

Stellungnahme

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin
und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer

„Ärztliche Behandlungen ohne Krankheitsbezug unter besonderer Berücksichtigung der ästhetischen Chirurgie“

Vorwort

Es steht zu vermuten, dass die Medizin in der Zukunft vermehrt in Bereichen tätig wird, bei denen es nicht mehr um die Behandlung von Krankheiten geht. Zum Teil verfährt die Medizin bereits so, man denke u. a. an die kosmetische Chirurgie. Es stellt sich damit die Frage, wie Ärzte und Ärzteschaft auf diese Entwicklung reagieren sollen. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer hat zu diesem Thema die vorliegende Stellungnahme verfasst. Sie hat sich dabei von dem Grundgedanken leiten lassen, dass auch ärztliche Tätigkeiten, die sich nicht der Behandlung von Krankheiten widmen, den zentralen Anforderungen des ärztlichen Ethos unterliegen. In diesem Sinne empfiehlt sie hohe Normen der Qualitätssi-

cherung. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer beabsichtigt auf diese Weise, zu einer dringend gebotenen Diskussion über einen wachsenden Bereich der modernen Medizin beizutragen.

Tübingen, im August 2012



Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing
Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission
bei der Bundesärztekammer

1. Einleitung

„Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.“ Mit diesem Satz bekräftigt das Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes ein Berufsbild, dem zufolge der Arzt¹ wegen Erkrankungen aufgesucht wird und ärztliche Beratungs-, Behandlungs- und Präventionsleistungen Krankheiten heilen, lindern oder verhindern sollen. Dieses Bild entspricht allerdings seit längerem nicht mehr der Realität. Ärzte sind zunehmend zu Anbietern von Leistungen geworden, die keinen eindeutigen Bezug zu Krankheit oder Gesundheit aufweisen. Dazu gehören Angebote zur Steigerung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit (u. a. im Sport), zur Steigerung des Wohlbefindens sowie zur Korrektur von alters- oder anderweitig bedingten Beeinträchtigungen der äußeren Erscheinung und der Lebensqualität. Beispiele sind die ästhetische Chirurgie, ästhetische Zahnbehandlungen, Verfahren zur Verbesserung von Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen, „Anti-Aging“ und „Lifestyle-Medizin“ u. a. Patienten werden durch diese Entwicklung mehr und mehr zu Kunden, Ärzte zu Anbietern von Dienstleistungen auf einem „zweiten Gesundheitsmarkt“. Durch diese Entwicklung geraten Ärzte zunehmend in einen Konflikt zwischen dem ärztlichen Berufsethos und ihren finanziellen Interessen. In ökonomischer Hinsicht versuchen viele Ärzte, sich neue Erwerbsquellen über das GKV-System hinaus zu erschließen.²

Derartige Behandlungen nehmen – wie insbesondere das Beispiel der ästhetischen Chirurgie zeigt – zu, nicht zuletzt aufgrund medizinischer Weiterentwicklungen, deren zunehmender Verfügbarkeit sowie der steigenden Nachfrage. Im Gegensatz zu ande-

ren Ländern sind in Deutschland allerdings weder verlässliche Daten über die Ärzte, die Behandlungen ohne Krankheitsbezug anbieten, verfügbar noch über Zahl und Art der entsprechenden Behandlungen.

Die Schätzungen der Zahl der in Deutschland vorgenommenen ästhetischen Eingriffe reichen von 300 000 bis 1 000 000 pro Jahr. Nach Hochrechnungen aus den Rückmeldungen ihrer Mitglieder gibt die Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e.V. an, dass sich von 2003 bis 2010 die Zahl der von den Mitgliedern dieser Gesellschaft durchgeführten ästhetischen Operationen zwischen 135 000 im Jahr 2003 und 171 000 im Jahr 2009 bewegt. Noch stärker gestiegen ist die Zahl der von den Mitgliedern dieser Gesellschaft gemeldeten Faltenbehandlungen. Hier hat sich die Zahl von 41 000 Behandlungen im Jahr 2003 auf 145 000 im Jahr 2009 erhöht.

