

Markus Zimmermann-Acklin

Zur Bedeutung der ärztlichen Gewissensentscheidung bei der Allokation knapper Güter

Kontrolle ist in Vertrauen einzubetten, wie Hufeland es gefordert hatte. [...] Dazu mag etwa gehören: [...] dass ich als Arzt mehr der feministischen Moralphilosophie folge, nach der die Verteilungsgerechtigkeit zwischen selbstbestimmten Individuen in der Verantwortung und Sorge (care) für mein Gegenüber, für den Andern eingebettet ist [...].¹

Hence, a conscientious physician ought to aim, first and foremost, to help her patients. To use a common phrase, a conscientious physician ought to exhibit 'fidelity to the interests of the individual patient'.²

1 Ressourcenknappheit und ärztliches Ethos – zur Problemstellung

Die Einführung ökonomischer Steuerungselemente in der Gesundheitsversorgung, beispielsweise die Abrechnung ärztlicher Leistungen nach Fallpauschalen, die Einführung von Managed Care oder die Berücksichtigung der Kosteneffektivität medizinischer Maßnahmen, deuten auf die zunehmende Herausforderung der Allokation knapper Güter im Gesundheitswesen hin. Der damit verbundene finanzielle Druck verändert nicht zuletzt auch die Beziehung zwischen Arzt und Patient bzw. Ärztin und Patientin, auch wenn dies aus Sicht des traditionellen Ärzteethos nicht der Fall sein sollte. Nicht zufällig sind Allokationsfragen, meist unter dem Globalbegriff der negativ konnotierten „Ökonomisierung der Medizin“, in den letzten Jahren auch zum Gegenstand der deutschsprachigen medizin- bzw. gesundheitsethischen Debatten geworden.³

In einem wichtigen Punkt unterscheiden sich alloka-tionsethische Beiträge von vielen anderen medizinethischen Überlegungen: Geht es um die gerechte Verteilung der vorhandenen Ressourcen, werden unterschiedliche Entschei-

1 K. Dörner, *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*, Stuttgart 2001, 21.

2 N. Tavaglione/S. A. Hurst, *Why Physicians Ought to Lie for Their Patients*, in: *Am J Bioeth* 12,3 (2012), 6.

3 In den USA haben entsprechende Debatten bereits in den siebziger und achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts begonnen, vgl. den guten Überblick in G. Marckmann/P. Liening/U. Wiesing (Hg.), *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*, Stuttgart 2003.

dungsebenen, deren Interdependenzen und, damit verbunden, auch verschiedene Perspektiven und Rationalitäten (Denkweisen) wichtig. So ist es ein gravierender Unterschied, ob auf der Ebene des Krankenhausmanagements im Rahmen einer Neuausrichtung der Institution darüber entschieden wird, bestimmte Leistungen abzubauen, ob auf politischer Ebene bei der Festlegung zukünftiger Schwerpunkte der Gesundheitsversorgung beispielsweise über den Ausbau von Palliative Care zuungunsten anderer Aufgaben beraten wird, oder ob von einem Behandlungsteam am Krankenbett erwogen wird, einer Patientin eine für sie nur bedingt nützliche, jedoch sehr teure Maßnahme anzubieten oder nicht. Aspekte der klinischen, Organisations-, Management- und politischen Ethik sind zwar zunächst getrennt zu untersuchen, müssen anschließend aber zusammengeführt werden, um realistische Handlungsszenarien entwerfen zu können. Entscheidungen am Krankenbett lassen sich angemessen nur im Kausalzusammenhang mit Entscheidungen auf der institutionellen Meso- und der politischen Makroebene verstehen und beurteilen. Wenngleich es legitim und auch nötig ist, zunächst einmal nur eine der Entscheidungsebenen näher zu beleuchten, wie es im Folgenden geschieht, bleibt stets im Hinterkopf zu behalten, dass Entscheidungen auf einer Ebene in der Regel komplementäre Maßnahmen auf den anderen Ebenen notwendig machen. Entscheidet sich beispielsweise ein Behandlungsteam, eine neue und kostenintensive Maßnahme, zum Beispiel eine Chemotherapie, eine Beatmungstechnik oder spezielle neurochirurgische Eingriffe bei Tumorpatienten für alle behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten einzuführen, bedarf es korrespondierender Umverteilungsmaßnahmen auf der institutionellen (zum Beispiel den Verzicht auf ebenfalls erwünschte zusätzliche Intensivbetten) und/oder der politischen Ebene (zum Beispiel Verzicht auf den Neubau einer Schule oder eine Steuererhöhung). Die traditionell vertretene Aufgabenteilung sieht vor, dass sich ein Arzt bei seinen Entscheidungen durch die Bedürfnisse eines einzelnen Patienten leiten lässt, ein Krankenhausmanager an den möglichst positiven Jahresabschluss und den ausgewogenen Ausgleich unterschiedlicher Einzelinteressen denkt, während eine Politikerin angemessen zwischen unterschiedlichen (sozial-)politischen Bedürfnissen abwägen und insbesondere das Problem der Opportunitätskosten im Auge behalten sollte. Diese Aufteilung scheint heute aufgrund der vielen neuen und oftmals kostenintensiven Möglichkeiten in der Medizin nicht mehr so recht zu funktionieren.

