

Was ist medizinische Professionalität?

Die “Medical Professionalism Charter” der ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation und der European Federation of Internal Medicine von 2002

Einschätzung von Prof. Dr. phil., dipl. biol. *Christoph Rehmann-Sutter*, Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung, Universität zu Lübeck, im Auftrag des Vereins Ethik und Medizin Schweiz VEMS, z. Hd. von Dr. med. *Michel Romanens* (Präsident) und *Flavian Kurth*.

Lübeck/Basel, im Juli 2018

Unter dem Titel “Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter” haben das “Medical Professionalism Project” der ABIM Foundation, der ACP-ASIM Foundation und der European Federation of Internal Medicine im Jahr 2002 ein Dokument veröffentlicht, das die ethischen Grundlagen der ärztlichen Profession und ihres Verhältnisses sowohl zu den Patientinnen und Patienten, als auch zur Gesellschaft zum Ausdruck bringen soll. Die Publikation erfolgte gleichzeitig in den *Annals of Internal Medicine* (136: 243-246) und in *Lancet* (359: 520-522). Dieses Dokument beansprucht, für die medizinische Profession global richtungsweisend zu wirken. Ich spreche im Folgenden von diesem Dokument als “Charta”.

Die Charta ist international rezipiert worden und hat in der professionsinternen Diskussion in verschiedenen Ländern der Erde in den letzten Jahren zweifellos eine gewisse, wenn gleichzeitig auch begrenzte Bedeutung erhalten. Laut ABIM Foundation ist sie seither von mehr als 108 medizinischen Fachorganisationen weltweit unterstützt worden, unter anderem auch von der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin.¹

Im Juni 2018 hat mich der Verein Ethik und Medizin Schweiz (VEMS) um eine Stellungnahme zu diesem Dokument gebeten und eine Reihe von konkreten Fragen zu ihrem Inhalt und zu ihrer Auslegung gestellt. Dieser Bitte möchte ich in dieser Stellungnahme nachkommen. Weil die mir gestellten Fragen nur beantwortet werden können, wenn der Hintergrund, die Inhalte und die Bedeutung der Professionalismus-Charta hinreichend klar eingeschätzt werden können, beginne ich damit, das Anliegen und die hauptsächlichen Inhalte der Charta kurz darzustellen (1). Die Charta hat eine Reihe von Kommentaren und zum Teil anerkennende und zum Teil auch kritischen Stellungnahmen ausgelöst, die in einigen wesentlichen Punkten skizziert werden sollen (2). Danach werde ich eine eigene Einschätzung der Inhalte und der Bedeutung der Charta geben und die darin enthaltenen Prinzipien und Versprechungen aus ethischer Sicht kommentieren (3). Zum Schluss (4) gehe ich auf die vom VEMS gestellten konkreten Fragen ein.

¹ <http://abimfoundation.org/what-we-do/physician-charter> (abgerufen am 12. Juli 2018)

1. Anliegen und Inhalte der Charta

1.1. Problemwahrnehmung

Eine große Zahl von professionellen und akademischen Fachorganisation verschiedener Bereiche der Medizin zeigen seit Jahren ein Interesse an einer zeitgemäßen Definition der professionellen Mission der Medizin, bzw. an den für die medizinischen Berufe konstitutiven Werten. Im Jahr 1999 haben sich drei große Fachgesellschaften der inneren Medizin - zwei aus den USA und eine aus Europa - zusammengefunden, um ein Projekt auf den Weg zu bringen, das "Medical Professionalism Project" genannt wurde (Swick et al. 2006, 265). Aus dieser Kollaboration ist 2002 das Dokument "Medical professionalism in the new millennium: a physician charter" entstanden, welches die Ärztinnen und Ärzte ermutigen sollte, die ethischen Prinzipien des Medizinberufes in einer zeitgemäßen Form zu bekräftigen (MPP 2002).

Im Hintergrund stand die Sorge, ja die "Frustration" darüber, dass Veränderungen in den Gesundheitssystemen in fast allen Industrieländern die Natur und die zentralen Werte des ärztlichen Berufes bedrohen: "We share the view that medicine's commitment to the patient is being challenged by external forces of change within our societies." (MPP 2002, 243) Das sind, wie es Harold C. Sox, Editor der *Annals of Internal Medicine* in seiner Vorbemerkung bei der Publikation in den *Annals* formuliert, "very strong words." (MPP 2002, 234)

In der Präambel der Charter werden die als bedrohlich wahrgenommenen Faktoren benannt: "an explosion of technology, changing market forces, problems in healthcare delivery, bioterrorism, and globalization" (MPP 2002, 244). Immer mehr Technologien verändern die ärztliche Kunst; ökonomische Zwänge stellen sich gegen eine optimale Behandlung und verändern die Anreize für ärztliche Entscheidungen; dazu kommen je nach lokalen Gegebenheiten Versorgungsprobleme. Alle diese Faktoren kulminieren darin, dass, wie es in der Charta formuliert ist, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in der handlungswirksamen Wertehierarchie der ärztlichen Praxis nicht mehr zuoberst stehen.

