

Ausweitung der Medizin

Medizintheoretische Grundlagen und medizinethische Probleme

A. ZUR STRUKTUR ÄRZTLICHEN HANDELNS

Was Medizin ist und sein kann, bestimmt sich
von ihren eigenen Intentionen und Zielen her.

WOLFGANG WIELAND¹

Da im Zuge einer Ausweitung der Medizin, wie sie im Zeichen der Wunscherfüllung propagiert wird, größtenteils nicht mehr die herkömmlichen Ziele der Medizin als Bezugspunkte für ärztliches Handeln dienen, stellt sich für die Beurteilung derartiger Expansionsformen der Medizin die Frage, inwieweit das Hinzukommen neuer Zielsetzungen für die bisherige Identität und das Selbstverständnis der Medizin in normativer Hinsicht von Belang ist. Hierfür sind zunächst die Grundlagen ärztlichen Handelns zu erörtern, um zu klären, wie die als klassisch zu bezeichnende Konzeption der Medizin mit ihren Orientierungsgrößen und Zielsetzungen in ihrer Handlungsstruktur beschaffen und angelegt ist.

Ausgehend von einem schematischen Grundverständnis, das eine Handlung als Zustandsveränderung auffasst, wird in Bezug auf die Medizin deutlich, dass bei ärztlichem Handeln dieses Modell einer Transformation von Weltzuständen in paradigmatischer Weise gültig ist und zutage tritt. Wie in kaum einem anderen Handlungskontext besteht hierbei das wesentliche Ziel und die leitende Orientierung explizit darin, auf einen Ausgangszustand, der als veränderungsbedürftig empfunden oder zumindest als veränderbar eingeschätzt wird, einzuwirken und

1 Wieland (2004), S. 26.

diesen in einen Ziel- oder Soll-Zustand zu überführen. Wenn man mit Blick auf den konkreten Verlauf medizinischer Tätigkeit sich die Struktur eines ärztlichen Behandlungsprozesses vor Augen führt, zeigt sich, dass das Handeln des Arztes und damit die Entscheidungen, die er bezüglich seines professionellen Vorgehens trifft, sich nicht von selbst, gleichsam aus der Sache heraus und in eindeutiger Weise ergeben, sondern dass jede einzelne Handlung auf bestimmten Vorannahmen und Entscheidungen beruht, die von dem Arzt gemacht und getroffen werden müssen. Auch wenn das im Einzelfall nicht bewusst geschehen muss, handelt es sich dabei doch um Voraussetzungen einer Behandlung, die gemacht werden müssen, um überhaupt (be)handeln zu können. Diese Festlegungen sind meist schon intuitiv getroffen worden und in den Entscheidungen des Arztes implizit enthalten, wenn ein Behandlungsschritt vorgenommen wird.

Zu den wesentlichen Grundlagen einer Behandlung zählen vor allem drei Elemente ärztlicher Kernkompetenz: die Einschätzung des Zustands des Patienten, die Bestimmung des angestrebten Behandlungsziels sowie die Ermittlung des daraus resultierenden Behandlungsbedarfs. Im medizinisch-technischen Vokabular sind damit die Behandlungsschritte der *Anamnese*, *Untersuchung* und *Diagnose* (erstes Element), der therapeutischen *Indikation* (zweites Element) sowie das regulative *Behandlungsziel* (drittes Element) gemeint. Das Ziel, das mit dem ärztlichen Tun und Wirken erreicht werden soll, wird dabei als orientierender Leitwert der ersten beiden Elemente im Ideal- und auch Normalfall von Arzt und Patient geteilt und als angestrebtes Ziel gemeinsam verfolgt. Die drei Elemente bilden nun den ersten großen Abschnitt der ärztlichen Handlungskette, der dem eigentlichen Behandeln, dem therapeutischen Eingriff vorausgeht. Dieser erste Abschnitt ist ganz ausgerichtet auf den aktuellen Zustand des Patienten in seiner spezifischen Diskrepanz zu einem gewünschten Zustand mit den sich daraus ergebenden praktischen Konsequenzen in Form konkreter therapeutischer Maßnahmen. Um den Zustand des Patienten, der als eine der Initialgrößen ärztlichen Handelns angesehen werden kann, zu verändern und ihn so in einen anderen, von den Beteiligten bevorzugten und daher angestrebten Zustand zu überführen, sind hierfür geeignete Mittel und Maßnahmen erforderlich. So lässt sich in einem nüchtern-funktionalistischen Sinne bei aller ärztlichen Praxis die simple wie basale handlungstheoretische Abfolge eines intendierten Übergangs von einem Ist-Zustand zu einem Soll-Zustand erkennen, die eine Abfolge von Handlungen darstellt, welche notwendigerweise auf eine leitende Zielvorstellung bezogen sind. Damit steht die Beantwortung der fundamentalen Frage nach dem Wozu ärztlichen Handelns in direktem Zusammenhang mit der Identifikation und Bestimmung der Rahmenzustände einer Behandlung. Sowohl die ersten anamnestischen Schritte als auch die konkrete Gestalt eines diagnostischen Be-

fundes, vor allem aber die Indikationsstellung enthalten immer schon Hinweise auf die dahinterliegenden Ziele der Medizin.

A.1 Indikation und Patientenwille

Im Gang der Handlungskette einer ärztlichen Behandlung kommt der Indikation eine Schlüsselstellung zu. Als der „begründete Entschluss zu einer bestimmten Handlung“² bzw. „die begründete Entscheidung, dass eine bestimmte Heilmaßnahme zu einem bestimmten Zeitpunkt notwendig ist“³, erfüllt die Indikation eine alle Elemente ärztlichen Handelns verbindende Funktion, indem sie „als Gelenk zwischen Beobachtung, Denken und Handlung“⁴ sowohl die subjektive Dimension der Befindlichkeit und der Wertvorstellungen des Patienten, die objektive Dimension medizinisch-wissenschaftlicher Sachlichkeit als auch die handwerklich-technische Dimension des ärztlichen Könnens zur Deckung einer einheitlichen Ausrichtung der Behandlung bringt. Damit umfasst die Indikation, wie Gerald Neitzke es formuliert,

„alle intellektuellen Prozesse zwischen Wahrnehmung und Bewertung der Situation des Patienten einerseits und den daraus resultierenden ärztlichen Handlungsangeboten und -vorschlägen hinsichtlich weiterer Diagnostik und Therapie andererseits.“⁵

Zwar hat die Indikation im Gesamtverlauf einer Behandlung ihren Ort in einem recht frühen Stadium, bevor die eigentlichen therapeutischen Schritte eingeleitet werden, ist außerdem lediglich „der begründete Entschluss zu einer bestimmten Handlung, nicht die Handlung selber“⁶ und lässt sich demgemäß durchaus als „eine geistige Handlung“⁷ bezeichnen, doch ist ihre praktische Relevanz und systematische Bedeutung nicht zu unterschätzen. So lassen sich die formalen

2 Anschütz (1983), S. 139.

3 Hartmann (1979), S. 335.

4 Gahl (2004), S. 116.

5 Neitzke (2008), S. 53.

6 Anschütz (1982), S. 6.

7 Anschütz (1983), S. 140: „Die Indikation ist eine geistige Handlung, in welcher Argumente gegeneinander abgewogen werden für oder wider den Einsatz einer Maßnahme.“ Ähnlich Raspe: „[S]ie ist das Ergebnis einer Gedanken-Arbeit, eines Probehandelns im Denken.“ Raspe (1995), S. 23.

