

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der  
Technischen Universität München

(Direktor: Univ.-Prof. (komm. L.) Dr.  
D. von Engelhardt, em.)

**Das Arzt-Patienten-Verhältnis  
im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes  
von der Gründung der Bundesrepublik  
Deutschland bis heute (1949 – 2005)**

Beatrice Retzlaff

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin  
der Technischen Universität München zur Erlangung des  
akademischen Grades eines Doktors der Medizin  
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. (komm. L.) Dr. D. von Engelhardt, em.
2. apl. Prof. Dr. P. Herschbach

Die Dissertation wurde am 17.06.2008 bei der Technischen  
Universität München eingereicht und durch die Fakultät der  
Medizin am 22.10.2008 angenommen.

## **Der Hippokratische Eid**

*„§1 Ich schwöre bei Apollon, dem Arzt, und Asklepios und Hygieia und Pakeia und allen Göttern und Göttinnen, indem ich sie zu Zeugen anrufe, dass ich nach meinem Vermögen und Urteil diesen Eid und diese schriftliche Verpflichtung erfüllen werde:*

*§2 Meinen Lehrern in dieser (Heil-)Kunst werde ich wie meine Eltern achten, mit ihm den Lebensunterhalt teilen und ihn, wenn er Not leidet, mitversorgen. Seine Nachkommen werde ich meinen Brüdern gleichstellen und sie, wenn sie es wünschen, in dieser(Heil-)Kunst unterweisen ohne Bezahlung und schriftliche Verpflichtung. Unterweisung und mündlichen Unterricht und alle übrige Belehrung werde ich meinen Söhnen und denen meines Lehrers erteilen wie auch den Schülern, die nach ärztlichem Grundsatz mit der schriftlichen Verpflichtung gebunden und den Eid geleistet haben, sonst niemandem.*

*§3 Meine Verordnungen werde ich zum Nutzen der Patienten treffen, nach meinem Vermögen und Urteil; Schädigungen und Unrecht aber werde ich von ihnen abwehren.*

*§4 Ich werde keinesfalls jemandem auf Verlangen hin ein tödliches Mittel geben, auch nicht einen entsprechenden Rat erteilen. In gleicher Weise werde ich auch nicht einer Frau ein fruchtzerstörendes Zäpfchen geben.*

*§5 Redlich und rein werde ich meine (Heil-)Kunst bewahren.*

*§6 Ich werde auch keinesfalls Steinleidende schneiden, sondern das den Männern überlassen, die diese Tätigkeit ausüben.*

*§7 In allen Häusern, in die ich eintreten werde, werde ich zum Nutzen der Patienten eintreten und mich dabei von jedem vorsätzlichen Unrecht und jeder Schädigung fernhalten, insbesondere von sexuellen Handlungen an Körpern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven.*

*§8 Was auch immer ich bei der Therapie oder auch außerhalb der Therapie vom Leben der Menschen sehen oder hören werde und was man nicht nach außen hinausplaudern darf, werde ich verschweigen, weil ich der Auffassung bin, dass derartiges absolut geheimzuhalten ist.*

*§9 Wenn ich nun diesen Eid erfülle und nicht verletze, so möge mir Erfolg im Leben und in der (Heil-)Kunst zuteil werden und Ruhm bei allen Menschen bis in ewige Zeiten; wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, soll das Gegenteil davon geschehen.“<sup>1</sup>*

(Übersetzung: J. C. Wilmanns)

---

<sup>1</sup> Wilmanns, J. C.: Ethische Normen im Arzt-Patienten-Verhältnis auf der Grundlage des Hippokratischen Eides in Menschenwürde und medizin-ethische Konfliktfälle, Knoepffler, N., Hainel, A., Hirzel Verlag, Stuttgart-Leipzig 2000, S. 203-204

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Abgrenzung</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Methodische Vorgehensweise</b> .....	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Vorstellung des Deutschen Ärzteblattes</b> .....	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>Die Begegnung zwischen Arzt und Patient</b> .....	<b>14</b>
5.1	Position des Arztes .....	14
5.1.1	Ärztliche Schweigepflicht .....	14
5.1.1.1	<i>Gesetzliche Bestimmungen zur Behebung des gebrochenen Vertrauens nach dem Zweiten Weltkrieg</i> .....	14
5.1.1.2	<i>Krankenkassen und Versicherungen</i> .....	17
	<i>Kommentar</i> .....	19
5.1.1.3	<i>Gesundheitsamt</i> .....	19
	<i>Kommentar</i> .....	22
5.1.1.4	<i>Gericht</i> .....	23
	<i>Kommentar</i> .....	25
5.1.1.5	<i>Werksarzt</i> .....	26
	<i>Kommentar</i> .....	27
5.1.1.6	<i>Elektronische Datenverarbeitung und Datenschutzgesetz</i> .....	28
	<i>Kommentar</i> .....	31
5.1.1.7	<i>Forschung</i> .....	32
	<i>Kommentar</i> .....	34
5.1.1.8	<i>Zusammenfassung</i> .....	35
5.1.2	Ärztliche Haftpflicht .....	36
5.1.2.1	<i>Schadensersatzansprüche und deren Folgen (1953-1961)</i> .....	36
5.1.2.2	<i>Entwicklung rechtlicher Grundlagen (1961-1980)</i> .....	42
	<i>Kommentar</i> .....	47
5.1.2.3	<i>Entwicklung verschiedener Lösungsansätze – Schlichtungsstellen, standardisierte Aufklärungsformulare und rechtliche Verankerung der Aufklärungspflicht (1980-1990)</i> .....	47
	<i>Kommentar</i> .....	51
5.1.2.4	<i>Fehlerprävention durch Qualitätssicherung und persönliche Patientengespräche (1990-2005)</i> .....	51
5.1.2.5	<i>Zusammenfassung</i> .....	55
5.1.3	Pflicht zur Erhaltung und zum Schutz von Leben .....	56
5.1.3.1	<i>Abtreibung und Präimplantationsdiagnostik</i> .....	56
	<i>Kommentar</i> .....	72
5.1.3.2	<i>Empfängnisverhütung</i> .....	75
	<i>Kommentar</i> .....	79
5.1.3.3	<i>Heterologe Insemination</i> .....	80
	<i>Kommentar</i> .....	83
5.1.3.4	<i>In-vitro-Fertilisation</i> .....	84
	<i>Kommentar</i> .....	86
5.1.3.5	<i>Euthanasie</i> .....	87
	<i>Kommentar</i> .....	103
5.1.3.6	<i>Transplantation</i> .....	105
	<i>Kommentar</i> .....	118
5.1.3.7	<i>Zusammenfassung</i> .....	119
5.1.4	Rechte des Arztes .....	120
5.2	Position des Patienten .....	121
5.2.1	Selbstbestimmungsrecht .....	121

5.2.1.1	<i>Wirkung der Medien</i> .....	121
	<i>Kommentar</i> .....	125
5.2.1.2	<i>Der informierte und aktive Patient</i> .....	126
	<i>Kommentar</i> .....	142
5.2.1.3	<i>Zusammenfassung</i> .....	143
5.2.2	Recht auf Personsein .....	144
5.2.2.1	<i>Allgemeinarzt und Individualmedizin</i> .....	144
	<i>Kommentar</i> .....	149
5.2.2.2	<i>Psychotherapie und ganzheitliche Medizin</i> .....	150
	<i>Kommentar</i> .....	151
5.2.2.3	<i>Interaktive und kommunikative ärztliche Fähigkeiten</i> .....	152
	<i>Kommentar</i> .....	165
5.2.2.4	<i>Ärztliche Berufsfreiheit und persönliche Freiheit des Patienten</i> .....	166
	<i>Kommentar</i> .....	168
5.2.2.5	<i>Krankenhaus und persönliche Patientenbetreuung</i> .....	169
	<i>Kommentar</i> .....	171
5.2.3	Zusammenfassung .....	171
5.2.4	Pflichten des Patienten .....	172
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>174</b>
<b>7</b>	<b>Quellen- und Literaturverzeichnis</b> .....	<b>176</b>
7.1	Primärquellen .....	176
7.2	Sekundärliteratur .....	176
<b>8</b>	<b>Danksagung</b> .....	<b>178</b>
<b>9</b>	<b>Lebenslauf</b> .....	<b>179</b>
<b>10</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>180</b>

# 1 Einleitung

Die Aufgabe dieser Arbeit ist es, die Entwicklung des Arzt-Patienten-Verhältnisses von 1949 bis Ende 2005 im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes darzustellen.

Der Leser, insbesondere der betroffene Patient, soll die Möglichkeit haben, das Arzt-Patienten-Verhältnis aus der Sicht des Arztes zu betrachten, um sich mit kritischem Blick und dem notwendigen Verständnis für die ärztliche Tätigkeit ein Urteil über die Begegnung zwischen Arzt und Patient bilden zu können. Für die Ärzteschaft selbst soll diese Arbeit eine Anregung zur Reflexion und kritischen Betrachtung der berufsethischen Entwicklung darstellen, um so den eigenen Berufsalltag aus einer neuen Perspektive zu beurteilen.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis gliedert sich in die Position des Arztes und in die Position des Patienten. Entwicklungen und Veränderungen, insbesondere im Hinblick auf den asymmetrischen Charakter, durch den das Arzt-Patienten-Verhältnis geprägt wird,<sup>2</sup> werden dargestellt und im Zusammenhang mit gesellschaftlichem Struktur- und Wertewandel aufgegriffen.

Die Position des Arztes, aus der Perspektive des Deutschen Ärzteblattes betrachtet, kennzeichnet sich im Wesentlichen durch die Schweigepflicht, die Haftpflicht und die Pflicht zur Erhaltung und zum Schutz von Leben. Sowohl die Tragweite und Einflussgröße dieser drei ärztlichen Pflichten auf das Arzt-Patienten-Verhältnis als auch deren Entwicklung innerhalb gesellschaftlichen Wertewandels und wirtschaftlicher Veränderungen werden hinterfragt und analysiert. Die sich daraus ableitende, kritische Überlegung, ob die ärztliche Ethik und damit der Charakter des Arzt-Patienten-Verhältnisses abhängig oder unabhängig von moralischen Grundsätzen der Gesellschaft ist, wird mit dem Vergleich des damaligen und des heutigen Entwicklungsstandes beantwortet.

Die Position des Patienten im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes beinhaltet das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf Personsein. Die Analyse dieser Aspekte ist weniger durch die Frage nach einer Verknüpfung gesellschaftlicher Normen mit Wertvorstellungen der Patienten charakterisiert, da ein direkter Zusammenhang offensichtlich ist, sondern vielmehr durch den Umgang der Ärzteschaft mit den veränderten Verhaltensweisen.

Der Charakter dieser Analyse wird durch die Konzentration auf die herangezogene Primärliteratur, das Deutsche Ärzteblatt, bestimmt, das hauptsächlich Veröffentlichungen

---

<sup>2</sup> Die ungleiche Machtverteilung zwischen Arzt und Patient bedingt die Asymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis. Der Patient befindet sich durch seine Verletzlichkeit, die auf seine Erkrankung zurückzuführen ist, in der schwächeren Position gegenüber dem Arzt, der, wenn auch begrenzt, die Möglichkeit hat, auf den Gesundheitszustand des Patienten Einfluss zu nehmen. Vgl. Marckmann, Bormuth: Einführung. Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 91-92

deutscher Ärzte und nur gelegentlich Publikationen von Autoren aus anderen Ländern oder anderen Berufszweigen wie Priester, Juristen oder Vertreter der Krankenkassen beinhaltet. Aus diesem Grund sollte die Arbeit mit dem Bewusstsein betrachtet werden, dass sie nicht die Aufgabe einer objektiven Darstellung des Arzt-Patienten-Verhältnisses hat, sondern das Ziel verfolgt, die Thematik aus dem Blickwinkel des bekanntesten Publikationsorgans der deutschen Ärzteschaft wiederzugeben. Eine Arbeit unter diesen Gesichtspunkten wurde bisher noch nicht verfasst und soll eine derzeit noch bestehende Forschungslücke schließen.

## 2 Abgrenzung

Das Ziel meiner Arbeit ist die Darstellung der Veränderungen innerhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Dabei sollen sowohl die Beziehung zwischen Arzt und Patient als auch die Einflüsse, denen diese Beziehung ausgesetzt ist, betrachtet werden.

Die Aufgabe der Abgrenzung besteht darin, durch gezielte Themenbegrenzung die Konzentration auf die Darstellung des Arzt-Patienten-Verhältnisses zu lenken und somit die Qualität durch Reduzierung auf wesentliche Bestandteile zu verbessern.

Das entscheidende Kriterium liegt in der Relevanz, die sich in der kontinuierlichen Wiederkehr der Diskussionspunkte im Deutschen Ärzteblatt und in der Existenz eines Entwicklungsprozesses mit entscheidendem Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis widerspiegelt.

Zunächst werden die Gebiete, die das Thema meiner Arbeit überschreiten und nicht zur Analyse des Arzt-Patienten-Verhältnisses beitragen, erläutert und ihre Abgrenzung begründet. Im Anschluss orientiert sich die Darstellung an Themen, die, meines Erachtens, das Arzt-Patienten-Verhältnis beeinflussen, deren Entwicklung jedoch nicht anhand der Quellen des Deutschen Ärzteblattes belegt werden kann.

Die Themengebiete medizinisches Fachwissen, Forschung und Wissenschaft sind dem erstgenannten Bereich zuzuordnen. Die Abgrenzung umfasst jeden Gliederungspunkt meiner Arbeit. Den Kapiteln 5.1.3 „Pflicht zur Erhaltung und zum Schutz von Leben“ und 5.2.2 „Recht auf Personsein“ ist allerdings besondere Aufmerksamkeit zu schenken, da in Ausnahmefällen Erläuterungen medizinischen Fachwissens für das Verständnis ethischer Konflikte essentiell sind. Anhand der Beispiele Kinderwunscherfüllung und Empfängnisverhütung wird die Bedeutung des Verstehens neuer und alter medizinischer Methoden für das Verstehen der ethischen Problematik deutlich.

Auch gesetzliche Bestimmungen und Beschlüsse gehören der Themengruppe an, die das Stoffgebiet meiner Arbeit überschreiten würde, aber durchaus im Deutschen Ärzteblatt behandelt wird. Gesetzesbeschlüsse werden nur insoweit einbezogen, wie sie entscheidend auf den weiteren Verlauf und auf die Veränderungen ethischer Zusammenhänge zwischen Arzt und Patient Einfluss nehmen, wie zum Beispiel die im Kapitel 5.1.1 „Ärztliche Schweigepflicht“ beschriebenen gesetzlichen Veränderungen, die eine detaillierte und zuverlässige Absicherung des Patienten beabsichtigen. Jeden einzelnen Paragraphen und seine Ausnahmen zu erläutern, der Einfluss auf die ärztliche Schweigepflicht nimmt, aber bedeutungslos für die Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis ist, würde über die eigentliche Themenstellung hinausreichen.

Auch Medienskandale, die im Zusammenhang mit der Medienwirkung im Kapitel 5.2.1 „Selbstbestimmungsrecht“ ihren Platz finden könnten, möchte ich aus dem dargestellten Themenkreis ausschließen. Sie werden im Deutschen Ärzteblatt zwar in ausführlicher Form angeführt und eine Auswirkung auf das Arzt-Patienten-Verhältnis wäre durchaus vorstellbar, aber genau diese Auswirkungen werden im Deutschen Ärzteblatt nicht im Zusammenhang mit den Medienskandalen thematisiert. Die Skandale werden einzeln dargestellt und beschrieben, aber erstaunlicherweise ohne direkten Bezug auf das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Die letzten Aspekte, die der ersten Gruppe angehören, sind Definitionen der Allgemeinmedizin, des Werkarztes, der Psychotherapie und der Krankenhausstruktur sowie detaillierte Erläuterungen über die Beziehung von Ärzten und auch von Patienten zu Krankenkassen, Versicherungen, Gesundheitsämtern und Gerichten. Die genannten Gesichtspunkte auszuführen, würde, meines Erachtens, zum einen den Umfang meiner Arbeit so weit steigern, dass die Übersicht und der Bezug auf das Wesentliche darunter leiden würden, und zum anderen sind solche Erläuterungen nicht zwingend notwendig, um den Sinn und die Zusammenhänge der Arbeit zu verstehen. Die Erklärungen zu diesen Aspekten reichen demnach nur so weit, wie sie für das Verständnis erforderlich erscheinen.

Im Anschluss an die Themengebiete, die zwar im Deutschen Ärzteblatt vorhanden waren, aber wegen unzureichendem Bezug zum Thema abgegrenzt wurden, werden nun Themen aufgeführt, die meiner Ansicht nach erheblichen Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis hätten, aber im Deutschen Ärzteblatt nicht diskutiert wurden.

Die Krankenkassen, die als Störfaktor im Arzt-Patienten-Verhältnis angesehen werden könnten, stellen ein Themengebiet dar, das im Deutschen Ärzteblatt nicht hinsichtlich der Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient erörtert wurde. In den ersten Jahren sind zwar Belege zu finden, die darauf hinweisen, dass die Krankenkassen zwischen den Interessen der Patienten und Ärzte stehen, aber nicht, welche direkten Auswirkungen diese Tatsache auf das Arzt-Patienten-Verhältnis hat. Außerdem sind in den folgenden Jahren nur noch Beiträge vorhanden, die über die Schwierigkeiten der Ärzte mit den Auflagen der Krankenkassen berichten. Somit können sie als Einflussgröße nicht analysiert werden und die Entwicklung, die sich daraus ergeben würde, kann nicht dargestellt werden, wobei die Vermutung, meiner Beurteilung nach, nahe liegt, dass ihre Wirkung das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht unberührt lässt.

Ein weiteres Thema ist die kosmetische Medizin, die dem Deutschen Ärzteblatt zufolge keinen Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis nimmt. In diesem medizinischen Fachgebiet wäre es, meines Erachtens, denkbar, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis einen anderen Charakter annimmt als in der üblichen ärztlichen Behandlung. Aber auch hier sind keine Belege im Deutschen Ärzteblatt vorhanden.