1.2. Das Projekt

Die Arbeitsgruppe aus den drei erwähnten Fachgesellschaften ABIM, ACP-ASIM und EFIM stand unter dem Vorsitz von Troy Brennan (Boston) und bestand aus 14 Fachleuten aus verschiedenen Ländern und drei "special consultants". Die Namen sind publiziert. aus der Schweiz hat Philippe Jaeger vom CHUV Lausanne mitgewirkt. Einen Kommentar zur Charta hat der Chairman der Arbeitsgruppe publiziert: Brennan (2002).

Der mit der Publikation einer Charta gewählte Ansatz besteht darin, die fundamentalen ethischen Prinzipien zu formulieren, die den ärztlichen Berufsstand leiten, sowie eine Reihe von moralischen Verpflichtungen für die professionelle Arbeit festzulegen. Wie es Harold Sox, Editor der *Annals of Internal Medicine* in seiner Einführung darstellt, handelt es sich bei diesen ethischen Prinzipien und

moralischen Verpflichtungen um die ethischen Grundlagen, welche die Beziehung der Ärztinnen und Ärzte zu ihren PatientInnen auszeichnen und auch das Verhältnis des Ärztestandes zur Öffentlichkeit regulieren.

Darin wollte die Arbeitsgruppe zurecht nicht originell sein, sondern sie wollte nur das klar formulieren und festhalten, worin sich Ärztinnen und Ärzte in der gegenwärtigen modernen Medizin wiedererkennen können. Es ist also durchaus so gemeint, dass die Prinzipien und Verpflichtungen das beinhalten, was in gewisser Hinsicht eigentlich selbstverständlich scheint, oder selbstverständlich sein sollte: “Many physicians will recognize in the principles and commitments of the charter the ethical underpinning of their professional relationships, individually with their patients and collectively with their public.” (MPP, 243) Offensichtlich erhoffte man sich durch diese Formulierung, die den Charakter einer Selbstverpflichtung auf die ethischen Grundlagen des Arztseins tragen, eine Stärkung der ärztlichen Position in der Auseinandersetzung mit den oben genannten “externen” Faktoren und Zwänge, die die Integrität der ärztlichen Praxis herausfordern oder sogar einengen. In diesem Punkt ist die Charta tatsächlich mit dem Anliegen des Hippokratischen Eides in der Gesellschaft des alten Griechenland vergleichbar: auch dieser sollte damals den Arztberuf sichern und ihm in der Beziehung zu PatientInnen, im Verhältnis zu anderen Berufen, sowie zur Gesellschaft überhaupt eine vertrauenswürdige Position sichern.

Die Antwort auf die Herausforderung des ärztlichen Ethos durch äußere Zwänge, z.B. durch ungünstige ökonomische Anreizstrukturen, immer noch mehr neue Technologien oder Versorgungsengpässe und gesundheitspolitische Einschränkungen, die die Charta gibt, besteht in einer Klärung der Kernbestimmungen der Berufsrolle.

Das ist nachvollziehbar, denkt man an die ungünstigen Anreizstrukturen, welche die Abrechnungsmethoden nach Fallpauschalen (DRG) darstellen und zu mehr nicht unbedingt nötigen Operationen drängen (z.B. Kaiserschnitte statt natürliche Geburten), weil das Spital so mehr verdienen kann. Oder es wird befürchtet, dass im Laufe der Digitalisierung zunehmend Algorithmen die ärztlichen Entscheidungen mitbestimmen und das schon in problematischer Weise vorstrukturieren, was eigentlich “im Sinn” des Patienten sein soll. Gegen beide Tendenzen ist eine Klärung der eigentlichen Ziele und Verpflichtungen der Medizin als Beruf wichtig. Mit einem geklärten Selbstverständnis können sich Ärztinnen und Ärzte in diesen Verhältnissen sicherer bewegen.

Das meint der Begriff “professionalism”, der sich kaum als “-ismus”-Begriff ins Deutsche übertragen lässt: die Kompetenzen und Fähigkeiten, die von den Angehörigen einer Profession erwartet werden dürfen. Es geht dabei also nicht um die “Professionalisierung” der Medizin, oder um irgendeine Übertreibung, sondern schlicht um die Auseinandersetzung mit den für die moderne Medizin charakteristischen professionellen Kernkompetenzen, also dessen, was die medizinische “Professionalität” auszeichnet, bzw. auszeichnen soll.

Es ist also nicht nur eine deskriptive Rekonstruktion, die hier vorgenommen wurde, sondern es wurde offensichtlich das Verfahren einer *normativen Rekonstruktion* gewählt, die bewusst präskriptive Züge aufweist. Es nimmt, wie es Axel Honneth (in Bezug auf das von G. W. F. Hegel in seiner

Rechtsphilosophie angewendete Verfahren) beschreibt, “die immanent gerechtfertigten Werte direkt zum Leitfaden der Aufbereitung und Sortierung des empirischen Materials” (Honneth 2013, 23). Mit anderen Worten, das Verfahren besteht darin, zunächst empirisch wertneutral einfach aus der Erfahrung heraus festzustellen, wodurch ärztliches Handeln *de facto* geleitet wird, und dann in einem zweiten Schritt das Vorgefundene zu sortieren und aus den innerhalb der *de facto* geübten ärztlichen Praxis eine Kernbestand der Leitprinzipien zu definieren, der aus immanent erkennbaren guten Gründen *leitend sein soll*. Dieses Soll ist nicht mehr wertfrei, sondern wertkonstitutiv. Der Wert in diesem Soll kommt aber nicht von außen an die medizinische Praxis heran, z.B. aus einem Moralprinzip, das als äußerer Maßstab genommen wird, sondern die Normativität dieses Sollens gewinnt sich aus einer immanenten Klärung einer vorfindlichen und bereits eingeübten Praxis der Medizin.