Ein verantwortlicher Umgang der Ärzteschaft und der Gesellschaft mit ärztlichen Behandlungen ohne Krankheitsbezug erfordert grundsätzliche Überlegungen zu den Aufgaben des Arztes unter den Rahmenbedingungen der modernen Medizin. Diese Herausforderung stellt sich insbesondere angesichts der starken wirtschaftlichen Anreize zu Behandlungen dieser Art.

¹Mit den in diesem Text benutzen Personen- und Tätigkeitsbezeichnungen sind, auch wenn sie aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in einer Form auftreten, beide Geschlechter gemeint.

²Vgl. Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: Werbung und Informationstechnologie: Auswirkungen auf das Berufsbild des Arztes. www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.59

2. Staatliche Reglementierung

Bei realen oder vermeintlichen Gefahren für die Gesellschaft oder für einzelne Individuen wird vielfach der Ruf nach dem Gesetzgeber laut. Setzt der Staat allerdings autoritativ die Bedingungen fest, unter denen ärztliche Maßnahmen ohne Krankheitsbezug angeboten und erbracht werden dürfen, ist dies begründungsbedürftig, weil damit in die Grundrechte sowohl der Ärzte als auch der Nachfragenden eingegriffen wird. Aufseiten der Ärzte sind vor allem die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz [GG]) und die allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG), im Rahmen von Forschung auch die Wissenschaftsfreiheit (Art. 5 Abs. 3 GG) betroffen. Die Nachfragenden können sich zumindest auf ihr allgemeines Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) und ihre allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) berufen. Ein gesetzgeberischer Eingriff ist nur so weit gerechtfertigt, als er einem legitimen Ziel dient. Das Bundesverfassungsgericht hat als ein solches Ziel u. a. den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung anerkannt; sie ist gefährdet, wenn ärztliche Handlungen ohne Krankheitsbezug das körperliche oder seelische Wohl der Nachfragenden beeinträchtigen. Das Menschenwürde-Prinzip schließt darüber hinaus Behandlungen aus, die den Behandelten nachhaltig und erheblich schädigen, auch dann, wenn der Nachfragende sie ausdrücklich verlangt. Legitim sind staatliche Eingriffe weiterhin zu Zwecken der Missbrauchskontrolle und des Jugendschutzes.³ Dabei müssen diese jedoch erforderlich und angemessen sein. Das Ziel darf sich nicht mit weniger einschneidenden Mitteln erreichen lassen. Staatliche Vorgaben für ärztliche Behandlungen ohne Krankheitsbezug sind dann unangemessen, wenn die ärztliche Selbstverwaltung Missstände hinreichend verhindert. Welche Maßnahmen insoweit notwendig sind, ist Gegenstand der folgenden Stellungnahme.

3. Der Arztberuf als freier Beruf

In § 1 Abs. 1 der Bundesärzterordnung heißt es: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.“ Absatz 2 ergänzt: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ Als Angehöriger eines freien Berufs steht der Arzt in einer besonderen Verantwortung sowohl gegenüber seinem jeweiligen Patienten als auch gegenüber der Gesellschaft. Da die Qualität ärztlicher Leistungen in der Regel nicht unmittelbar am Erfolg oder Misserfolg der jeweiligen Leistung gemessen werden kann und der Patient zumeist nicht über das gleiche fachliche Wissen wie der Arzt verfügt, ist das Vertrauen in die Fachkunde und Integrität der Ärzte von herausragender Bedeutung für die Funktionsfähigkeit des ärztlichen Standes. Jeder Patient muss darauf vertrauen können, dass die Tätigkeit eines Arztes primär auf das Wohl des Patienten unter Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts gerichtet ist und nicht auf den eigenen Gewinn. Dieses Vertrauen ist zugleich Grundlage der ärztlichen Selbstverwaltung und Bedingung ihres Fortbestands: Wenn die Gesellschaft nicht mehr sicher sein kann, dass die Ärzteschaft dem in sie gesetzten Vertrauen gerecht wird, gibt es keinen Grund mehr, der Ärzteschaft die Regelung der eigenen Angelegenheiten und die Überwachung der ordnungsgemäßen Erfüllung ärztlicher Berufspflichten in Selbstverwaltung zu übertragen. Deshalb muss es die Ärzteschaft als ihre Aufgabe wahrnehmen, das „antizipatorische Systemvertrauen“ zu erhalten – das Vertrauen, das bereits die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe der Ärzte verbürgt. Dieses Systemvertrauen ist gefährdet, wenn der Arzt als gewerblicher Dienstleister wahrgenommen