Das letzte Gebiet stellt die Compliance dar, die unter dem Aspekt ärztlichen Fehlverhaltens diskutiert wird und in meiner Arbeit auch ihren Platz im Kapitel 5.2.2.3 „Interaktive und kommunikative ärztliche Fähigkeiten“ findet, aber im Deutschen Ärzteblatt interessanterweise nicht im Zusammenhang mit einer Verpflichtung des Patienten aufgeführt wird.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Die Compliance wird als Pflicht des Patienten anerkannt. Bei unzureichender Compliance hat der Arzt das Recht, die Behandlung ohne das Einverständnis des Patienten abubrechen. Siehe hierzu: „Wiener Ärzteblatt“

### **3 Methodische Vorgehensweise**

Ziel ist es, dem Leser die wichtigsten Zusammenhänge in kurzer und prägnanter Form darzulegen und ihm einen Überblick über die wesentlichen Einflussfaktoren zu geben, die das Arzt-Patienten-Verhältnis von der Gründung der Bundesrepublik Deutschland bis Ende 2005 aus der Sicht des Deutschen Ärzteblattes prägen.

Der Beginn meiner Arbeit war eine auf vagen Vorstellungen und Überlegungen basierende Gliederungsstruktur, die sich im Laufe meiner Nachforschungen sowohl gefestigt als auch verändert hat. Die Nachforschungen bestanden in der Betrachtung jeder Ausgabe der Ärztlichen Mitteilungen von 1949, H. 1 (34) bis 1963, H. 52 (60) und des Deutschen Ärzteblattes von 1964, H. 1 (61) bis 2005, H. 51- 52 (102) auf der Suche nach Artikeln, die mir Auskunft über die Entwicklungen innerhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses gegeben haben.

Aus den ausgewählten Artikeln wurden wichtige Passagen zitiert, mit einer eigenen inhaltlichen Zusammenfassung versehen und durch eine fettgedruckte Überschrift mit zugehöriger Jahreszahl gekennzeichnet. Die Stoffsammlung wurde in dieser Form bis Ende 2005 fortgeführt.

Anschließend erfolgte die Bearbeitung der einzelnen Gliederungspunkte. Die Zitate wurden ausselektiert, um die entscheidenden Entwicklungsstationen hervorzuheben und durch eigene Kommentare konnten die beobachteten Verläufe erklärt und kritisch ergänzt werden. Einleitende Worte und Zusammenfassungen bildeten den Rahmen für jeden Gliederungspunkt.

Schließlich führte die Literaturrecherche mit Bezug auf medizinisch-ethische und medizinisch-rechtliche Fragestellungen zur Ergänzung des Unterpunktes „Kommentar“, der einzelne Gliederungspunkte abschließend reflektiert. Der Gliederungspunkt „Zusammenfassung“ wurde hinzugefügt um die wichtigsten Inhalte jedes Kapitels zu wiederholen und zu betonen.

## 4 Vorstellung des Deutschen Ärzteblattes

Das Deutsche Ärzteblatt, das von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung<sup>4</sup> in drei verschiedenen Auflagen, A für niedergelassene Ärzte, B für Kliniker und C für sonstige Bezieher<sup>5</sup>, herausgegeben wird, stellt das wichtigste Publikationsorgan der deutschen Ärzteschaft dar. Die Grundlagen dafür bilden zum einen die kostenlose Zustellung an alle Ärzte Deutschlands, die eine große Reichweite der Zeitschrift zur Folge hat, und zum anderen das Bemühen der Redaktion, der anspruchsvollen Leserschaft und deren unterschiedlichen Interessen durch breitgefächerte Themengebiete und Vielfältigkeit gerecht zu werden, um Akzeptanz und Anerkennung der Zeitschrift zu gewährleisten.<sup>6</sup>

Die Expansion der immensen Reichweite des Deutschen Ärzteblattes kann anhand einer Auflagenstatistik aus dem Jahr 1949, die eine Auflage von 55 000 Exemplaren bestätigt, und einer aus dem Jahr 2001, die auf über 350 000 Exemplare hinweist, verdeutlicht werden.<sup>7</sup> Die hohe Zahl der Auflage aus dem Jahr 2001 spiegelt sich auch in der im gleichen Jahr durchgeführten Reichweitenstatistik wieder, die belegt, dass 88,5 % aller Kliniker, 91,3 % aller Chef- und Oberärzte und 87,0 % aller Stations- und Assistenzärzte Deutschlands kostenlos mit den Informationen des Deutschen Ärzteblattes versorgt werden.<sup>8</sup>

Nicht nur die Reichweite ist mit aus Studien gewonnenen Zahlen belegbar, sondern auch die hohe Leserakzeptanz. 89 % der Leserschaft beurteilen die Zeitschrift als kompetent und seriös, 88 % als informativ, 87 % als übersichtlich und 78 % als interessant und leserfreundlich. Die Kombination aus hoher Leserakzeptanz und Reichweite lässt den Schluss zu, dass das Deutsche Ärzteblatt das bedeutendste Publikationsorgan der deutschen medizinischen Fachpresse ist.<sup>9</sup>

Die Gründe für diesen Erfolg des Deutschen Ärzteblattes liegen hauptsächlich im Finanzierungskonzept, das die kostenlose Zustellung an alle Ärzte Deutschlands ermöglicht, und in der Versorgung der deutschen Ärzteschaft mit Informationen, die für die Ausübung des Berufs von entscheidender Bedeutung sind.

---

<sup>4</sup> Prof. Dr. med. Dr. h. c. Vilmar, K., Dr. med. Schorre, W.: Der gesamten Ärzteschaft verpflichtet. Grußwort. 50 Jahre, DÄ, H. 21 (96), 1999, S. 4

<sup>5</sup> Rieser, S.: Kein Ärzteblatt zweiter Klasse für Ostdeutsche. Ausgabe D. 50 Jahre, DÄ, H. 21 (96), 1999, S. 33

<sup>6</sup> Jachertz, N.: Allen Ärzten verpflichtet. 125 Jahre Deutsches Ärzteblatt. Seite eins, DÄ, H. 39 (94), 1997, S. A-2445

<sup>7</sup> Prof. Dr. med. Dr. h. c. Vilmar, K., Dr. med. Schorre, W.: Der gesamten Ärzteschaft verpflichtet. Grußwort. 50 Jahre, DÄ, H. 21 (96), 1999, S. 4

<sup>8</sup> Erfolg auf der ganzen Linie... , DÄ

<sup>9</sup> Sprunkel, R.: Die richtige Balance zwischen Leser- und Inserentengunst. Erfolgsformel für das Verlagsmarketing. 50 Jahre, DÄ, H. 21 (96), 1999, S. 8-10

Das Finanzierungskonzept konzentriert sich auf das Anzeigengeschäft, das zu 35 % durch die pharmazeutische Industrie und zu 60 % durch den Stellemarkt getragen wird.<sup>10</sup>

Die Unentbehrlichkeit der Informationen, die durch das Deutsche Ärzteblatt publiziert werden, findet ihre Begründung in der ursprünglichen Hauptaufgabe, die deutsche Ärzteschaft mit Informationen über gesellschafts- und sozialpolitische Zusammenhänge sowie über berufspolitische Hintergründe zu versorgen. Diese ursprüngliche Intention konnte konstant beibehalten werden. Sie wurde lediglich durch medizinisch-wissenschaftliche Beiträge erweitert, die klinische Informationen und Ergebnisse der Grundlagenforschung mit möglichen klinischen Perspektiven beinhalten.<sup>11</sup>

Ein weiterer Aspekt, der laut Befragungen der Leser die Informationen des Deutschen Ärzteblattes attraktiv gestaltet, ist die Tatsache, dass durch die offiziellen Stellungnahmen der beiden Herausgeber, die häufig konträre Interessen vertreten, ein umfassender Einblick in die zugrunde liegende Problematik ermöglicht wird.<sup>12</sup> Neben den öffentlichen Bekanntmachungen und Stellungnahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer füllen auch redaktionseigene Berichte und Kommentare, die die Auffassung der Schriftleitung wiedergeben, und Beiträge ausgewählter Autoren das Deutsche Ärzteblatt.<sup>13</sup>

Die Idee mit Hilfe des Deutschen Ärzteblattes, die Belange der Ärzte und ihrer Kranken durch den Einsatz für die ärztliche Berufsfreiheit, das ärztliche Berufsideal und Berufsethos zu vertreten, verleiht dem Deutschen Ärzteblatt von Beginn an politische Bedeutung.<sup>14</sup>

Das Deutsche Ärzteblatt begleitet und beeinflusst jedoch nicht nur die politischen Belange, sondern unterliegt auch in seiner eigenen Entwicklung politischen Veränderungen, die seine Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte kompliziert erscheinen lassen.

Die Wurzeln des Deutschen Ärzteblattes liegen in der Gründung zweier Zeitschriften, den „Ärztlichen Mitteilungen“ und dem „Ärztlichen Vereinsblatt“. Das „Ärztliche Vereinsblatt“ wird 1872 in Dresden gegründet und die erste Ausgabe erscheint am 9. September 1872 in Leipzig. 1904 wird die Gründung der „Ärztlichen Mitteilungen“ als Publikationsorgan des „Leipziger Verbandes“, dem späteren Hartmannbund und der Kassenärztlichen

---

<sup>10</sup> Sprunkel, R.: Die richtige Balance zwischen Leser- und Inserentengunst. Erfolgsformel für das Verlagsmarketing. 50 Jahre, DÄ, H. 21 (96), 1999, S. 8-10

<sup>11</sup> Prof. Dr. med. Doppelfeld, E.: Gedanken zur Auswahl. Medizinisch-wissenschaftliche Beiträge. 50 Jahre, DÄ, H. 21 (96), 1999, S. 30-33

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Vilmar, K., Dr. med. Schorre, W.: Der gesamten Ärzteschaft verpflichtet. Grußwort. 50 Jahre, DÄ, H. 21 (96), 1999, S. 4

<sup>12</sup> Prof. Dr. med. Dr. h. c. Vilmar, K., Dr. med. Schorre, W.: Der gesamten Ärzteschaft verpflichtet. Grußwort. 50 Jahre, DÄ, H. 21 (96), 1999, S. 4

<sup>13</sup> Roemer, E.: Vertrauen ist die Basis. Redaktion und Herausgeber. 50 Jahre, DÄ, H. 21 (96), 1999, S. 28-30

<sup>14</sup> Jachertz, N.: Zum Geleit. Seite eins. 50 Jahre, DÄ, H. 21 (96), 1999, S. 1

Vereinigungen, zur Konkurrenz des „Aerztlichen Vereinsblattes“.<sup>15</sup> Von 1933 bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges schließen die Nationalsozialisten die beiden Ursprungsblätter „Ärztliche Mitteilungen“ und „Aerztliches Vereinsblatt“ zum „Deutschen Ärzteblatt“ zusammen, um sich die Kontrolle über die Veröffentlichungen zu erleichtern. Nach Ende des Zweiten Weltkrieges wird der Name „Deutsches Ärzteblatt“ zunächst abgelehnt, um sich von den Strukturen des Nationalsozialismus zu distanzieren und um einen demokratischen Wiederaufbau zu demonstrieren.<sup>16</sup> Aus diesem Grund weicht man von 1949 bis einschließlich 1963 auf den Namen „Ärztliche Mitteilungen“ aus. Seit 1964 trägt das Deutsche Ärzteblatt erneut diesen Namen.<sup>17</sup>

Interessant zu beobachten ist die Entwicklung von zwei einfachen Vereinsblättern, die organisatorische und administrative Fragen behandeln, zu einer Zeitschrift, die bemüht ist, die Interessen der Ärzteschaft zu vertreten, indem sie medizinisches Fachwissen und Fortschritte publiziert, sowie ethische, finanzielle, berufs-, gesundheits- und sozialpolitische Themengebiete und Konflikte diskutiert. Außerdem werden Leserbeiträge veröffentlicht und durch Rubrikanzeigen des Stellenmarktes und der pharmazeutischen Industrie die Finanzierung der Zeitschrift ermöglicht. Somit wurden zwei kleine Vereinsblätter zum wichtigsten Publikationsorgan der deutschen Ärzteschaft, dessen Verbreitung, Akzeptanz und politischer Einfluss beachtlich sind.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> Jachertz, N.: Allen Ärzten verpflichtet. 125 Jahre Deutsches Ärzteblatt. Seite eins, DÄ, H. 39 (94), 1997, S. A-2445

<sup>16</sup> Gerst, T.: Neuanfang und Kontinuität. Gründung des Deutschen Ärzte-Verlags vor 50 Jahren. 50 Jahre, DÄ, H. 21 (96), 1999, S. 13-14

<sup>17</sup> Jachertz, N.: Allen Ärzten verpflichtet. 125 Jahre Deutsches Ärzteblatt. Seite eins, DÄ, H. 39 (94), 1997, S. A-2445

<sup>18</sup> Jachertz, N.: Allen Ärzten verpflichtet. 125 Jahre Deutsches Ärzteblatt. Seite eins, DÄ, H. 39 (94), 1997, S. A-2445

## 5 Die Begegnung zwischen Arzt und Patient

### 5.1 Position des Arztes

Die Position des Arztes stützt sich, aus der Perspektive des Deutschen Ärzteblattes betrachtet, auf die Einhaltung ärztlicher Pflichten, die sich abhängig von der Entwicklung sozialer Normen und moralischer Wertvorstellungen verändern. Die Entwicklungstendenzen der Bereiche ärztliche Schweigepflicht, ärztliche Haftpflicht und der Pflicht, Leben zu erhalten und zu schützen, sollen im Folgenden dargestellt werden.

#### 5.1.1 Ärztliche Schweigepflicht

Der entscheidende Abschnitt der Entwicklung der ärztlichen Schweigepflicht vollzieht sich in den Jahren 1949 bis 1961. Seit 1961 sind die ersten rechtlichen Grundlagen gelegt, die eine Regelung in den einzelnen Bereichen, wie zum Beispiel der Schweigepflicht gegenüber Krankenkassen, dem Gesundheitsamt oder dem Werksarzt, ermöglichen. Seit 1973 werden Forschung und elektronische Datenverarbeitung zu weiteren beeinflussenden Größen.

##### 5.1.1.1 Gesetzliche Bestimmungen zur Behebung des gebrochenen Vertrauens nach dem Zweiten Weltkrieg

Die durch Hippokrates bereits gelegten ethischen Grundsteine der ärztlichen Schweigepflicht sind gegenwärtig Teil der ärztlichen Berufsordnung. Sie schützt, als eine der höchst gewerteten Berufs- und Standespflichten, Privat- und Intimsphäre des Patienten und bildet das Fundament für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient.<sup>19</sup>

„Was ich bei der Behandlung sehe und höre oder außerhalb der Behandlung im Leben des Patienten, werde ich verschweigen.“<sup>20</sup>

Die ärztliche Schweigepflicht wird heute nicht nur – wie unter Hippokrates – als „heilige Pflicht“ in der Berufsordnung verankert, sondern im Standes-, Arbeits-, Zivil- und Strafrecht abgesichert. Dadurch soll die Grundlage für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient aufrechterhalten und eine erfolgreiche Behandlung ermöglicht werden.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Die ärztliche Schweigepflicht als eine der zentralen Grundlagen im ärztlichen Berufsethos wird bereits im Hippokratischen Eid und im Genfer Ärztegelöbnis von 1948 festgelegt. Auch heute noch wird sie standes- und strafrechtlich in der ärztlichen Berufsordnung festgehalten. Durch das ärztliche Schweigen über private und auch zum Teil intime Geheimnisse des Patienten können die Persönlichkeitsrechte gewahrt werden und eine Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient gebildet werden. Vgl. Marckmann, Bormuth: Einführung. Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 98-100

<sup>20</sup> Hellner, H.: Arzt, Kranker, Krankheit, J. F. Lehmanns Verlag, München 1970, S. 11; zitiert aus dem Eid des Hippokrates

<sup>21</sup> Heberer, J.: Das ärztliche Berufs- und Standesrecht. Lehr- und Handbuch des Arztrechts für Ärzte und Juristen in Ausbildung und Praxis, ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG, Landsberg 2001, S. 309-310

Gerade die Verletzung des ärztlichen Schweigens stellt jedoch eines der häufigsten oder gar das häufigste berufsethische Vergehen im ärztlichen Alltag dar.<sup>22</sup>

Aus der Analyse des Deutschen Ärzteblattes geht hervor, dass einige Ärzte sich für die Einhaltung und rechtliche Fixierung der Schweigepflicht, die durch die Auswirkungen des Zweiten Weltkriegs verloren gegangen ist, einsetzen und es nicht nur als Pflicht des Arztes betrachten, über Patientengeheimnisse zu schweigen, sondern auch als ein dem Arzt zustehendes Recht.<sup>23</sup> Eine Durchlöcherung der Schweigepflicht, die den Persönlichkeitsschutz des Patienten verletzt, soll nicht mehr zugelassen werden.<sup>24</sup>

„Es gehe hier um feiner ethische Werte, die dem Materialismus, Pragmatismus und Totalitarismus niemals zum Opfer gebracht werden dürfen. Prof. Schmidt schließt seinen Vortrag mit der Forderung, daß sich der ärztliche Stand zur Wehr setzen und bedingungslos für die Beachtung der Schweigepflicht eintreten müsse. Vom Gesetzgeber aber müsse eine baldige umfassende Regelung dieses unersetzlichen ärztlichen Berufsrechtes erwartet werden.“<sup>25</sup>

Ein erster Gesetzesvorschlag wird am 5. Juli 1952 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.<sup>26</sup> Einem im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel eines Juristen zufolge bedarf er jedoch trotz Bemühungen von Juristen und Ärzten noch zahlreicher Verbesserungen und detaillierterer Ausführungen, da die praktische Umsetzung weit von der theoretischen Vorstellung entfernt ist.<sup>27</sup> Das bedeutet, dass der Idealismus, der sich hinter diesen Entwürfen verbirgt, nicht in die Realität umsetzbar ist und das gesetzliche Konstrukt weiterhin eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht in Einzelfällen ermöglicht. Abhängig von der Situation und Personenkonstellation können Schlupflöcher gefunden werden, um ohne rechtliche Konsequenzen die Einhaltung der Schweigepflicht zu umgehen.<sup>28</sup>

„Diese Diskrepanz zwischen den offiziellen Erklärungen von höchster Stelle und der praktischen Menschenbehandlung im Einzelfall ist charakteristisch für unsere augenblickliche Situation

---

<sup>22</sup> Schwerd, W.: Rechtsmedizin. Lehrbuch für Mediziner und Juristen, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1992, S. 286

<sup>23</sup> Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Bürgers ist Teil unserer Verfassung. Es wird durch den Datenschutz und die Schweigepflicht abgesichert und nur in einigen Ausnahmen der Auskunft- und Mitwirkungspflicht aufgehoben werden. Diese Verpflichtungen zur Brechung der Schweigepflicht können durch dritte Stellen, wie Krankenkassen, Arbeits- oder Sozialämter, erwirkt werden und auch durch die eigene Person. Diese Regelung soll jedem Einzelnen ermöglichen, den Informationsgehalt, der an andere Personen weitergegeben wird, selbst zu bestimmen und den Wahrheitsgehalt zu überprüfen. Siehe hierzu Heberer, J.: Das ärztliche Berufs- und Standesrecht. Lehr- und Handbuch des Arztrechts für Ärzte und Juristen in Ausbildung und Praxis, ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG, Landsberg 2001, S. 319-320

<sup>24</sup> Ohne Verfasserangabe: Nochmals: Ärztliche Schweigepflicht, ÄM, H. 10 (36), 1951, S. 149

<sup>25</sup> Ohne Verfasserangabe: Nochmals: Ärztliche Schweigepflicht, ÄM, H. 10 (36), 1951, S. 149

<sup>26</sup> Ohne Verfasserangabe: Gesetz über die Schweigepflicht des Arztes, ÄM, H. 13 (37), 1952, S. 248-250

<sup>27</sup> Dr. jur. Hess, A.: Die ärztliche Schweigepflicht im Entwurf einer Strafrechtsänderung, ÄM, H. 16 (37), 1952, S. 306-309

<sup>28</sup> Ohne Verfasserangabe: Korreferat von Rechtsanwalt H.-J. Lemme auf dem Deutschen Ärztetag 1952: Die ärztliche Schweigepflicht, ÄM, H. 18 (37), 1952, S. 369-373

überhaupt und eine Tatsache, die mindestens sehr nachdenklich stimmen muß, nachdenklich hinsichtlich der Möglichkeit, echte Humanitas im Massenstaat überhaupt zu praktizieren.“<sup>29</sup>

Von 1952 bis 1961 dauert die Auseinandersetzung und Diskussion um die bestmögliche gesetzliche Lösung an, bis 1961 der folgende Gesetzentwurf für das Strafrecht hinsichtlich der ärztlichen Schweigepflicht veröffentlicht wird.