Dazu kommt, dass in den letzten Jahren das Nachdenken über das ärztliche Selbstverständnis, die ärztliche Identität und das damit verbundene ärztliche Ethos in der Medizinethik offensichtlich vernachlässigt wurde. Gründe dafür waren sicherlich der Nachholbedarf in Sachen Patientenautonomie, aber auch Tendenzen zur Spezialisierung und Verrechtlichung ärztlichen Handelns in den Hochlohnländern der Welt. In der Schweiz beispielsweise wurden in den letzten

Jahren viele Bereiche ärztlichen Handelns rechtlich verbindlich gemacht, die bisher lediglich in ethischen Richtlinien geregelt waren. Jüngstes Beispiel ist das Gesetz zur Regelung der Forschung am Menschen (HFG, Humanforschungsgesetz), das voraussichtlich 2014 in Kraft treten wird, in welchem große Teile des traditionellen ärztlichen Ethos gesetzlich eingefordert werden und durch Ethikkommissionen zu prüfen sind.⁴ Schwierige ärztliche Entscheidungen, schwindende intuitive Gewissheiten infolge der Globalisierung und Technisierung, allem voran aber die Demontage der ärztlichen Autorität in der Gesellschaft⁵ haben zu einem wiedererwachten Interesse an Fragen der ärztlichen Identität geführt. Bereits vor einigen Jahren erhob K. Dörner in gleichsam prophetischer Manier seine Stimme gegen eine hoffnungslos einseitige Medizinethik, welche das wichtigste, nämlich die ärztliche Grundhaltung, ignorierte:⁶ Gängige Medizinethiken bezeichnete er als „Propf-Ethiken“, die den Ärztinnen und Ärzten, nachdem diese zunächst demontiert und zu moralischen Monstern gemacht, von Außen übergestülpt worden wären.⁷ Dagegen verlangte er, dass eine Medizinethik von der alltäglichen Sittlichkeit einer Ärztin bzw. eines Arztes oder auch des ärztlichen Standes ausgehend entwickelt werden sollte und zudem in diese Moralität eingebettet bleiben solle, wobei auch ihm im Sinne einer ethischen Gleichgewichtstheorie klar war, dass eine „Ethik von unten“ nicht ohne eine „Ethik von oben“ zu haben ist.⁸

Mit Blick auf einen angemessenen Umgang mit der Ressourcenknappheit auf der Mikroebene bzw. am Krankenbett wird die ärztliche Gewissensentscheidung insofern zum Thema, als die ärztliche Grundhaltung, Anwalt einer Patientin oder eines Patienten und deren Bedürfnisse zu sein, mit der Aufgabe, vorhandene Ressourcen auf unterschiedliche Patienten sowie Patientengruppen gerecht zu verteilen, in Konflikt geraten kann. In den Fachdiskursen weitgehend unbestritten ist heute, dass trotz bestehender Überbehandlungen und der Verschwendung von Mitteln angesichts der zunehmend vorhandenen, teilweise enorm kostenintensi-

4 Vgl. die Angaben zum Legiferierungsprozess auf der Website des Bundesamts für Gesundheit (BAG): <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00701/00702/07558> (Zugriff am 23.8.2013).

5 Vgl. dazu kurz und prägnant O. Oelz, *Antreten zur Visite. Ein stolzer Stand verliert das Elitäre, wird gewöhnlich und verbeamtet. Aus Berufung wird Job. Die Bilanz eines ehemaligen Chefarztes*, in: *NZZ Folio* vom Juni 2010, Nr. 6, 24–28, bzw. das gesamte *NZZ Folio* von Juni 2010 zum Thema „Die Ärzte. Ein Berufsstand wird seziert“.

6 Vgl. K. Dörner, *Der gute Arzt*.

7 Vgl. K. Dörner, *Der gute Arzt*, 9.

8 Vgl. K. Dörner, *Der gute Arzt*, 9. Zur Methode einer ethischen Gleichgewichtstheorie („reflective equilibrium“) vgl. T. L. Beauchamp/J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 2013, 404–410 (in früheren Ausgaben des Lehrbuchs von den Autoren auch als ethischer Kohärenzismus bezeichnet).

ven Möglichkeiten der modernen Medizin eine Situation der Knappheit entstanden ist, die es unmöglich macht, allen alles zu geben.⁹ Vorauszuschicken ist, dass das Gewissen keine normgebende, sondern eine Prüfungs- und Weisungsinstanz ist, welche ein bestimmtes, autonom oder autoritär vorgegebenes Set von Normen voraussetzt.¹⁰ „Das Gewissen ist so etwas wie die sittliche Identität des Menschen, die diesem in relativer Eigenständigkeit Verantwortung zuweist.“¹¹ Im Sinne dieses Zitats von D. Mieth geht es um eine Instanz im Menschen, die vorausschauend prüft, ob eine Entscheidung mit den vorausgesetzten Idealen und Normen übereinstimmt, oder die sich im Nachhinein in Form des berühmten „schlechten Gewissens“ meldet, wenn eine bereits geschehene Handlung offensichtlich mit internalisierten Vorstellungen des beruflichen Ethos kollidiert.

Obgleich eine enge Verbindung zwischen Gewissen und Ich-Ideal, ärztlichem Selbstverständnis und Ethos besteht, setzt die Prüfung der Frage, inwieweit die Allokationsaufgabe das ärztliche Gewissen herausfordert, normative Überlegungen zur gerechten Allokation am Krankenbett sowie evaluative Erwägungen zu Vorstellungen zum ärztlichen Ethos voraus. Im Zentrum steht dabei die folgende Frage: Lässt sich das ärztliche Ethos der Sorge um individuelle Patientinnen und Patienten mit den Aufgaben einer gerechten Ressourcenverteilung und den damit verbundenen Leistungsbegrenzungen vereinbaren? Zugespitzt formuliert: Können Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig Anwalt ihrer Patienten und des Krankenhausbudgets sein?

2 Ärztliches Ethos und Leistungsbegrenzungen – ein Widerspruch?

Die Musterberufsordnung der deutschen Bundesärztekammer sieht zu Beginn im sogenannten „Gelöbnis“ vor, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf in Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.¹² Auch die Standesordnung der Schweizerischen Ärzteverbundung FMH fordert, dass Ärzte und Ärztinnen keine Handlungen vornehmen, die sie mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren können sowie alle

⁹ Vgl. M. Zimmermann-Acklin, „When not all services can be offered to all patients“ – Ethische Überlegungen zur Finanzierung medizinischer Maßnahmen bei Patienten am Lebensende, in: G. Duttge/M. Zimmermann-Acklin (Hg.), *Gerecht sorgen – Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende*, Göttingen 2013, 177–200.

¹⁰ Vgl. H. Reiner, Art. Gewissen, in: *HWP*, Bd. 3, Basel 1974, 574–592.

¹¹ D. Mieth, Art. Gewissen/Verantwortung, in: P. Eicher (Hg.), *NHThG*, Bd. 2, München 1991, 222.