wird. Ärztliche Behandlungen ohne Krankheitsbezug müssen deshalb denselben berufsethischen Anforderungen genügen wie Handlungen, die auf die Erkennung, Behandlung oder Verhütung von Krankheit gerichtet sind.⁴

4. Kompensatorische versus nichtkompensatorische Behandlungen

Krankheiten und ihre Behandlung bilden nach wie vor den Kernbereich ärztlicher Zuständigkeit. Der Begriff der Krankheit ist allerdings an den Rändern unscharf. So ist etwa bei vielen Alterserscheinungen unklar, ob sie als Erkrankungen oder als physiologischer Lauf des Lebens zu werten sind. Entsprechend ist nicht immer eine eindeutige Grenze zwischen therapeutischer und verbessernder Behandlung sowie zwischen ärztlich indiziertem und ärztlich nicht indiziertem Handeln zu ziehen. Dennoch ist die Unterscheidung zwischen Behandlungen mit Krankheitsbezug und anderen Behandlungen unverzichtbar.

Innerhalb des Bereichs des ärztlichen Handelns ohne Krankheitsbezug ist eine weitere – ebenfalls nicht ganz trennscharfe – Unterscheidung hilfreich: die zwischen Behandlungen, die körperliche oder psychische Zustände kompensieren, die nach breiter gesellschaftlicher Wahrnehmung negative Aufmerksamkeit auf sich ziehen und so soziale Teilhabe bedrohen, und anderen, darunter solchen, die primär oder ausschließlich darauf abzielen, positive Aufmerksamkeit auf die behandelte Person zu lenken. Menschen, deren Äußeres aufgrund von Krankheiten, Verletzungen, Operationen oder aufgrund natürlicher Faktoren entstell ist oder auffällig von der Norm abweicht, leiden vielfach darunter, wenn sie ungewollt auf Ablehnung stoßen. Kinder und Jugendliche fühlen sich beispielsweise oftmals durch stark absteigende Ohren ausgegrenzt. Es besteht ein weitgehender Konsens darüber, dass zumindest bei solchen Abweichungen von der „Normalität“, die zu Diskriminierungen oder jedenfalls zu subjektiv wahrgenommenen Herabsetzungen führen, ärztliche Maßnahmen zu ihrer Kompensation ethisch legitim sind. Die Ermöglichung einer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist ein hohes Gut.

Umstrittener sind ärztliche Behandlungen, die sich nicht als kompensatorisch verstehen lassen, etwa Behandlungen zum Erlangen positiver Aufmerksamkeit, zur Verbesserung normaler Lebensqualität und zur Steigerung normaler Leistungsfähigkeit. Auch wenn der Arzt zu einer Behandlung ohne Krankheitsbezug grundsätzlich nicht verpflichtet ist, gibt es doch legitime Gründe dafür, dass sich Ärzte auch der Nachfrage nach medizinischen Leistungen nichtkompensatorischer Art nicht verweigern. Einer dieser Gründe besteht darin, dass diese Behandlungen möglicherweise andernfalls von weniger Kompetenten übernommen werden. Die fachliche Qualifikation und die Bindung durch Berufsethos und Berufsrecht mindern die Risiken für die Nachfragenden.