„§ 185

Bruch von Privatgeheimnissen durch Inhaber einer Vertrauensstellung

1. Wer ein fremdes Geheimnis, das ihm in seiner Eigenschaft als

- Arzt, Zahnarzt, Apotheker oder Angehöriger eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung seiner Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
- Berufspsychologe mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung,
- Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in Strafsachen, Wirtschaftsprüfer, vereidigter Buchprüfer (Bücherrevisor), Steuerberater oder Helfer in Steuersachen,
- Inhaber, Leiter, Organ, Mitglied eines Organs oder Bediensteter
- der Krankenanstalten und der medizinischen Zwecken dienenden Untersuchungsanstalten,
- der Träger der Sozialversicherung,
- der Unternehmen der privaten Kranken-, Unfall- und Lebensversicherung,
- der kassenärztlichen Vereinigungen und
- der privatärztlichen Verrechnungsstellen

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, ohne Einwilligung des Betroffenen offenbart, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahr, mit Strafhaft oder mit Geldstrafe bestraft.

2. Den in Absatz 1 Nr. 1 bis 3 Genannten stehen gleich

- ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und
- die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der berufsmäßigen Tätigkeit teilnehmen.

3. Den in Absatz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tode des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlaß erlangt hat.

---

<sup>29</sup> Ohne Verfasserangabe: Korreferat von Rechtsanwalt H.-J. Lemme auf dem Deutschen Ärztetag 1952: Die ärztliche Schweigepflicht, *ÄM*, H. 18 (37), 1952, S. 369-373



4. Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tode des Betroffenen ohne Einwilligung der Angehörigen, denen das Antragsrecht im Falle des § 121 Abs. 2 zusteht, offenbart.
5. In besonders schweren Fällen ist die Strafe Gefängnis von drei Monaten bis zu drei Jahren. § 183 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.
6. Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt. Stirbt der Verletzte, so geht das Antragsrecht nach § 121 Abs. 2 auf die Angehörigen über.<sup>30</sup>

Dieser Gesetzentwurf bildet die Grundlage für die weiteren Entwicklungsschritte in den einzelnen Bereichen, auf die die ärztliche Schweigepflicht Einfluss nimmt.<sup>31</sup> Die folgenden Gliederungspunkte behandeln die separate Darstellung der Einflussgebiete, die sich aus der Analyse des Deutschen Ärzteblattes ergeben.<sup>32</sup>

### **5.1.1.2 Krankenkassen und Versicherungen**

Die Diskrepanz zwischen dem Informationsbedürfnis der Krankenkassen und Versicherungen über den Zustand des betreffenden Patienten und der Wahrung des Patientengeheimnisses ist ein stetig vorhandenes Problem, das von 1955 bis heute die Leser und die Redaktion des Deutschen Ärzteblattes beschäftigt. In diesem Interessenkonflikt stehen administrative Forderungen Persönlichkeitsrechten gegenüber. Eine Bewertung unter ethischen Aspekten würde, meines Erachtens, eine eindeutige Präferenz für den Schutz der Persönlichkeitsrechte zur Folge haben, die Ansprüche wirtschaftlicher und sozialpolitischer Einrichtungen prägen jedoch den praktischen Umgang entscheidend.<sup>33</sup>

Während die Auskunft gegenüber Sozial- und Privatversicherungen (1965 und 1964) streng reglementiert ist, wird die Auskunft gegenüber Unfallversicherungen (1969) zur Verpflichtung erklärt.

„Auch in der Sozialversicherung gilt grundsätzlich die ärztliche Schweigepflicht. Die Inanspruchnahme von Sozialleistungen durch den Versicherten beinhaltet seine Einwilligung in

<sup>30</sup> Ohne Verfasserangabe: Entwurf eines neuen Strafgesetzbuches. Die für den Arzt und die ärztliche Berufsausübung wichtigsten Bestimmungen. 2. Fortsetzung, *ÄM*, H. 6 (46), 1961, S. 308-317

<sup>31</sup> Die ärztliche Schweigepflicht ist nicht nur im Strafgesetzbuch verankert, sondern auch in der ärztlichen Berufsordnung. Vgl. Bundesärztekammer: (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. Die Berufsordnung in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 78-80 und S. 83-84

<sup>32</sup> Diese Einteilung orientiert sich an der Entwicklung der ärztlichen Schweigepflicht von 1949 bis 2005, die sich aus den Recherchen im Deutschen Ärzteblatt ergeben hat. Es wäre beispielsweise auch eine Gliederung vorstellbar, die eine Unterteilung in Strafrecht, Berufsrecht, Zivilrecht, Arbeitsrecht und Sozialrecht vorsieht und im Anschluss den zulässigen Bruch der ärztlichen Schweigepflicht mit Erläuterungen des Offenbarungsrechts und der Offenbarungspflicht definiert. Siehe hierzu Parzeller, M., Wenk, M., Rothschild, M. A.: Die ärztliche Schweigepflicht. Zertifizierte Medizinische Fortbildung, *DÄ*, H. 5 (102), 2005, S. A-289-295

<sup>33</sup> Die Melde- und Auskunftspflicht ist ein legalisierter Bruch der ärztlichen Schweigepflicht. Es besteht Auskunftspflicht des Vertragsarztes u. a. gegenüber Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Berufsgenossenschaften und Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. Siehe hierzu Madea, B.: Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2003, S. 565

die Offenbarung der Krankheitsumstände nur insoweit, als diese für die Feststellung der Leistungspflicht des Sozialversicherungsträgers notwendig sind.“<sup>34</sup>

„Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, dem Träger der Unfallversicherung Auskunft über die Behandlung und den Zustand des Verletzten zu erteilen. [...] Das Versicherungsamt kann gegen die zur Auskunft Verpflichteten Ordnungsstrafen in Geld verhängen, wenn sie die Auskunft nicht in angemessener Frist erteilen.“<sup>35</sup>

Da jedoch trotz dieser strengen Regelungen der Auskunftspflicht gegenüber Krankenkassen und Versicherungen immer wieder Artikel im Deutschen Ärzteblatt den Missbrauch der ärztlichen Schweigepflicht belegen, der in den meisten Fällen nicht mit Vorsatz, sondern mit Fahrlässigkeit aufgrund von Unwissenheit der Betroffenen einhergeht, setzt sich insbesondere der Deutsche Ärztetag 1982 für die Limitierung einer Ausweitung der ärztlichen Schweigepflicht ein. Deutlich hervorgehoben wird in den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages auch der steigende Einfluss der Forschung und der elektronischen Datenverarbeitung.<sup>36</sup> Vor allem die Möglichkeit der elektronischen Datenverarbeitung eröffnet neue Probleme des Datenschutzes gegenüber Krankenkassen. Dieser Konflikt wird im Kapitel 5.1.1.6 „Elektronische Datenverarbeitung und Datenschutzgesetz“ behandelt.

„Der 85. Deutsche Ärztetag hält eine Verarbeitung personenbezogener Daten durch Verwaltungen, Sozialversicherungen etc. nur im Rahmen einer engen Zweckbestimmung dieser Institutionen für zulässig. Die Schweigepflicht darf nicht durch die Forschungsinteressen von staatlichen Institutionen und durch die zu diesem Zweck erfolgende Speicherung von personenbezogenen Gesundheitsdaten ausgehöhlt oder durch per Gesetz geschaffene neue Kontrollinstanzen unterlaufen werden.“<sup>37</sup>

In den folgenden Jahren bis einschließlich 2005 setzt sich der Deutsche Ärztetag immer wieder für die Wahrung der Patientengeheimnisse ein und die Krankenkassen wiederholen ihre Forderungen gegenüber der Ärzteschaft, bereitwilliger Informationen preiszugeben.<sup>38</sup> Ein Beispiel vom Januar 2005 belegt, dass die Ansprüche, personenbezogene Daten an die Krankenkassen weiterzugeben, zunehmen.

„Bislang haben die Kassen personenbezogene Daten nur aus dem stationären Sektor erhalten. [...] Das neue Abrechnungsmodell im ambulanten Bereich sieht vor, dass die Abrechnung zwar

---

<sup>34</sup> Dr. jur. Hess, A.: Ärztliche Schweigepflicht im Prüfverfahren. Kassenarztrecht, DÄ, H. 44 (62), 1965, S. 2421-2423

<sup>35</sup> Dr. Nienhaus: Auskunftspflicht. Auskunftserteilung der Ärzte gegenüber den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, DÄ, H. 20 (66), 1969, S. 1435

<sup>36</sup> Dauth, S.: Verrechnungsstellen, Praxisverkauf und andere umstrittene Punkte. Ärztliche Schweigepflicht. Aktuelle Politik, DÄ, H. 49 (88), 1991, S. B-2821-2822

<sup>37</sup> Ohne Verfasserangabe: Datenschutz in der Sozialversicherung. Resolutionen, DÄ, H. 21 (79), 1982, S. 38-39

<sup>38</sup> Krüger-Brand, H. E.: Risiken für die Versicherten. Datenschutz. Politik, DÄ, H. 13 (101), 2004, S. B-694-695

weiterhin zur Prüfung an die KVen geht, dass zusätzlich aber eine patientenbezogene Prüfung durch die Kassen erfolgen soll.<sup>39</sup>

Die Frage nach der endgültigen Lösung dieses Interessenkonflikts kann bis zum heutigen Zeitpunkt aus den Quellen des Deutschen Ärzteblattes nicht beantwortet werden. Es ist meines Erachtens anzunehmen, dass sich die Ärzteschaft auch in Zukunft für ihr Recht auf Verschwiegenheit einsetzen muss, um ihre berufsethischen Verpflichtungen zu wahren.

### ***Kommentar***

Eine Bewertung dieses Interessenkonflikts nach ethischen Gesichtspunkten würde, meines Erachtens, die Einbußen der persönlichen Freiheit durch Verletzung der Intimsphäre und des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung verurteilen. Nach meiner Beurteilung wäre zudem das Verständnis für die Forderungen der Krankenkassen gering, da wirtschaftliche Interessen und persönliche Grundrechte, unter ethischen Kriterien betrachtet, nicht auf einem Niveau anzuordnen sind. Ein Zusammenbruch des Krankenkassensystems aufgrund mangelnder patientenbezogener Information darf, meiner Auffassung nach, nicht einer Verletzung der Persönlichkeitsrechte gleichgesetzt werden.

Anzuzweifeln ist jedoch, meines Erachtens, die tatsächliche Relevanz dieses Bruchs der ärztlichen Schweigepflicht. Ungünstige Folgen können zum einen im direkten Arzt-Patienten-Kontakt durch Angst und zunehmende Verschlussenheit der Patienten gegenüber ihrem Arzt entstehen und zum anderen aufgrund der Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht durch eine Versicherungsgesellschaft oder durch einen Mitarbeiter einer Versicherungsbranche. Interessant wäre, meiner Ansicht nach, diese Folgen auf Relevanz und Häufigkeit zu überprüfen.

### ***5.1.1.3 Gesundheitsamt***

Die Meldepflicht von Geschlechts- und Seuchenkrankheiten, Behinderungen und Misshandlungen an das Gesundheitsamt führt in der Regel zur Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht und findet ihre Berechtigung abhängig von der Sichtweise des Beurteilenden.<sup>40</sup> Legt man die höchste Priorität auf die Sicherung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, wird die Meldung von Geschlechts- und Seuchenkrankheiten zur ärztlichen Pflicht und der individuelle Persönlichkeitsschutz tritt in den Hintergrund. Umgekehrt hat die Bevorzugung des Persönlichkeitsrechts eine Gefährdung der Allgemeinheit zur Folge. Ein weiterer Aspekt bezieht sich auf geeignete Rehabilitationsmaßnahmen und

---

<sup>39</sup> Krüger-Brand, H. E.: „Vertrauensbildung betreiben“. Datenschutz. Politik, DÄ, H. 4 (102), 2005, S. B-140-142

<sup>40</sup> Die Meldepflicht ist ein legaler Bruch der ärztlichen Schweigepflicht. Genauere Angaben siehe: Madea, B.: Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2003, S. 565-566

Nachsorgeprogramme für Menschen mit Behinderungen oder Schäden durch Misshandlungen. Einerseits kann die Hoffnung auf eine verbesserte Organisation und vermehrte Teilnahme an diesen Maßnahmen in Erwägung gezogen werden und andererseits lässt sich ein Rückgang der Arztbesuche aus Angst vor den Konsequenzen der Meldepflicht vermuten. Zur Verdeutlichung der Problematik dient das Beispiel der Tuberkulosebekämpfung von 1960.<sup>41</sup>

„Ganz offensichtlich hat der Gesetzgeber, obwohl er mit dem Tuberkulosehilfegesetz anstrebt, einer Volksseuche Herr zu werden und dem Tbc-Kranken eine möglichst umfassende Hilfe zuteil werden zu lassen, nicht in das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient eingreifen wollen.“<sup>42</sup>

Hier wird der Zwiespalt zwischen individuellen und gesellschaftlichen Ansprüchen deutlich, der sich zwangsläufig bei dem Versuch ergibt, eine rechtliche Lösung für meldepflichtige Krankheiten zu finden.

Auch auf diesem Gebiet tendieren die meisten Publikationen im Deutschen Ärzteblatt dazu, die ärztliche Schweigepflicht zu schützen und nur die notwendigsten Informationen preiszugeben, da Effektivität und Nutzen der Meldung angezweifelt werden und ein Vertrauensbruch im Arzt-Patienten-Verhältnis befürchtet wird.<sup>43</sup> Ein Beispiel hierfür bieten 1967 die Beschlüsse des 70. Deutschen Ärztetages über die Meldepflicht für Behinderte.

„Der Deutsche Ärztetag warnt davor, die Ärzte gesetzlich zu verpflichten, körperlich und geistig Behinderte gegen ihren oder ihrer Sorgeberechtigten Willen und trotz eigener Bemühungen zur Rehabilitation einer Behörde zu melden. Nicht Meldung und Zwang, sondern Aufklärung und Erziehung zu eigenverantwortlichem Verhalten gehören zu den Grundlagen einer demokratischen freiheitlichen Gesellschaftsordnung.“<sup>44</sup>

Im gleichen Jahr setzt sich auch die Bundesärztekammer für den individuellen Persönlichkeitsschutz ein. Ihre Forderungen beziehen sich auf die Meldung von Geschlechtskrankheiten.