1.3. Die Präambel der Charta

In der Präambel zur Charta wird das Verhältnis der Medizin zur Gesellschaft als Vertragsverhältnis konzipiert. Dabei kann es sich aber nur um eine fiktive Konstruktion eines Vertrags handeln, denn einen solchen Vertrag gibt es in expliziter Form nicht. Der Medizinvertrag ist als eine Art “regulative Idee” im Sinn von Immanuel Kants zu verstehen: also als eine Vorstellung, die es besser erlaubt zu sehen, welche Bestimmungen für das professionelle Selbstverständnis aus der Sicht der PatientInnen und der anderen Systeme der Gesellschaft als akzeptabel oder wünschenswert angesehen werden können. Die Basis dieses “Vertrags” ist, gemäß der dieser Charta zugrundeliegenden These, die Klärung der professionellen Kernkompetenzen, der ethischen Prinzipien und Regeln.

Diese Klärung ist gleichzeitig eine Versicherung - sich selbst und anderen gegenüber, woran sich Ärztinnen und Ärzte halten und woran sie sich in ihrem Verhalten orientieren. Diese Versicherung wird deshalb als wichtig angesehen, weil die ärztlichen Leitwerte von außen herausgefordert werden, etwa durch ungünstige ökonomische Zwänge. Die Sicherstellung der Leitwerte ist also eine Aktion in einer Debatte, ein Schritt in einem latenten Konflikt, ein defensiver und ein offensiver Akt zugleich. So kann man die Intention der Aussage in der Mitte der Präambel verstehen: “In these circumstances, reaffirming the fundamental and universal principles and values of medical professionalism, which remain ideals to be pursued by all physicians, becomes all the more important.” (MPP, 244)

Wenn “fundamentale und universelle Prinzipien und Werte medizinischer Professionalität” angekündigt werden, wird allerdings ein höherer Anspruch erhoben als der, der sich aus dem Verfahren der normativen Rekonstruktion erfüllen lässt. Universalität würde die Geltung in allen Kulturkreisen beinhalten. Dabei ist die Rekonstruktion aus dem historisch gewachsenen Kontext der Kultur der modernen westlichen Welt zu einer bestimmten Zeit vorgenommen worden: USA und Europa um das Jahr 2000.

Wie in der Präambel gesagt wird, war sich die Arbeitsgruppe aber des Bestehens einer kulturellen Diversität gewiss. Sie spricht davon, dass die medizinische Profession “everywhere” und “in diverse

cultures and national traditions“ die Rolle des Heilers innehat. Diese Auffassung der ärztlichen Rolle gehe bis auf Hippokrates zurück. Eine Besinnung auf die Heiler-Rolle sei für die ärztliche Profession wichtig, wenn es heute darum geht, sich mit komplizierten politischen, rechtlichen und marktwirtschaftlichen Kräften auseinanderzusetzen.

1.4. Die drei Grundprinzipien

Die über die kulturellen und zeitgeschichtlichen Differenzen hinweg bestehenden Gemeinsamkeiten bilden nach Auffassung der AutorInnen die Basis der Charta. Sie nehmen die Form von drei Grundprinzipien und einer Reihe von “commitments” an. Die Grundprinzipien sind (1) das Prinzip des Primats des Patientenwohls, (2) das Prinzip der Patientenautonomie und (3) das Prinzip sozialer Gerechtigkeit.

Das Prinzip des Patientenwohls (1) beinhaltet, den Interessen des Patienten zu dienen. Die Arzt-Patienten-Beziehung sei von “Altruismus” geprägt, welcher zum Vertrauen beiträgt, das für diese Beziehung zentral ist. Marktkraft, gesellschaftlicher Druck und administrative Anforderungen dürfen dieses Prinzip nicht kompromittieren.

Das Prinzip der Patientenautonomie (2) beinhaltet, dass Ärztinnen und Ärzte das Selbstbestimmungsrecht ihrer Patienten respektieren. Sie müssen deshalb zu den PatientInnen ehrlich sein und sie sollen sie ermächtigen, über ihre Behandlung informierte Entscheidungen zu treffen. Es sollen die Patienten und Patientinnen sein, die bei den Entscheidungen über ihre Versorgung das letzte Wort haben sollen, so lange diese Entscheidungen konsistent mit einer ethisch vertretbaren Berufspraxis sind und nicht zu Forderungen nach unangemessenen Behandlungen führen.

Das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit (3) verlangt, dass die Ärzteschaft die Gerechtigkeit im Gesundheitssystem fördern soll, einschließlich der fairen Verteilung der Ressourcen. Ärztinnen und Ärzte sollen aktiv gegen Diskriminierungen in der Gesundheitsversorgung kämpfen, unabhängig davon, ob diese aus Rassenunterschieden, Geschlecht, sozioökonomischem Status, Ethnizität, Religion oder irgendeiner anderen sozialen Kategorie entsteht.