5. Qualitätsanforderungen

Für ärztliche Tätigkeiten ohne Krankheitsbezug müssen dieselben Qualitätsanforderungen gelten wie für die Behandlung oder

³Die besonderen Probleme ärztlichen Handelns ohne Krankheitsbezug bei Kindern und Jugendlichen bedürfen einer gesonderten Stellungnahme, insbesondere bei religiös motivierten Handlungen.

⁴Vgl. hierzu auch die Broschüre der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung „Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte“, 2. Aufl. 2012.

Prävention von Krankheiten. Das Gebot der Risikominimierung und Schadensvermeidung (*nil nocere*) ist hier sogar von besonderer Bedeutung, da anders als bei Behandlungen zur Behebung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung die Behandlungsrisiken nicht durch einen gesundheitlichen Nutzen aufgewogen werden.

Die Verantwortung des Arztes bezieht sich bei Maßnahmen ohne Krankheitsbezug wie bei anderen ärztlichen Maßnahmen auf

- die *Beratung* des Nachfragenden über geeignete Wege zum Umgang mit den geäußerten Wünschen – mit und ohne Behandlung,
- das *Angebotsspektrum* des Arztes,
- die *Aufklärung* über die konkret ins Auge gefassten Maßnahmen einschließlich ihrer Vor- und Nachteile sowie
- deren *Durchführung*.

Aufgabe der *Beratung* ist es zunächst, im persönlichen Gespräch mit dem Nachfragenden dessen Wünsche und Bedürfnisse zu klären. Die Beratung darf nicht primär an kommerziellen Interessen des Arztes orientiert sein und darf keinen Bedarf erzeugen. Die in der Praxis häufig anzutreffende Tendenz, den Nachfragenden von vornherein in die Richtung der vom Arzt angebotenen Leistungen zu beraten, ist unter berufsethischen Gesichtspunkten unzulässig. Statt ihm etwas „verkaufen“ zu wollen, muss die Beratung darauf abzielen, ihm zu helfen und nach einer für ihn angemessenen und aussichtsreichen Vorgehensweise zu suchen. Dabei müssen nicht nur alle in Betracht kommenden Alternativen, sondern auch deren jeweilige Neben- und Spätfolgen berücksichtigt werden. Der Arzt darf keine Behandlung empfehlen, von der er annehmen muss, dass sie das Problem nicht löst oder dass sie zwar die akuten Probleme des Nachfragenden lindert, zugleich aber zu befürchten ist, dass die Probleme des Nachfragenden auf lange Sicht bestehen bleiben oder sich sogar verschärfen. Der Arzt sollte auch geeignete Lösungen außerhalb ärztlicher Behandlungsmaßnahmen kennen und in die Beratung einbeziehen. Auch sollte mit dem Nachfragenden die Option besprochen werden, den bestehenden Zustand zu akzeptieren.

Auch beim *Angebot* von Leistungen dürfen kommerzielle Aspekte nicht im Vordergrund stehen. Von den Maßnahmen, die das Behandlungsziel erreichen, muss der Arzt stets die schonendsten anbieten, auch wenn andere Maßnahmen für ihn lukrativer sind. Der Arzt darf sie nur dann anbieten, wenn er sicher ist, für den konkreten Fall über die notwendige Fachkompetenz zu verfügen. Kommt der Arzt zu der Überzeugung, dass der Nachfragende stattdessen oder zusätzlich eine andere Behandlung oder Beratung benötigt, muss er ihn an einen Kollegen oder andere Leistungserbringer mit entsprechender Qualifikation verweisen. Auch darf er die Behandlung nur dann übernehmen, wenn er die Ziele des Nachfragenden nachvollziehen kann. Er hat nicht nur das Recht, nachgefragte Behandlungen zu verweigern, sondern auch die Pflicht dazu, sofern er vom Nutzen der gewünschten Behandlung nicht überzeugt ist. Im Bereich der ästhetischen Chirurgie kann das etwa dann der Fall sein, wenn hinter dem Wunsch nach einem chirurgischen Eingriff eine psychische Störung zu vermuten ist, die statt chirurgisch besser psychotherapeutisch behandelt werden sollte. Darüber hinaus muss der Arzt den Nachfragenden auf die Möglichkeit hinweisen, bei einem anderen Arzt eine Zweitmeinung einzuholen.