¹² Vgl. Bundesärztekammer, (Muster-)Berufsordnung, in: U. Wiesing (Hg.), *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*, Stuttgart 2012, 82.

Patientinnen und Patienten mit gleicher Sorgfalt und ohne Ansehen der Person zu betreuen haben.¹³ E. Pellegrino war der Meinung, dass ein gewissenhafter Arzt stets von den Bedürfnissen seines individuellen Patienten ausgehen und dessen Wohl im Normalfall sogar altruistisch über das eigene stellen sollte.¹⁴ Auch im Zusammenhang mit der Rationierungsdebatte forderte der 2013 im Alter von 92 Jahren verstorbene, mit der katholischen Tradition vertraute US-amerikanische Philosoph und Medizinethiker im Fall eines Konflikts zwischen systemischen Zwängen und individuellen Ansprüchen eines Patienten die altruistische Aufgabe ärztlicher Eigeninteressen: „When the system harms the patient then the question of the physician’s primary agency arises. If he is primarily the patients advocate, agent and minister (rather than a bureaucratic pawn of the system), then he must protect the patient’s interests against the system even at some risk and damage to his own self-interest.“¹⁵ Für ihn hat die individuelle Patientin und deren Ansprüche stets Vorrang vor übergeordneten Interessen oder systemischen Zwängen, selbst wenn die Berücksichtigung dieser individuellen Ansprüche zu Nachteilen für den behandelnden Arzt führen sollte. Ähnlich sieht dies der Tübinger Medizinethiker U. Wiesing, wobei er ausblendet, dass Entscheidungen oberhalb der unmittelbaren Arzt-Patient-Beziehung zwangsläufig Konsequenzen für die ärztliche Vorgehensweise nach sich ziehen, insofern mögliche Leistungsbeschränkungen von einer Ärztin ihrer Patientin gegenüber erklärt und vor allem verantwortet werden müssen: „Hingegen ist dem Arzt auf keinen Fall die Verantwortung für Rationierungen zuzuschreiben, weil ihn dies in den Konflikt bringen würde, einzelnen Patienten zu schaden. Wenn Rationierungen im Gesundheitssystem für notwendig erachtet werden, dann sollte der Arzt diese Aufgabe von sich weisen. Die Instanz der Verteilung, der Kostenträger, sollte die Verantwortung für die Verteilung übernehmen und sie oberhalb der Arzt-Patient-Beziehung regeln.“¹⁶ Der inzwischen emeritierte Schweizer Herzchirurg P. Stulz beschreibt in seiner Stellungnahme zur Rationierungsdebatte aus ärztlicher Sicht zwar die zunehmenden Spannungen, die zwischen der ärztlichen Zuständigkeit für den Patienten und Aufgaben in der Ressourcenallokation bestehen, bleibt jedoch ebenfalls strikt

¹³ Vgl. Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), *Standesordnung FMH*, in: A. Bondolfi/H. Müller (Hg.), *Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag*, Basel 1999, 444 f.

¹⁴ Vgl. E. D. Pellegrino, *Der tugendhafte Arzt und die Ethik in der Medizin*, in: H.-M. Sass (Hg.), *Medizin und Ethik*, Stuttgart 1989, 52; dazu M. Zimmermann-Acklin, *Bioethik in theologischer Perspektive. Grundlagen, Methoden und Bereiche*, Freiburg i.Ue. ²2010, 77–85.

¹⁵ E. D. Pellegrino, *Rationing Health Care. The Ethics of Medical Gatekeeping*, in: *J Contemp Health Law Policy* 2 (1986), 31, hier zitiert nach N. Tavaglione/S. A. Hurst, *Why Physicians Ought to Lie for Their Patients*, 6.

¹⁶ U. Wiesing, *Ärztliche Verantwortung bei der Allokation*, in: U. Wiesing (Hg.), *Ethik in der Medizin*, 310.

der Meinung, dass Ärzte ausschließlich für den individuellen Patienten Partei zu ergreifen haben und die Rationierung von Leistungen vehement abzulehnen hätten.¹⁷ Soweit das historisch verankerte Idealbild oder Ich-Ideal einer Ärztin oder eines Arztes.

Die heutige ärztliche Realität hat sich weit entfernt von diesem Ideal. Nicht zufällig absolvieren heute viele Ärztinnen und Ärzte Zusatzausbildungen im Managementbereich. Es besteht eine Praxis der sogenannten impliziten Rationierung am Krankenbett, die aus ethischer Sicht insbesondere darum problematisch ist, weil sie auf intransparenten Kriterien beruht und diejenigen benachteiligt, die sich am wenigsten zu wehren wissen. Selbst P. Stulz erwähnt als gängige klinische Praktiken das Kaschieren oder Vorenthalten wichtiger Informationen beispielsweise zu Qualitätsunterschieden von Implantaten, die „Übersetzung“ ökonomischer Motive in medizinische Begründungen, die sich Ärzte aufgrund ihres Wissensmonopols erlauben könnten, sowie die Zeitnot bzw. den Personalmangel als beliebte Lösungsstrategien bei ökonomischen Engpässen im klinischen Alltag.¹⁸ In einer in Deutschland durchgeführten Studie konnte kürzlich für die onkologische Versorgung gezeigt werden, dass Ärztinnen und Ärzte durchschnittlich mehr Zeit für besser bezahlende Patientinnen und Patienten mit Privatversicherung als für diejenigen mit lediglich einer gesetzlichen Krankenversicherung aufbringen; da Zeit eine ausschlaggebende Voraussetzung für ärztliche Empathie darstellt, resultiert aus dieser Bevorzugung schließlich eine qualitativ hochwertigere medizinische Versorgung.¹⁹

Auch die in vier europäischen Ländern durchgeführte „Values at the Bedside Study“ hat Einblicke in alltägliche Rationierungsentscheidungen von Ärztinnen und Ärzten ermöglicht:²⁰ Auf die Frage, wie häufig ihre Patientinnen und Pati-

17 Vgl. P. Stulz, *Rationierung aus ärztlicher Sicht*, in: M. Zimmermann-Acklin/H. Halter (Hg.), *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*, Basel 2007, 148.

