Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 36 (1980)

Artikel: Ethik und ärztliche Praxis

Autor: Imfeld, J.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-308246

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss. 36, 361-363 (1980)

ETHIK UND ÄRZTLICHE PRAXIS

J. IMFELD

Zusammenfassung

Die ärztliche Praxis ruht, auch wenn sich der Arzt dessen nicht stets bewusst sein mag, auf dem Fundament seiner ärztlichen Ethik, und schwerwiegende Probleme ärztlicher Ethik können jederzeit und überall aus Fällen der täglichen Praxis entstehen - und zu schwierigen Entscheidungen führen. Die Aerzte empfanden daher schon in der Frühzeit das Bedürfnis, ihre Denk- und Arbeitsweise bindend zu kodifizieren, um diesen Kodex bei schwierigen Entscheiden zu Rate zu ziehen; vom Hippokratischen Eid bis zu den "Richtlinien für die Sterbehilfe" der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften zeigt sich das ständige Bemühen der Aerzte um eine klare Doktrin.

Summary

Although a doctor may not be continually aware of it, his medical activity is firmly rooted in the moral principles of the medical profession. Serious problems of medical ethics may arise anywhere at any time from a general practitioner's Cases - and may lead to difficult decisions. Consequently medical men have from the early days felt the need to commit their ways of thinking and acting to a code of laws, which they can consult whenever taking a difficult decision. The doctors' persistent efforts to find an unambiguous doctrine have been evident from the Hippocratic oath up to the "Guidelines concerning Assistance to the Dying" of the Swiss Academy of medical Sciences.

Die ärztliche Praxis ruht, auch wenn sich der Arzt dessen nicht stets bewusst sein mag, unverrückbar auf dem Fundament seiner ärztlichen Ethik; je breiter und tiefer dieses Fundament ausgebaut ist, desto leichter kann der Arzt seine Entscheide treffen, desto weniger wird er unsicher und schwankend werden. Fragen aber, welche nach tiefgreifenden Entscheidungen rufen, können alle Tage vorkommen, und man kann ihnen nicht entgehen; aus jedem noch so harmlos beginnenden Fall kann unversehens ein ethisches Problem werden, welches den Arzt zu einer schwerwiegenden Entscheidung zwingen kann, schon weil keine andere Instanz als er selbst zur Beantwortung aufrufbar ist.

Diese ärztliche Ethik regelt im Prinzip die Beziehungen im weitesten Sinn zwischen Arzt und Patient; schon in der Frühzeit der menschlichen Kulturgeschichte empfand man deutlich das dringende Bedürfnis, diese mannigfaltigen Beziehungen in einem Kodex zusammenfassend zu formulieren, und diesen Kodex für die Aerzte als bindend darzustellen; vom Hippokratischen Eid um rund 400 vor Christi Geburt, bis beispielsweise zu den "Richtlinien für die Sterbehilfe" der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften von 1976, und weiterhin, erkennt man das ständige Bemühen der verantwortlichen Aerzteschaft um eine Vertiefung der ärztlich-ethischen Erkenntnisse, und daraus hervorgehend um ein stets exakter werdendes ethisches Instrumentarium. Denn wenn auch die Hauptsätze des ärztlich-ethischen Kodex vielleicht als Selbstverständlichkeiten imponieren, so gibt es doch immer wieder neue und unerwartete Friktionsstellen, wo man froh ist, sich beraten zu können; ich nenne als Beispiel die exakte Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, und das absolute Verbot der aktiven Sterbehilfe auch in extremen Fällen, wie es in den Richtlinien verankert ist; dies mag manchem suchenden Arzt die nötige Orientierung geben, was zu tun - und was zu lassen sei.

Sind solche dramatischen Konfrontationen mit der "grossen" Standesethik glücklicherweise auch selten, so gehören kleinere Einsätze ethischer Argumentation zum Alltagsleben des praktischen Arztes. Schon die Verpflichtung zur absoluten Geheimhaltung von allem, was der Patient dem Arzt anvertraut hat - bereits Hippokrates hat sie gefordert - diese Verpflichtung zum Schweigen verlangt vom Arzt eine nicht erlahmende Verteidigung dieses ethischen Grundsatzes gegen die heutigen Informationsansprüche von vielerlei Interessenten, welche mit einem heute allgemein gültigen Infomationsrecht begründet werden - was natürlich unserem Schweigegebot direkt zuwider läuft!

Auch der Beizug weiterer ärztlicher Hilfskräfte für einen bestimmten Einzelfall ist durch die Standesethik geregelt, wird aber oft unklar und mit schwimmenden Grenzen gehandhabt.