Zum Angebot von ärztlichen Leistungen gehört eine gründliche und verständliche *Aufklärung* über die zur Wahl stehenden

Maßnahmen, ihre erwünschten und unerwünschten Resultate und deren Eintrittswahrscheinlichkeit. Der Arzt muss den Nachfragenden auch darüber informieren, dass keine medizinische Indikation vorliegt. Die erforderliche Aufklärung muss u. a. Angaben darüber umfassen, mit welchen finanziellen, zeitlichen und anderweitigen Aufwendungen die gewünschten Maßnahmen sowie die Behandlung möglicher Folgeerkrankungen verbunden sind und wie weit die ärztliche Einschätzung von Nutzen und Risiken wissenschaftlich abgesichert ist. Angesichts der zum Teil wenig gesicherten Erkenntnisse über die Spätfolgen vieler Behandlungen kommt diesem Punkt eine besondere Bedeutung zu. Wie bei der ärztlichen Behandlung von Krankheiten setzt auch die Durchführung von Maßnahmen bei nicht krankheitswertigen Zuständen voraus, dass der Nachfragende auf der Grundlage einer sachgerechten und umfassenden Aufklärung sein freies und informiertes Einverständnis gegeben und einen entsprechenden Behandlungsauftrag erteilt hat. Der Arzt hat dabei die Pflicht, sich im Gespräch mit dem Nachfragenden zu vergewissern, dass dieser die Aufklärung verstanden hat.

Bei der *Durchführung* der gewünschten Maßnahme muss der Facharztstandard gewährleistet sein. Dies gilt auch, sofern ein Arzt außerhalb seines Fachgebiets behandelt, wie es in beschränktem Umfang nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 1. Februar 2011 aus Gründen der Berufsfreiheit zulässig ist.⁵ Hierbei müssen hohe Standards der Schadensvermeidung eingehalten werden. Ärztliche Maßnahmen sind niemals ohne Risiken, aber diese müssen gerade bei Behandlungen ohne Krankheitsbezug so weit wie möglich vermieden werden. Die Wünsche des Nachfragenden entlasten den Arzt in keinem Fall von seiner Verantwortung für eine sachgerechte Durchführung. Diese verbleibt uneingeschränkt beim Arzt. Auch für die Dokumentation von Beratung und Behandlung gelten die in der Berufsordnung festgelegten Berufspflichten. Ärztliche Leistungen sollten überdies nicht in unangemessenen Räumlichkeiten oder fachfremden Zusammenhängen wie Friseursalons und Kosmetikstudios angeboten und durchgeführt werden. Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen ist nach dem ärztlichen Berufsrecht ohnehin untersagt.

6. Auswirkungen auf Arztberuf und Arztbild

Nicht selten wird befürchtet, dass ärztliche Tätigkeiten, die die Patienten außerhalb der von der Sozialversicherung erstatteten Leistungen zu vergüten haben, schädliche Auswirkungen auf den Arztberuf und das Arztbild haben. Dabei wird jedoch übersehen, dass medizinische Dienstleistungen bis zur Einführung der staatlichen Krankenversicherung gegen Ende des 19. Jahrhunderts ganz überwiegend gegen Bezahlung seitens der Patienten erbracht wurden. Noch heute müssen „Privatpatienten“, also Patienten, die nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind, das ärztliche Honorar aus eigener Tasche unabhängig von einer etwaigen Erstattung durch Krankenversicherungen oder Beihilfestellen zunächst selbst zahlen. Auch der Verdacht, dass Ärzte die Hilfsbedürftigkeit ihrer Patienten zur Mehrung ihres Einkommens nutzen, hat die Medizin von Anfang an begleitet, aber nicht fundamental infrage gestellt.