18 Vgl. P. Stulz, *Rationierung aus ärztlicher Sicht*, 151f. Er verweist dabei auf: E. Kuhlmann, *Im Spannungsfeld zwischen Informed Consent und konfliktvermeidender Fehlinformation: Patientenaufklärung unter ökonomischen Zwängen. Ergebnisse einer empirischen Studie*, in: *Ethik Med* 11 (1999), 146–161.

19 Vgl. M. Neumann/C. Scheffer/M. Wirtz/P. Heusser/C. Woopen/F. Edelhäuser, *Wie finanzielle Anreize die ärztliche Empathie beeinflussen. Eine Studie zur Perspektive onkologischer Patienten mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung*, in: G. Brudermüller/K. Seelmann (Hg.), *Zweiklassenmedizin?*, Würzburg 2012, 149.

20 Vgl. S. A. Hurst/S. C. Hull/G. Du Val/M. Danis, *Physicians' Responses to Resource Constraints*, in: *Arch Intern Med* 165 (2005), 639–644; S. A. Hurst/R. Forde/S. Reiter-Theil/A.-M. Slowther/A. Perrier/R. Pegoraro/M. Danis, *Physicians' views on resource availability and equity in four Eu-*

enten während der letzten sechs Monate eigentlich notwendige Leistungen nicht erhalten hätten, antworteten die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte, sie hätten dies durchschnittlich einmal im Monat erlebt. Als Beispiele genannt wurden das Fehlen indizierter Rehabilitationsmaßnahmen, von Pflegeheimplätzen, mangelnder Zugang zu Spezialisten und eine mangelhafte Lebensende-Versorgung. Zudem hat sich herausgestellt, dass geistig eingeschränkte Personen, chronisch Kranke sowie Patientinnen und Patienten, welche teure Behandlungen benötigten, stärker benachteiligt werden als andere.²¹ Ein weiteres und auf den ersten Blick verblüffendes Ergebnis besteht darin, dass der Rationierungsdruck auf die Behandlungsteams in denjenigen nationalen Kontexten am stärksten empfunden wird, in welchen die meisten Ressourcen zugänglich sind und die wenigsten Regelungen bestehen.²² Hier wird deutlich, dass die Allokationsproblematik in den Hochlohnländern der Welt in erster Linie Folge der zunehmenden medizinischen Möglichkeiten und des zunehmenden Wohlstands ist. Stimmt diese Analyse, dann wird sich bei gleichbleibendem Fortschritt und Wirtschaftswachstum der Druck am Krankenbett, Behandlungen zu begrenzen, in Zukunft weiter verstärken.

Von einem typischen Rationierungsbeispiel aus dem ärztlichen Alltag berichtet der US-amerikanische Arzt und Ethiker P. A. Ubel unter dem vielsagenden Titel „Confessions of a Bedside Rationer“:²³ Während der Behandlung eines Patienten, der über lang anhaltendes Kopfweg klagte, erwog er zusammen mit dem Patienten die Möglichkeit, eine Computertomographie (CT) zu erstellen. Schließlich entschieden sie sich gemeinsam zugunsten einer alternativen Vorgehensweise, nämlich zunächst ein Medikament abzusetzen, das der Patient seit einiger Zeit einnahm und welches die Kopfschmerzen eventuell mit verursacht haben könnte. Ein CT behielten sie sich als eine später eventuell sinnvolle Möglichkeit vor. Für den Arzt war im Nachhinein klar, dass er allein aus Kostengründen auf das CT verzichtet hatte: Hätte er das Ergebnis einer solchen Aufnahme auf kostengünstige Weise erhalten können, hätte er auf jeden Fall zugunsten einer solchen Maßnahme entschieden. Zudem machte er dieses Motiv im Gespräch mit

European health care systems, in: *BMC Health Serv Res* 7 (2007), 137 (www.biomedcentral.com/1472-6963/7/137; Zugriff am 23.8.2013).

21 Vgl. S. A. Hurst/R. Forde/S. Reiter-Theil/A.-M. Slowther/A. Perrier/R. Pegoraro/M. Danis, *Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems*.

22 Vgl. S. A. Hurst/R. Pegoraro/A.-M. Slowther/A. Perrier./R. Forde/S. Reiter-Theil/M. Danis, *The Values at the Bedside Study. What Can We Learn From Physicians' Perceptions of and Contribution to Rationing in Four European Health Systems?*, Unpublished Symposium Paper, Brocher Foundation, Geneva, July 2009, 10.

23 Vgl. P. Ubel, *Confessions of a Bedside Rationer: Commentary on Hurst and Danis*, in: *Kennedy Inst Ethics J* 17 (2007), 267–269.

seinem Patienten nicht explizit, sondern verbarg die Kostengründe hinter medizinischen Erklärungen.

Widersprüche zwischen dem ärztlichen Ideal der alleinigen Ausrichtung an den Bedürfnissen der Patientinnen bzw. Patienten und den Ansprüchen eines verantwortlichen Umgangs mit knappen Ressourcen liegen heute auf der Hand. In den Grundsätzen der FMH-Standesordnung selbst ist zu lesen, dass Ärztinnen und Ärzte das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen hätten, womit nicht nur an eine bestehende gesetzliche Regelung im Krankenversicherungsgesetz (KVG) erinnert, sondern gleichzeitig ein gewisser Realitätssinn angemahnt wird.²⁴ Wenigstens erwähnt werden muss, dass Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Handeln legitimer Weise immer auch ökonomische Interessen, beispielsweise die Erwirtschaftung ihres Einkommens, verfolgen, die durchaus in Widerspruch zu Patienteninteressen, ganz sicher aber zu dem von E. Pellegrino geforderten Altruismus-Ideal treten können.²⁵ Diese Thematik soll hier aber nicht weiter verfolgt werden.