„Das Bundesgesundheitsministerium wurde daher dringend gebeten, im Interesse einer wirksamen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei einer Gesetzesänderung über die etwaige Einführung chiffrierter Meldungen auf alle Angaben zu verzichten, die in irgendeiner Weise die Person des Erkrankten kennzeichnen könnten.“<sup>45</sup>

---

<sup>41</sup> Dr. Fink, J.: Das Tuberkulosehilfegesetz und die ärztliche Schweigepflicht. Aus der Rechtspraxis, ÄM, H. 32 (45), 1960, S. 1597-1600

<sup>42</sup> Dr. Fink, J.: Das Tuberkulosehilfegesetz und die ärztliche Schweigepflicht. Aus der Rechtspraxis, ÄM, H. 32 (45), 1960, S. 1597-1600

<sup>43</sup> Ohne Verfasserangabe: Kindesmißhandlung und ärztliche Schweigepflicht. Änderung gesetzlicher Vorschriften nicht notwendig, DÄ, H. 16 (64), 1967, S. 837-838

<sup>44</sup> Ohne Verfasserangabe: Zum Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer, DÄ, H. 23 (64), 1967, S. 1265-1277

<sup>45</sup> Ohne Verfasserangabe: Schweigepflicht muß auch bei Geschlechtskrankheiten erhalten bleiben. Bundesärztekammer gegen namentliche Meldungen an das Gesundheitsamt, DÄ, H. 39 (64), 1967, S. 2004

Interessant ist die Beobachtung, dass die Bundesärztekammer und auch der Deutsche Ärztetag konstant bei ihrer ablehnenden Haltung gegenüber einer Meldepflicht für Behinderte, Geistesranke, misshandelte und von Geschlechtskrankheiten befallene Patienten bleiben.<sup>46</sup> Bundestagsabgeordnete und Verantwortliche von Behindertenverbänden hingegen setzen sich immer wieder für eine Meldepflicht ein, die unter dem Vorwand der Einhaltung von Persönlichkeitsrechten und zum angeblichen Vorteil der Betroffenen erkämpft wird.<sup>47</sup>

1974: „Es tut not, hier einen Weg zu suchen, der – unter Achtung des verfassungsmäßigen Schutzes der Menschenwürde und der Persönlichkeit, unter Vermeidung unnötiger Bloßstellung und unter menschenmöglicher Absicherung vor Mißbrauch – der Rehabilitation dient, auch ihrer Planung und Finanzierung.“<sup>48</sup>

1981: „Die namentliche Meldepflicht für Behinderungen bei den entsprechenden nationalen Institutionen ist eine der Hauptforderungen des Weltverbandes der Behinderten [...] Mit Hilfe der Meldepflicht sollen Behinderungen frühzeitig erfasst und deren rechtzeitige Behandlung gesichert werden, [...]“<sup>49</sup>

In den Jahren 1986 bis 1989 wird international die Problematik der Meldepflicht für AIDS-Kranke diskutiert. Zum einen haben AIDS-Kranke ein Recht auf den Schutz ihrer Persönlichkeit und zum anderen kann es für bestimmte Berufsgruppen wie Ärzte, Aufseher in Gefängnissen oder andere Kontaktpersonen von lebenswichtiger Bedeutung sein, über eine vorliegende HIV-Infektion informiert zu werden. Das erste Beispiel zeigt die Ablehnung der Meldepflicht 1986 in Deutschland, das zweite Beispiel die Befürwortung der Meldepflicht 1989 in Tokio und das dritte Beispiel den amerikanischen Mittelweg 1988. Leider wird im Deutschen Ärzteblatt keine Beurteilung über die Entscheidungen in Deutschland, Tokio und Amerika veröffentlicht. Die Ausführungen lassen lediglich die Vermutung zu, dass die deutsche Ärzteschaft die Haltung des Bundestagsausschusses toleriert oder sich dieser sogar anschließt, da keine abweichenden Äußerungen gefunden werden können.

1. „Gegen die Einführung der Meldepflicht für die Immunschwäche-Krankheit AIDS haben sich zahlreiche Experten während einer Anhörung des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit in Bonn ausgesprochen. Dagegen empfahlen die Sachverständigen eine verstärkte

---

<sup>46</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschließungen und Beschlüsse, 74. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 23 (68), 1971, S. 1801-1809

Ohne Verfasserangabe: Bundesärztekammer lehnt Meldepflicht für Behinderte weiterhin ab. Nachrichten, DÄ, H. 9 (78), 1981, S. 384

<sup>47</sup> Ohne Verfasserangabe: Meldepflicht – Hilfe für Behinderte, DÄ, H. 18 (71), 1974, S. 1295

Ohne Verfasserangabe: Behindertenverbände fordern: Meldepflicht und Integration, Nachrichten. DÄ, H. 13 (78), 1981, S. 595

<sup>48</sup> Ohne Verfasserangabe: Meldepflicht – Hilfe für Behinderte, DÄ, H. 18 (71), 1974, S. 1295

<sup>49</sup> Ohne Verfasserangabe: Behindertenverbände fordern: Meldepflicht und Integration, Nachrichten. DÄ, H. 13 (78), 1981, S. 595

Aufklärung der Bevölkerung über die Krankheit sowie eine bessere Förderung und Koordination der medizinischen Forschung.“<sup>50</sup>

2. „Japans Reichstag hat ein Gesetz verabschiedet, das die Ärzte verpflichtet, AIDS-Kranke und – Infizierte namentlich dem Provinzgouverneur zu melden. [...] Ein Arzt, der eine solche Meldung unterläßt, kann bestraft werden, ebenfalls auch eine Person, die sich weigert, einen angeordneten AIDS-Test zu dulden.“<sup>51</sup>
3. „Ein Gesetzentwurf, der eine namentliche Meldepflicht für AIDS-Infizierte verlangte, wurde von 66 Prozent der Wähler abgelehnt. Sie stimmten jedoch dem Vorschlag zu, in bestimmten Fällen Zwangstests zum Schutz von Opfern zuzulassen, zum Beispiel an Vergewaltigern oder an Häftlingen, die einen Wächter verletzen.“<sup>52</sup>

Die Ablehnung der Meldepflicht für HIV-Infizierte schützt, meines Erachtens, nicht nur den Patienten vor Diskriminierung und Entblößung, sondern auch den Arzt vor rechtlicher Verantwortung bei Schädigung anderer Personen durch den Infizierten. Der Arzt unterliegt in diesem Zusammenhang nicht der Offenbarungspflicht, sondern genießt das Recht zur Offenbarung des Patientengeheimnisses.<sup>53</sup> Demnach hat der Arzt, meiner Auffassung nach, die Möglichkeit, nach Rechtsgüterabwägung zu entscheiden, ob er den Bruch der ärztlichen Schweigepflicht aufgrund der Gefährdung anderer dem Schutz der Intimsphäre seines Patienten vorzieht.

In den 90er Jahren ist deutlich zu erkennen, dass dieses Themengebiet in den Augen der Redaktion des Deutschen Ärzteblattes ausreichend bearbeitet zu sein scheint, seine Aktualität abnimmt und andere Themen in den Vordergrund geraten. Aus dem Deutschen Ärzteblatt ist nicht zu entnehmen, ob eine endgültige Einigung vorliegt oder ob die Diskussion über die Meldepflicht noch immer anhält.<sup>54</sup>

### ***Kommentar***

Dieses Thema kann, meiner Meinung nach, nicht durch die einfache Unterscheidung zwischen wirtschaftlichen und ethischen Interessen beurteilt werden, wie der Gliederungspunkt 5.1.1.2 „Krankenkassen“ dies zugelassen hat. Hier konkurrieren, meines Erachtens, zum einen die Interessen des Einzelnen und die der gesamten Bevölkerung miteinander und zum anderen ist das Einhalten der ärztlichen Schweigepflicht nicht

---

<sup>50</sup> Ohne Verfasserangabe: AIDS-Hearing: Gegen Meldepflicht. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 15 (83), 1986, S. 1012

<sup>51</sup> Ohne Verfasserangabe: AIDS: Namentliche Meldung, Ausland. Nachrichten, DÄ, H. 10 (86), 1989, S. B-473

<sup>52</sup> Ohne Verfasserangabe: AIDS-Meldepflicht abgelehnt. Ausland. Nachrichten, DÄ, H. 47 (85), 1988, S. B-2337

<sup>53</sup> Bei Kenntnis von einer HIV-Infektion besteht lediglich ein Offenbarungsrecht, sobald der behandelnde Arzt gefährliche Konsequenzen befürchtet, jedoch keine Offenbarungspflicht. Der Arzt darf beispielsweise die Schweigepflicht brechen, wenn er beide Ehegatten behandelt und den nicht infizierten Partner über die Ansteckungsgefahr aufklären möchte. Siehe: Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 258-259

<sup>54</sup> Detaillierte und aktuelle Angaben über Inhalt und Anwendung der Meldepflicht siehe: Heberer, J.: Das ärztliche Berufs- und Standesrecht. Lehr- und Handbuch des Arztrechts für Ärzte und Juristen in Ausbildung und Praxis, ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG, Landsberg 2001, S. 321-331

zwangsläufig mit dem Wohl des Patienten gleichzusetzen. Zur Verdeutlichung der beiden Aspekte können die Meldepflicht bei Infektionskrankheiten und das Offenbarungsrecht bzw. die Offenbarungspflicht bei Misshandlungen genannt werden.

Unter juristischen Gesichtspunkten betrachtet, ist das Handeln des Arztes im Fall der Offenbarungspflicht klar definiert. Im Fall des Offenbarungsrechts hingegen liegt die Aufgabe des Arztes in der Güterabwägung und in der Beurteilung der Einzelsituation, um seine Entscheidung rechtlich vertreten zu können.

Eine Beurteilung nach ethischen Aspekten wird, in meinen Augen, im Wesentlichen von den Umständen im Einzelfall beeinflusst. Beispielsweise hängt die Rechtfertigung der Meldepflicht einer Infektionskrankheit, insbesondere einer Geschlechtskrankheit, meines Erachtens, erheblich von der Persönlichkeit und dem Charakter der betreffenden Person ab sowie von den Lebensgewohnheiten, dem Beruf und der familiären Situation. Auch im Fall des Offenbarungsrechts tragen, meiner Ansicht nach, einige ethische Aspekte zur Beurteilung der Situation bei, die ohne Einfluss auf die rechtliche Untermauerung der ärztlichen Entscheidung sind. Zur Erklärung dient das Beispiel der Kindesmisshandlung. Ein Aspekt, der zur ärztlichen Entscheidungsfindung beiträgt, aber wahrscheinlich nicht zur rechtlichen Fixierung, liegt im Abwägen des Arztes, ob er durch die Meldung der Misshandlung Vertrauen und damit die Kontrolle verliert oder ob er bei unterlassener Meldung so wenig Einfluss nimmt, dass damit Leib und Leben des Kindes gefährdet sind.

Der Bruch der ärztlichen Schweigepflicht im Rahmen des Offenbarungsrechts bleibt somit, meiner Beurteilung zufolge, eine sehr diffizile Entscheidung, sowohl auf rechtlicher als auch auf ethischer Ebene.

#### **5.1.1.4 Gericht**

Die Wahrung des Patientengeheimnisses unterliegt vor Gericht der Diskrepanz zwischen ärztlichen und juristischen Interessen, die einerseits die Einhaltung der Schweigepflicht und andererseits die der Aussagepflicht einfordern. Die Diskussion um diesen Konflikt erstreckt sich im Deutschen Ärzteblatt von 1955 bis in die 70er Jahre. Der Grundstein für das Verhalten des Arztes vor Gericht bildet die Abhängigkeit des Zeugnisverweigerungsrechts von der Position des Arztes. Der Arzt als Sachverständiger, als Zeuge oder als Angeklagter kann in unterschiedlichem Umfang von seinem Zeugnisverweigerungsrecht und damit auch vom Beschlagnahmeverbot der Krankenakte Gebrauch machen.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Wenn der Arzt im Gerichtsverfahren als Zeuge auftritt, wird ihm das Recht der Zeugnisverweigerung (professionelles Zeugnisverweigerungsrecht) zugestanden. Es bezieht sich auf Zivil- und Strafprozesse. Um eine Umgehung des Zeugnisverweigerungsrechts des Arztes zu vermeiden, erstreckt sich dieses auch auf schriftliche Unterlagen, die durch das Beschlagnahmeverbot der Krankenakte abgesichert werden. Falls der Arzt selbst vor Gericht angeklagt wird, tritt das Beschlagnahmeverbot nicht mehr in Kraft. Er kann in dieser Situation lediglich von dem Zeugnisverweigerungsrecht als Beschuldigter, nicht aber in der Funktion als Arzt Gebrauch machen.

Bereits 1955 wird der Konflikt deutlich, dem der Arzt, der nicht als Sachverständiger vor Gericht auftritt, gegenübersteht. Er hat die Aufgabe, unter Güterabwägung zu entscheiden, ob er das Recht der Zeugnisverweigerung einsetzt oder im Interesse höherer Güter das Patientengeheimnis offenbart.<sup>56</sup>

Für diesen Konflikt ist im Deutschen Ärzteblatt keine allgemein gültige Lösung zu finden, nach der sich der Arzt richten sollte.<sup>57</sup> Ein Zitat aus Protokollen des Bundesgerichtshofes von 1956 zeigt lediglich, dass eine Offenbarung vor Gericht nicht zwangsläufig eine Bestrafung wegen Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht ausschließt.

„Hiermit hat der Bundesgerichtshof klargestellt, daß der Umstand, daß eine Aussage, welche inhaltlich die Offenbarung eines nach § 300 StGB geschützten Geheimnisses darstellt, in einem gerichtlichen Verfahren gemacht wird, nicht ipso jure die Strafbarkeit des Geheimnisbruches ausschließt.“<sup>58</sup>

In der Position des Sachverständigen hingegen, tritt er aus dem speziellen, durch den § 300 StGB geschützten Vertrauensverhältnis heraus, um den Patienten zum Zweck der Erstellung eines gerichtlichen Gutachtens zu untersuchen.<sup>59</sup> Es ist allerdings anzumerken, dass der Arzt die Pflicht hat, den Patienten vor und während der Untersuchung über sein Vorhaben aufzuklären.<sup>60</sup>

„Das ergibt sich daraus, daß der Arzt im Falle seiner Beauftragung mit der Erstattung eines Gutachtens zu der zu untersuchenden Person nicht in ein Verhältnis tritt, das von § 300 StGB geschützt wird, weil der Arzt in diesem Falle weder in einem Vertrags- noch einem Vertrauensverhältnis zu der Streitpartei des Prozesses steht.“<sup>61</sup>

Das Beschlagnahmeverbot der Krankenunterlagen ist 1955 bereits geregelt und schließt jede gerichtliche Beschlagnahme aus, sofern der Arzt nicht in irgendeiner Weise selbst an den Tatumständen beteiligt ist oder opportunistische Handlungsabsichten zu erkennen sind.<sup>62</sup>

---

Siehe hierzu: Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 260-261

<sup>56</sup> Dr. Rahn (Oberstaatsanwalt), D.: Von den Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht, *ÄM*, H. 7 (40), 1955, S. 187-191

<sup>57</sup> Für das Schweigen des Arztes gilt als grundlegende Richtschnur der Rechtfertigungsbedarf für die Offenbarung von Patientengeheimnissen und nicht für das ärztliche Schweigen. Siehe hierzu Madea, B.: *Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2003, S. 564-565

<sup>58</sup> Bösche, R. A.: Schweigepflicht. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 22 (41), 1956, S. 585

<sup>59</sup> Dr. Rahn (Oberstaatsanwalt), D.: Von den Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht, *ÄM*, H. 7 (40) 1955, S. 187-191

Siehe hierzu auch: Deutsch, E.: *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht*, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 255

<sup>60</sup> Oberreg.-Rat Kierski, W.-S.: Zur Frage der Schweigepflicht beamteter Ärzte, *ÄM*, H. 24 (41), 1956, S. 621-624

<sup>61</sup> Dr. Schieckel, H.: Der Arzt in der Sozialgerichtsbarkeit. Schluß aus *ÄM* Nr. 2 v. 11. 1. 1957 S. 37 ff., E. Die ärztliche Schweigepflicht, *ÄM*, H. 3 (42), 1957, S. 66-71

<sup>62</sup> Dr. jur. Dr. med. Göppinger, H.: Die Beschlagnahmefreiheit der ärztlichen Aufzeichnungen. Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik Heidelberg (Prof. Kurt Schneider), *ÄM*, H. 12 (40), 1955, S. 361-363



„Zusammengefasst ist also auf Grund der Neufassung des § 97 StPO eine Beschlagnahme von ärztlichen Aufzeichnungen usw. nur unter den in § 97 Abs. 2 genannten Voraussetzungen zulässig.“<sup>63</sup>

1958 schließt sich ein weiterer Gesichtspunkt an, die Gültigkeit der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch den Patienten selbst. Eine rechtsgültige Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht kann sich nur auf medizinische Bereiche beziehen und nicht auf alle Geheimnisse, die dem Arzt im Rahmen der Betreuung des Patienten bekannt geworden sind. Auch die Beschlagnahme der Krankengeschichte wird dadurch nicht legalisiert.<sup>64</sup>

„[...] d. h., daß die Aufzeichnungen usw. dieses Personenkreises keinesfalls beschlagnahmt werden können, falls die übrigen Voraussetzungen des § 97 vorliegen, also auch dann nicht, wenn der Patient im konkreten Fall von der Schweigepflicht entbunden hat.“<sup>65</sup>

„Bei einer Entbindung von der Schweigepflicht sind ohne ausdrücklichen Hinweis alle die Geheimnisse impliziert, die dem Arzt mittels des Kranken bekannt wurden und die unmittelbar den streng medizinischen Befund des Kranken, auf den sich diese Entbindung bezieht, zum Inhalt haben.“<sup>66</sup>

Eine Änderung oder Verwerfung dieser Bestimmungen ist im Deutschen Ärzteblatt bis 2005 nicht zu finden. Es ist lediglich festzustellen, dass immer wieder bis 1960 vehemente Kritik an der uneingeschränkten Einhaltung des Beschlagnahmeverbots geäußert wird.<sup>67</sup> Die Diskussion scheint aber nach 1960 auszulaufen und stellt ab diesem Zeitraum für das Deutsche Ärzteblatt kein diskussionswürdiges Thema mehr dar. Zusammenfassend kann somit, den Belegen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, festgehalten werden, dass der Arzt, der nicht als Sachverständiger vor Gericht hinzugezogen wird, das Recht hat, alle medizinischen Angaben und Sachverhalte, die ihm im Patientenkontakt bekannt geworden sind, vor Gericht zurückzuhalten, die Aussage zu verweigern und die Krankenakte geheim zu halten.