Zudem sind Behandlungen diesseits und jenseits von Krankheit in ihren Zielen nicht radikal verschieden. Zwischen der

⁵Vgl. den Beschluss IV-12 des 114. Deutschen Ärztetags vom 31. Mai 2011 in Kiel „Fachgebietsgrenzen in der (Muster-)Weiterbildungsordnung“

Heilung von Krankheiten, der Beseitigung von Störungen und der Linderung von Schmerzen und Leiden auf der einen und der Verbesserung des Befindens, der Erweiterung von Freiheitspielräumen und der Intensivierung von Erlebnisfähigkeit auf der anderen Seite gibt es keine in der Natur der Sache liegende Grenze. Die unterschiedlichen Ziele liegen auf einem Kontinuum. Sowohl bei der Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit als auch bei der Grenze zwischen kompensatorischen und nichtkompensatorischen Behandlungen bedarf es stets wieder aufs Neue gesellschaftlicher Abwägungen.

Dennoch ist die Unterscheidung der Ziele bedeutsam. Eine weitere Ausdehnung von ärztlichen Leistungen über die krankheitsbezogenen Aufgaben des Arztes hinaus birgt ernstzunehmende Gefahren. So könnten Ärzte im Kernbereich der Krankenversorgung fehlen. Bereits heute besteht in bestimmten Fachrichtungen ein Ärztemangel, u. a. bedingt durch das Gefälle in der Honorierung von Behandlungen ohne Krankheitsbezug und der Vergütung von GKV-Leistungen. Zu befürchten ist, dass die Ärzteschaft dem gesellschaftlichen Sicherstellungsauftrag, wie er besonders prononciert im GKV-Bereich besteht, nicht mehr gerecht wird.

Die größte Gefahr ist der drohende Vertrauensverlust durch die Doppelrolle des Arztes als Helfer und Verkäufer. Nach einer Umfrage des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung von 2010 haben circa 14 Prozent der Befragten kein oder nur ein sehr geringes Vertrauen in das Gesundheitssystem.⁶ Ein schleichender Vertrauensverlust ist u. a. vielfach bei privat Versicherten zu beobachten, die sich nicht sicher sind, wie weit hinter den Empfehlungen des Arztes außer patientenbezogen-altruistischen auch kommerzielle Motive stehen, wie weit die Empfehlung bestimmter Therapien das Interesse an Vergütung und „Kundenbindung“ und die Empfehlung von bestimmten Arzneimitteln Bindungen an bestimmte Pharmaanbieter widerspiegeln. Ähnliches gilt für sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen, die von den Kostenträgern nicht bezahlt werden. Dieser schleichende Vertrauensverlust ist weder im Patienteninteresse noch im Interesse der ärztlichen Profession. Der Patient ist angesichts der Asymmetrie von ärztlichem und Patientenwissen auch in der Rolle als Kunde auf ein vertrauensvolles Verhältnis zum Arzt angewiesen. Er muss darauf vertrauen können, dass die Motive des Arztes weiterhin primär auf das Patientenwohl und die Achtung des Patientenwillens gerichtet sind und die vom Arzt unterbreiteten Angebote an Diagnostik, Therapie und Beratung nicht primär auf die Maximierung von Umsätzen oder die Amortisierung von Geräten abzielen. Entscheidend für die Aufrechterhaltung des Vertrauens in den Arzt ist nicht, ob er auch nichtkrankheitsbezogene Leistungen anbietet, sondern dass er auch dann, wenn er solche Leistungen anbietet und erbringt, die relevanten professionellen und ethischen Standards beachtet.

7. Kontrolle durch die Kammern und Fachgesellschaften

Das setzt allerdings voraus, dass solche Standards gesetzt und ihre Einhaltung kontrolliert werden. Wie weit diese Voraussetzungen in Deutschland erfüllt sind, ist wegen fehlender Daten schwer zu ermitteln, nicht zuletzt aufgrund der hochgradigen Zersplitterung der Fachgesellschaften. Eine Anhörung von Ex-

perten aus dem Bereich der ästhetischen Chirurgie ergab, dass einige Fachgesellschaften für ästhetische Chirurgie zwar Qualitätsstandards gesetzt und ethische Leitlinien verabschiedet haben und teilweise auch in Form von Zertifizierungen und Akkreditierungen umsetzen, dass sie jedoch nur über begrenzte Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten verfügen.