Welche Strategie können und sollen Ärztinnen und Ärzte in der angesprochenen Konfliktsituation zwischen Patienteninteressen und übergeordneten ökonomischen Zwängen verfolgen? Es bestehen folgende drei idealtypische Handlungsmöglichkeiten:

1. Sie verweigern die Berücksichtigung übergeordneter ökonomischer Aspekte und richten sich einzig an den individuellen Interessen und Bedürfnissen ihrer Patientinnen und Patienten aus. Dies könnte soweit führen, dass sie für den Fall, dass eine Versicherung eine in ihren Augen notwendige Behandlung nicht zu bezahlen bereit ist, eine moralische Pflicht zur Lüge gegenüber einer Krankenversicherung hätten.²⁶ Diese Möglichkeit erscheint *prima vista* naiv und mit Blick auf die Folgen – die Versicherungen würden solche ‚leanell identifizieren eln. DelVG) inn ksichtigt wund nennt sie eine viel zu allgemeine Pfadfinderregel)nikatives Handeln. Delücken‘ rasch identifizieren und wirksame Gegenmaßnahmen schaffen – auch praktisch untauglich zu sein.²⁷

²⁴ Vgl. Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), *Standesordnung FMH*, 444.

²⁵ Vgl. dazu beispielsweise mögliche Interessenkonflikte, die zwischen Ärzteschaft und Pharmaindustrie handlungsleitend werden können, angesprochen in den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie*, Basel 2013 (www.samw.ch; Zugriff am 23.8.2013).

²⁶ Diese Pflicht zu lügen wird in Ausgabe 3/2012 des *Am J Bioeth* ausführlich diskutiert, vgl. den zustimmenden Hauptartikel von N. Tavaglione/S. A. Hurst, *Why Physicians Ought to Lie for Their Patients*, und das skeptische Editorial von H. Morreim, *Dodging the Rules, Ruling the Dodgers*, in: *Am J Bioeth* 12,3 (2012), 1–3.

So auch H. Morreim, *Dodging the Rules, Ruling the Dodgers*.

2. Sie lassen sich in ihren Entscheidungen in erster Linie von übergeordneten ökonomischen Ansprüchen (Systemvorgaben) leiten und finden Mittel und Wege, diese Haltung auch strategisch umzusetzen. In der Literatur wird eine mögliche Methode unter dem Begriff „muddling through elegantly“, dem eleganten Durchwursteln, ethisch kontrovers diskutiert.²⁸ Dieses Vorgehen erscheint unter anderem daher gefährlich, weil das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Patientin massiv gestört werden kann und letztlich Willkür- und Zufallsentscheide gefällt würden.
3. Die wählen ein pragmatisches Vorgehen, bei welchem sowohl die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten als auch übergeordnete Ansprüche einer gerechten Allokation verfolgt und somit Kompromisslösungen gesucht werden, welche ärztliche Erfahrung, Urteilskraft und Einfallsreichtum mit der Berücksichtigung öffentlich ausgehandelter Regeln kombiniert. Dieses dritte Vorgehen scheint aus ethischer Sicht am ehesten vertretbar zu sein.

Um die spontane Einschätzung einsichtiger zu machen, wird im nächsten Schritt die Knappheitsproblematik näher beleuchtet und analysiert, auf welche die genannten Strategien zu reagieren versuchen.

3 Knappheitsproblem und Verteilungskriterien – eine kurze Analyse

Auch wenn aufgrund der teilweise enormen Gewinne, die heute im System der Gesundheitsversorgung erwirtschaftet werden, der Vorwurf einer Überformung des medizinischen (inklusive ärztlichen) Handelns durch ökonomische Kalküle und Ziele unter dem Stichwort „Ökonomisierung der Medizin“ durchaus zu Recht erhoben wird²⁹, lässt sich die Erfahrung von Ressourcenknappheit und der damit entstehende Handlungsdruck nicht vorschnell mit diesen Vorgängen identifizieren und negativ beurteilen. Versuche von Ärzten und Ärztinnen, auch unter Berücksichtigung ökonomischer Effizienzkriterien auf diese Verteilungsprobleme zu

²⁸ Vgl. die differenzierte Diskussion bei J. H. Sommer, *Muddling Through Elegantly. Rationierung im Gesundheitswesen*, Basel 2001.

²⁹ Als Folge befürchtet A. Manzeschke eine Umkehrung der Zweck-Mittel-Relation, so dass Geld nicht mehr als Mittel zur Versorgung Kranker, sondern die Versorgung Kranker zwecks Optimierung von Gewinnen eingesetzt würde, vgl. A. Manzeschke, *Zum Einfluss der DRG auf Rolle und Professionsverständnis der Ärztinnen und Ärzte*, in: *SGEBulletinSSEB* 59/2009, 11–13.

reagieren, sind daher nicht per se als Symptom einer Gefährdung des traditionellen ärzteethos zu verstehen.³⁰ Bei der Allokationsfrage geht es letztlich um das klassische Problem der Verteilungsgerechtigkeit, welches sich angesichts der vorgegebenen Knappheit aller Ressourcen grundsätzlich in jedem nationalen Gesundheitssystem stellt, wenn dies auch angesichts der weltweit ungleich verteilten Mittel auf sehr unterschiedlichen Versorgungsniveaus geschieht.

In den Hochlohnländern der Welt sollte eine Problemanalyse bei den unerhörten Erfolgen der medizinischen Forschung, den daraus resultierenden, stetig zunehmenden und teilweise sehr teuren ärztlichen Handlungsmöglichkeiten und dem seit Jahrzehnten steigenden wirtschaftlichen Wohlstand ansetzen. In dieser Herangehensweise erweist sich das Allokationsproblem in erster Linie als Folge grundsätzlich *erwünschter* Ursachen, gleichsam als ein aufgrund des Erfolgs systemintern hervorgerufenes Problem, das darum manchmal – ebenfalls vereinfachend und einseitig wertend – anhand des Begriffs der „Fortschrittsfalle“ beschrieben wird. Gemäß dieser Sichtweise lässt sich der zunehmende Druck auf Behandlungsteams, Leistungen am Krankenbett begrenzen zu müssen, nicht in erster Linie auf einen Mangel an Solidarität, Ungleichbehandlungen oder ungerechte politische Entscheidungen zurückführen.