1.5. Zehn Verpflichtungen

Die zehn Verpflichtungen drücken spezielle professionelle Verantwortlichkeiten aus. Es geht darin (1) um professionelle Kompetenz und lebenslanges Lernen, (2) um Ehrlichkeit mit den Patienten, einschließlich Offenlegen von medizinischen Fehlern, (3) die Wahrung der Vertraulichkeit gegenüber Patienteninformationen, (4) das Einhalten von angemessenen Beziehungen mit den PatientInnen, die nicht zum eigenen Vorteil ausgenutzt werden dürfen, (5) die Verbesserung der Qualität der Versorgung, (6) die Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen, (7) die gerechte Verteilung begrenzter Ressourcen, (8) das Beachten hoher wissenschaftlicher Standards, (9) die Wahrung des Vertrauens durch die gute Handhabung von Interessenkonflikten und (10) die

Bindung an professionelle Verantwortlichkeiten, sowohl in der Gestaltung der ärztlichen Ausbildung als in der medizinischen Praxis.

Es würde zu weit führen, auf die Details der Formulierungen dieser Verpflichtungen einzugehen. Sie enthalten keine umstrittenen Punkte und entsprechen in weiten Zügen dem medizinethischen Common Sense. Gleichwohl ist die *Auswahl* dieses Sets von ärztlichen Verantwortlichkeiten bemerkenswert. Sie widerspiegelt die Situation einer sozial etablierten und ausreichend ausgestatteten Medizin, wie sie für die reichen Industrieländer im “westlichen”, säkularen oder christlich geprägten Kulturraum Europas und Nordamerikas typisch ist. Medizin in anderen, aus dieser Sicht “untypischen” Situationen, wie sie z.B. “Ärzte ohne Grenzen” in Konfliktzonen antreffen oder wie sie in der medizinischen Versorgung in armen Ländern bestehen, hätten vermutlich eine andere Auswahl von Verantwortlichkeiten hervorgebracht und auch die Ausformulierung einzelner Punkte beeinflusst.

Im “Summary” werden nochmals die gegenüber der Vergangenheit unvergleichlichen Herausforderungen der medizinischen Praxis in fast allen Kulturen und Gesellschaften aufgeführt, ausgelöst durch zunehmendes Auseinanderklaffen zwischen legitimen Bedürfnissen der PatientInnen einerseits und den verfügbaren Ressourcen, um diesen zu begegnen andererseits. Dies habe zu einer gestiegenen Abhängigkeit von Kräften des Marktes geführt, welche die Gesundheitssysteme zunehmend transformieren und die Ärztinnen in Versuchung bringen, ihre traditionelle Bindung an die Priorität der Interessen ihrer PatientInnen zu verlassen.

2. Rezeption

Die Kommentare nach der Publikation der Charta im Jahr 2002 waren zum großen Teil unterstützend, s. z. B. Feldman (2003), Burnier (2004), Jotkovitz et al. (2004, mit speziellem Fokus auf die Bedeutung der Charta für das Medizinstudium), Mueller (2009), Tsou et al. (2013), Egner et al. (2017). Es gab aber auch eine Reihe von kritischen Auseinandersetzungen, die sich aber größtenteils dennoch hinter das Grundanliegen stellten, die hinter dem Projekt der Charta stand, aber auf Mängel oder auf Einseitigkeiten der Antwort hinwiesen, welche die Charta auf die adressierte Problemlage gibt.

Lainie Friedman Ross (2006) kritisierte im Hastings Center Report an der Charta, dass sie im zweiten Grundprinzip den Respekt vor der Person der PatientInnen durch den Respekt für die Patientenautonomie ersetzte. Sie sieht das als weiterreichende Verschiebung in der Formulierung des ärztlichen Ethos, weil der Respekt philosophisch (etwa bei Immanuel Kant) den Personen gebührt und die Behandlung der Personen als Wesen, die in ihren Fähigkeiten, selbst verantwortliche Entscheidungen zu treffen anerkannt werden, damit einhergeht, dass sie als Personen respektiert werden. Die Autonomie zu respektieren, steht in Gefahr, den Kern der therapeutischen Beziehung als Person-Person-Beziehung aus den Augen zu verlieren.

Herbert M. Swick, Charles S. Bryan und Lawrence D. Longo (2006) hinterfragten die Schwerpunktsetzung der von der Charta formulierten Ethik vor den Hintergrund der

Auseinandersetzungen zwischen der “Bioethik-Bewegung” in den USA der 1970er und 1980er Jahre, die einem auf Rechte und Pflichten fokussierten Ansatz zur Patientenautonomie Vorschub leistete, und einer auf traditionelle ärztliche Werte rekurrierenden medizinischen Tugendethik. Die Charta sei deutlich in der Bioethik-Tradition und ihrer Pflichtenethik beheimatet und blende weitergehende ethische Ansprüche der ärztlichen Tugenden aus. Diese seien insbesondere das Wohltun (beneficence), die Empathie (compassion) und der Altruismus. Der historische Bezugspunkt dafür ist das Werk des einflussreichen kanadischen Arztes Sir William Osler (1849-1919). Die Frage, die diese Autorengruppe zur Diskussion stellte, ist die, ob es für die ärztliche Ethik ausreiche, sich nur auf die Pflichten zu beziehen, wenn doch die eigentlichen (“höheren”) Werte der ärztlichen Tätigkeit nicht in der Pflichterfüllung, sondern in der ärztlichen Berufung und den außergewöhnlichen Zuwendungen liegen, die über die Wahrung der Eigeninteressen der Anbieter von Gesundheitsleistungen hinausgehen. Sie unterscheiden zwischen “basic professionalism”, das in der Charta ausformuliert werde, und “higher professionalism”, von dem die Charta schweigt.