Grenzen des Bereichs zulässiger medizinischer Eingriffe und Maßnahmen entlang des Indikationsbegriffs bestimmen, wie Neitzke klarstellt:

„Heute dürfen weder diagnostische noch therapeutische Maßnahmen begonnen werden, ohne dass zuvor eine Indikation gestellt wurde. Nicht indizierte oder gar kontraindizierte ärztliche Maßnahmen scheiden von vornherein aus dem Bereich rationaler, verantwortungsvoller Medizin aus.“⁸

Insofern ist die Indikation und ihre Stellung durch den Arzt von fundamentaler Bedeutung für die Zweckhaftigkeit und den kompletten Verlauf ärztlichen Handelns. In ihr „stellt der Arzt die Weichen für das weitere diagnostische und therapeutische Handeln“⁹, wie Richard Toellner diese handlungslogisch maßgebliche Stellung beschreibt. Dabei gilt es einen Umstand zu betonen, der für die folgenreiche Weichenstellung der Indikation wesentlich ist und der zugleich auf den grundsätzlichen Charakter und die wissenschaftstheoretische Besonderheit der Medizin als Disziplin und Tätigkeit verweist. So ergeben sich die Indikationsstellung samt der in ihr enthaltenen Therapieentscheidungen im konkreten Fall eines therapiebedürftigen Patienten nicht wie von selbst aus den medizinisch-naturwissenschaftlich erkennbaren Tatsachen, die, über die methodischen Schritte der Anamnese und Diagnose vermittelt, den weiteren Gang der angezeigten Verfahren und Maßnahmen unzweifelhaft bestimmen und die in ihrem diesbezüglichen, eindeutigen Verweisungscharakter von dem behandelnden Arzt nur mehr korrekt erkannt und aufgegriffen werden müssten. Der Übergang von einem diagnostizierten Ist-Zustand zur Bestimmung der nötigen und geeigneten Maßnahmen und Mittel zur Erreichung des intendierten Soll-Zustands, welcher sich in der ‚geistigen Handlung‘ (Anschütz) der Indikation vollzieht und zum Ausdruck kommt, geschieht nicht etwa einer inneren Logik der Sache gemäß in zwangsläufig-objektiver Weise, auf die der jeweilige Arzt und der Patient dann auch keinen Einfluss nehmen können, sofern sie nicht dem Auftrag der Medizin zuwider handeln wollen; vielmehr gehört es zu den Grundprinzipien ärztlichen Handelns, dass die in ihm zur Anwendung gelangenden Methoden zwar in einem beträchtlichen Umfang sich naturwissenschaftlicher Erkenntnisse und Verfahren bedienen, selbst jedoch nicht in solchen streng naturwissenschaftlich strukturierten und funktionierenden Wirkprinzipien oder Anwendungsregeln aufgehen.

Für die Bestimmung von Funktion und Bedeutung der Indikation ist der erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Status der Medizin als *Handlungs-*

8 Neitzke (2008), S. 53. Vgl. auch Charbonnier et al. (2008), S. V.

9 Toellner (1983), S. 237.

wissenschaft entscheidend. In dieser Bezeichnung findet das Spezifische des medizinisch-ärztlichen Tuns seinen Ausdruck, das Hans-Georg Gadamer als „eigentümliche Einheit von theoretischer Erkenntnis und praktischer Wissenschaft“¹⁰ bezeichnet. Die Kombination aus der theoretischen Aneignung naturwissenschaftlich gewonnener Erkenntnis mit der praktischen Anwendung erfahrungsgeleiteten Könnens, erfährt ihre Umsetzung in der Behandlung des Patienten als dem Zentrum ärztlichen Handelns.¹¹ Wie es Wolfgang Wieland dezidiert und einschlägig herausstellt, kann Medizin als Wissenschaft demgemäß nicht als theoretische, primär der Grundlagenforschung und Erkenntnis gewidmete Wissenschaft verstanden werden, sondern ist ihrer Grundstruktur und Aufgabenstellung nach als eine „praktische Wissenschaft“ angelegt, „als eine wissenschaftliche Disziplin, die Handlungen nicht nur zum Gegenstand hat, sondern sich selbst in Handlungen realisiert“¹². Inwiefern gerade dem Behandlungsschritt der Indikation im Rahmen des ärztlichen Tuns eine zentrale Schlüsselposition zukommt, macht Wielands handlungstheoretische Erläuterung des disziplinären Wesens der Medizin als praktische Wissenschaft klar:

„Praktische Disziplinen haben primär immer Beurteilungen, Planungen und vernünftige Motivierungen von Handlungen zum Gegenstand. In diesem Sinne ist die Medizin eine praktische Wissenschaft.“¹³

In der untrennbaren Verknüpfungsleistung aus der Beurteilung des gegebenen Sachverhalts – welcher immer auch der Sachverhalt einer Person ist und damit diese Person, der Patient selbst – sowie der Planung und Motivierung des fall- und sachgemäß angezeigten Eingreifens in den Sachverhalt wird die Anforderung der Indikationsstellung als genuin ärztliche *Herausforderung* kenntlich; und

10 Gadamer (1993d), S. 59.

11 Vgl. auch Wolfgang Kluxen, der betont, dass „die ärztliche Wissenschaft [...] als eine, theoretische Kenntnis benutzende, *praktische* Wissenschaft, [...] ihren Erkenntnisinn durch die Zwecksetzung des ärztlichen Handelns hat.“ Kluxen (1976), S. 465.