Darüber hinaus häufig für den Rationierungsdruck angeführte Kausalursachen wie die demographische Entwicklung, der Mangel an ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal und die zunehmenden individuellen Ansprüche der so genannten Baby-Boomer an das System der Gesundheitsversorgung sind aus heutiger Sicht noch sekundär, da sie sich voraussichtlich erst mittel- und langfristig auswirken werden. Auch wenn diese Ursachen in den gegenwärtigen Konflikten noch eine untergeordnete Rolle spielen, dürfte insbesondere der Mangel an Fachpersonal und die zunehmende Pflegebedürftigkeit von Menschen in sehr hohem Alter dazu beitragen, dass der Rationierungsdruck in den nächsten Jahren auf allen Ebenen zunehmen wird.

Angesichts dieser Entwicklungen, die als einen erwünschten Effekt eine seit Jahrzehnten ansteigende durchschnittliche Lebenserwartung mit sich bringt, wird die prima vista selbstverständliche Unterscheidung zwischen einer *existenziellen* und einer *hergestellten* Knappheit zunehmend klärungsbedürftig: Während das menschliche Leben stets begrenzt und die Lebenszeit schlechthin knapp ist, was aus individueller Sicht im Sinne einer existenziellen Knappheit schlicht anzuer-

30 Zu dieser Sichtweise tendiert der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio, vgl. z. B. G. Maio, *Hilfe nach Berechnung und Kalkül? Von der Infragestellung des sozialen Grundgedankens der Medizin durch die Ökonomie*, in: G. Brudermüller/K. Seelmann (Hg.), *Zweiklassenmedizin?*, 31–40.

kennen bleibt („*vitam brevem esse, longam artem*“³¹), wird aufgrund einer kriteriengeleiteten Ressourcenallokation Knappheit stets auch willentlich herbeigeführt, wobei es aus ethischer Sicht gilt, diese Verteilung möglichst gerecht zu gestalten. Auch wenn diese Unterscheidung notorisch unterbestimmt bleibt, wie beispielsweise in der zu Recht umstrittenen Rede von einer natürlich vorgegeben Lebensspanne im Rahmen der Debatten um die Altersrationierung deutlich wird³², ist ihre möglichst präzise Bestimmung für unsere Frage grundlegend, namentlich dann, wenn es um die Bestimmung von so genannten sinnlosen Maßnahmen („*futile treatments*“) geht. Falls in einer Entscheidungssituation am Krankenbett plausibel gemacht werden kann, dass die Anwendung einer bestimmten Maßnahme Ausdruck der Verdrängung menschlicher Endlichkeit und Angst vor der Konfrontation mit der Sterblichkeit ist, würde es verpasst, in einem humanen Sinn existenzielle Knappheit anzuerkennen und damit ein „gutes Sterben“ verhindert.³³ Wie komplex und schwierig diese Verständigungsprozesse sind, belegen beispielsweise neuere Ergebnisse der Palliative Care-Forschung, insofern gezeigt wurde, dass Patienten mit einem metastasierenden Lungenkrebs, welche *rechtzeitig* palliative Maßnahmen erhielten, nicht nur qualitativ besser und länger lebten als Patienten einer Vergleichsgruppe mit einer Standardversorgung, sondern dass deren Behandlung gleichzeitig auch signifikant kostengünstiger war.³⁴

Steht dagegen nicht die Anerkennung menschlicher Endlichkeit, sondern die Verteilung endlicher Ressourcen zur Debatte, stehen die Verteilungskriterien zur Debatte. Werden diese öffentlich diskutiert und begründet, ist die Rede von *expliziter* oder geregelter Rationierung, werden sie von Ärztinnen und Ärzten am Krankenbett im Einzelfall getroffen, wird von *impliziter* Rationierung gesprochen. Im Schweizer Recht bereits etablierte Kriterien für Maßnahmen, die über Sozialversicherungen bezahlt werden, sind medizinische Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit

31 L. A. Seneca, *De brevitate vitae*, in: L. A. Seneca, *Philosophische Schriften*, Bd. 2, hg. von M. Rosenbach, Darmstadt 1971, 176 (Seneca zitiert hier Hippokrates), vgl. auch O. Marquard, *Zeit und Endlichkeit*, in: O. Marquard, *Endlichkeitsphilosophisches. Über das Altern*, Stuttgart 2013, 40–54; G. Maio (Hg.), *Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizinisch-technischer Gestaltbarkeit*, Freiburg i.Br. 2011.

32 Vgl. M. Zimmermann-Acklin, *Grenzen setzen? Altersrationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*, in: S. Schicktanz/M. Schweda (Hg.), *Pro-Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin*, Frankfurt a.M. 2012, 215–230.

33 Als Beispiel begegnet in der Literatur und in persönlichen Gesprächen immer wieder der manchmal fragliche Einsatz von Herzschrittmachern mit eingebauten Defibrillatoren, vgl. z. B. S. R. Kaufman/P. S. Mueller/A. L. Ottenberg/B. A. Koenig, *Ironic technology: Old age and the implantable cardioverter defibrillator in US health care*, in: *Soc Sci Med* 72 (2011), 6–14.

34 Vgl. J. Temel/J. A. Greer/A. Muzikansky et al., *Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer*, in: *N Engl J Med* 363 (2010), 733–742.

und Wirtschaftlichkeit. Verfassungsrechtlich kommen als Kriterien die Achtung der Menschenwürde und das daraus resultierende Verbot jeglicher ungerechtfertigter Ungleichbehandlung (Diskriminierung) als wesentliche Grundlagen für eine gerechte Behandlung hinzu. Die Berücksichtigung sozialer Kriterien wie dem Alter, der gesellschaftlichen Stellung eines Patienten oder des sozialen Nutzens einer Maßnahme sind daher ethisch zu Recht umstritten und in der Regel abzulehnen. Alle erwähnten Kriterien sind ethisch klärungsbedürftig, insbesondere das Verständnis und die Berücksichtigung der „Zweckmäßigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“ medizinischer Maßnahmen. Wie umstritten die Interpretation der Kosteneffektivität von Maßnahmen ist, hat beispielsweise die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zu Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen deutlich gezeigt: Beim Versuch, die beiden Kriterien der Gleichbehandlung und der Kosteneffektivität in ein vertretbares Gleichgewicht zu bringen, also eine strikt deontologische Ethik mit Nutzenüberlegungen zu verbinden, ist ein grundlegender Dissens zutage getreten.³⁵