Auffällig viele Papers entstanden aus einer interkulturell vergleichenden Perspektive und stellten teilweise Überlappungen aber auch wesentlich Differenzen zum Selbstverständnis der Medizin in anderen Kulturkreisen fest. Für China Jin (2015), für die jüdische Medizinethik Jotkowitz/Glick (2005), für die Implementierung in Qatar im Kontext einer muslimischen Medizinethik Ho et al. (2016), für Japan Nishigori et al. (2014).

Greiner und Kaldjian (2018) verglichen 84 Formulierungen von ärztlichen Berufseiden in den USA und Canada mit den Inhalten der Charta und stellten z.T. größere Variationen fest. Angoff (2013) kritisierte, dass in den drei Prinzipien die edukative Perspektive fehlt - auf die Hervorbringung jeweils der nächsten Generation von Ärztinnen und Ärzten - und schlägt vor, die Charta durch ein viertes “Prinzip der Generativität” zu ergänzen. Egener et al. (2017) weisen darauf hin, dass viele Ärztinnen und Ärzte wegen einengenden Rahmenbedingungen in ihren Institutionen die Prinzipien und Verpflichtungen der Charta nachweislich nicht erfüllen können. Deshalb schlagen sie eine Weiterführung des Prozesses im Rahmen von Multistakeholdergruppen vor, in denen die Institutionen mit Regierungen und der Community zusammenarbeiten.

Der vielleicht schärfste Einwand an der vom MPP gewählten Methode ist die Einseitigkeit in der Formulierung der Inhalte eines sogenannten “Vertrags” mit der Gesellschaft und mit den Patientinnen und Patienten. Er wurde schon bald nach der Publikation von der australischen Gastroenterologin Kerry Breen in einem engagiert geschriebenen Brief an *Lancet* formuliert (Breen 2002). Eine einseitige Formulierung von Vertragsinhalten könne kaum weiterführen, wenn nicht zuvor die Interessen der intendierten Vertragspartner ernsthaft einbezogen wurden. “Worst of all, it speaks of a contract with society, but describes a peculiarly one-sided contract. Where is the evidence that the project members actually consulted with and negotiated with other parties to this contract?” Durch den defensiven Ton der Charta und durch die Behauptung einer für die Medizin feindlichen, äußeren gesellschaftlichen Entwicklung, ohne nach Brücken zu suchen, werde das Problem eher verschlimmert. “The tone is that of living in the past, expressing frustration at societal changes that threaten the profession’s view of itself. Its tone also suggests a profession more interested in its own interests than in those of the community it serves.” Diese Kritik (s. auch Kellett 2004) trifft das Anliegen der Charta im Zentrum, denn sie wollte ja zu einer Verbesserung der

Stellung der Medizin gegenüber der Gesellschaft beitragen, von deren Tendenzen sie sich in der Erfüllung ihrer Grundanliegen bedroht sah.

Die Kritik an der Charta folgt zusammengefasst vor allem zwei Argumentationslinien: Einerseits wird eine *interkulturelle Problematik* hervorgehoben, die dadurch entsteht, dass die Charta aus einem bestimmten kulturellen Setting heraus gedacht ist, aber einen universalen Anspruch erhebt. Andererseits wird eine *inter- und transdisziplinäre Problematik* angesprochen, die sich im Fehlen der Aufmerksamkeit für kommunikative Skills ausdrückt (auch gegenüber Patientinnen und Patienten, für die andere Vorstellungen von Freiheit gelten als die des von der Charta vorausgesetzten liberalen Modells einer negativen Freiheit) und in einer Gebundenheit an medizininterne Gesichtspunkte und in einer Externalisierung der Problemfaktoren an "die Gesellschaft".

Beide Kritiklinien laufen aber nicht darauf hinaus, das in der Charta formulierte ärztliche Ethos grundsätzlich anzuzweifeln. Die Formulierungsversuche der Charta sind nicht unzutreffend, aber sie sind für viele kritische KommentatorInnen nicht vollständig, nicht tiefgreifend und nicht umfassend genug.

3. Eine Einschätzung der Charta

Besinnung auf berufsspezifische Werte sind vertrauensstiftend. Von einem "Vertrag" mit der Gesellschaft oder mit den Patienten kann aber keine Rede sein, solange die anderen Akteure, Akteursgruppen und Interessenträger in der Gesellschaft als adressierte "Vertragspartner" nicht tatsächlich gehört und ernst genommen wurden. Solange sie sich an der Entstehung eines Vertragsdokuments nicht beteiligt haben, kann es nicht mehr sein als eine einseitige Deklaration von Werten und Normen, die von der Profession selbst als zentral angesehen werden.