12 Wieland (2004), S. 111f.

13 Ebd., S. 27. Diese Sonderstellung wirkt sich selbstverständlich auch direkt auf die Tätigkeit des Arztes aus: „Das Tun des Arztes lässt sich nun einmal nicht gut in naturwissenschaftliches (oder auch sozialwissenschaftliches) Erkennen und ethisches (oder politisches) Engagement trennen.“ Ebd., S. 30.

da „die Indikation stets mehr ist als bloß ein physiologisches Kalkül“¹⁴, wird an der „Scharnierfunktion der Indikation zwischen all den Schritten ärztlichen Handelns“¹⁵ besonders deutlich, dass der Arzt kein Naturwissenschaftler oder technisch versierter Problemlöser ist, sondern ein am individuellen Menschen tätiger Helfer. Freilich ist es für die Stellung einer Indikation unverzichtbar, die zuvor durch den Arzt fachgerecht und gewissenhaft erhobenen Daten und Begleitumstände des gebotenen Beschwerdebildes in einer verallgemeinerbaren Weise zu berücksichtigen, der gewisse objektive Grenzen vorgegeben sind. Und freilich folgt die Erarbeitung des Befundes und die Deduktion der Diagnose gewissen überpersönlichen Prinzipien, doch ist die für die Indikation nötige Gewichtung der Untersuchungsergebnisse und Bewertung der Symptomatik als Grundlage des weiteren therapeutischen Planens und Wirkens in ihrer Ausrichtung auf das Behandlungsziel nicht frei von individuellen Wertvorstellungen, normativen Annahmen und persönlichen Urteilen der unmittelbar beteiligten Personen. Somit kommt es bei der Indikationsstellung ganz darauf an, einen je individuellen Fall situations- und personengerecht einzuschätzen, was auch Raspe betont: „Indikationen müssen auch personalisiert, also abgestimmt werden auf die psychische und soziale Verfassung eines Kranken“¹⁶. In der Bewältigung dieser individuierten Abstimmungsnotwendigkeit wird dann auch die besondere Kompetenz des Arztes gesehen, wie etwa von Gahl: „Es gibt keine entscheidungsunabhängige ‚objektive‘ Indikation. Insofern ist sie eine genuin ärztliche, nicht allein eine medizinische Aufgabe.“¹⁷ Ganz in diesem Sinne schlägt Neitzke für die Pointierung der ‚genuin ärztlichen‘ Dimension eine terminologische Entsprechung vor und plädiert dafür, zwei Indikationstypen zu differenzieren: von der *ärztlichen Indikation*, die in der spezifisch und unauflöslich individuellen Bestimmung jeder Indikation als Einzelfall besteht, lässt sich demnach die *medizinische Indikation* unterscheiden, welche

14 Sahm (2008), S. 123. Diese Auffassung wird auch in der medizinrechtlichen Diskussion vertreten, etwa von Robert Francke: „Die Annahme der Indiziertheit einer medizinischen Behandlung stellt keine schlichte Schlussfolgerung aus naturwissenschaftlicher Sachgesetzmäßigkeit, sondern eine wertende Entscheidung dar. In sie gehen Urteile über Behandlungsbedarf, Behandlungserfolg, Risiken und Nebenwirkungen, mithin über das Leben des Patienten ein.“ Zitiert nach Stock (2009), S. 98.

15 Gahl (2004), S. 116.

16 Raspe (1995), S. 23.

17 Gahl (2004), S. 120.

„die fachliche Rechtfertigung dafür dar[stellt], dass eine geplante ärztliche Maßnahme in jedem vergleichbaren Fall, der dem vorliegenden Fall hinsichtlich der erhobenen diagnostischen Parameter entspricht, medizinisch sinnvoll und daher angezeigt ist [Herv. i.O.]“¹⁸.

Damit ist also der wissenschaftliche Aspekt einer Indikation in Form des unverzichtbaren Wissens von den jeweils relevanten Zusammenhängen und Gesetzmäßigkeiten gemeint, das als verlässliches Resultat verallgemeinerbarer Praxis- und Studienerfahrung sowie daraus gebildeter Analogieschlüsse dann die Grundlage für die Anwendung im Einzelfall bildet. Das Moment der umsichtigen Abwägung und fachkundigen Übertragung solcher „Indikationsregeln“¹⁹ auf den individuell vorliegenden Patienten stellt dem gegenüber die *ärztliche Indikation* dar. Diese trägt dem Umstand Rechnung, dass allgemeine Erkenntnisse mit konkreten Umständen in ihrer je eigenen Beschaffenheit zur Deckung zu bringen sind, und die „partiell objektiven Determinanten der Indikationsstellung werden ergänzt durch eher subjektiv geprägte und wahrgenommene Faktoren“²⁰. In der ärztlichen Indikation kommen dann all jene Faktoren zur Geltung, die den Einzelfall als Einzelfall unvergleichbar und zu einer immer neuen Herausforderung machen: die subjektive Wahrnehmung und Deutung des diagnostizierten Zustands durch den Patienten selbst, damit die faktische Bedeutung, die die Krankheit oder Beschwerden für den Patienten haben, dessen soziokulturelles Umfeld sowie seine biopsychosoziale Situation.

Unter diesen die Indikationsausrichtung mitbestimmenden Faktoren nimmt der Patientenwille eine ganz besondere Stellung ein. Im Zuge der gesellschaftlichen und kulturhistorischen Entwicklung hat heute der Wert der Selbstbestimmung und Autonomie als Ausdruck persönlicher Freiheit und Würde einen unangefochtenen Rang unter den zentralen Werten und Normen westlicher Gesellschaften eingenommen. Im Kontext der Medizin und Medizinethik bildet sich dieses Fundament freiheitlicher Verfasstheit in der Forderung nach unbedingter Respektierung des Willens des Patienten ab, die neben dem Nichtschadens- bzw. Nutzenprinzip als oberstes Gebot ärztlichen Handelns allgemeine Gültigkeit be-

18 Neitzke (2008), S. 56.

19 Vgl. Raspe (1995).

20 Gahl (2004), S. 123. Damit „impliziert Indikation die Spannung von Einzelfall- und Kollektiv-Begründung“. Gahl/Raspe (1992), S. 759.

sitzt und sich weithin unangezweifelter Akzeptanz erfreut (sog. *Autonomieprinzip*).²¹