Zur Vermeidung andernfalls notwendiger staatlicher Eingriffe ist eine stärkere Aktivität der Kammern und Fachgesellschaften bei der Entwicklung und Durchsetzung von Qualitätsstandards, der Erarbeitung von Verhaltenskodizes sowie der Sanktionierung von Fehlverhalten notwendig. Möglichkeiten der Kooperation und Koordination sollten geprüft werden. Außerdem sollten die Kammern und Fachgesellschaften ein niedrigschwelliges Angebot von Beschwerdemöglichkeiten für Patienten vorsehen. Wünschenswert wäre überdies eine Verpflichtung zur Registrierung von Behandlungen ohne Krankheitsbezug, zumindest – zur Vermeidung weiterer Bürokratisierung – für ausgeprägt risikoträchtige Eingriffe. Die Verantwortung für die Einhaltung der Standards liegt aber auch bei den in diesem Bereich praktizierenden Ärzten selbst. Die Meldung von Fehlverhalten an die Ärztekammer ist kein Verstoß gegen das Gebot der ärztlichen Kollegialität. Wo eine starke Zurückhaltung herrscht, Fehlverhalten von Kollegen zu melden, sollte erwogen werden, diese Einstellung zu ändern, wenn darunter Patienten und das Vertrauen in den ärztlichen Beruf leiden.

8. Rückwirkungen auf gesellschaftliche Wertvorstellungen

Aus individuell ausgerichteten Interventionen kann sich eine gesellschaftliche Praxis entwickeln, die neue Normen setzt. Was derzeit der Wunsch einzelner Bürger ist, kann über gesellschaftliche Üblichkeiten zur allgemeinen Norm werden. Wenn es allerdings Gemeingut wird, dass durch ärztliche Leistungen positive Aufmerksamkeit verstärkt und persönliche Vorteile erkauf werden können, können dadurch Zwänge entstehen, indem sich beispielsweise ästhetische Anforderungen an Menschen erhöhen. Dies kann gesellschaftliche Konkurrenzkämpfe verstärken und finanzielle oder soziale Ressourcen solidarischen oder auf das Gemeinwohl ausgerichteten Handelns reduzieren. Zudem können zusätzliche soziale Ungleichheiten entstehen, allein weil der Zugang zu den Maßnahmen ungleich verteilt ist. Überall da, wo Wettbewerb herrscht, verändern verfügbare Leistungssteigerungen mit medizinischen Mitteln die Grundlagen der Konkurrenz und treiben die Maßstäbe nach oben. Als Konsumenten werden die Menschen von den unter Konkurrenzdruck erwirtschafteten Gütern und Leistungen eventuell profitieren; als Arbeitnehmer unterliegen sie jedoch höheren Anforderungen. Sofern ärztliche Angebote auf Leistungssteigerung abzielen, haben sie an dieser bedenklichen Entwicklung auch dann Anteil, wenn sie nicht direkt für sie verantwortlich zu machen sind. Unter diesem Gesichtspunkt ist u. a. vor der Ausweitung der Tendenz, für ärztliche Tätigkeiten Werbung zu treiben, zu warnen; wenn überhaupt sollte sich Werbung auf sachliche Informationen beschränken.

