nicht nur den Patienten einer vermeidbaren Gefährdung aus, sondern vermindert auch die für andere Patienten zur Verfügung stehenden Mittel.

8. Verpflichtung zur Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse

Der Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft beinhaltet auch die angemessene Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse und neuer Technologien. Ärzte haben die Pflicht, wissenschaftliche Standards aufrechtzuerhalten, Forschung zu fördern, neue Erkenntnisse zu gewinnen und deren angemessenen Gebrauch sicherzustellen. Die Ärzteschaft ist für die Richtigkeit dieser Erkenntnisse, die sowohl auf wissenschaftlicher Evidenz als auch auf ärztlicher Erfahrung beruhen, verantwortlich.

9. Verpflichtung zum angemessenen Verhalten bei Interessenkonflikten

Ärzte und deren Organisationen haben viele Gelegenheiten, durch Erzielung privaten Gewinns oder persönlicher Vorteile ihre ethische Verantwortung zu kompromittieren. Solche Kompromittierungen sind besonders bedrohlich bei persönlicher oder institutioneller Verflechtung mit einer gewinnorientierten Industrie, seien es Medizingerätehersteller, Versicherungen oder die Pharmaindustrie. Ärzte haben die Verpflichtung, Interessenkonflikte, die im Laufe ihres Berufslebens und sonstiger Aktivitäten auftreten, zu erkennen, diese gegenüber der Öffentlichkeit kundzutun und in angemessener Weise beizulegen. Verbindungen zwischen der Industrie und ärztlichen Führungskräften (opinion leader) müssen bekanntgemacht werden, insbesondere wenn letztere die Kriterien für klinische Prüfungen und deren Publikationen festlegen, wenn sie Editorials oder Leitlinien verfassen oder als Herausgeber wissenschaftlicher Zeitschriften fungieren.

10. Verpflichtung zur kollegialen Verantwortung

Als Mitglieder eines Berufsstandes muss von Ärzten erwartet werden, dass sie bei der Patientenversorgung kollegial zusammenarbeiten, respektvoll miteinander umgehen, sich am Prozess der Selbstkontrolle beteiligen und dabei auch Kollegen, die sich von gültigen ethischen Standards entfernt haben, korrigieren oder disziplinieren. Die Standesorganisationen sollten für gegenwärtige oder zukünftige Ärzte

die Prinzipien der Weiterbildung und die Prozesse zur Beschreibung von Standards definieren und organisieren. Ärzte haben sowohl eine persönliche als auch eine kollektive Verpflichtung, sich an solchen Prozessen zu beteiligen. Diese Verpflichtungen schliessen eine Mitwirkung bei internationalen Vergleichen und eine Akzeptanz externer Vergleiche bezüglich aller Aspekte der beruflichen Tätigkeit ein.

Zusammenfassung

Um das Vertrauen in den Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft auch in diesen turbulenten Zeiten zu wahren, erscheint es wichtig, dass die Ärzte ihre Verpflichtung zur Wahrung der ethischen Prinzipien ihres Berufsstandes ausdrücklich bekräftigen. Diese Verpflichtungen beziehen sich nicht nur auf das Wohlergehen der einzelnen Patienten, sondern auch auf Bemühungen um eine Verbesserung der Gesundheitssysteme und damit auf das Wohlergehen der Gesellschaft. Die vorliegende Charta zur ärztlichen Berufsethik (Charter on Medical Professionalism) betont ausdrücklich diese Verpflichtungen. Sie soll der Ärzteschaft hierfür eine nach Inhalten und Zielen umfassende Hilfestellung bieten. In praktisch allen Kulturen und Gesellschaften ist die Ausübung der Medizin in unserer Zeit mit nie dagewesenen Herausforderungen verbunden. Im Zentrum der Herausforderungen stehen die sich weiter öffnende Schere zwischen den legitimen Bedürfnissen der Patienten und den hierfür zur Verfügung stehenden Mitteln, der steigende ökonomische Druck zur Veränderung der Gesundheitssysteme und die Verführungen der Ärzte, die traditionelle Verpflichtung für das Wohl der Patienten zu verlassen.

ExpertInnengruppe «Zukunft Medizin Schweiz»

- *Prof. Dr. med. Dieter Bürgin, Basel*; Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätspoliklinik in Basel; Leiter der ExpertInnengruppe «Zukunft Medizin Schweiz»; E-Mail: dieter.buergin@unibas.ch
- *Prof. Dr. med. Johannes Bircher, Meikirch*; Gründungsdekan der Medizinischen Fakultät der Universität Witten-Herdecke (D) und ehemaliger ärztlicher Direktor des Inselspitals Bern; Initiant des Projekts «Zukunft Medizin Schweiz»; E-Mail: jbi@swissonline.ch
- *Prof. Dr. med. Daniel Candinas, Bern*; Leiter des Departements Viszeral- und Transplantations-Chirurgie am Inselspital der Universität in Bern (bis August 2003)
- *Prof. Sabina De Geest, Basel*; Head of the Institute of Nursing Science, Faculty of Medicine, University of Basel; E-Mail: sabina.degeest@unibas.ch
- *Dr. med. Klaus Halter, Therwil*; Facharzt für Innere Medizin; E-Mail: klaushalter@dplanet.ch
- *Prof. Dr. méd. Petra S. Hüppi, Genève*; professeur de pédiatrie à l'Hôpital universitaire de Genève; e-mail: petra.huppi@hcuge.ch
- *Dr. méd. Bertrand Kiefer, Genève*; rédacteur en chef du journal «Médecine & Hygiène» e-mail: Bertrand.Kiefer@MedecineHygiene.ch
- *Prof. Dr. med. Daniel Oertli, Basel*; Vorsteher des Departements Chirurgie am Universitätsspital Basel (ab August 2003); E-Mail: doertli@uhbs.ch
- *Prof. Dr. méd. Fred Paccaud, Lausanne*; Directeur de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne; e-mail: fred.paccaud@inst.hospvd.ch
- *Dr. med. Brida von Castelberg, Zürich*; Gynäkologin und Chefärztin der Maternité Inselhof Triemli in Zürich; E-Mail: brida.voncastelberg@triemli.stzh.ch

Steuerungsgruppe

- *Prof. Werner Stauffacher, Basel* (Präsident der SAMW)
- *Dr. Hans Heinrich Brunner, Bern* (Präsident der FMH)
- *Prof. Peter Suter, Genf* (als Vertreter der Medizinischen Fakultäten)

Sekretariat

- *Dr. Hermann Amstad, Basel* (SAMW)
- *lic. iur. Michelle Salathé, Basel* (SAMW)
- *lic. rer. pol. Dominik Büchel, Basel* (advocacy ag)