Innerhalb der Struktur und des Verlaufs einer Behandlung ist der Wille des Patienten für den ärztlichen Schritt zwischen Diagnose und Indikationsstellung relevant. Im Regelfall sucht ein Patient einen Arzt auf, um von diesem Hilfe in seiner durch Krankheit, Verletzung oder anderen Beschwerden gekennzeichneten Lage zu erhalten. In diesem Zuge konfrontiert der Patient den Arzt zunächst mit seiner Situation, indem er mit ihm über seinen Zustand und die für ihn damit verbundenen Überlegungen kommuniziert. Dabei kommt unweigerlich immer auch die subjektive Selbstdeutung des Patienten zum Ausdruck, die der Arzt bei der fachkundigen und an objektiven Maßstäben orientierten Erhebung seines Befundes sowie der Stellung der Diagnose berücksichtigen muss und letztlich gar nicht ignorieren kann. Insofern reagiert der behandelnde Arzt nicht bloß auf einen ihm dargebotenen psycho-physischen Zustand, den es nach allen Regeln der Kunst präzise zu bestimmen und gemäß allgemeingültiger Standards zu verändern gilt, sondern der Arzt hat es mit einem unverwechselbaren Menschen zu tun. Nicht nur befindet sich dieser Mensch als Individuum in einem Zustand, den der Arzt ‚von außen‘ erfassen kann, sondern der Patient verbindet mit seiner individuellen Situation, die ihn zu dem Arzt geführt hat, immer schon bestimmte ‚innere‘ Erwartungen, Hoffnungen und Ängste. Insofern ist ein Arzt nicht (nur) mit einem Zustand, sondern stets mit mehr oder weniger expliziten, auf einen Zustand bezogenen Meinungen konfrontiert, die nicht selten von dem Patienten als Forderungen und Behandlungswünsche formuliert werden. Angesichts der häufig implizit bleibenden, mitunter aber durchaus auch sehr direkt und unverstellt auftretenden Willensäußerungen von Patienten ist es entscheidend, sich hierbei die besondere Fassung des Autonomieprinzips in der Medizin zu vergegenwärtigen.

Das Recht des Patienten, seinen Willen uneingeschränkt zu äußern und so in die Therapieentscheidung eingehen zu lassen, ist kein Anspruchs-, sondern ein Abwehrrecht. Dies bedeutet, dass die Selbstbestimmung des Patienten dem Arzt verbietet, Eingriffe und Behandlungen vorzunehmen, in die der Patient nicht eingewilligt hat.²² Der Patient hat also das uneingeschränkte Recht, eine vorge-

21 Der *locus classicus* dieses fundamentalen ethischen Prinzips für die Medizinethik findet sich im Rahmen der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress. Siehe Beauchamp/Childress (2009).

22 Der entsprechende Passus in der Berufsordnung der Bundesärztekammer belegt die Aufwertung, die die Zustimmung durch den Patienten im Prozess der medizinischen Behandlungsentscheidung erfahren hat. So lautet der dortige § 8 („Aufklärungs-

schlagene und auch indizierte medizinische Maßnahme abzulehnen; der Arzt muss dieses Recht ebenso respektieren und den Patientenwillen in negativer Weise umsetzen (indem er also nicht handelt und behandelt). Daraus folgt nun für den in der Indikationsstellung sich manifestierenden Prozess der Therapiefindung und -entscheidung, dass das Recht auf Selbstbestimmung den Patienten mitnichten in die Position des Entscheiders befördert, dem es frei steht, Art und Umfang der Behandlung positiv zu bestimmen. Vielmehr muss Alt-Epping und Nauck darin beigepflichtet werden, „dass eine Therapieentscheidung kein Akt der freien Wahl (von Therapieoptionen) durch den Patienten ist“²³. So stellt es gerade im Falle unangemessener Behandlungswünsche, deren Erfüllung etwa dem Patienten klarerweise mehr schaden als nutzen würde, die schlicht wirkungs- und damit sinnlos wäre, die in Relation zu dem erwartbaren Effekt unverhältnismäßig hohe Kosten verursachen würde oder die die persönliche Integrität des Arztes verletzen würde, eine wesentliche Anforderung an die ärztliche Kompetenz, Urteilskraft und Kommunikationsfähigkeit dar, dem Patienten einfühlend und unmissverständlich zu vermitteln, dass die geforderten Behandlungsschritte aus gewichtigen medizinischen bzw. ärztlichen Gründen abzulehnen sind. Darauf weist auch Günther Pöltner hin: „Zur ärztlichen Verantwortung gehört gegebenenfalls auch die Ablehnung von Patientenwünschen.“²⁴ Freilich liegt es auf der Hand, dass im Zuge des weithin und mehrheitlich erfolgten Wandels im Arzt-Patient-Verhältnis vom paternalistischen Rollenmodell zu partnerschaftlichen Beziehungskonzepten die Lösung dieser kommunikativ-dialogischen Aufgabe komplizierter und aufwendiger wird. Trotzdem gehört es zur Pflicht und Verantwortung eines Arztes, auch und gerade einem besonders selbstbewusst, informiert und fordernd auftretenden Patienten gegenüber den Grundsatz zu vertreten: „Ein Patient kann nicht verlangen, was nicht indiziert ist.“²⁵

Wenn man davon ausgeht, dass hinter jedem Wunsch, den ein Patient im Zusammenhang mit seinen Beschwerden und dem diesbezüglichen medizinischen Vorgehen vorbringt, ein Anliegen steht, das für den weiteren Behandlungsverlauf eine wichtige Rolle spielen kann – und das für die momentane Interpretation des Zustands durch den Patienten bereits spielt –, so haben alle den Patienten bewegenden Regungen (jedenfalls die auf den Anlass bezogen sind) durchaus

pfligt“): „Zur Behandlung bedarf der Arzt der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung ist grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorzuzugehen.“ BÄK (2006).

23 Alt-Epping/Nauck (2012), S. 21.

24 Pöltner (2007), S. 199.

25 Alt-Epping/Nauck (2012), S. 21.

ihre Berechtigung. Für den Arzt bedeutet dies, vom medizinisch Indizierten abweichende Wünsche nicht strikt zurückzuweisen, sondern mit in die diagnose- und indikationsstellenden Erwägungen und Entscheidungen einzubeziehen. Besonders anspruchsvoll kann sich diese Aufgabe bei Äußerungen des Patienten gestalten, die sich auf vordergründig widersinnige oder auf bloß behauptete Sachverhalte beziehen. Während körperliche und psychische Merkmale des Patienten, die als Symptome für Störungen erkannt und als Anzeichen von Behandlungsbedürftigkeit gewertet werden können, in gewisser Weise von sich aus die Form und Funktion eines medizinischen Imperativs annehmen, können Forderungen und Wünsche eines Patienten auch ganz ohne ein überprüfbares ‚tatsächlich vorhandenes‘ Korrelat von diesem in die Abfolge aus Anamnese und Diagnose eingebracht werden. Für den Arzt ist deren Äußerung dann der einzige Anhaltspunkt zur Beurteilung der Angemessenheit und des Stellenwerts der Einstellungen des Patienten. Hieran wird die spezifisch hermeneutische Aufgabe des Arztes deutlich. Da die zunächst geäußerten Wünsche eines Patienten nicht immer den Soll-Zuständen entsprechen, die für den Patienten wirklich erstrebenswert sind, da ein Patient sich in der Deutung seines Zustands also irren kann, erweist sich mit Dirk Lanzerath der Arzt

„als jene Instanz, die dem um Selbstausslegung bemühten Kranken nicht nur im engeren Sinne therapeutische, sondern auch – gegen technizistische Verkürzung – hermeneutische Hilfestellung gibt“²⁶.