Bei einer einfachen konsiliarischen Untersuchung, wie auch bei einer spitalinternen Abklärung oder auch bei einer Operation, soll der Patient nach Erfüllung des Auftrages an den erstbehandelnden Arzt zurückgewiesen werden, und dies samt einem Bericht und samt den entstandenen Beilagepapieren, Laborzetteln, Roentgenbildern und EKG-Befunden. Der erstbehandelnde Arzt bleibt der Koordinator des Falles; er kann - und soll - von den Consiliarii über die Weiterbehandlung beraten werden, aber es geht nicht an, dass der Consiliarius den Patienten nach dessen Spitalaustritt nun auf seine Poliklinik bestellt, zur ambulanten Weiterbehandlung, ohne dass er sich vorerst mit dem erstbehandelnden Arzt darüber geeinigt hätte.

Beim Ueberdenken dieser häufig vorkommenden Schwierigkeiten in der ärztlichen Praxis kommt man zum Schluss, dass gewisse grosse Kliniken - und nicht nur diese - gelegentlich einem autistischen Denken huldigen, wobei es natürlich löbliche Ausnahmen gibt. Der Patient bleibt aber für den Praktiker stets ein Einzelmensch, und dieser Einzelmensch wird unruhig, wenn das vom Spital versprochene Röntgenbild nach der Spitalentlassung einfach nicht beim Praktiker eintreffen will; wie lange mag es dauern, bis dieser dann, von sich aus, erneut das Bild in Auftrag gibt? So könnte durch eine strengere Handhabung der ethischen Regeln ein bedeutend besseres und entspannteres Verhältnis zwischen Praxis und Klinik - zwischen Front und Hinterland - geschaffen werden. Zum besseren gegenseitigen Verständnis würden auch spezielle Vorlesungen über ärztliche Ethik beitragen, wo deren Bedürfnisse herausgemeisselt und klar definiert werden könnten; man sollte sich dabei aber nicht nur der grossen ethischen Probleme annehmen, sondern die "kleine Ethik" des ärztlichen Alltages ebenso liebevoll pflegen.

Ein wesentlicher Punkt ist zu beachten: Der heutige Trend der immer zahlreicher auftretenden "Gesundheitsjournalisten" geht nach Formulierung und Kodifizierung dessen, was sie unter dem "Recht des Patienten" verstehen, und was in vielem übers Ziel hinausschiesst: man denke nur an das "Mitbestimmungsrecht des Patienten" bei der Festlegung der Therapie beispielsweise. Andererseits wird dem Gespräch zwischen Arzt und Patient sicher mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden müssen. Die mangelnde Gesprächsbereitschaft vieler Aerzte hat uns vielleicht in letzter Zeit mehr geschadet, als viele glauben, sie lag an der Basis so vieler Missverständnisse, welche zu unnötigen Zeitungspolemiken führten, und Aerzte sowie Patienten in gleicher Weise verunsicherten. Die Zeiten des Paternalismus als Entziehungsmittel, die Zeiten des herablassenden "Auf-die-Schulter-Klopfens" sind endgültig vorbei, der Patient wünscht aufgeklärt zu werden, auch wenn ihm die Elemente zum Verstehen des Geschehens weitgehend fehlen. Der Arzt aber muss diesen Wünschen Folge leisten, auch wenn er dazu seinen üblichen Jargon nicht brauchen kann, sondern sich um eine brauchbare Uebersetzung bemühen muss; so will es unsere Zeit, und wir müssen uns damit abfinden.

"Das Wohl des Kranken wird immer das oberste Ziel ärztlichen Denkens und Handelns bleiben", heisst es in einer modernen Fassung des hippokratischen Eides. Je enger wir uns - in der Klinik wie in der Praxis - an diesen Grundsatz halten, desto wirksamer werden wir die echten Interessen unserer Patienten vertreten können, nämlich die optimale Pflege gleichzeitig von Körper und Geist.

Adresse des Autors: Dr. med. J. Imfeld, Arzt für allg. Med. FMH, Quellgasse 2, CH-2502 Biel BE (Schweiz)

Diskussion:

PETER FISCHER (Bern) an O. Gsell:
Fischer dankt Prof. Gsell für den Hinweis auf das Interesse der IKS an den Richtlinien der Akademie. Wieso ist überhaupt die Heilmittelkontrolle angesprochen? Diese Frage bedarf hier einer kurzen Beantwortung.
Der Zusammenhang ergibt sich aus dem Auftrag der IKS, die Heilmittel zu registrieren und zwar als Voraussetzung für ihre Zulassung in den Kantonen. Im Mittelpunkt der Registrierung steht die Begutachtung, d.h. die Beurteilung des ganzen Wirkungsspektrums eines Pharmakons, positiv und negativ.
Die Begutachtung fusst auf der von der betreffenden Firma eingereichten wissenschaftlichen Dokumentation und wird von einer medizinischen Expertengruppe, dem sog. Begutachtungskollegium, vorgenommen. Die Anforderungen an die Dokumentation sind in den Registrierungsrichtlinien von 1977 festgelegt und zwar von der Analytik über die Pharmakologie bis zur Klinik.
Die Fragen der klinischen Prüfung sind in den letzten Jahren virulenter denn je. Deshalb hat sich auch die WHO damit befasst und zwar das Regional Office für Europa in einem Zyklus von 6 Tagungen in Deidesheim.
Der Sprechende besuchte zwei Tagungen. Ueberraschend für ihn war dabei, wieweit schon heute auf der Behörde-Ebene verschiedener europäischer Länder der Erlass von behördlichen Richtlinien für die Durchführung von klinischen Prüfungen am Menschen virulent und akut ist. Auch wir in der Schweiz sind mit diesem Fragenkomplex konfrontiert. Unser schweizerischer Weg ist und war schon immer: Solange eine Eigeninitiative der in der Verantwortung direkt angesprochenen Kreise vorhanden ist, besteht keine Veranlassung zu behördlicher Intervention. Die Richtlinien der Akademie geben schweizerischerseits eine Antwort in der Konfrontation. Darin liegt ihr grosser Wert und dafür danken wir. Dank auch für die Möglichkeit der Mitarbeit in der kleinen Gruppe, die wir sehr zu schätzen wissen. Sie möge auch in Zukunft fortbestehen; denn auch wir in der Schweiz müssen damit rechnen, dereinst zum Erlass behördlicher Richtlinien gezwungen zu werden.
Das ist übrigens bereits im tierexperimentellen Bereich über die sog. GLP (good laboratory practice) der FDA (USA) geschehen. Unser Botschafter in Washington hat kürzlich ein sog. "Memorandum of Understanding" zwischen den USA und der Schweiz unterzeichnet, als Vorstufe für ein späteres Abkommen. Wenn schon Regeln für die Versuche am Tier aufgestellt werden, ist der Schritt zu Regeln über die Prüfung am Menschen klein und naheliegend. Mit anderen Worten: der "good laboratory practice" wird über kurz oder lang die "good clinical practice" (GCP) folgen. Anzeichen dafür bestehen bereits. Wenn der Zeitpunkt dann effektiv gekommen ist, werden uns die Richtlinien der Akademie eine wertvolle Hilfe sein. Dafür sei noch einmal gedankt.

G. RITZEL (Basel) an O. Gsell:
Die Zusammensetzung sog. ethischer Kommissionen scheint mir sehr wichtig. Ethik ist ja ein eminent philosophischer Begriff und kann kaum von Aerzten allein - auch nicht mit juristischer Hilfe - "gehandhabt" werden.
Wer also sollte Aerzten zu Hilfe kommen (im Sinne von Richtlinien der SAMW), um ihrer hohen Zielsetzung zu genügen?
- Assistenten statt Chefärzte?
- Schwestern, Pfleger?
- Patienten?
- Gesunde Laien? Kommunikationsfachleute?
- Eltern (für pädiatrische Fragen)?
- (Moral-)Theologen?

Eine künftige Analyse der Aktivität und der Effizienz ethischer Kommissionen in regelmässigen Abständen wäre erwünscht.

ETTORE ROSSI (Bern) an O. Gsell:
Ich bin überzeugt, dass unter den Mitgliedern der Ethischen Kommission auch eine Mutter oder ein Vertreter der Patienten (also nicht eine medizinische oder paramedizinische Person) dabei sein sollte.
Die Ethische Kommission der Kinderklinik besteht seit etlichen Jahren; eine Mutter ist seit langer Zeit Mitglied unserer Kommission, und dies hat sich zweifellos bewährt.

E. SEIDLER (Freiburg i.Br.) an O. Gsell:
Gibt es bereits Erfahrungen über das Echo auf die Arbeit der Ethik-Kommissionen?
Wie schützt sich eine solche Kommission vor Befürchtungen, zum Zensor oder zum Alibi zu werden?

JEANNE HERSCH à O. Gsell:
Je vous avoue que j'ai beaucoup de peine à croire que le fait d'être assuré financièrement puisse décourager un malade de faire le nécessaire pour récupérer l'usage de ses pieds et de ses mains. Si cela était vrai, il faudrait supposer que son travail ordinaire est bien abominable!
Maintenant je reconnais qu'il y a de nombreux abus dans le fonctionnement de la sécurité sociale. Mais cela ne me paraît en aucune façon une raison de la supprimer. Ce qu'il faut faire et qu'on ne fait pas, c'est éduquer les gens en vue de la sécurité sociale, leur faire comprendre ce qu'elle est, comment elle fonctionne, et qu'elle doit être respectée. Or cela ne se fait pas. Cela devrait se faire déjà à l'école!