### ***Kommentar***

Meines Erachtens führt dieser Gliederungspunkt, aus ärztlicher Perspektive betrachtet, nicht zu erheblichen ethischen Kontroversen. Die rechtliche Basis wird eindeutig in die Funktionen, die der Arzt vor Gericht ausübt, unterteilt. Weder die Regelungen für den Arzt als

---

<sup>63</sup> Dr. jur. Dr. med. Göppinger, H.: Die Beschlagnahmefreiheit der ärztlichen Aufzeichnungen. Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik Heidelberg (Prof. Kurt Schneider), *ÄM*, H. 12 (40), 1955, S. 361-363

<sup>64</sup> Dr. jur. Dr. med. Göppinger, H.: Die Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten und ihre Auswirkungen im Prozeß\*, *ÄM*, H. 45 (43), 1958, S. 1326-1329

<sup>65</sup> Dr. jur. Dr. med. Göppinger, H.: Die Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten und ihre Auswirkungen im Prozeß\*, *ÄM*, H. 45 (43), 1958, S. 1326-1329

<sup>66</sup> Dr. jur. Dr. med. Göppinger, H.: Die Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten und ihre Auswirkungen im Prozeß\*, *ÄM*, H. 45 (43), 1958, S. 1326-1329

<sup>67</sup> Dr. Hänsel, R.: Die Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten und ihre Auswirkung im Prozeß. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 15 (44), 1959, S. 493-494

Angeklagten noch als Sachverständigen können, meiner Beurteilung zufolge, ethisch angegriffen werden. Falls der Arzt als Zeuge vor Gericht auftritt, hat er die Möglichkeit nach eigenem Ermessen und Güterabwägung zu entscheiden, ob er das Zeugnisverweigerungsrecht einsetzt oder ob er die ärztliche Schweigepflicht zugunsten anderer, höher eingestufte Güter bricht. Dem professionellen Zeugnisverweigerungsrecht, also dem Zeugnisverweigerungsrecht in der Funktion als Arzt, folgt mit gleicher Berechtigung das Beschlagnahmeverbot der Patientenakte. Dadurch bleibt das Einhalten der ärztlichen Schweigepflicht vor Gericht die Entscheidung des Arztes und wird nicht durch äußere Instanzen verletzt. Im Gegenteil, die ärztliche Schweigepflicht wird nach Offenbarung des Patientengeheimnisses durch den Arzt erneut abgesichert, indem der Arzt bestraft wird, wenn das Gericht den Bruch der ärztlichen Schweigepflicht als unangebrachtes oder fehlerhaftes Verhalten des Arztes einstuft.

Aufgrund der oben geschilderten Resultate gibt es, meiner Ansicht nach, keine ethisch vertretbaren Gründe, die juristische Komponente der Schweigepflicht aus ärztlicher Sicht anzuzweifeln. Aus der Perspektive der juristischen Vertreter ist, meines Erachtens, jedoch Kritik vorhanden, die diese strikte Absicherung der ärztlichen Schweigepflicht anzweifelt, da vermutlich in zahlreichen Prozessen ein Bruch der ärztlichen Schweigepflicht die Urteilsfindung beschleunigen und absichern würde.

#### **5.1.1.5 Werksarzt**

Die Annahme, dass dem Werksarzt eine besondere Regelung hinsichtlich der ärztlichen Schweigepflicht zuteil wird, um dem Arbeitgeber die nötigen Informationen über den Zustand seines derzeitigen oder werdenden Arbeitnehmers zu geben, erweist sich als nicht zutreffend. 1959 findet man die ersten Belege im Deutschen Ärzteblatt für die Gleichsetzung der Schweigepflicht des Werksarztes mit der in § 300 definierten ärztlichen Schweigepflicht.

„Der Werksarzt und seine Gehilfen, die Mitarbeiter des werksärztlichen Dienstes, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht des § 300 StGB, was in Ziffer 8 der Richtlinien für die werksärztliche Tätigkeit noch einmal ausdrücklich festgehalten ist.“<sup>68</sup>

Diese Bestimmung wird immer wieder bestärkt. 1965 auf dem Deutschen Ärztetag werden Werksärzte dazu aufgefordert, die ärztliche Schweigepflicht einzuhalten. Ausführliche Angaben über den gesundheitlichen Zustand des Patienten dürfen nicht an den Arbeitgeber weitergegeben werden.

„Der Deutsche Ärztetag fordert alle Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen auf, sich für die Beachtung dieser Grundsätze einzusetzen und Praktiken der geschilderten Art entgegenzutreten. Werksärzte, denen vom Arbeitgeber die Weitergabe detaillierter Untersuchungsergebnisse bei

---

<sup>68</sup> Dr. jur. Koch, E.: Werksärztlicher Dienst und ärztliche Schweigepflicht, *ÄM*, H. 13 (44), 1959, S. 414-416

Einstellungsuntersuchungen oder bei sonstigen werksärztlichen Aufgaben abverlangt wird, sollten sich gegen diese Zumutung zu unärztlichem Handeln verwehren.“<sup>69</sup>

Dem Arbeitgeber soll somit lediglich die Information über das Untersuchungsergebnis des Werksarztes zukommen, auf dessen Grundlage er die Entscheidung für sein weiteres Vorgehen treffen kann.<sup>70</sup> 1968 belegt der Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, dass diese vermehrt geäußerten Forderungen erstmals zu einem verbesserten Umgang mit der werksärztlichen Schweigepflicht geführt haben.

„Die wiederholten öffentlichen Appelle der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, die auch durch die Verbände der Arbeitnehmer und Arbeitgeber unterstützt wurden, haben nach bisherigen Beobachtungen zu einer wesentlichen Verbesserung der Verhältnisse auf diesem Gebiet geführt.“<sup>71</sup>

Im Gegensatz dazu basiert das geforderte ärztliche Verhalten im Falle der Meldung einer Berufskrankheit an die betreffende Unfallversicherung eher auf einer Informations- und Auskunftspflicht als auf der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht. Das Deutsche Ärzteblatt bietet in den Jahren 1998 und 2000 Belege für das Informationsrecht der Unfallversicherungen.

„Das so genannte Ärzteabkommen zwischen den Bundesverbänden der gesetzlichen Unfallversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verpflichtet gemäß § 34 des Sozialgesetzbuches (SGB) VII die Ärzte zur Information. [...] Die Informationspflicht schränkt die ärztliche Schweigepflicht grundsätzlich ein.“<sup>72</sup>

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass durch die Bemühungen der deutschen Ärzteschaft die Verpflichtungen des Werksarztes, den Belegen des Deutschen Ärzteblattes folgend, in der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach § 300 und in der Meldepflicht von Berufskrankheiten an Unfallversicherungen besteht. Bis zum heutigen Zeitpunkt können keine Änderungen dieser Beschlüsse und auch keine kritischen Äußerungen dazu im Deutschen Ärzteblatt gefunden werden.

### ***Kommentar***

Die gesetzliche Lösung der werksärztlichen Schweigepflicht wirft, meines Erachtens, aus der Perspektive der Ärzteschaft betrachtet keine ethischen Bedenken auf. Die Absicht, den Persönlichkeitsschutz des Patienten zu sichern, der sowohl die Einhaltung der werksärztlichen Schweigepflicht als auch die Meldepflicht von Berufskrankheiten begleitet, entspricht, meiner

---

<sup>69</sup> Ohne Verfasserangabe: Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht bei betrieblichen Einstellungsuntersuchungen, DÄ, H. 24 (62), 1965, S. 1332

<sup>70</sup> Ohne Verfasserangabe: Ärztliche Schweigepflicht, Blick auf den Bildschirm, DÄ, H. 2 (64), 1967, S. 57

<sup>71</sup> Dr. med. Stockhausen, J.: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern). Deutscher Ärztetag. Tätigkeitsbericht, DÄ, H. 20 (65), 1968, S. 1143-1205

<sup>72</sup> Dr. jur. Mehrhoff, F., Prof. Dr. med. Ekkernkamp, A.: Informationspflicht des Arztes. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Themen der Zeit, DÄ, H. 34-35 (97), 2000, S. B-1893

Beurteilung nach, den berufsethischen Verpflichtungen des Arztes. Die Schweigepflicht gegenüber dem Arbeitgeber soll das informationelle Selbstbestimmungsrecht wahren und die Meldepflicht von Berufskrankheiten den Arbeitnehmer vor gesundheitlichen Spätfolgen und Arbeitsunfähigkeit aufgrund inhumaner Arbeitsbedingungen schützen.

Inwieweit die Arbeitgeber mit dieser Lösung zufrieden sind, kann aus den Belegen des Deutschen Ärzteblattes nicht entnommen werden. In manchen Fällen könnte, meiner Ansicht nach, Kritik wegen des mangelnden Informationsgehaltes über den Arbeitnehmer vermutet werden und der administrative und wirtschaftliche Einsatz zur Wahrung humaner Arbeitsbedingungen und Vermeidung von Berufskrankheiten als zusätzlicher Arbeitsaufwand angesehen werden. Diese Aussagen beruhen jedoch auf reinen Spekulationen und Vermutungen, da sie nicht mit Veröffentlichungen des Deutschen Ärzteblattes belegbar sind. Im Deutschen Ärzteblatt wird lediglich die Auffassung aus ärztlicher und juristischer Perspektive wiedergegeben.

#### ***5.1.1.6 Elektronische Datenverarbeitung und Datenschutzgesetz***

Die Elektronische Datenverarbeitung im Zusammenhang mit der ärztlichen Schweigepflicht hat sich seit 1973 zu einem zentralen Thema im Deutschen Ärzteblatt entwickelt. Die bestehenden Unsicherheiten im Umgang mit dieser neuen technischen Entwicklung zeichnen sich unter anderem auch hinsichtlich der Absicherung und Wahrung des Patientengeheimnisses ab.<sup>73</sup> Aus diesem Grund fordert der Weltärztebund 1973 die Ärzteschaft auf, jegliche Maßnahmen, die eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht ermöglichen, zu vermeiden und im Gegenzug die Geheimhaltung durch schützende Maßnahmen zu fördern.

„[...] fordert alle nationalen Ärzteorganisationen auf, in ihren Ländern alle nur möglichen Schritte zu unternehmen, um sicherzustellen, dass das Patienten-Geheimnis im Interesse des Patienten in Zukunft in der gleichen Weise garantiert wird wie in der Vergangenheit; ersucht die Mitgliedsländer des Weltärztebundes, jede Gesetzgebung zurückzuweisen, die Maßnahmen gestatten würde, welche das Recht des Patienten auf das Patienten-Geheimnis im Zusammenhang mit der elektronischen Datenverarbeitung gefährden oder untergraben könnten; [...]“<sup>74</sup>

Sowohl der Weltärztebund als auch kassenärztliche Vereinigungen setzen sich immer wieder für das Vorrecht des individuellen Persönlichkeitsschutzes ein und fordern eine Zurückstellung der Entwicklung der elektronischen Datenverarbeitung und damit der

---

<sup>73</sup> Ohne Verfasserangabe: Gefahren für Arztgeheimnis überwinden. Wissenschaftliche Tagung aus Anlaß der XXVII. Generalversammlung des Weltärztebundes in München: „Computer und Arztgeheimnis in der Medizin“, DÄ, H. 35 (70), 1973, S. 2236

<sup>74</sup> Ohne Verfasserangabe: Computer und Arztgeheimnis in der Medizin. Wissenschaftliche Tagung des Weltärztebundes. XXVII. Weltärzterttag, DÄ, H. 44 (70), 1973, S. 3032-3034

strukturellen Erfassung von Patientendaten.<sup>75</sup> Trotz dieser stetig wiederkehrenden Bedenken, die auf eine Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient hinweisen, verabschiedet der Gesetzgeber 1978 ein Datenschutzgesetz, das den Krankenkassen im Rahmen der elektronischen Datenverarbeitung eine vollständige Erfassung der Patientendaten ermöglicht, wodurch der Patient seines Rechts auf Wahrung der Privatsphäre beraubt wird.

„Er hat im Gegenteil durch die Verabschiedung neuer Bestimmungen in der Reichsversicherungsordnung zur Einrichtung eines Gesundheitsdaten umfassenden Mitgliederverzeichnisses der Krankenkassen und zur Einführung einer Versichertennummer und eines Versichertenausweises in der gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Gebiet der gesetzlichen Sozialversicherung die Voraussetzungen einer die Intimsphäre berührenden umfassenden Speicherung von Gesundheitsdaten des Versicherten geschaffen.“<sup>76</sup>

Die Reaktion des Weltärztebundes erfolgt unmittelbar und mit der zu erwartenden Kritik an einer provozierten Schädigung des Vertrauens zwischen Arzt und Patient. Hervorgehoben wird insbesondere die Gefahr der eingeschränkten Offenheit des Patienten gegenüber dem behandelnden Arzt mit der Absicht, die über ihn bekannten Informationen einzugrenzen.

„Sieht die Datenschutzgesetzgebung für medizinische Daten keine ausreichende ärztliche Überwachung und keine ausreichende Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht unter den besonderen Aspekten der modernen Anwendungstechniken der EDV vor, besteht die Gefahr, dass der Patient in dem Bestreben, die Zahl der über ihn vorhandenen Daten möglichst klein zu halten, Informationen, die für die Erhaltung seiner Gesundheit beziehungsweise die Besserung oder Linderung seiner Krankheit von Bedeutung sein könnten, verhindert und damit Mißtrauen zwischen Patient und Arzt gesät wird.“<sup>77</sup>

1981 äußert sich auch der 84. Deutsche Ärztetag aufgrund zahlreicher Skandale um die Verletzung des Datenschutzes im medizinischen Bereich. In den Beschlüssen wird die Wahrung des Patientengeheimnisses betont, die nicht dem technischen Fortschritt der elektronischen Datenverarbeitung zum Opfer fallen darf.

„Es wird nachdrücklich darauf hingewiesen, dass das Recht des Patienten auf Verschwiegenheit seines Arztes nicht deswegen aufgehoben oder relativiert werden darf, weil moderne elektronische

---

<sup>75</sup> Burkart, G., Burkart, W.: Computer und Arztgeheimnis in der Medizin. Bericht über die wissenschaftliche Tagung im Rahmen der XXVII. Generalversammlung des Weltärztebundes. München, 17./18. Oktober 1973. Fortsetzung und Schluß, DÄ, H. 51 (70), 1973, S. 3503-3506

Dr. Muschallik, H. W.: Unser Schicksal ist eng verknüpft mit dem krisenhaften Finanzierungsproblem. „Bericht zur Lage“ vor der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 11. Dezember 1976 in Köln, DÄ, H. 52 (73), 1976, S. 3341-3350

<sup>76</sup> Dr. jur. Hess, R.: Datenschutzgesetz noch unzureichend, Die Auswirkungen des neuen Bundesrechts auf Arztpraxen. Krankenhäuser und Versicherungen, DÄ, H. 2 (75), 1978, S. 49-58

<sup>77</sup> Dr. med. Schlögell, R.: Die Risiken für Patienten durch die Datenverarbeitung ohne ärztliche Überwachung. Richtlinien des Weltärztebundes, DÄ, H. 33 (75), 1978, S. 1843-1845

Datenverarbeitungstechniken eine mannigfaltige Verarbeitung und Auswertung persönlicher Gesundheitsdaten erleichtern.“<sup>78</sup>

1982 bestätigt ein Beitrag im Deutschen Ärzteblatt die Bedenken des 84. Deutschen Ärztetages. Paragraph 76 des Sozialgesetzbuches, der den Datenschutz rechtlich absichern soll, scheint nur vordergründig für eine vollständige Wahrung des Patientengeheimnisses zu sorgen. Durch Ausnahmeregelungen und Umwege wird immer wieder die Möglichkeit eröffnet, Daten zu öffentlichen Zwecken zu gebrauchen. Das Misstrauen des Patienten gegenüber dem Arzt ist in den Augen der unten zitierten Autoren absehbar, obwohl der Arzt völlig unbeteiligt an der juristischen Auslegung und gesetzlichen Festlegung ist.<sup>79</sup>

„Ergebnis: § 76 Abs. 1 SGB X sieht wie eine „totale“ Sperre für rein medizinische Daten aus, aber er wird schon durch Abs. 2 – mit der Möglichkeit der Freigabe der Begutachtungsdaten - ad absurdum geführt oder zumindest als Sperre durchlöchert, weil meist in einem Gutachten alle persönlichkeitsrelevanten Angaben über den Begutachteten, seine Familie, seine Umwelt enthalten sind. Auf Umwegen sind somit über jeden Betroffenen vom Leistungsträger alle Daten zu erhalten.“<sup>80</sup>

In den folgenden Jahren erscheinen stetig Artikel, die die Haltung der Ärzteschaft und auch des Deutschen Ärzteblattes in der oben ausgeführten Form bestätigen. Insbesondere die Tätigkeitsberichte der Deutschen Ärztetage weisen auf Ablehnung und Unverständnis gegenüber der Umgehung des Datenschutzes und der Durchlöcherung der ärztlichen Schweigepflicht hin.<sup>81</sup>

1996 wird zum ersten Mal im Deutschen Ärzteblatt ein Artikel über die Möglichkeit der ICD-Verschlüsselung als Lösung zur Sicherung des Datenschutzes gegenüber Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen publiziert. Der Beschluss über den Einsatz dieser Verschlüsselungsoption wird allerdings um zwei Jahre aufgeschoben.

„In der Auseinandersetzung um die ICD-10 ist eine Lösung gefunden worden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Krankenkassen haben sich in Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsminister auf ein zweijähriges Moratorium verständigt.“<sup>82</sup>

---

<sup>78</sup> Ohne Verfasserangabe: 18 Resolutionen: Von „Ausbildung“ bis „Weiterbildung“. Ärztetag: Resolutionen, DÄ, H. 24 (78), 1981, S. 1187-1191

<sup>79</sup> Dr. Beier, B., Lange, W.: Medizinischer Datenschutz. Offenbarungsakte und Persönlichkeit. Themen der Zeit, DÄ, H. 19 (79), 1982, S. 80-84

<sup>80</sup> Dr. Beier, B., Lange, W.: Medizinischer Datenschutz. Offenbarungsakte und Persönlichkeit. Themen der Zeit, DÄ, H. 19 (79), 1982, S. 80-84

<sup>81</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschließungen zum Tagesordnungspunkt II. 92. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 21 (86), 1989, S. B-1120-1122

Ohne Verfasserangabe: Entschließungen zum Tagesordnungspunkt IV. 98. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 23 (92), 1995, S. B-1239-1248

<sup>82</sup> Dr. med. Schorre, W.: Das Problem ist vom Tisch. ICD-10. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 6 (93), 1996, S. B-233-234

1997 wird die Methode der ICD-Datenverschlüsselung bereits umgesetzt und persönliche, vorsichtig zu behandelnde Daten können von Krankenhäusern und Ärzten verschlüsselt an Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigungen übermittelt werden.