Diese Vorstellung bringt auch Wilhelm Kamlah im Rahmen seiner philosophischen Anthropologie dazu, es zur Aufgabe des Arztes zu erklären, die geäußerten Wünsche und Bedürfnisse eines Patienten kritisch zu hinterfragen, um dasjenige zu identifizieren, „das wir begehren, indem wir es gar nicht brauchen, indem wir vielleicht besser daran täten, darauf zu ‚verzichten‘“²⁷. Im praktischen Kontext einer ärztlichen Behandlung konkretisiert sich hierbei das wunschtheoretische Problem der möglichen Diskrepanz zwischen Wunscherfüllung und Wunschbefriedigung.²⁸ Insofern sieht sich ein Arzt gleich welcher Fachrichtung immer auch ein Stück weit einer psychologisch oder gar psychoanalytisch ansetzenden Anforderung gegenüber. Indem es bei einer umfassenden und genauen Anamnese und Diagnose immer auch darum geht, die dem Patienten bewussten und von ihm vorgebrachten Wünsche klar zu benennen, zu untersuchen und auf-

26 Lanzerath (2008b), S. 49f.

27 Kamlah (1973), S. 55.

28 Siehe oben, S. 54ff.

zuklären, d.h. mit dessen restlichen Überzeugungen und Werten abzustimmen, ist es unausweichlich, dafür auch die unbewussten Wünsche, Hoffnungen und Erwartungen des Patienten zu identifizieren und zu benennen, um sie schließlich in ein kohärentes und authentisches Selbstbild zu bringen. Damit betreibt der Arzt weitreichende Hilfe bei der Orientierung im Dickicht eigener Grundsätze und Wertüberzeugungen, die nicht selten zentrale Belange der eigenen Lebensführung betreffen.

Doch erfüllt abgesehen von der tatsächlich und explizit psychoanalytisch angelegten Therapieform die Dimension der kognitiv-emotionalen Selbstaufklärung und Wunschsortierung für den typischen Behandlungsverlauf nur einen anfänglich nötigen Schritt auf dem Weg zur Bestimmung des gemeinsam geteilten Therapieziels. Die Abstimmung zwischen dem Patientenwunsch oder Patientenwillen einerseits und dem medizinisch gebotenen Vorgehen andererseits bleibt die zentrale Herausforderung für den Arzt. Die Anforderung, die Behandlungswünsche des Patienten mit der fachlichen Einschätzung abzugleichen und an einen überindividuellen Maßstab der Behandlungsbedürftigkeit anzubinden, ist nun direkt an das Konzept der Diagnose und vor allem medizinischen Indiziertheit geknüpft. Während der Diagnose eine wichtige vermittelnde Funktion „zwischen der medizinisch-naturwissenschaftlichen und der gesellschaftlich-kulturellen Wahrnehmung von Krankheit“²⁹ zukommt, fungiert die Indikationsstellung als Bestätigung, aber auch Korrektiv der aus der nichtmedizinischen Selbstausslegung abgeleiteten Wünsche des Patienten. Sie kann mit Alt-Epping und Nauck als

„dialogischer Prozess mit normativem Gehalt verstanden werden, in dem eine auf das Wohl des Patienten gerichtete Fürsorge als auch dessen individuelle Therapieziele eine wichtige Rolle spielen“, sofern sie „über das Angebot einer Auswahl an Therapieoptionen hinausgeht“³⁰.

Der Umstand, dass innerhalb des Spektrums all der verschiedenartigen behandlungsrelevanten Einflussfaktoren abgewogen und entschieden werden muss, welche Rolle und welches Gewicht den einzelnen Aspekten im Blick auf einen möglichst effektiven und nachhaltigen Therapieerfolg zukommen soll, tritt an dem Umgang mit Patientenwünschen am deutlichsten zutage. Ebenfalls macht dieser Aspekt der ärztlichen Indikationsfunktion klar, dass explizit wertende Elemente für ärztliches Handeln unumgänglich sind. Dies betont Anschütz exemplarisch

29 Paul (2006a), S. 145.

30 Alt-Epping/Nauck (2012), S. 20.

(allerdings ohne die Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation vorzunehmen):

„Die Indikationsstellung ist [...] der einzige Ort, wo in den fast zwanghaften naturwissenschaftlichen logischen Gedankengang von Anamnese, Befund, Diagnose und Therapie ethische Gedankengänge eingebracht werden können.“³¹

Als Anknüpfungspunkt für ‚ethische Gedankengänge‘ bietet die Indikation aber weit mehr als Raum für optionale Erwägungen und Bedenken, sie konturiert vielmehr in ihrer Ausrichtung auf das therapeutisch intendierte Behandlungsziel immer auch die Frage nach der allgemeinen Zielbestimmung ärztlichen Handelns und damit die Grundfrage der Medizin als Medizin. Im Behandlungsgeschehen stellt die Indikation diejenige Größe dar, an der die grundlegende Frage nach dem Warum einer Maßnahme oder eines Eingriffs in doppelter Richtung auftritt. Zum einen ist die Indikation vergangenheitsbezogen, als in sie sämtliche relevanten Voraussetzungen und zeitlich zurückliegenden Vorbedingungen des gegenwärtigen, zu behandelnden Zustands mit einfließen; zum anderen ist die Indikation zukunftsweisend, da sie zwangsläufig wesentliche Hinweise auf die Ausrichtung und Zielsetzung der noch erfolgenden Behandlung enthält. Somit ist die Indikation „retrospektiv und prospektiv“³² zugleich und umfasst den diagnostizierten Ist-Zustand des Patienten ebenso wie den angestrebten, im Idealfall dann als solchen prognostizierbaren Soll-Zustand. Jener eine gelingende Behandlung abschließende Zustand verweist nun direkt auf die grundlegende Bestimmung der Medizin. Im als Therapieziel formulierten Soll-Zustand finden die allgemeinen und übergeordneten Ziele ärztlichen Handelns ihre praktische Konkretion im Einzelfall. Dies stellt Lanzerath fest, wenn er darauf hinweist, dass ein ärztlicher Eingriff erst dann legitimiert ist, „wenn zum Willen des Patienten eine von den umrissenen Zielsetzungen des ärztlichen Handelns geforder-

31 Anschütz (1982), S. 3. Ganz ähnlich sieht das Neitzke, dessen terminologische Differenzierung an diesem Punkt ihren begriffsanalytischen Wert voll entfalten kann: „Die ärztliche Indikation ist das Tor, durch das die Ethik Eingang findet in den überindividuell-rationalen Prozess ärztlicher Entscheidungsprozesse.“ Neitzke (2008), S. 54. Klaus Dörner hebt die große Bedeutung, die der Indikation damit nicht zuletzt für das Handeln des ‚guten Arztes‘ zukommt, besonders hervor, indem er diesen Behandlungsschritt als die „Kerninstitution der Ärzteschaft“ bezeichnet und gar von der „heiligen Indikation“ spricht. Dörner (2008), S. 3.