O. GSELL (St. Gallen) an G. Ritzel, E. Rossi, E. Seidler:
Die Zusammensetzung der medizinisch-ethischen Kommissionen, nach denen sich die Herren Ritzel, Rossi und Seidler erkundigen, lässt manche Varianten wählen. Einerseits ist sie nicht für jedes Krankenhaus oder Institut gleich, sondern hängt sehr von dessen Bestimmung ab. In einer medizinischen Universitätsklinik sind es vor allem Forschungsprojekte mit pharmakologischen Problemen, die eine genaue Beurteilung erfordern, in einer Kinderklinik ganz andere Fragen, wo neben Aerzten, sowohl aus Klinik wie aus Praxis, stets auch Frauen, Mütter von Kindern zuständig sind. In einer psychiatrischen Anstalt, wo heute oft die Medikamentenerprobung wichtig ist, sollen neben den zuständigen Aerzten das Pflegepersonal und Psychotherapeuten vertreten sein. Oft sind auch Mitglieder der Spitalverwaltung oder juristische Personen miteinzubeziehen. Anderseits ist stets zu bedenken, dass es eine medizinisch-ethische Kommission ist, wo also die ärztliche Bewertung der Probleme im Vordergrund stehen. Deshalb braucht es vor allem erfahrene Aerzte, nicht Assistenten und mit der Ausnahme von Abteilungen von chronischen Krankheiten auch nicht Patienten, wobei anzunehmen ist, dass auch jeder Arzt und jede Schwester einmal Patient war.
Für die Zentrale medizinisch-ethische Kommission der Schweizerischen Akademie wurden sowohl Aerzte wie Laien, darunter Vertreter der Rechtswissenschaft, der Pflegeberufe und der verschiedenen Sprachgruppen der Schweiz im Organisationsreglement vorgesehen. Wesentlich erscheint, dass stets von den Kommissionen Experten zugezogen werden können, da die Antworten ganz verschiedene Problemgebiete betreffen. Es wird bald mit dem Zuzug von Theologen, Psychologen, bald von speziellen Fachleuten und Personen aus der Gesundheitspolitik zu rechnen sein.

Die Effizienz der medizinisch-ethischen Kommissionen, die sich in den skandinavischen Ländern schon ganz eingelebt haben, hat sich in der Schweiz bereits bei medizinisch-pharmakologischen Fragen eindeutig bewährt, indem nicht wenige klinische Forschungsgesuche näher präzisiert, oft auch eingeschränkt oder zurückgestellt werden mussten. Allein schon die Aussprachen erwiesen sich als nützlich und belegen den Wert der eingehenden Information. In den Jahresberichten der Kommissionen sollte Einblick in die Tätigkeit der medizinisch-ethischen Kommission gegeben werden. Ihre Wirksamkeit erleichtert den so notwendigen Kontakt der Krankenhausärzte, der Pflegepersonen mit der Bevölkerung.

JEANNE HERSCH zu "Richtlinien":
Il faudrait peut-être, tout en élaborant des "Richtlinien", si nécessaires pour progresser vers un consensus médical, indiquer les limites de ces "Richtlinien", en préciser la portée: elles ne concement que ce qui semble légitime ou interdit du seul point de vue des conséquences médicales. Mais au-delà d'elles, des conséquences d'un autre ordre se profilent, qui mettent en jeu une autre morale, au-delà de la morale purement médicale. Exemple: à supposer que tous les effets de l'insémination artificielle soient médicalement bons, un autre risque existe pour la société dans son ensemble: une banalisation générale de la naissance par sa technicisation.

P. FRITSCHE (Homburg/Saar) an J. Imfeld:
Seit Herbst 1978 führe ich an unserer Medizinischen Fakultät fakultative Lehrveranstaltungen unter dem Titel "Probleme im Grenzbereich zwischen Leben und Tod" durch, zu denen ich wiederholt auch Vertreter anderer medizinischer und aussermedizinischer Disziplinen (Philosophen, Juristen, Theologen) als Gastdozenten zugezogen habe. Das Interesse der Studenten und Kollegen unserer Fakultät an diesen Lehrveranstaltungen war bisher sehr gross, was auch die jeweils anschliessenden Diskussionen bewiesen haben. Dabei wurden oft gerade Fragen aus der ärztlichen Praxis aufgeworfen und erörtert. Im Sommersemester 1980 wird die Veranstaltung den Titel "Fragen ärztlicher Ethik" tragen. Obligatorische Lehrveranstaltungen zur medizinischen Ethik gibt es in Deutschland leider noch nicht.