„Nun verschlüsseln die Krankenhäuser und Ärzte selbst und übermitteln diese in Folge der ICD-Verschlüsselung meist weniger detaillierten Informationen zusammen mit den Patientenstammdaten und einigen weiteren medizinischen Angaben, darunter den verschlüsselten Operationen, auf elektronischem Wege an die Kostenträger.“<sup>83</sup>

Die tatsächliche Effektivität der ICD-Datenverschlüsselung kann, meines Erachtens, an dieser Stelle noch nicht beurteilt werden. Meiner Beurteilung nach kann lediglich festgehalten werden, dass es sich um einen ersten Versuch handelt, vertrauliche Patientendaten zu schützen. Die kritische Frage, ob diese Aufgabe dadurch erfüllt werden kann oder ob nur scheinbar und vordergründig die Intimsphäre des Patienten erhalten werden soll, um kurzfristig Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu schaffen und die Kritik der Bundesärztekammer und der Deutschen Ärztetage einzudämmen, bleibt offen.

Im Rahmen des so genannten Disease-Management-Programms (DMP) setzt sich im Jahr 2002 eine Limitierung der weitergeleiteten Patientendaten an die Krankenkassen durch.

„Die Krankenkassen sollen lediglich die Stammdaten der Versicherten erhalten, die an den Programmen teilnehmen.“<sup>84</sup>

### ***Kommentar***

Abschließend kann festgehalten werden, dass der Fortschritt der elektronischen Datenverarbeitung zu einem komplexen Übergriff auf das Problem der ärztlichen Schweigepflicht geführt hat, der in viele medizinische Bereiche hineinreicht, aber vor allem den Zugriff der Krankenkassen auf vertrauliche Patientendaten betrifft. Aus diesem Grund besteht, meines Erachtens, die Notwendigkeit ein Konzept zu entwickeln, das den persönlichen Datenschutz absichert. Erste Schritte stellen das Datenschutzgesetz und die ICD-10-Verschlüsselung dar. Meiner Beurteilung nach ist die Effektivität beider Maßnahmen nicht sichergestellt und aus diesem Grund fraglich. Die im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Kritik an mangelnder Zuverlässigkeit des Datenschutzgesetzes unterstützt diese Annahme. Belege für eine Kritik an der ICD-10-Verschlüsselung sind in den Recherchen bis 2005 nicht zu ermitteln. Meines Erachtens liegt bei dieser Methode die Vermutung nahe, dass die Verschlüsselung sehr leicht wieder aufgehoben werden kann und somit doch Zugang zu vertraulichen Patientendaten besteht.

---

<sup>83</sup> Prof. Dr. rer. nat. Klar, R.: Klassifikation und Datenübermittlung. Diagnoseverschlüsselung. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 16 (94), 1997, S. B-841-844

<sup>84</sup> Maus, J.: Konflikt-Management. DMP. Seite eins, DÄ, H. 24 (99), 2002, S. B-1369

Diese Analyse schlüsselt somit nicht auf, ob die Entwicklung zum „gläsernen Patienten“ tatsächlich wieder rückgängig gemacht werden kann. Es kann, meines Erachtens, lediglich angenommen werden, dass durch die progressive Entwicklung technischer Innovationen immer wieder neue Hürden für die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht entstehen und die Differenzen zwischen den Interessen der deutschen Ärzteschaft und den Möglichkeiten der Einsichtnahme in persönliche Patientendaten durch die EDV weiterhin bestehen bleiben.

### **5.1.1.7 Forschung**

1980 beginnt im Deutschen Ärzteblatt die Auseinandersetzung mit den konträren Interessen der Forschung und des informationellen Selbstbestimmungsrechts an vertraulichen Patientendaten. Das Recht auf Forschung zum Schutz und zur besseren medizinischen Versorgung der Gesellschaft und auch des Individuums steht in Konkurrenz zum individuellen Recht auf Schutz der menschlichen Würde und Persönlichkeit.

„Daß Forschungsergebnisse, die der menschlichen Gesellschaft und jedem einzelnen Menschen zur Entfaltung seiner Persönlichkeit unschätzbare Dienste leisten, nur durch Mißachtung individueller Menschenrechte – wie zum Beispiel des Persönlichkeitsschutzes durch Datengeheimnis – gewonnen werden konnten, ist kein Gegenbeweis.“<sup>85</sup>

1981 folgen, dem wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer zufolge, genauere Angaben, die die Freigabe personenbezogener Daten zu Forschungszwecken bestimmen. Sie orientieren sich grundsätzlich an der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht. Es wird unterschieden zwischen Personendaten, deren Anonymität gesichert ist oder deren Verwendung der Patient ausdrücklich zugestimmt hat, und Personendaten, bei denen es nicht möglich war, eine Zustimmung vom Patienten einzuholen. Der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer gibt bekannt, dass bei erstgenannten Personendaten der Umgang erleichtert wird, da die Daten nicht mehr der ärztlichen Schweigepflicht bzw. dem Datenschutz unterliegen. Personendaten ohne Zustimmung des Patienten hingegen unterliegen jedoch einer genauen Begründung der Informationsanforderung.<sup>86</sup>

„In der medizinischen Forschung dürfen personenbezogene Daten nur aufgrund gezielter wissenschaftlicher Fragestellungen verarbeitet werden. [...] Die Verarbeitung personenbezogener Daten in der medizinischen Forschung unterliegt dem Gebot der ärztlichen Schweigepflicht. [...] Die Verarbeitung nicht personenbezogener, anonymisierter Daten, insbesondere statistischer Daten

---

<sup>85</sup> Ohne Verfasserangabe: Wissenschaft ohne Menschlichkeit? Grenzen für die Freiheit der Forschung am Beispiel des Datenschutzes, DÄ, H. 43 (77), 1980, S. 2519-2521

<sup>86</sup> Ohne Verfasserangabe: Der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer teilt mit: Empfehlung zur Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bei der Verarbeitung personenbezogener Daten in der medizinischen Forschung. Bekanntmachung der Bundesärztekammer, DÄ, H. 30 (78), 1981, S. 1443



ist in der medizinischen Forschung weder durch die Verpflichtung zur Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht noch durch datenschutzrechtliche Vorschriften beeinträchtigt.“<sup>87</sup>

Der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer versucht, meines Erachtens, einen Mittelweg in dem Spannungsfeld der Freiheit der Forschung und der Wahrung der Grundrechte des Einzelnen zu finden, um sowohl das informationelle Selbstbestimmungsrecht als auch eine qualitativ hoch entwickelte ärztliche Versorgung der Bevölkerung zu garantieren. Auch andere Autoren, die im Deutschen Ärzteblatt publizieren, beschreiben diesen Zwiespalt. Der Datenschutz soll, nach der Vorstellung eines Arztes, zwar nicht durch Forschung und Erhebung von Präventionsstudien aufgehoben werden, aber durchaus eingeschränkt werden, um die weitere Entwicklung medizinischer Innovationen hinsichtlich neuer diagnostischer, therapeutischer und vorbeugender Maßnahmen nicht zu behindern.<sup>88</sup> Den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages zufolge sollten die Verletzungen des Patientengeheimnisses im Interesse der Ärzteschaft so klein wie möglich gehalten werden, indem der Verwendung von personenbezogenen Daten in der Regel eine ausführliche Aufklärung mit anschließender Einwilligung vorausgeht oder die Daten anonymisiert werden.

„Der 85. Deutsche Ärztetag vertritt deshalb die Auffassung, daß die Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten bei der klinischen Forschung grundsätzlich nur dann möglich sein kann, wenn das Arztgeheimnis gewahrt wird oder der Patient der Erfassung und Auswertung seiner Daten nach vorheriger Aufklärung ausdrücklich zustimmt.“<sup>89</sup>

1983 zeigt der Weltärztebund mehr Offenheit und Verständnis als der Deutsche Ärztetag für wissenschaftliche und andere statistische Interessen an vertraulichen Patientendaten. Er schließt einen Vertrauensbruch im Arzt-Patienten-Verhältnis durch die Verwendung personenbezogener Daten aus, soweit sie nicht eine Identifikation ermöglichen und damit die Entblößung des Patienten zur Folge haben.

„Es ist kein Bruch der Vertraulichkeit, vertraulich Informationen über ärztliche Behandlung herauszugeben oder zu übermitteln, die für die Zwecke wissenschaftlicher Forschung, verwaltungsmäßiger oder finanzieller Überprüfung, der Bewertung von ärztlichen Maßnahmen oder für ähnliche Studien gebraucht werden – unter der Voraussetzung, daß die herausgegebene Information weder direkt noch indirekt die Identifizierung eines Patienten in irgendeinem Bericht über solche Forschung, Überprüfung oder Bewertung ermöglicht oder in irgendeiner anderen Weise die Identität von Patienten aufdeckt.“<sup>90</sup>

---

<sup>87</sup> Ohne Verfasserangabe: Der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer teilt mit: Empfehlung zur Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bei der Verarbeitung personenbezogener Daten in der medizinischen Forschung. Bekanntmachung der Bundesärztekammer, DÄ, H. 30 (78), 1981, S. 1443

<sup>88</sup> Dr. med. Schaefer, O. P.: Die Prävention darf den Datenschutz nicht aufweichen, DÄ, H. 16 (79), 1982, S. 63-70

<sup>89</sup> Ohne Verfasserangabe: Datenschutz in der Sozialversicherung. Resolutionen, DÄ, H. 21 (79), 1982, S. 39

<sup>90</sup> Burkart, W.: Weltärztebund: Boxen verbieten! Bericht von der 35. Generalversammlung in Venedig. Nachrichten, DÄ, H. 45 (80), 1983, S. 18-20

Bis 1989 sind noch keine klaren Anhaltspunkte für den Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht und der Freigabe personenbezogener Daten zu statistischen Zwecken im Deutschen Ärzteblatt bekannt gegeben worden, es handelt sich lediglich um Meinungsäußerungen und Vorschläge. Der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer gibt 1989 schließlich Richtlinien zur Verwendung personenbezogener Daten für Forschungszwecke bekannt. Der Grundsatz, dass die Erhebung personenbezogener Daten immer der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt, auch für Forschungszwecke, bleibt unberührt. Tief greifende und differenzierte personenbezogene Daten werden mit der Angabepflicht des genau definierten Forschungszwecks belegt. Außerdem sollte die Anonymität der Daten oder die Einwilligung des Patienten vorausgesetzt sein und Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes ergriffen werden. Die Bundesärztekammer verfolgt damit das Ziel, ein stärkeres Bewusstsein der Ärzteschaft für die Wahrung der Schweigepflicht zu schaffen und dadurch ein stabiles Vertrauensverhältnis innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung zu erhalten.<sup>91</sup>

„Die Verarbeitung personenbezogener Daten in der medizinischen Forschung unterliegt vorrangig dem Gebot der ärztlichen Schweigepflicht. [...] In der medizinischen Forschung dürfen personenbezogene Daten nur aufgrund gezielter Fragestellungen verarbeitet werden. [...] Die Verarbeitung und Übermittlung personenbezogener Daten für Zwecke der medizinischen Forschung sollen grundsätzlich nur nach ausdrücklicher Einwilligung der Betroffenen oder gegebenenfalls deren Sorgeberechtigten erfolgen. [...] Zur Wahrung der schutzwürdigen Belange der durch eine personenbezogene Datenverarbeitung in der Forschung Betroffenen sind vorrangig geeignete Maßnahmen zur Datensicherheit zu treffen.“<sup>92</sup>

### ***Kommentar***

Die ethisch konservative Haltung, die für die uneingeschränkte Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht plädiert, scheint, meines Erachtens, nicht oder nur unter Vorbehalt vertretbar zu sein, da personenbezogene Daten notwendig für die Entwicklung neuer Technologien und für die Schwerpunktbestimmung in der Präventivmedizin sein können. Die Bundesärztekammer versucht in den oben zitierten Richtlinien, einen geeigneten Mittelweg zu finden, indem sie die Interessen der Forschung und die des Patienten respektiert und nur unter Wahrung der Privatsphäre Zugang zu Patientendaten ermöglicht. Zu diesem Zeitpunkt gibt der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer noch keine Empfehlungen bekannt, die das Vorgehen bestimmen, wenn sowohl die Zustimmung der Patienten nicht eingeholt werden

---

<sup>91</sup> Ohne Verfasserangabe: Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes in der medizinischen Forschung. Bekanntgabe der Bundesärztekammer. Aktuelle Medizin, DÄ, H. 40 (86), 1989, S. B-1991-1993

<sup>92</sup> Ohne Verfasserangabe: Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes in der medizinischen Forschung. Bekanntgabe der Bundesärztekammer. Aktuelle Medizin, DÄ, H. 40 (86), 1989, S. B-1991-1993

kann als auch das Forschungsvorhaben für die medizinische Zukunft unbedingt notwendig erscheint und nicht mit anonymisierten, sondern nur mit tief greifenden, persönlich-vertraulichen Daten durchgeführt werden kann. Eine gesetzliche Forschungsregelung, die die Befugnis der Offenbarung straffrei zulässt, weil das öffentliche Interesse an der Durchführung des Vorhabens gegenüber den schutzwürdigen Belangen des Betroffenen überwiegt, kann im Rahmen der Recherchen im Deutschen Ärzteblatt nicht belegt werden.

Das Themengebiet Forschung und ärztliche Schweigepflicht steht seit Bekanntgabe der oben zitierten Richtlinien 1989 nicht mehr im Diskussionsfokus des Deutschen Ärzteblattes.

Meines Erachtens handelt es sich bei den Spannungen zwischen Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht und Freiheit der Forschung um ein ethisches Konfliktpotential, das nicht oberflächlich und ohne Abwägungen übergangen werden kann. Die Interessen der Forschung an personenbezogenen Patientendaten sind, meiner Beurteilung nach, nicht auf dem gleichen Niveau wie die wirtschaftlichen und administrativen Interessen der Krankenkassen ethisch zu verurteilen, sondern sollten unter Beachtung ihrer Berechtigung und ihrer Relevanz für die gesundheitliche Zukunft jedes Einzelnen und der gesamten Bevölkerung betrachtet werden. Meines Erachtens gibt es zahlreiche Studien, bei denen sowohl eine Anonymisierung als auch eine Zustimmung der Patienten nicht möglich ist, da zum einen personenbezogene Daten für den Zweck der Studie unbedingt notwendig sind und zum anderen die Studie einen solch immensen Umfang hat, dass einzelne Zustimmungen administrativ und finanziell unmöglich eingeholt werden könnten. Gleichzeitig können jedoch genau diese Studien unbedingt relevant sein, da die Ergebnisse auf keine andere Weise erzielt werden können und essentiell für die gesundheitliche Versorgung sind. Aus diesem Grund wäre, meines Erachtens, eine Entscheidung der Bundesärztekammer oder des Deutschen Ärztetages für die strikte Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht im Bereich der Forschung unethisch und würde bewusst die Einführung medizinischer Innovationen verhindern.

Interessanterweise wird im Deutschen Ärzteblatt nicht beantwortet, inwieweit der Bruch der ärztlichen Schweigepflicht durch Studien und Forschung bisher zu Beeinträchtigungen geführt hat und Anlass zu Misstrauen gibt. Nach der Analyse im Deutschen Ärzteblatt ist somit zu vermuten, dass die Kritik auf der Angst vor Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht und vor einem Vertrauensbruch im Arzt-Patienten-Verhältnis basiert.

#### ***5.1.1.8 Zusammenfassung***

Wenn man den Blick auf die gesamte Entwicklung der ärztlichen Schweigepflicht im Deutschen Ärzteblatt richtet, so erkennt man kontinuierlichen Einsatz für die Einhaltung des Patientengeheimnisses. Auf den Gebieten der werksärztlichen Schweigepflicht und der Schweigepflicht vor Gericht können die berufsethischen Interessen der Ärzteschaft in großem

Maße bewahrt werden, während die Einhaltung des Patientengeheimnisses unter den Bedürfnissen der Krankenkassen, des Gesundheitsamtes und der Forschung in unterschiedlichem Umfang leidet. Insbesondere die elektronische Datenverarbeitung fördert die Problematik des Datenschutzes und birgt die Gefahr in sich, die Entwicklung zum sogenannten „gläsernen Patienten“ zu unterstützen. Am interessantesten erscheint, meiner Ansicht nach, die Beobachtung des zukünftigen Umgangs mit Patientendaten gegenüber Krankenkassen und der Forschung unter Berücksichtigung der Innovationen im Bereich der EDV. Es ist anzunehmen, dass die beiden konkurrierenden Interessensrichtungen weiterhin um ihre Position auf dem Gebiet der ärztlichen Schweigepflicht kämpfen und zu Spannungen führen werden.

Die Mehrzahl der Autoren, die sich im Deutschen Ärzteblatt zu diesem Thema geäußert haben, setzt sich dafür ein, die ärztliche Schweigepflicht zu wahren oder einen möglichst geringen Anteil von ihr aufzugeben. Aus der Sicht des meistverbreiteten Publikationsorgans der deutschen Ärzteschaft dient demnach das Engagement deutscher Ärzte dem Schutz der Patienten. Vervollständigt man diesen Gedanken, so ergibt sich daraus, dass nicht ein objektiver, neutraler Betrachter, sondern die deutsche Ärzteschaft selbst sich diese Rolle zuspricht, Verteidiger der ärztlichen Schweigepflicht und damit des Persönlichkeitsrechts der Patienten zu sein. Inwieweit diese Schlussfolgerung auch objektive Gültigkeit besitzt und der Sichtweise der Patienten selbst entspricht, beantwortet das Deutsche Ärzteblatt nicht.

### **5.1.2 Ärztliche Haftpflicht**

Die Auseinandersetzung des Deutschen Ärzteblattes mit der ärztlichen Haftpflicht dauert von 1953 bis zur Gegenwart an und wird, meiner Beurteilung nach, von Wertverschiebungen gelenkt, die als Folge gesellschaftlicher Entwicklung und veränderter Lebensumstände verstanden werden können. Die folgende Gliederungsstruktur orientiert sich in chronologischer Reihenfolge an den wichtigsten Wendepunkten im Verlauf der Entwicklung der ärztlichen Haftpflicht, wie sie im Deutschen Ärzteblatt dargestellt wurde.