32 Gahl (2004), S. 117.

te Indikation tritt“³³, was impliziert, dass es die allgemeinen Zielsetzungen ärztlichen Handelns sind, welche eine Indikation und ihre Stellung im Einzelnen unmittelbar bedingen. Auch Matthias Kettner sieht demgemäß in der Indikation „keine wertfreie Tatsachenaussage, sondern eine fach- und fallspezifische Übersetzung allgemeiner Ziele der Medizin für das therapeutische Arbeitsbündnis“³⁴. In der direkten Verknüpfung mit den Zielen der Medizin liegt somit die fundamentale Bedeutung begründet, die der Indikation neben ihrer praktischen Funktion auch in medizintheoretischer Hinsicht zukommt. Dies ist nun vor allem auch in medizinethischer Hinsicht relevant, da der Begriff der Indikation nicht zuletzt deshalb als „einer der Schlüsselbegriffe ärztlicher Arbeit“³⁵ gelten kann, weil sich in ihm nichts weniger als die identitätsstiftende Reflexion des ärztlichen Tuns und der Aufgabe der Medizin sowie das grundierende Menschenbild fokussieren und in praktischen Konsequenzen – den tatsächlichen Be-Handlungsschritten – manifestieren. Wie Klaus Gahl hervorhebt,

„gehört der von uns Ärzten täglich benutzte Begriff der Indikation zu den schwierigsten handlungsleitenden Begriffen. Darin, wie wir ihn verstehen, spiegelt sich unser ärztliches Selbstverständnis wie auch unser Bild vom und unsere Zuwendung zum kranken Menschen.“³⁶

A.2 Das therapeutische Paradigma

Eine Analyse und Evaluation der Orientierung und Begründungsstruktur ärztlichen Handelns muss nicht zuletzt angesichts des besonderen wissenschaftlich-disziplinären Status der Medizin bei einer Untersuchung ihrer Zielbestimmung ansetzen, wenn man mit Johannes Fischer bedenkt, dass „die Medizin in der Vielfalt ihrer Disziplinen und praktischen Tätigkeiten ihre Einheit von den Zielen her“³⁷ gewinnt, denen sie dient. Somit stellt die in der Indikation immer enthaltene Zielausrichtung der Medizin dasjenige Element ärztlichen Handelns dar, dem insofern eine fundamentale Bedeutung für die Bestimmung von Sinn und

33 Lanzerath (2008b), S. 38.

34 Zitiert nach Gahl/Neitzke (2010), S. 163.

35 Gahl/Raspe (1992), S. 759.

36 Gahl (2004), S. 125f.

37 Fischer (2002), S. 37. Vgl. auch Günter Ragers Feststellung: „Die eigentliche Grundfrage an die moderne Medizin richtet sich auf deren Handlungsziele.“ Rager (2000), S. 645.

Zweck der Medizin insgesamt zukommt, als es die Medizin als Medizin überhaupt erst konstituiert.

Von der historisch wohl bedeutendsten, am weitesten verbreiteten und außerordentlich nachhaltig wirkenden Fassung ärztlicher Standesregeln im Hippokratischen Eid über dessen Weiterentwicklung im Genfer Gelöbnis existiert in der Medizingeschichte eine Reihe an Dokumenten, die sich der Aufstellung selbstverpflichtender Grundsätze ärztlicher Praxis widmen und die dabei auch mehr oder weniger umfangreiche und explizite Formulierungen der Zielsetzungen ärztlichen Handelns enthalten. Gegenwärtig gilt als konzeptuelle Bestimmung der für die moderne Medizin maßgeblichen Ziele ein Katalog an Zielen, der 1996 unter der Leitung des US-amerikanischen *Hastings Center* in Zusammenarbeit mit zahlreichen internationalen Forschergruppen erarbeitet worden ist und als weithin anerkannte Formulierung der zentralen Zielsetzungen der Medizin breite Zustimmung erfahren hat.³⁸ Demnach existieren vier Ziele, die die „zentralen medizinischen Werte“³⁹ umfassen, der gegenwärtigen Medizin als Leitgrößen ideelle Ausrichtung und praktische Orientierung geben sowie dazu beitragen können, angesichts verschiedener Herausforderungen ihre Identität zu wahren:

- Prävention von Krankheiten und Verletzungen
sowie die Förderung und Erhaltung der Gesundheit
- Linderung von durch Krankheiten verursachten Schmerzen und Leiden
- Pflege und Heilung von erkrankten Menschen
sowie die Pflege von Kranken, die nicht geheilt werden können
- Verhinderung eines vorzeitigen Todes
und das Streben nach einem friedvollen Tod

Für die besondere Bedeutung dieser Definition als etabliertem Bezugspunkt in Diskussionen über Sinn und Zielbestimmung der Medizin heute ist nun zweierlei verantwortlich. Zum einen spielt hierfür der Umstand eine wichtige Rolle, „dass diese Ziele in hohem Maße konsensfähig sind“⁴⁰, was einerseits auf die recht allgemein gehaltene Formulierung, andererseits aber auf die breite Allgemeingültigkeit dieser Ziele als universalem Kernbestand in synchroner Hinsicht zurück-

38 Callahan et al. (1996), dt. Allert (2002).

39 Allert (2002), S. 25.

40 Fischer (2002), S. 40.

zuführen ist. Daneben ist für die Einschlägigkeit dieser Zielbestimmung ihr historisches Bewusstsein wesentlich. So stellt die Liste der vier Ziele das Ergebnis einer Untersuchung dar, die sich veranlasst sah, vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen und Probleme (sozialer, kultureller, demographischer, politischer, ökonomischer Art) die traditionellen Ziele der Medizin neu zu hinterfragen. Das Ergebnis zeugt insofern in diachroner Hinsicht von universaler Gültigkeit und kann als „die aktuelle internationale ‚Bestätigung‘ einer sehr alten medizinischen Tradition“⁴¹ bezeichnet werden. Der Kern der hier reflektierten und aktualisierten Tradition lässt sich mit Paul Unschuld auf den Nenner der *Hilfe für den kranken Menschen* bringen:

„Die Medizin besitzt einen eindeutigen Auftrag. Ihr Zweck besteht seit mehr als zwei Jahrtausenden darin, den jeweils zeitgemäßen Stand der Naturwissenschaft zu nutzen, um das Wesen von Krankheiten zu erkennen und auf der Grundlage dieses Wissens Kranksein vorzubeugen, zu lindern oder im Idealfall zu heilen.“⁴²