Die Charta ist deshalb weniger darin interessant, was sie sagt, als darin, was sie nicht sagt. Es fehlt fast jeder Hinweis auf (i) die für die ärztliche Berufsausübung zentral wichtige kommunikative Kompetenz, auf (ii) die empathischen Fähigkeiten und (iii) auf die Fähigkeit zur gleichberechtigten Zusammenarbeit mit den Partnern im politischen Raum, speziell im Gesundheitswesen. Mit Medizin ist für die Charta das gemeint, was Ärztinnen und Ärzte tun, nicht das, was ÄrztInnen zusammen mit PatientInnen (und anderen involvierten Professionen wie Pharmazie und Pflege) tun. Das ist ein rein ärztezentriertes Medizinverständnis, das in der Medizinethik zu Gunsten von Kooperationsmodellen zunehmend in Frage gestellt wird (deutlich z.B. Churchill et al. 2013).

Die Problemlage, auf die die Charta reagieren will, ist äußerst dürftig und vage dargestellt. Es wird keine Analyse gemacht, worin die Probleme im Einzelnen bestehen, und weshalb sie entstanden sind. Eine Beteiligung der Medizin an der Entstehung gewisser Probleme (z.B. von Kostendruck) wird nicht untersucht. Die problematischen Faktoren werden insgesamt externalisiert, d.h. aus der Medizin ausgegrenzt. Das entspricht nicht den medizinsoziologisch anerkannten Tatsachen. Es korrespondiert mit der Schwäche der Charta im kommunikativen Bereich, die sich eben auch im Prozess der Entstehung der Charta schon widerspiegelt, in dem praktisch nur ÄrztInnen und

medizinische Fachgesellschaften mitgewirkt haben. Weil die Diagnose vage bleibt, ist die Wirksamkeit zur Lösung der wahrgenommenen Problemlage fragwürdig.

Trotz - oder vielleicht sogar gerade wegen - dieser Schwächen hat die Charta eine Diskussion über die normative Verfassung der modernen Medizin angeregt.

4. Die Fragen des VEMS

Frage 1: Ist die Zusammenfassung des ersten und des zweiten Prinzips nach Beauchamp und Childress zum Prinzip des patient welfare unproblematisch, oder könnte dies zu einer Aushebelung des medizinischen Abwägens der beiden Prinzipien, wohlzutun und nicht zu schaden, führen, mithin zu einer Umdeutung des medizinischen Zweckmässigkeitsbegriffs im ökonomisch-utilitaristischen Sinn?

Das erste ethische Grundprinzip der Charta verlangt, dass das Wohl des Patienten an erste Stelle gesetzt werden muss. Die Interessen des Patienten/der Patientin sollen die Entscheidungen des Arztes/der Ärztin leiten, nicht seine eigenen Interessen. Insofern ist ein Altruismus zentral für die Arzt-Patienten-Beziehung. Marktkräfte, gesellschaftlicher Druck und administrative Anforderungen dürfen dieses Prinzip nicht kompromittieren.

Beauchamp und Childress haben als erstes Prinzip die Patientenautonomie. Diese wird hier in der Charta im zweiten Prinzip adressiert. Es könnte allenfalls so verstanden werden, dass das erste Prinzip der Charta die beiden Prinzipien des Wohltuns und des Nichtschadens von Beauchamp und Childress zusammenfasst. Es ist aber zweifelhaft, ob diese beiden Prinzipien in der Charta überhaupt gemeint sind. Wohltun und Nichtschaden sind zwei zusammenhängende, quasi spiegelbildliche ethische Bewertungshinsichten, die im Belmont-Report, der für die Entwicklung der Vier-Prinzipien-Ansatzes von Beauchamp und Childress den Hintergrund bildet, ebenfalls in einem Prinzip zusammengefasst waren. Ich halte es für einen großen Gewinn an Klarheit, das Wohltun und die Vermeidung von Schaden getrennt voneinander zu behandeln, damit, wie Sie zu Recht sagen, zwischen beiden Hinsichten abgewogen werden kann.

Ich verstehe die Charta so, dass das erste Prinzip eine Interessenabwägung zwischen den Interessen des Arztes/der Ärztin einerseits und den Interessen der Patientin/des Patienten andererseits adressiert, während die Prinzipien von Beauchamp/Childress "beneficence" und "non-maleficence" eine Abwägung innerhalb der Interessen der PatientInnen adressiert: ihnen (den Patienten) soll genützt und nicht geschadet werden. Die Interessen der Ärzteschaft und die Abwehr von äußeren Kräften des Marktes oder der Gesellschaft stehen nicht im Fokus des Ansatzes von Beauchamp und Childress.

Insofern ist m.E. eine Umdeutung des medizinischen Zweckmässigkeitsbegriffs im ökonomisch-utilitaristischen Sinn durch die Charta nicht zu befürchten.