#### ***5.1.2.1 Schadensersatzansprüche und deren Folgen (1953-1961)***

Nach dem zweiten Weltkrieg ist ein gesellschaftlicher Strukturwandel zu erkennen, der von der Tendenz zu Autonomie, Selbstverwirklichung und Individualismus geprägt ist. In den Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis spiegelt sich, meines Erachtens, diese Umstrukturierung wider.<sup>93</sup> Die Grundlage für eine verstärkt gelebte Selbstbestimmung des

---

<sup>93</sup> Ein Beispiel hierfür bietet der Begriff „informed consent“ (Informiertes Einverständnis), der in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts geprägt wurde und sich in den 70er Jahren als feststehender Begriff etabliert hat. Der Begriff „Informiertes Einverständnis“ umschreibt den Versuch, die paternale Rolle des Arztes aufzuheben und der Autonomie des Patienten mehr Bedeutung beizumessen. Die Symmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis soll

Patienten legt die Presse, die durch die öffentliche Verbreitung medizinischen Fachwissens für Aufklärung sorgt (ausführlichere Darstellung siehe: Gliederungspunkt 5.2.1.1 Wirkung der Medien im Kapitel 5.2.1 Selbstbestimmungsrecht). Die Erwähnung dieses Umstandes soll lediglich eine Vorinformation für die Entwicklung der ärztlichen Haftpflicht darstellen, um diese leichter verständlich werden zu lassen.

1953 erscheinen im Deutschen Ärzteblatt erstmals Publikationen, die auf eine Zunahme gerichtlicher Prozesse im Bereich der ärztlichen Haftpflicht hinweisen.<sup>94</sup> Der Landgerichtsrat Dr. Henkel betont in einer Veröffentlichung 1953, dass hauptsächliche Ursachen für die schnelle Bereitschaft, eine Klage gegen den behandelnden Arzt einzuleiten, in dem Ausbleiben des erwünschten Heilungserfolgs und in einem gebrochenen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient lägen.

„Manche Menschen glauben, daß, wenn sie wegen irgend eines Leidens oder einer Fraktur behandelt wurden und der Heilungserfolg nicht völlig ihren Erwartungen entspricht, sie eine Dauerrente oder ein hohes Schmerzensgeld vom Arzt verlangen können. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient scheint häufig gestört zu sein.“<sup>95</sup>

Die daraus entstehenden Konflikte erfordern von der Ärzteschaft, die medizinische Behandlung aus einer anderen Perspektive zu betrachten und sich anpassungs- und kompromissbereit zu zeigen. Die ersten Maßnahmen, die ergriffen werden, um den Arzt vor willkürlichen und unangemessenen Schadensersatzansprüchen zu schützen, bestehen in der Einführung der Aufklärungspflicht und in der Limitierung der Haftpflicht bei Folgeschäden. Mit Hilfe der Aufklärungspflicht und anschließender Einwilligung des Patienten kann sich der Arzt vor der Durchführung einer medizinischen Behandlung absichern, nicht gegen den Willen des Patienten zu handeln. Damit kann eine rechtswidrige Handlung wegen Körperverletzung ausgeschlossen werden. Die Dokumentation der Aufklärung und Einwilligung dient als rechtskräftiges Mittel im Haftungsprozess zur Entlastung des Arztes und zur Rechtfertigung seiner Tätigkeit.<sup>96</sup>

---

hergestellt werden, indem der Arzt den Patienten möglichst vollständig aufklärt und somit die Übermacht des Arztes auf Grund seines größeren Wissens ausgeglichen wird. Der Patient hat damit die Möglichkeit, auf dem Boden ausführlicher Information eine freie Entscheidung zu treffen. In zahlreichen Fällen stimmt jedoch der Wille des Patienten nicht mit dem Wohl des Patienten überein. Hier darf die ratende Autorität des Arztes dem Patienten nicht vorenthalten werden. Im Zweifelsfall ist allerdings dem Wunsch und Willen des Patienten nachzugeben. Vgl. Marckmann, Bormuth: Einführung. Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 93

<sup>94</sup> Der Anstieg der Haftpflichtprozesse gegen Ärzte lässt sich auch in den 70er Jahren noch nachweisen. Von 1975 bis 1985 steigt der Schadensbedarf bei den Versicherungen um 215 %. Siehe hierzu auch Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 115

<sup>95</sup> Dr. Henkel (Landgerichtsrat), W.: Die Haftpflicht des Arztes im Spiegel der Rechtsprechung, ÄM, H. 21 (38), 1953, S. 600-602

<sup>96</sup> Siehe auch Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 103

Die Haftpflicht bei Folgeschäden einzugrenzen, verhindert die uneingeschränkte Haftung des Arztes für Folgeschäden, die nach aktuellem medizinischem Wissensstand für den Arzt nicht vorhersehbar gewesen wären.<sup>97</sup>

„Der Arzt handelt nur dann nicht rechtswidrig, wenn die Einwilligung des Patienten zu dem Eingriff vorliegt.“<sup>98</sup>

„Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, bevor er einen Kranken um die Einwilligung zu einer Behandlungsart ersucht, die mit besonderen Gefahren verbunden ist, ihn darüber zu unterrichten.“<sup>99</sup>

„Die Pflicht, den Patienten vor der Operation über die möglichen Folgen der Operation zu belehren, findet da ihre Grenze, wo es sich um Schädigungen handelt, mit deren Eintritt der Arzt selbst nicht zu rechnen braucht.“<sup>100</sup>

Diese Rahmenbedingungen erweisen sich jedoch in der alltäglichen Praxis als unzureichend, da sich noch immer verschiedene Problemfelder ergeben. Die im Deutschen Ärzteblatt dargestellte Problematik konzentriert sich dabei auf vier Punkte, die im folgenden Text nacheinander behandelt werden. Häufig diskutiert werden durch das Hilfspersonal verursachte Schäden, die rechtliche Wirksamkeit der Einwilligungserklärung Minderjähriger, die Entbindung von der Aufklärungspflicht in Abhängigkeit von der Dringlichkeit des Eingriffs und der Konflikt um objektivierbare Kriterien zur Festlegung des Schmerzensgeldes.

### *1) Durch das Hilfspersonal verursachte Schäden*

1958 zeigt sich, dass das bisherige Gesetz die Frage nach der ärztlichen Haftpflicht bei Schäden, die durch das Hilfspersonal verursacht wurden, unzureichend regelt. An den Arzt als Hauptverantwortlichen werden hohe Ansprüche in Bezug auf Kontrolle und Überwachung der Tätigkeit seines Hilfspersonals gestellt. Ein Autor, der 1958 den Artikel „Grenzen der Verantwortlichkeit des operierenden Arztes“ im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht, spricht sogar von einer Überspitzung der Verantwortlichkeit und von einer Überforderung des Arztes.<sup>101</sup> 1959 werden schließlich, der Veröffentlichung eines Juristen zufolge, Grenzen im Verantwortungsbereich des Arztes gesetzt. Der Arzt trägt nur die Verantwortung für Fehler,

---

<sup>97</sup> Der Umfang der Aufklärung über mögliche Folgeschäden des medizinischen Eingriffs richtet sich nach der Typizität und nach der Zwischenfallsprognose. Ein Anhaltspunkt für die Notwendigkeit der Aufklärung über einen möglichen Folgeschaden stellt die 1-%-Risiko-Marke dar. Siehe hierzu Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 86-87

<sup>98</sup> Dr. Henkel (Landgerichtsrat), W.: Die Haftpflicht des Arztes im Spiegel der Rechtsprechung. Fortsetzung aus „Ärztliche Mitteilungen“ Heft 21, 7. November 1953. Seite 600 ff., ÄM, H. 22 (38), 1953, S. 653-655

<sup>99</sup> Dr. Henkel (Landgerichtsrat), W.: Die Haftpflicht des Arztes im Spiegel der Rechtsprechung. Fortsetzung aus „Ärztliche Mitteilungen“ Heft 21, 7. November 1953. Seite 600 ff., ÄM, H. 22 (38), 1953, S. 653-655

<sup>100</sup> Dr. Henkel (Landgerichtsrat), W.: Die Haftpflicht des Arztes im Spiegel der Rechtsprechung. Fortsetzung aus „Ärztliche Mitteilungen“ Heft 21, 7. November 1953. Seite 600 ff., ÄM, H. 22 (38), 1953, S. 653-655

<sup>101</sup> Prof. Dr. Fischer, A. W.: Grenzen der Verantwortlichkeit des operierenden Arztes, ÄM, H. 8 (43), 1958, S. 210-211

die entstanden sind, weil er seinem Hilfspersonal eine Aufgabe übertragen hat, die ursprünglich in seinem persönlichen Leistungsbereich gelegen hätte, oder weil er einen Delegationsfehler im Sinne unzureichender Unterweisung begangen hat.<sup>102</sup>

„Da es im Strafrecht nur die Haftung wegen eigenen Verschuldens gibt, kann der Arzt für Fehler von Hilfspersonen nur zur Verantwortung gezogen werden, wenn er die in fehlerhafter oder schädigender Weise durchgeführte Behandlung selbst hätte vornehmen müssen oder wenn er infolge mangelhafter Instruktion bzw. Überwachung des Dritten dessen Verschulden heraufbeschworen oder Auswirkungen des Drittverschuldens nicht verhindert hat.“<sup>103</sup>

Es sollte allerdings ergänzt werden, dass die Approbation des Hilfspersonals den Arzt nicht zwangsläufig von der Verantwortung befreit, sondern ihm die Aufgabe erhalten bleibt, sich der Fähigkeit und Erfahrung der Betroffenen zur Ausübung der aufgetragenen Aufgabe zu versichern.<sup>104</sup>

Meiner Beurteilung nach ist dieser Konflikt sowohl ethisch als auch rechtlich nicht ohne Kompromisse zu lösen. Unbestritten ist, meines Erachtens, dass der Arzt verglichen mit allen anderen Verantwortlichen die umfangreichste Ausbildung genossen hat und ihm aus diesem Grund eine tragende Rolle zugeschrieben wird. Im optimalen Fall sollte sich eine medizinische Behandlung nach der Qualität des behandelnden Arztes und nicht nach dem Vermögen des Pflegepersonals richten. Andererseits bedeutet es jedoch, meines Erachtens, eine offensichtliche Überforderung des Arztes, ihn für jeden Fehler seines Hilfspersonals zur Verantwortung zu ziehen. Ohne Grenzen im Haftungsbereich wäre der Arzt gezwungen, jegliche Konzentration auf die korrekte Arbeit seines Personals zu richten und Einbußen in der Aufmerksamkeit auf seine eigentliche Aufgabe in Kauf zu nehmen. Diesen Aspekten folgend kann, meiner Auffassung nach, nur ein Mittelweg, wie er in dem oben zitierten Absatz aufgeführt wurde, zur Lösung dieses Konfliktes führen, bei dem Kompromissbereitschaft auf der Seite der Ärzteschaft und des Pflegepersonals verlangt wird.

## 2) *Einwilligungserklärung Minderjähriger*

Die rechtliche Wirksamkeit der Einwilligungserklärung Minderjähriger stellt zwei sich ausschließende Grundsätze gegenüber. Einerseits würde dem Minderjährigen das

---

<sup>102</sup> Die Arzthaftung bei Schäden, die durch das ärztliche Hilfspersonal entstanden sind, wird zwischen dem vertraglichen und außervertraglichen Bereich unterschieden. Im vertraglichen Bereich gibt es keine Möglichkeit, einen Entlastungsbeweis zu führen. Im außervertraglichen Bereich hingegen kann der Arzt sich der Haftpflicht entziehen, indem er beweist, dass er keinen Delegationsfehler begangen hat. Siehe hierzu Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 164-165

<sup>103</sup> Dr. jur. Hanack, E. W.: Die Arbeitsteilung zwischen Arzt und Schwester im Strafrecht. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 15 (44), 1959, S. 497-501

<sup>104</sup> Dr. Bösche, J. W.: 1. Zur Frage der Verpflichtung der Ärzte, sich stets nach dem Stand der ärztlichen Wissenschaft fortzubilden. 2. Eine weitere Entscheidung über die Zulässigkeit der Ausführung intramuskulärer Injektionen durch approbierte Krankenschwestern. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 14 (45), 1960, S. 701-704

Persönlichkeitsrecht durch die Ungültigkeit seiner Einwilligungserklärung genommen werden und andererseits besteht Unsicherheit, ob man ihm die Verantwortung für sein Handeln aufgrund altersbedingter mangelnder Urteilsfähigkeit und Einsicht in letzter Konsequenz übertragen kann.<sup>105</sup>

„Urteilsfähige Minderjährige können die Rechte ausüben, die ihnen um ihrer Persönlichkeit willen zustehen.“<sup>106</sup>

„In Zweifelsfällen, insbesondere auch bei besonders gefährvollen Operationen, wird er [der Arzt] sich daneben vorsorglich auch noch der Einwilligung des gesetzlichen Vertreters versichern.“<sup>107</sup>

Für den Arzt können aus dieser unklaren Regelung unangenehme Konflikte entstehen, die Haftungsfolgen und strafrechtliche Folgen nach sich ziehen.<sup>108</sup>

Meiner Auffassung nach folgt aus der weit gefassten gesetzlichen Lösung nicht nur Unsicherheit, sondern auch die Freiheit des Arztes, nach eigenem Ermessen und Urteilsvermögen zu entscheiden, ob er die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter aufgrund mangelnder Urteilsfähigkeit der Minderjährigen hinzuzieht. Es handelt sich hier, meines Erachtens, wie so oft innerhalb des ärztlichen Berufs, um eine Entscheidung, die auf ethischer Basis zu treffen ist, aber mit rechtlichen Konsequenzen behaftet sein kann.

### 3) *Dringlichkeit des Eingriffs*

Ein Urteil aus dem Jahr 1959 gibt Anlass zum Beginn der Diskussion um die Entbindung von der Aufklärungspflicht in Abhängigkeit von der Dringlichkeit eines Eingriffs.<sup>109</sup> Dem Arzt – laut Urteilsbegründung des Richters – sollte es frei stehen, im Hinblick auf die jeweiligen Umstände zwischen Vor- und Nachteilen einer Aufklärung und anschließender Einwilligung des Patienten abzuwägen, um eine Entscheidung zum Wohl des Patienten treffen zu können.<sup>110</sup>

---

<sup>105</sup> Nentwig, M.: Einwilligung minderjähriger Kinder zu Operationen. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 32 (43), 1958, S. 917-918

Orientierung für die Entscheidung, ob Minderjährige, das heißt Personen unter 18 Jahren, einwilligungsfähig sind, gibt das Ausmaß an Kompetenz, die Bedeutung und Tragweite der Behandlung zu ermessen. Siehe hierzu Deutsch, E.: *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht*, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 78

<sup>106</sup> Nentwig, M.: Einwilligung minderjähriger Kinder zu Operationen. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 32 (43), 1958, S. 917-918

<sup>107</sup> Nentwig, M.: Einwilligung minderjähriger Kinder zu Operationen. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 32 (43), 1958, S. 917-918

<sup>108</sup> Nentwig, M.: Einwilligung minderjähriger Kinder zu Operationen. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 32 (43), 1958, S. 917-918

<sup>109</sup> Zwei Beispiele zur Differenzierung zwischen Pflicht zur Hilfeleistung und Aufklärungspflicht siehe Deutsch, E.: *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht*, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 87

<sup>110</sup> Dr. Bösche, J. W.: Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 14 (44), 1959, S. 458-463



„Der Urteilsausspruch will klarstellen, daß es für den Arzt einen Unterschied bedeuten soll, ob er Zeit hat, sich in Einzelheiten der Einwilligung zu vergewissern, wozu die Pflicht seinerseits gehört, die Beachtlichkeit der Einwilligung dadurch zu ermöglichen, daß er die Einwilligungsberechtigten über die möglichen Gefahren und Gegengründe seines beabsichtigten Tuns aufklärt – oder ob er, durch die Not der Situation gezwungen, weniger Vorkehrungen vor dem Eingriff zu treffen braucht.“<sup>111</sup>

Eine Lösung für diese Gratwanderung zwischen Verletzung der Pflicht zur Hilfeleistung und der Aufklärungspflicht kann bis 1961 im Deutschen Ärzteblatt nicht nachgewiesen werden.

Meines Erachtens obliegt die Entscheidung über die Dringlichkeit des Eingriffs der Beurteilung des verantwortlichen Arztes. Falls das Risiko, das Leben des Patienten oder gesundheitliche Folgeschäden in Kauf zu nehmen, im Verhältnis zu einer ausführlichen Aufklärung zu groß wäre und zudem der mutmaßliche Wille des Patienten der medizinischen Behandlung entsprechen würde, wäre es, meiner Meinung nach, ein ärztlicher Behandlungsfehler und unterlassene Hilfeleistung, wenn der Arzt auf lebensrettende Maßnahmen verzichten würde. In Fällen, in denen eine Behandlung ohne gesundheitliche Einbußen aufgeschoben werden kann, sollte, meiner Auffassung zufolge, immer eine Aufklärung mit anschließender Einwilligung vorausgegangen sein.<sup>112</sup> Bei Unzurechnungsfähigkeit oder Bewusstlosigkeit des Patienten sollte der mutmaßliche Wille bestenfalls durch Befragung Angehöriger oder nahe stehender Personen befolgt werden.<sup>113</sup>

#### 4) Schmerzensgeld

Eine gerechte Verteilung hinsichtlich der Höhe des Schmerzensgeldes stellt seit 1954 ein viel diskutiertes und schwer lösbares Problem dar, da es für eine Entschädigung körperlicher und seelischer Beeinträchtigung keine objektiven, allgemeingültigen Kriterien zu geben scheint.<sup>114</sup>

„Das in § 847 BGB vorgesehene Schmerzensgeld dient nicht nur als Ausgleich für „Schmerzen“ im Sinne der medizinischen Begriffsbildung. Es soll den Verletzten auch für die Beeinträchtigung des seelischen Wohlbefindens und für die Einbuße an Lebensfreude entschädigen.“<sup>115</sup>

---

<sup>111</sup> Dr. Bösche, J. W.: Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 14 (44), 1959, S. 458-463

<sup>112</sup> Siehe hierzu auch Deutsch, E.: *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht*, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 87-88

<sup>113</sup> Siehe hierzu auch Deutsch, E.: *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht*, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 98-99

<sup>114</sup> Prof. Dr. med. Förster, A., Dr. med. Goldbach, H.-J.: Über die Mitwirkung des Arztes bei der Festsetzung des Schmerzensgeldes\*). Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Philipps-Universität Marburg a. d. L., *ÄM*, H. 20 (39), 1954, S. 690-692

Schmerzensgeld wird mit dem Ziel erhoben, nicht nur einen Ausgleich für den erlittenen materiellen und immateriellen Schaden zu schaffen, sondern dem Geschädigten auch Genugtuung zu verleihen. Die Genugtuung gewinnt vor allem an Bedeutung, wenn der behandelnde Arzt grob fahrlässig gehandelt hat und sich in eklatanter Weise über das derzeit gültige Recht hinweggesetzt hat, so dass nicht nur Schmerzen, sondern auch Komplikationen Folgen seines Behandlungsfehlers sind. Siehe hierzu auch Deutsch, E.: *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht*, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 174-176

Aus diesem Grund wurden Verletzungsschemata nach Schweregraden entwickelt, die die Entscheidung erleichtern und Gerechtigkeit herstellen sollen.<sup>116</sup> Auch hier belegen die Artikel des Deutschen Ärzteblattes noch keine allgemein gültige Lösung.