Trotz dieser Probleme haben S. Hurst und M. Danis versucht, eine ethische Kriteriologie für Rationierungsentscheidungen am Krankenbett zu entwerfen, weil sie zu Recht davon ausgehen, dass Ärztinnen und Ärzte in der klinischen Praxis heute nolens volens mit der Aufgabe der Mittelbegrenzung konfrontiert werden.³⁶ Sie unterscheiden drei Möglichkeiten: Erstens Situationen akuter Knappheit, in welchen es im Sinne der Triage darum geht, beispielsweise darüber zu entscheiden, wer der Betroffenen ein verbleibendes Intensivbett erhält und wer nicht; zweitens Situationen, in denen aufgrund eines vorgegebenen Pauschalbudgets die Mittel allgemein limitiert und Begrenzungen darum unvermeidlich sind; drittens Entscheidungen, in welchen Ärzte der Meinung sind, dass der Nutzen einer Maßnahme für eine bestimmte Patientin in keinem Verhältnis zu den dafür aufzuwendenden Kosten steht.³⁷ In ihrer Kriteriologie kombinieren sie prozedurale und inhaltliche Elemente in folgenden sechs Bedingungen: Ärztinnen und Ärzte sollten (1) über eine generelle Kenntnis einschlägiger Gerechtigkeitstheorien verfügen, bei konkreten Entscheidungen aber gleichzeitig (2) individuelle Unter-

³⁵ Vgl. Deutscher Ethikrat, *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme*, Berlin 2011, vgl. darin das skeptisch-ablehnende Sondervotum der auf Allokationsfragen spezialisierten Philosophin W. Lübke (98–124); dazu M. Zimmermann-Acklin, *Deontologische und teleologische Begründungsfiguren am Beispiel von Nutzenbewertungen von Gesundheitsleistungen*, in: A. Holderegger/W. Wolbert (Hg.), *Deontologie – Teleologie. Normtheoretische Grundlagen in der Diskussion*, Freiburg i.Ue. 2012, 269–287.

³⁶ Vgl. S. Hurst/M. Danis, *A Framework for Rationing by Clinical Judgment*, in: *Kennedy Inst Ethics J* 17 (2007), 247–266, dazu: P. Ubel, *Confessions of a Bedside Rationer*.

³⁷ Vgl. S. Hurst/M. Danis, *A Framework for Rationing by Clinical Judgment*, 249f.

schiede bei Patientinnen und Patienten angemessen berücksichtigen; Entscheidungen sollten (3) auf Reziprozität, einer Balance zwischen Geben und Nehmen basieren, Entscheidungsprozesse sollten (4) konsistent und in jedem Fall gleich angewendet werden, sie sollten darüber hinaus (5) ausreichend explizit und für alle Betroffenen verständlich sein, schließlich (6) iterativ evaluiert und auf diese Weise verbessert werden.³⁸ Die Autorinnen betonen, dass die Anwendung dieser Kriterien praktikabel sein und auf klinisch brauchbaren Begründungsstrategien beruhen sollten. Genau diese Praxistauglichkeit bezweifelt jedoch P. A. Ubel in seinem kurzen Kommentar, aus dem bereits oben zitiert wurde:³⁹ Der Arzt und Medizinethiker findet es zwar wichtig, zu überlegen, wie den klinisch Tätigen bei Rationierungsentscheidungen konkret geholfen werden könne, stellt jedoch im Selbstversuch fest, dass er in seiner eigenen ärztlichen Praxis die genannten sechs Kriterien kaum beachtet. Einige Elemente hält er aus praktischen Gründen für nicht umsetzbar, die Idee, Entscheidungen den Betroffenen gegenüber explizit zu machen, überdies für fraglich, da die damit verbundenen Risiken, namentlich der drohende Vertrauensverlust zwischen Arzt und Patient, zu hoch seien.⁴⁰

4 Pragmatik – wie können und sollen Ärztinnen und Ärzte vorgehen?

Offensichtlich bieten weder die Verweigerung noch die Anpassung an Systemzwänge akzeptable ärztliche Strategien im Umgang mit den genannten Herausforderungen. Wie kann dann eine gewissenhafte ärztliche Haltung praktisch aussehen, welche sowohl die individuellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten als auch die überindividuellen Ansprüche einer gerechten Allokation bei Entscheidungen berücksichtigen? Zwei Beobachtungen sollen hier weiterhelfen.

Die erste besteht in einem methodischen Hinweis von L. M. Fleck:⁴¹ Ausgehend von der Feststellung, dass es Entscheidungsbereiche gebe, die sehr komplex seien, sich nicht überblicken ließen und zu viele Unsicherheiten in sich bergen würden, entwickelt der US-amerikanische Philosoph im Anschluss an J. Rawls die Theorie einer „nicht-idealen“ Gerechtigkeit, die jedoch angesichts der Unübersichtlichkeit der Verteilungsproblematik besser als bestehende Missstände und in