Es gibt allerdings andere Bedenken in Bezug auf das Prinzip des Patientenwohls der Charta, die m.E. durchaus berechtigt sind: die Unterschlagung der ärztlichen Kunst, zusammen mit den

Patientinnen und Patienten in konkreten klinischen Entscheidungen die Behandlungswege zu finden, die eine für sie optimale Abwägung darstellen. Zudem ist nicht immer von vorneherein klar, was für den Patienten “nützlich” (wohltuend, *beneficent*) ist, ohne mit ihm vertieft zu sprechen. Diese Problematik tritt vor allem bei Problemen der Überbehandlung am Lebensende zutage (aktive, passive, indirekte Sterbehilfe) oder bei Abwägungen über den Wechsel des Behandlungsziels von kurativ zu palliativ. Wenn es darum geht, in einer erträglichen, in einem Sinn sogar “gut” zu nennenden Weise sterben zu können, ist der Tod für den Patienten nicht der schlechteste Ausgang. Die dazu erforderlichen kommunikativen und empathischen Fähigkeiten von Ärztinnen bleiben in der Charta aber ausgespart.

Frage 2: Ist die unter Prinzip zwei vorgeschlagene Delegation der Patientenautonomie von der Medizin an den Patienten mit dem Argument, er selbst treffe in seinem Leben die gesundheitlichen Entscheide, unproblematisch, oder könnte dies allenfalls in ein gewisses ethisches Vakuum führen, und wenn ja, mit welchen möglichen Folgen?

Antwort 2: Die Patientenautonomie ist ein Prinzip, das die Subjektivität der Patientinnen und Patienten ins Zentrum setzt. Insofern kann sie nie von der Medizin übernommen werden und auch nie von der Medizin auf den Patienten delegiert werden. Wenn Entscheidungen von den Ärzten getroffen und ohne Berücksichtigung der Autonomie der PatientInnen ausgeführt werden, handelt es sich nicht um Respekt für die Autonomie, sondern um Paternalismus, im besten Fall um einen “wohlmeinenden Paternalismus”. Das zweite Prinzip der Charta verlangt von den Ärzten, die Selbstbestimmung ihrer Patienten zu “respektieren”. Dieser Respekt löst bei ihnen Pflichten aus, die an dieser Stelle in der Charta genannt werden: die Pflicht, mit den PatientInnen ehrlich zu sein und sie dabei zu unterstützen (“empower”), informierte Entscheidungen über ihre Behandlung treffen zu können.

Das Problem mit dieser Formulierung liegt eher darin, dass sie von der Voraussetzung ausgeht, dass der Patient ein rationaler Akteur ist, der die für ihn vernünftigen Entscheidungen aufgrund von Informationen auf sich allein gestellt trifft. Es wird eine Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient unterstellt, die einem Gesellschaftsmodell und einem Beziehungsmodell des “liberalen Individualismus” entspricht, das bei führenden Autoren der Bioethik-Bewegung wie John Harris oder Peter Singer oft unhinterfragt blieb. Innerhalb dieses Modells muss der Arzt den Patienten informieren und ihn frei lassen, seine eigene Entscheidung zu treffen, die er dann respektieren muss. Dieses Modell ist zu Recht in den letzten Jahren auf breite Kritik gestoßen, nicht nur aus der feministischen Bioethik (Rehmann-Sutter 2010). Es ist nicht nur unrealistisch, überfordert die Patienten, sondern es beinhaltet eine unzureichende Konzeption von Freiheit als bloß negative Freiheit (Honneth 2013).

Frage 3: Verstehen Sie die Verwendung des Verbs «must» im Prinzip drei als Class-one-Empfehlung (unbedingt zu befolgen, gestützt auf gesicherte Evidenz)? Wenn ja, sehen Sie darin eine Auslegung des Gerechtigkeitsprinzips nach Beauchamp und Childress im Sinne einer utilitaristischen Verteilungsgerechtigkeit, und wie beurteilen sie die Evidenzgrundlagen effektiver Kosteneinsparungen utilitaristischer Ansätze?

Das dritte Grundprinzip verlangt, dass die medizinische Profession die Gerechtigkeit im Gesundheitswesen befördern müsse (!). Die Charta lässt indes offen, welches

Gerechtigkeitsverständnis zugrunde gelegt werden soll (vgl. z.B. Honneth 2013). Im nächsten Satz heißt es dann, dass die Gerechtigkeit die faire Verteilung von Ressourcen der Gesundheitsversorgung einschließen soll. Ärzte sollen aktiv an der Eliminierung von Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung arbeiten, auf welcher sozialen Kategorie (z.B. sozio-ökonomischem Status, Herkunft etc.) sie auch beruht. Eine utilitaristische Konzeption der Verteilungsgerechtigkeit orientiert sich daran, welche Verteilung den größtmöglichen Nutzen für die größtmögliche Zahl erbringen kann und würde u.U. gewisse Diskriminierungen rechtfertigen, wenn sie zur Erhöhung des Gesamtnutzens beitragen. Die Charta macht keine Referenz auf utilitaristisches Denken.

Die Frage, welches die Evidenzgrundlagen effektiver Kosteneinsparungen sind, müsste im Einzelfall beurteilt werden, unabhängig davon, wie sie begründet sind. Eine utilitaristische Begründung alleine sagt nichts über die zugrunde gelegte Evidenz aus. Aber utilitaristische Ansätze sind im Allgemeinen deutlich empirisch orientiert und verlangen gemäß ihrer eigenen Logik klare Evidenzgrundlagen. Wenn sie diese nicht erbringen, oder wenn sie nicht bestehen, kann man sie mit ihren eigenen Argumenten kritisieren. Denn es ist utilitaristisch nur das empfehlenswert, was auf der Grundlage von hinreichender Evidenz das Glück der größten Zahl von Betroffenen befördert. Wenn diese Grundlage fehlt, bleibt es Spekulation.