Damit ist auch die motivische Klammer benannt, die die vier Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung, der Leidenslinderung, der Heilung und Pflege sowie der Verhinderung eines vorzeitigen und des Strebens nach einem friedvollen Tod auf ein gemeinsames Handlungsziel ausrichtet: Krankheit bzw. die Vermeidung und Bekämpfung von Krankheit. Auch wenn Versuche, auf theoretischer Ebene einen einheitlichen und praktikablen Begriff von Krankheit zu konzeptualisieren, auf erhebliche und anhaltende Schwierigkeiten stoßen und angesichts der seit Jahrzehnten äußerst kontrovers und wenig instruktiv verlaufenden Auseinandersetzung letztlich als gescheitert angesehen werden müssen, vermochte es die Idee der Krankheit in praktischen Anwendungskontexten ärztlichen Handelns doch lange Zeit, als negative Zielgröße die Funktion einer „bindenden disziplinären Fundamentalmatrix“⁴³ zu erfüllen und der Medizin als zentrales Leitkriterium zu dienen.⁴⁴ So lässt sich die Aufgabenbeschreibung und Zuständigkeit der Medizin, die um den Krankheitsbegriff als „normativ[e] Grö-

41 Hucklenbroich (2011), S. 207.

42 Unschuld (2009), S. 75.

43 Kazem Sadegh-Zadeh, zitiert nach Lanzerath (2000), S. 478.

44 Vgl. dazu jüngst Peter Hucklenbroich, der vorschlägt „um zu klären, welchen Krankheitsbegriff die Medizin in ihren eigenen Zielformulierungen meint, sollte man nicht auf die Positionen der kontroversen philosophischen Diskussion zurückgreifen, sondern die Begriffsbildung der medizinischen Organismus- und Krankheitslehre selbst analysieren“. Hucklenbroich (2011), S. 211.

ße, die ärztliches Handeln *spezifiziert, legitimiert und limitiert*⁴⁵, herum angelegt und somit fundamental an der Behandlung und Beseitigung von Krankheit orientiert ist, als *therapeutisches Paradigma* bezeichnen.

A.3 Integrität und Vertrauen: Grundpfeiler der Medizin

Mit Blick auf die leitende Fragestellung nach der ethischen Einschätzung einer Ausweitung des therapeutischen Paradigmas im Zeichen der Wunscherfüllung ist es unerlässlich, eine Besonderheit des ärztlichen Handelns hervorzuheben, die strukturell in dessen Zielgerichtetheit begründet ist. In der Rede davon, dass der Arzt sein Handeln an den Zielen der Medizin orientiert, ist implizit die wissenschaftstheoretische Besonderheit der Medizin als praktische Handlungswissenschaft enthalten, derzufolge ärztliches Handeln niemals Erfolg garantieren kann. Demgemäß verfolgt der Arzt nicht Zwecke, die er durch sein Tun umsetzt, sondern er orientiert sein Handeln an Zielen, die zu erreichen er sich durch den Einsatz seines ganzen Wissens und Könnens bemüht. Damit wird auch die prinzipielle Begrenztheit der medizinisch-ärztlichen Einflussnahme auf die Zustände und Prozesse deutlich, deren Eintreten und Vorliegen Anlass und Ausgangspunkt für die Behandlung sind. Der Arzt, der sich über die handlungstheoretische Gestalt seiner Tätigkeit im Klaren ist und seinem Beruf aufrichtig und gewissenhaft nachgeht, kann seinem Gegenüber, dem Patienten, niemals die erfolgreiche Heilung, die Beseitigung einer Krankheit oder die Wiedererlangung der Gesundheit garantieren. Das einzige, was der Arzt seinem Patienten versprechen und einlösen kann, ist sein Willen und Bemühen, alles in seiner Macht Stehende für das Erreichen des realistischen Behandlungsziels zu tun. Dass ärztliche Hilfe aufgrund ihrer konstitutiven Ergebnisoffenheit besonders auf die Einbettung in eine klar bestimmte Zielorientiertheit angewiesen ist, betont Giovanni Maio:

„Es ist nicht der Effekt der ärztlichen Handlung, die durch ein solches Hilfsversprechen zugesichert wird, sondern die Zusicherung bezieht sich allein auf die der ärztlichen Handlung zugrunde liegende Motivation zur Hilfe. Daher realisiert sich das Wesen der Medizin nicht in der Anwendung der Mittel, sondern der eigentliche Kern der Medizin liegt in ihrer ganz spezifischen Zielgerichtetheit.“⁴⁶

45 Lanzerath (2000), S. 483.

46 Maio (2009a), S. 17.

Indem sich die Zielgerichtetheit der Medizin in der diese Orientierung verkörpernden Haltung und Einstellung des einzelnen Arztes niederschlägt, wird die Person des Arztes zum Ankerpunkt des Grundvertrauens, das der Medizin entgegengebracht wird und das für ihr Bestehen und Wirken essenziell ist. Gerade als Handlungsform, die in fundamentaler Weise auf die erfahrene Urteilskraft und den praktischen Einsatz fach- und sachgerechten Könnens durch den Handelnden – den *behandelnden* Arzt – angewiesen ist, muss für den vom Ausgang der Handlung abhängigen Patienten sichergestellt sein, dass das prinzipiell nicht vollständig und sicher vorhersehbare Geschehen unumstößlichen Zielen folgt, die unbeeinflusst von anderen Faktoren das Handeln des Arztes leiten. Dass der Glaube an und das Vertrauen in das Bestehen dieser Sicherheit die unabdingbare Voraussetzung ist, um sich als Patient in einer meist ohnehin eingeschränkten Situation der Verfügung eines oft ganz fremden Menschen zu überantworten, stellt Toellner klar:

„Denn das Vertrauen des Patienten bezieht sich nicht primär auf die Sicherheit des medizinischen Wissens oder den Erfolg der ärztlichen Handlung, sondern auf die Zuverlässigkeit des ärztlichen Verhaltens. Nur wenn der Patient überzeugt ist, dass der Arzt nach bestem Wissen und Gewissen handelt, kann er sich in die Hand des Arztes geben.“⁴⁷

Die Vertrauensannahme, die sich vor allem in Fällen, in denen ein Patient den von ihm aus- und aufgesuchten Arzt nicht kennt, dieser ihm also nicht *vertraut* ist, als unabdingbare Voraussetzung für die Aufnahme einer Arzt-Patient-Beziehung erweist, kann ihre systemische Wirkung nur entfalten, wenn sie sich auf den gesamten Berufsstand bezieht. Wenn ein Patient ungeachtet der persönlichen Eigenschaften und Merkmale des einzelnen Arztes oder der einzelnen Ärztin allen Vertretern und Vertreterinnen des ärztlichen Standes *per se* in der Überzeugung begegnen kann, dass das jeweilige ärztliche Handeln im Falle der Aufnahme einer therapeutischen Beziehung zuallererst am eigenen (Patienten-)Wohl ausgerichtet ist, ist eine etwaige, unter Umständen kräftezehrende Prüfung der ärztlichen Verlässlichkeit durch den Patienten selbst nicht erforderlich. Gerade für Menschen, die sich als potenzielle Patienten typischerweise in Situationen befinden, in denen ihr körperliches oder seelisches Wohlbefinden empfindlich eingeschränkt ist und die deshalb in der Regel nur bedingt willens und in der Lage sind, entsprechende Informationen einzuholen, zwischen verschiedenen Alternativen abzuwägen und zu entscheiden, bedeutet dieses Grundvertrauen eine enorme Entlastung und kann insofern bereits den ersten Schritt der Hilfe auf dem