9. Zusammenfassung und Empfehlungen

Ärztliche Behandlungen ohne Krankheitsbezug sind aus arzt-ethischer Sicht nicht prinzipiell verwerflich. Es ist allerdings zu verlangen, dass dabei Maßstäbe beachtet werden, durch die sowohl das Wohl der Nachfragenden als auch das auf den Arzt-

⁶Braun, Bernard/Gerd Marstedt: Vertrauen und Gerechtigkeit – (wie) beeinflussen sie Einstellungen und Verhaltensweisen im Gesundheitswesen? Gesundheitsmonitor 1/2011, 1–15.

beruf als Ganzes bezogene „antizipatorische Systemvertrauen“ gewahrt bleiben:

- Die Beratung muss wahrheitsgemäß erfolgen und auf das Ziel ausgerichtet sein, dem Nachfragenden zu helfen und nach einer für ihn angemessenen, hilfreichen Vorgehensweise zu suchen. Dabei müssen alle ernsthaft in Betracht kommenden – medizinischen und nichtmedizinischen – Maßnahmen, auch mit ihren Neben- und Spätfolgen, berücksichtigt werden.
- Der Arzt darf dem Nachfragenden – auch auf dessen Wunsch hin – nicht zu Maßnahmen raten, von deren Wirksamkeit er nicht überzeugt ist. Die Verantwortung für die Auswahl einer aussichtsreichen Maßnahme verbleibt beim Arzt.
- Die Beratung darf nicht intendieren, bestimmte Maßnahmen lediglich zu „verkaufen“.
- Der Arzt darf dem Nachfragenden eine Maßnahme nur dann anbieten, wenn er über die notwendige Fachkompetenz verfügt.
- Der Arzt muss stets die schonendste Maßnahme anbieten, um das Behandlungsziel zu erreichen, auch wenn andere Maßnahmen lukrativer sind.
- Der Arzt muss den Nachfragenden im Gespräch gründlich über die durchzuführenden Maßnahmen, ihre – ggf. fehlende – wissenschaftliche Fundierung, ihre erwünschten und unerwünschten Resultate und deren Auftrittswahrscheinlichkeit aufklären. Er muss auch darüber informieren, dass eine medizinische Indikation nicht vorliegt.
- Der Arzt muss sich im Gespräch mit dem Nachfragenden davon überzeugen, dass dieser die Aufklärung verstanden hat.
- Die Durchführung der Maßnahme setzt voraus, dass der Nachfragende sein freies und informiertes Einverständnis gegeben und einen entsprechenden Behandlungsauftrag erteilt hat.

- Auch bei ärztlichem Handeln ohne Krankheitsbezug müssen hohe Standards der Schadensvermeidung eingehalten werden. Die Verantwortung für die sachgerechte Durchführung der Maßnahmen verbleibt unabhängig von den Wünschen des Nachfragenden uneingeschränkt beim Arzt.
- Die Werbung sollte, wenn überhaupt, auf sachliche Information begrenzt werden.
- Zur Vermeidung andernfalls notwendiger staatlicher Eingriffe ist eine stärkere Aktivität der Kammern und Fachgesellschaften bei der Entwicklung und Durchsetzung von Qualitätsstandards, der Erarbeitung von Verhaltenskodizes sowie der Sanktionierung von Fehlverhalten notwendig.

Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

Prof. Dr. phil. D. Birnbacher, Düsseldorf (federführend)
 Prof. Dr. theol. F.-J. Bormann, Tübingen
 Prof. Dr. theol. P. Dabrock, Erlangen
 Frau Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. S. Graumann, Bochum
 Prof. Dr. med. W. Henn, Homburg
 Prof. Dr. jur. F. Hufen, Mainz
 Frau PD Dr. med. Dipl.-Soz. T. Krones, Zürich
 Dr. phil. D. Lanzerath, Bonn
 Prof. Dr. jur. V. Lipp, Göttingen
 Prof. Dr. rer. pol. R. Rosenbrock, Berlin
 Frau Prof. Dr. med. R.-K. Schmutzler, Köln
 Dr. med. J. Schuster, Würzburg
 Prof. Dr. jur. J. Taupitz, Mannheim
 Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. M. Volkenandt, München
 Frau Prof. Dr. med. C. Wiesemann, Göttingen
 Prof. Dr. med. Dr. phil. U. Wiesing, Tübingen (Vorsitzender)

Korrespondenzadresse

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
 Herbert-Lewin-Platz 1
 10623 Berlin
 Telefon: 030 400456-861
 Fax: 030 400456-486
 E-Mail: zeko@baek.de