Frage 4: Das Papier arbeitet mit Anweisungsverben (must, ought, should, may), die uns nicht überall kompatibel scheinen mit den Verben, wie sie in medizinischen Empfehlungen gestützt auf den jeweiligen Evidenzgrad der Grundlagen verwendet werden. Sehen Sie hier eine Quelle von Missverständnissen?

Die Graduierung in medizinischen Empfehlungen gestützt auf den Evidenzgrad der Nützlichkeit in einer bestimmten Situation (indiziert, soll erwogen werden, kann erwogen werden, ist nicht empfohlen) ist von einer anderen Logik getragen als die normative Sprache der Charta. Hier sind die Worte “must, ought, should, may” im moralischen Sinn zu verstehen. Die 10 Commitments sind alle mit einem Muss-Indikator versehen; sie stehen also nicht zur Abwägung, sondern müssen beachtet werden; ebenso die drei ethischen Grundprinzipien. Das Wort “may” wurde in der Charta vermieden; “should” kommt tatsächlich ein paar Mal vor, aber immer so, dass es im Kontext einer Erklärung einer der Pflichten steht.

5. Literatur

Angoff, Nancy R.: Passing the torch: A proposed amendment to “A Physician Charter”. *Medical Teacher* 35 (2013): 328-329.

Breen, Kerry: (Letter) *The Lancet* 359 (2002): 2042.

Brennan, Troyan: Renewing Professionalism in Medicine: The Physician Charter. *Spine* 27 (2002): 2087.

Burnier, Miguel M.: The Charter on Medical Professionalism: an important issue that concerns us all. *Canadian Journal of Ophthalmology* 39/3 (2004): 199-200.

Churchill, Larry R., Fanning, Joseph B., Schenk, David: *What Patients Teach. The Everyday Ethics of Health Care*. Oxford: Oxford Univ. Pr. 2013.

Egener, Barry E. et al.: The Charter on Professionalism for Health Care Organisations. *Acad Med.* 92 (2017): 1091–1099.

- Feldman, Robert: Charter on Medical Professionalism: Putting the Charter into Practice. *Annals of Internal Medicine* 138 (2003): 854.
- Greiner, Alexander M. und Kaldjian, Lauris C.: Rethinking medical oaths using the Physician Charter and ethical virtues. *Medical Education* 52/8 (2018): 826-837.
- Honneth, Axel: *Das Recht der Freiheit. Grundriss einer demokratischen Sittlichkeit*. Berlin: Suhrkamp 2013.
- Jin, Pingyue: The physician charter on medical professionalism from the Chinese perspective: a comparative analysis. *Journal of Medical Ethics* 41 (2015): 511-514.
- Jotkowitz, Alan B. et al.: A physician charter on medical professionalism: a challenge for medical education. *European Journal of Internal Medicine* 15/1 (2004): 5-9.
- Jotkowitz, Alan B., Glick, Shimon: The physician charter on medical professionalism: a Jewish ethical perspective. *Journal of Medical Ethics* 31 (2005): 404-405.
- Kellett, John: A physician charter on medical professionalism—who wants it and who needs it? *European Journal of Internal Medicine* 15/1 (2004): 3-4.
- (MPP) Medical Professionalism Project: Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine* 136/3 (2002): 243-246.
- Mueller, Paul S.: Incorporating Professionalism into Medical Education: The Mayo Clinic Experience. *Keio J Med* 58/3 (2009): 133-43.
- Nishigori, Hiroshi et al.: Bushido and Medical Professionalism in Japan. *Academic Medicine*, 89/4 (2014): 560-563.
- Rehmann-Sutter, Christoph: “It Is Her Problem, Not Ours” - Contributions of Feminist Bioethics to the Mainstream. In: Scully, Jackie Leach; Baldwin-Ragaven, Laurel E. and Fitzpatrick, Petya (eds.) *Feminist Bioethics. At the Center, on the Margins*. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Pr. 2010, 23-44.
- Ross, Lainie Friedman: What is Wrong with the Physician Charter on Professionalism. *The Hastings Center Report* 36/4 (2006): 17-19.
- Swick, Herbert M., Bryan, Charles S., Longo, Lawrence D.: Beyond the Physician Charter: reflections on medical professionalism. *Perspectives in Biology and Medicine* 49/2 (2006): 263-275.
- Tsou, Amy J., et al.: The good doctor: professionalism in the 21st century. In: *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 118 (3rd series) *Ethical and Legal Issues in Neurology* (eds. J.L. Bernat and R. Beresford). London: Elsevier 2013, 119-132.

Für die Mithilfe bei der Recherche danke ich Zoewend-Soango Elodie Kaboré und Marianne Scheufele.

Adresse des Autors: Prof. Dr. Christoph Rehmann-Sutter, Margarethenstrasse 20, 4102 Binningen.
Tel. 061 421 12 65. rehmann@imgwf.uni-luebeck.de