47 Toellner (1995), S. 5.

Weg zur Besserung oder gar Heilung darstellen. Für Urban Wiesing stellt dieses prinzipielle Zutrauen in die ärztliche Verlässlichkeit des Mediziners die „*conditio sine qua non* für die ärztliche Tätigkeit“⁴⁸ dar und basiert als „rollengebundenes, antizipatorisches Vertrauen“⁴⁹ auf dem bemerkenswerten Umstand standesgemäßer Integrität. In dieser Integrität, welche von beachtlicher normativer Relevanz ist und daher mit Wiesing moralisch genannt werden kann, liegt das spezifische Gewicht des ärztlichen Hilfsversprechens sowie die Garantenstellung der Medizin begründet. Mit ihr ist nicht nur die Integrität des behandelnden Arztes im vorhinein garantiert, sondern als auch die besondere Vertrauensstellung des gesamten Berufsstandes im Ganzen legitimiert. Damit bildet die ärztliche Integrität eine wesentliche Säule, auf der die gesellschaftlich herausgehobene Stellung der Medizin ruht und die das besondere öffentliche Interesse an der Aufrechterhaltung dieser Konstellation erklärt.

Die moralische Grundhaltung, mit der ein Arzt seinen Beruf ausübt, ist somit für seine Tätigkeit nicht nebensächlich oder supererogatorisches Beiwerk, sondern stellt vielmehr einen konstitutiven Wesenszug der Medizin als kollektiver Praxis dar. Auch dieses Spezifikum der Medizin lässt sich an ihrem Umgang mit Wünschen exemplifizieren. So besteht einer der wesentlichen Unterschiede, die die ärztliche Tätigkeit von typischen Dienstleistungen abgrenzen, welche ganz im Sinne eines Handwerks nach Wunsch oder Bestellung von den jeweiligen Spezialisten ausgeführt werden, darin, dass Dienstleister in ihrem Tun nicht (primär) eigenen Prinzipien folgen, welche eine derart selbstverpflichtende, dabei einheitlich und verbindlich gültige Grundhaltung enthielten, dass man sie als moralisch bezeichnen könnte. Es würde auch dem Sinn und Zweck sowie dem Selbstverständnis des Handwerks- und Dienstleistungssektors direkt widersprechen, sich selbst Richtlinien aufzuerlegen und zum normativen Bestandteil der eigenen Berufsidentität zu machen, die so weit über handwerkliche Regeln und Selbstverständlichkeiten der Branche hinausgehen und den Vorstellungen des Auftraggebers in einem Maße übergeordnet sind, dass sie dessen Wünschen regulierend Grenzen setzen könnten. Ganz im Gegenteil ist doch die möglichst wunschgemäße Ausführung und passgenaue Umsetzung der Vorstellungen und

48 Wiesing (1996), S. 324.

49 Ebd., S. 316: „Die alltäglichen und geradezu selbstverständlichen Verhaltensweisen bei einem Arztbesuch werden also durch ein rollengebundenes, antizipatorisches Vertrauen erst ermöglicht. Dieses Vertrauen basiert streng genommen nicht auf dem Erfolg der ärztlichen Maßnahmen, da er nicht garantiert werden kann, sondern auf der moralischen Integrität, die durch die Zugehörigkeit zum Beruf ‚Arzt‘ erwartet werden darf.“

Forderungen des Kunden, die als solche nicht weiter zu hinterfragen sind, das Kernstück jeder offerierten Leistung eines Handwerkers und Dienstleiters. Diese Diskrepanz im Blick, wird deutlich, wie weit die ärztliche Praxis von reiner Auftragsarbeit entfernt ist, die wesentlich gewinnorientiert funktioniert und in unverstellt instrumenteller Weise externen Motiven in Form von an sie herangetragenen Bestellungen und Wünschen folgt. Und so ist es nicht zuletzt der spezifische Moralkodex der Medizin, der diese zu dem besonderen Berufstypus einer Profession macht.⁵⁰

Auch in der medizinrechtlichen Diskussion wird die gesellschaftliche Bedeutung des antizipatorischen Systemvertrauens in die Ärzteschaft gewürdigt. Albin Eser sieht in diesem Zusammenhang als unabdingbare Voraussetzung für „das Vertrauen auf die ärztliche Professionalität“ die Anforderung der „Kunstgerechtigkeit“ jedes ärztlichen Handelns an.⁵¹ Damit verbindet er das ärztliche Versprechen zur Hilfe ohne Ansehen der Person – welches freilich in der konkreten Praxis gerade und buchstäblich nur mittels einer genauen Inaugenscheinnahme des Patienten als individuelle Person eingelöst werden kann – mit der Selbstverpflichtung zur fach- und sachgerechten Ausführung der ärztlichen Kunst *lege artis*, womit auch die Anforderung einer gewissenhaften Indikationsstellung aus der gesellschaftlichen und juristischen Sonderstellung der Medizin abgeleitet wird. Ganz in diesem Sinne weist Gunnar Duttge darauf hin, dass auch aus medizinrechtlicher Perspektive die „Erforderniss[e] einer ‚ärztlichen Indikation‘ und ‚kunstgerechten Ausführung‘“ unmittelbar „mit dem *Interesse der Allgemeinheit an der Wahrung ärztlicher Professionalität* zu tun haben [Herv. i.O.]“.⁵²

50 Wie die beiden anderen „Musterprofessionen“ des Juristen und des Priesters ist die Tätigkeit des Arztes dadurch ausgezeichnet, auf zentrale gesellschaftliche Werte sowie universelles Wissen zur Lösung gesellschaftlicher Probleme bezogen zu sein und außerdem autonom in Form institutionalisierter Selbstkontrolle zu handeln. Siehe Labisch/Paul (2000), S. 637.

51 Eser (1999), S. 466. Hinter die Maßgeblichkeit des „gesellschaftliche[n] Interesse[s]“ an der Integrität des Ärztestandes können sogar Wohl und Wille des Patienten als Prinzipien des Individualschutzes zurücktreten, vgl. ebd., S. 466f.

52 Duttge (2005), S. 708.