38 Vgl. S. Hurst/M. Danis, *A Framework for Rationing by Clinical Judgment*, 253–255.

39 Vgl. P. Ubel, *Confessions of a Bedside Rationer*.

40 Vgl. P. Ubel, *Confessions of a Bedside Rationer*, 269.

41 Vgl. L. M. Fleck, *Just Caring. Health Care Rationing and Democratic Deliberation*, Oxford 2009.

diesem Sinne in einem ausreichenden Maße gerecht sei („not perfectly just“, jedoch „just enough“⁴²). Auf dieser theoretischen Basis und anhand einer Fülle konkreter Beispiele aus dem klinischen Alltag sucht er zunächst nach Entscheidungen, die eindeutig gerecht und richtig waren, bei welchen beispielsweise grundlegende Kriterien wie medizinische Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit unbestritten erfüllt waren. Dem stellt er anschließend Fälle gegenüber, welche gewöhnlich oder intuitiv genauso eindeutig als ungerecht und falsch, als Verschwendung, sinnlos oder unwirtschaftlich beurteilt werden. Anschließend plädiert er dafür, Entscheidungen in der so entstehenden mittleren Grauzone genauer anzuschauen und sich sowohl in den medizinethischen als auch öffentlichen Debatten auf diese Fälle zu konzentrieren.⁴³ Mit dieser pragmatischen Vorgehensweise lenkt er die Aufmerksamkeit auf wirklich umstrittene Entscheidungen und Kriterien, vor allem aber verhindert er, dass Triage-Situationen – also Situationen mit absoluter Knappheit, die beispielsweise im Fall einer Grippeepidemie bei der Verteilung von Beatmungsplätzen in Intensivstationen eintreten können – als Ausgangsmodell für öffentliche Verteilungs- und Priorisierungsdiskurse gewählt werden. In Situationen absoluter Knappheit wird nämlich ungefragt ein utilitaristisches Maximierungskalkül zugrunde gelegt, das dem Grundsatz der Gleichbehandlung aller widerspricht und das darum in Situationen relativer Knappheit zu Recht auf Ablehnung stößt. Anstelle der Katastrophenszenarien geraten zum einen Fragen der *Angemessenheit* oder Proportionalität von Maßnahmen, zum andern *Sinnfragen* bzw. Fragen des guten Lebens ins Zentrum der Aufmerksamkeit: Ist es beispielsweise angemessen, bei einem hochaltrigen Patienten mit einer fortgeschrittenen Alzheimer-Demenz, der künstlich ernährt wird und voll pflegebedürftig ist, bei einem Nierenversagen eine Hämodialyse oder bei einer Tumorerkrankung mit einer Chemo- und Bestrahlungstherapie zu beginnen, weil damit eine Lebensverlängerung verbunden ist?

Die zweite Beobachtung betrifft die ärztliche Expertise. Erfahrene Ärztinnen und Ärzte verfügen typischerweise über eine besondere Problemlösungskompetenz. Sie müssen in ihrem Berufsalltag ständig Entscheidungen unter Unsicherheit und Zeitdruck fällen, wobei sie sich im Idealfall zum einen auf ihre mit der Zeit entstehende Sachkompetenz stützen, zum andern auf Grundhaltungen wie Einfühlbarkeit, Mitleid, Fürsorge, Gerechtigkeit, Maßhalten und Klugheit. Auf diese Weise entsteht eine durch Lebenserfahrung und praktische Übung geschulte *Urteilskraft*, die mehr beinhaltet als Intuition, Empfindung und Gefühl, wie T.

⁴² L. M. Fleck, *Just Caring*, 102.

⁴³ Vgl. L. M. Fleck, *Just Caring*, Kap. 4, bes. 108; ähnlich auch Morreim, *Dodging the Rules, Ruling the Dodgers*, 1.

Rehbock in Auseinandersetzung mit Entscheidungen in Grenzsituationen hervorhebt.⁴⁴ Diese Urteilskraft versetze vielmehr in die Lage, so die deutsche Philosophin, eine individuelle Situation im Horizont allgemeiner Normen umfassend wahrzunehmen, zu erkennen und zu beurteilen.⁴⁵ Die Bedeutung dieser ärztlichen Wahrnehmungs- und Problemlösungskompetenz für ethisch vertretbare Entscheidungen am Krankenbett wird in den politisch geprägten Rationierungsdebatten häufig unterschätzt oder ganz ausgeblendet. Diese in erster Linie praktisch erworbene Kompetenz ist besonders im erwähnten mittleren Graubereich erforderlich, in Entscheidungssituationen also, in welchen keine gesellschaftlich vereinbarten Regeln vorliegen oder in welchen die Relevanz bestehender Regeln für einen spezifischen Fall unklar ist.

5 Fazit

Die eingangs gestellte Frage, ob sich das ärztliche Ethos der Sorge um individuelle Patientinnen und Patienten mit Aufgaben einer gerechten Ressourcenverteilung und den damit verbundenen Leistungsbegrenzungen vereinbaren lässt, lässt sich aufgrund der angestellten Überlegungen zumindest insoweit beantworten, als Ärztinnen und Ärzte heute unweigerlich mit beiden Aufgaben konfrontiert werden. Falls die oben angestellte Analyse der Bedingungen für die am Krankenbett erfahrene Knappheit und den Rationierungsdruck zutrifft, sind beide ärztliche Aufgaben, sowohl das Eingehen auf die Bedürfnisse einzelner Patientinnen und Patienten als auch die Sorge um eine gerechte Verteilung der vorhandenen Mittel, Teil des ärztlichen Ethos und nicht einfach Widersprüche. Das, was ein kluger, einfühlsamer und gerechter Arzt jeden Tag bei der Verteilung seiner Aufmerksamkeit und Zeit auf unterschiedliche Patientinnen als Herausforderung erlebt, gilt auch für die Allokation anderer Ressourcen der Gesundheitsversorgung. Darum scheint weder eine Verweigerungshaltung noch eine vorschnelle Anpassung an systemische Ansprüche eine gute Lösung zu sein.

Die Alternative, nämlich ein gewissenhafter, gerechter und darum ethisch vertretbarer Umgang mit den unterschiedlichen ärztlichen Aufgaben, ist eine echte ethische Herausforderung, das Problem, das sich hier zusehends stellt, ein wirkliches moralisches Problem, welches die ärztliche Identität betrifft und Gewissensentscheide fordert. Das ärztliche Ideal der alleinigen Orientierung an den

⁴⁴ Vgl. T. Rehbock, *Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns*, Paderborn 2005, 263.

⁴⁵ Vgl. ebd.

Bedürfnissen der Patienten ist insofern zu ergänzen, allerdings nicht um utilitaristische Maximierungsstrategien oder ökonomisches Knowhow, sondern mit Gerechtigkeitssinn, dem Willen, Überlegungen zur Angemessenheit und zum Sinn von Maßnahmen zu erwägen und anzusprechen. Um diese Ansprüche reflektieren, diskutieren und im klinischen Alltag auf gute Weise etablieren zu können, bedarf es sowohl einer öffentlichen Debatte und politischer Entscheidungen als auch einer medizinethischen Auseinandersetzung um mögliche Kriterien, wie sie beispielsweise von S. Hurst, M. Danis und P. A. Ubel angestoßen wurde. Ärztliche Gewissensentscheide können diese deliberativen Aufgaben nicht ersetzen, sie sind vielmehr Voraussetzung zur Ausbildung des ärztlichen Gewissens.