Meines Erachtens läßt die Entscheidung über die Höhe des Schmerzensgeldes, die nach objektivierten, standardisierten Merkmalen getroffen wurde, zu Ungerechtigkeiten ein. Die Handlung eines Arztes sollte, meiner Auffassung zufolge, immer im Zusammenhang mit den äußeren Umständen und den beteiligten Personen beurteilt werden. Entscheidende Kriterien wären, meiner Meinung nach, die Dringlichkeit des Eingriffs, der Druck, dem der Arzt während seiner Entscheidungsfindung ausgesetzt war, der Ausbildungsgrad des Arztes und die Komplexität der Entscheidung. Diese Kriterien erscheinen mir schwer objektivierbar und unterliegen somit einer subjektiven Beurteilung. Aus diesem Grund bleibt, meines Erachtens, die Entscheidung über die Höhe des Schmerzensgeldes eine sehr diffizile Entscheidung, die mit hoher Wahrscheinlichkeit immer wieder mit Ungerechtigkeiten sowohl auf der Seite des Klägers als auch auf der Seite des Angeklagten behaftet sein wird.

1961 wird im Deutschen Ärzteblatt schließlich ein Gesetzentwurf publiziert, der die oben aufgeführten Problemfelder durch die Definition der Begriffe Körperverletzung und Einwilligungserklärung beseitigen soll.<sup>117</sup> Inwieweit dieser Entwurf die bisherigen Schwierigkeiten lösen kann, wird im folgenden Kapitel dargestellt.

### ***5.1.2.2 Entwicklung rechtlicher Grundlagen (1961-1980)***

Der dringendste Klärungsbedarf, der durch den Gesetzentwurf von 1961 noch nicht beseitigt werden konnte, besteht, den Veröffentlichungen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, hinsichtlich Umfang und Ausmaß der Aufklärung mit anschließender Einwilligung des Patienten. Der Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer von 1961/1962 gibt Aufschluss über die Schwerpunkte der Unsicherheiten und Fragen verantwortlicher Ärzte. Sie beziehen sich insbesondere auf die Abhängigkeit des Aufklärungsumfangs vom gegenwärtigen geistigen und körperlichen Zustand des Patienten sowie von der Dringlichkeit des Eingriffs.<sup>118</sup> Einen ersten Ratschlag gibt 1962 ein Bundesrichter in seinem im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel „Ärztliche Aufklärungspflicht und Rechtsprechung des

---

<sup>115</sup> Prof. Dr. med. Förster, A., Dr. med. Goldbach, H.-J.: Über die Mitwirkung des Arztes bei der Festsetzung des Schmerzensgeldes\*). Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Philipps-Universität Marburg a. d. L., *ÄM*, H. 20 (39), 1954, S. 690-692

<sup>116</sup> Prof. Dr. med. Förster, A., Dr. med. Goldbach, H.-J.: Über die Mitwirkung des Arztes bei der Festsetzung des Schmerzensgeldes\*). Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Philipps-Universität Marburg a. d. L., *ÄM*, H. 20 (39), 1954, S. 690-692

<sup>117</sup> Ohne Verfasserangabe: Entwurf eines neuen Strafgesetzbuches. Die für den Arzt und die ärztliche Berufsausübung wichtigsten Bestimmungen. 2. Fortsetzung, *ÄM*, H. 6 (46), 1961, S. 308-317

<sup>118</sup> Dr. med. Stockhausen, J.: Tätigkeitsbericht 1961/62 der Bundesärztekammer. Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, dem 65. Deutschen Ärztetag auf Norderney im Juni 1962 vorgelegt von Dr. med. Josef Stockhausen, *ÄM*, H. 25 (47), 1962, S. 1371-1432

Bundesgerichtshofes“ bekannt. Er betont, dass Inhalt und Umfang der Aufklärung der Gesamtsituation des Patienten angepasst sein sollten. Der gesundheitliche Zustand des Patienten, sowohl geistig als auch körperlich, und die Abwägung zwischen Vorteilen des ärztlichen Eingriffs und nachfolgenden Risiken und Komplikationen stellen wesentliche Faktoren dar.<sup>119</sup> Bestenfalls sollte die Aufklärung als Grundlage für die Entscheidung über eine anschließende Einwilligung dienen.

„Der Arzt muß den aufklärungs- und willensfähigen Patienten über die Gefahren, d. h. die möglichen Folgen einer geplanten Behandlung unterrichten, die ein verständiger Patient in dieser Lage unter Berücksichtigung seiner körperlichen Beschaffenheit und seines Berufes für seine Entscheidung über die Einwilligung als bedeutsam ansehen würde. Hierbei ist auch das Verhältnis zwischen Notwendigkeit der Behandlung und ihren Gefahren zu berücksichtigen.“<sup>120</sup>

Die im Deutschen Ärzteblatt dargestellten Schritte zur Entwicklung rechtlicher Grundlagen weisen neben dem Versuch, die Definition der ärztlichen Aufklärungspflicht zu präzisieren 1969 auch die Planung eines neuen Strafrechts auf. Darin sollen Eingriffe, die zur Heilung und zur Erhaltung der Gesundheit des Patienten beitragen, von dem Strafbestand der Körperverletzung unterschieden werden, um die zwingende Notwendigkeit der Patientenaufklärung und -einwilligung aufzuheben und das Strafmaß zu reduzieren.<sup>121</sup>

„§ 161 E 1962 lautet ‚Eingriffe und andere Behandlungen, die nach den Erkenntnissen und Erfahrungen der Heilkunde und den Grundsätzen eines gewissenhaften Arztes zu dem Zweck angezeigt sind und vorgenommen werden, Krankheiten, Leiden, Körperschäden, körperliche Beschwerden oder seelische Störungen zu verhüten, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern, sind nicht als Körperverletzung strafbar.‘“<sup>122</sup>

Das Ziel der beiden Maßnahmen, die im Deutschen Ärzteblatt bisher vorgestellt wurden, liegt, meiner Beurteilung nach, im Schutz des ärztlichen Berufs vor willkürlichen Schadenersatzklagen. Ein Indiz dafür, dass diese Versuche fehlgeschlagen sind, kann in der Zunahme der Schadenersatzklagen gesehen werden.

---

<sup>119</sup> Wegweisende Gerichtsurteile zur Erläuterung von sachlicher Dringlichkeit bzw. Aufschiebbarkeit medizinischer Eingriffe sowie Schwere, Risiko und Häufigkeit von Komplikationen und Abhängigkeit des Umfangs der Aufklärung von Vorkenntnissen und Intelligenz des Patienten. Siehe hierzu Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 88-89 u. S. 91

<sup>120</sup> Dr. Kleinewefers (Bundesrichter), H.: Ärztliche Aufklärungspflicht und Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes, ÄM, H. 18 (47), 1962, S. 987-989

<sup>121</sup> Mandt, P.: Geltendes und geplantes Strafrecht. Eine Bestandsaufnahme im Hinblick auf die ärztliche Tätigkeit, DÄ, H. 47 (66), 1969, S. 3335-3339

<sup>122</sup> Mandt, P.: Geltendes und geplantes Strafrecht. Eine Bestandsaufnahme im Hinblick auf die ärztliche Tätigkeit, DÄ, H. 47 (66), 1969, S. 3335-3339

Diese Tatsache veranlasst den Weltärztebund im Jahr 1970 dazu, eine ausdrückliche Empfehlung für den Abschluss eines geeigneten ärztlichen Versicherungsschutzes auszusprechen und die Länder zur Bereitstellung entsprechender Institutionen aufzufordern.<sup>123</sup>

„Das Plenum nahm schließlich eine Resolution an, in der die nationalen Ärzteorganisationen jener Länder, in denen noch keine Einrichtungen zum Schutz und zur Absicherung des Arztes vor Haftpflichtansprüchen bestehen, dringend zu entsprechenden Initiativen aufgefordert wurden; nicht nur um des einzelnen Falles, sondern um des Ansehens des ganzen Standes willen.“<sup>124</sup>

Auch im Jahr 1976 hat sich die Problematik der Schadenersatzklagen und der daraus resultierenden Kostenbelastung für Ärzte nicht gelöst. Die Haftpflichtversicherung entwickelt sich aus diesem Grund zu einer zwingenden Notwendigkeit, die die Folgen ungerechtfertigter Schadenersatzansprüche reduzieren soll.<sup>125</sup>

„Gerade für den Arzt ist von besonderer Bedeutung der passive Rechtsschutz, den die Haftpflicht-Versicherung bietet, i. e. die Abwehr unbegründeter Schadenersatzansprüche auf Kosten des Versicherers, der im Falle eines Falles auch ein Prozessrisiko übernimmt.“<sup>126</sup>

Die Möglichkeit eine Haftpflichtversicherung abzuschließen, zeichnet sich, meines Erachtens, gegenüber der Präzisierung der Aufklärungspflicht und der Planung eines neuen Strafrechts dadurch aus, dass sie eine tatsächliche Wirkung durch Abfangen des finanziellen Schadens erzielt.<sup>127</sup> Die Präzisierung der Aufklärungspflicht hat, den Veröffentlichungen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, noch keine allgemein gültige Anerkennung erlangt und die Planung eines neuen Strafrechts kann auch nicht mit Hilfe des Deutschen Ärzteblattes belegt werden.<sup>128</sup> Beiden Maßnahmen können, meiner Beurteilung nach, bis 1977 keine wirksame Hilfestellung zugeschrieben werden.

Eine weitere Ergänzung unterstützender Maßnahmen stellen, 1976 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Orientierungshilfen und Richtlinien ärztlicher Gutachter dar. Sie beraten und

---

<sup>123</sup> Ohne Verfasserangabe: Die „Deklaration von Oslo“, Stellungnahme des Weltärztebundes zur therapeutischen Schwangerschaftsunterbrechung. Ergebnisse und Beschlüsse der XXIV. World Medical Assembly, DÄ, H. 37 (67), 1970, S. 2688-2695

<sup>124</sup> Ohne Verfasserangabe: Die „Deklaration von Oslo“, Stellungnahme des Weltärztebundes zur therapeutischen Schwangerschaftsunterbrechung. Ergebnisse und Beschlüsse der XXIV. World Medical Assembly, DÄ, H. 37 (67), 1970, S. 2688-2695

<sup>125</sup> Ohne Verfasserangabe: Ausreichender Schutz durch eine Haftpflicht – Versicherung, DÄ, H. 42 (72), 1975, S. 2939-2942

<sup>126</sup> Ohne Verfasserangabe: Ausreichender Schutz durch eine Haftpflicht – Versicherung, DÄ, H. 42 (72), 1975, S. 2939-2942

<sup>127</sup> Der Vertrag mit der Haftpflichtversicherung schützt den Arzt vor wirtschaftlichem Schaden und existentieller Vernichtung auf Grund von Schadenersatzklagen. Die Höhe der Versicherungsprämien sollte dem Fach- und Tätigkeitsgebiet des Arztes angepasst sein und der Umfang der Haftpflichtversicherung sollte möglichst auch konsiliarische Tätigkeiten und klinische Forschungsarbeit beinhalten. Siehe hierzu Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 71-72

<sup>128</sup> Für die ärztliche Fehlbehandlung des Patienten gilt nach deutschem Strafrecht das Strafmaß der fahrlässigen Tötung oder fahrlässigen Körperverletzung. Voraussetzung für die Haftbarkeit ist das persönliche Verschulden des Arztes. Siehe hierzu Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 195

beeinflussen Richter in ihrer Urteilsfindung, indem sie die Sorgfaltspflicht des Arztes an einem geeigneten Maßstab, der der jeweiligen Situation und dem derzeitigen medizinischen Standard entspricht, bewerten.<sup>129</sup> Zu betonen ist jedoch, dass die endgültige Entscheidung für oder gegen das Vorliegen eines ärztlichen Behandlungsfehlers vom Richter getroffen wird und der ärztliche Gutachter lediglich die Funktion des Ratgebers innehat.<sup>130</sup> Bei optimaler Beratung äußert sich der medizinische Gutachter nicht direkt über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers, sondern vergleicht das Handeln des Arztes mit dem erwarteten medizinischen Behandlungsstandard ohne sich in Einzelheiten zu verlieren.

„Zu Fehlbeurteilungen kann es führen, wenn der Gutachter sich nicht mit der Hauptfrage befasst, welches Maß von Sorgfalt im Einzelfall vom Durchschnittsarzt verlangt werden muß, sondern sich in theoretischen, hypothetischen Betrachtungen darüber verliert, wie man eine unerwünschte Komplikation vermeidet, was man alles tun könnte, damit dies oder jenes nicht eintritt. [...] Oberstes Gebot bleibt: der Gutachter sollte jedenfalls einen Kunstfehler weder bejahen noch verneinen, sondern diesen Begriff absolut meiden.“<sup>131</sup>

Die Frage, ob die Orientierung an Gutachterbeurteilungen eine sichere und zuverlässige Methode darstellt um Schadenersatzklagen zu vermeiden, kann anhand der Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt nicht beantwortet werden.

1979 belegt eine Publikation im Deutschen Ärzteblatt die Verwerfung eines neuen Strafrechts, in dem medizinische Eingriffe im Strafgesetzbuch nicht der Körperverletzung zugeordnet werden. Aus diesem Grund reduziert sich das Strafmaß im Fall eines medizinischen Behandlungsfehlers nicht und die vorangegangene Aufklärung mit anschließender Einwilligung bleibt ärztliche Pflicht vor jedem medizinischen Eingriff.<sup>132</sup>

„Strafgesetzbuch und Bürgerliches Gesetzbuch enthalten keine besonderen Bestimmungen, die nur auf die ärztliche Heilbehandlung anzuwenden wären. Was im ärztlichen Jargon der „Messerstecherparagrah“ geworden ist, ist der § 223 StGB, nach dem jeder ärztliche Eingriff tatbestandsmäßig eine Körperverletzung ist. Er bedarf der Rechtfertigung; als

---

<sup>129</sup> Der Gutachter hat die Aufgabe nach medizinischen Sachkenntnissen zu beurteilen, ob die Behandlung des angeklagten Arztes zulässig war und ob die einzelnen Schritte notwendig waren. Um seine Neutralität gegenüber Kläger und Angeklagtem zu sichern, wird er nicht als sachverständiger Zeuge einer Partei eingesetzt, sondern funktioniert als Gehilfe des Gerichts. Sein Sachverständigengutachten hat zwar nicht die Funktion das Urteil und somit den Prozessausgang direkt zu entscheiden, es übt jedoch wesentlichen Einfluss auf die Entscheidungsfindung aus. Der Einfluss reicht sogar soweit, dass ein vom Gutachten abweichendes Urteil einer besonderen Begründung bedarf. Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 222-223

<sup>130</sup> Schreiber, H.-L., Müller-Dethard, G.: Der medizinische Sachverständige im Strafprozeß, DÄ, H. 6 (74), 1977, S. 373-378

<sup>131</sup> Dr. med. Perret, W.: Das medizinische Gutachten bei Arzt-Haftpflichtschäden, DÄ, H. 31 (73), 1976, S. 2033-2034

<sup>132</sup> Dr. med. Kienzle, H.-F.: Die ärztliche Aufklärungspflicht. Gratwanderung zwischen Vertrauen und Vertrag. Themen der Zeit, DÄ, H. 40 (76), 1979, S. 2584-2588

Rechtfertigungsgrund kommt grundsätzlich nur die wirksame Einwilligung des Patienten in Betracht.“<sup>133</sup>

Die bisher dargestellte rechtliche Entwicklung der ärztlichen Haftpflicht orientiert sich, meines Erachtens, an Absicherung und Schutz der Ärzteschaft vor den Folgen der Schadenersatzklagen.

In den Jahren 1977 und 1979 wird die Aufmerksamkeit des Lesers zum ersten Mal auf die Problematik einer verletzten Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient gelenkt. Anlass für diesen Wandel ist ein Artikel in der Zeitschrift „Der Spiegel“, der durch einen Bericht über Schadenersatzklagen in Amerika eine Hysterie ausgelöst hat. Die Bundesärztekammer kritisiert diese übertriebene Verängstigung der Gesellschaft und befürchtet einen Vertrauensbruch zwischen Arzt und Patient.<sup>134</sup>

„Die Bundesärztekammer warnt, das Vertrauen in den Arzt in der Bundesrepublik gleichermaßen zu erschüttern. Damit wird eine der wesentlichen Voraussetzungen jeder erfolgreichen Heilbehandlung zerstört. [...] Der Spiegel-Artikel ist, so heißt es in einer Presseerklärung der Bundesärztekammer, überflüssig und paßt nicht in eine Landschaft, in der die deutsche Ärzteschaft jederzeit bereit ist, an sinnvollen und vernünftigen Verbesserungen des Gesundheitswesens mitzuwirken.“<sup>135</sup>

Um eine Schädigung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient aufgrund sensationsorientierter Pressearbeit zu vermeiden, ist der persönliche Einsatz des Arztes in einzelnen Patientengesprächen von entscheidender Bedeutung. Die Fähigkeit des Arztes, dem Patienten durch Einfühlungsvermögen Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln, erhält damit eine tragende Rolle in der Vertrauensbildung zwischen Arzt und Patient.

„Ist es möglich, auch in kurzer Zeit durch Ausstrahlung und Gesprächsbereitschaft eine vertrauenswürdige Basis des Handelns zu schaffen, so wird trotz anderslautender Presse, zum Teil unsachlicher Kritik und oft wirklichkeitsfremder, überzogener juristischer Forderungen gute Arbeit zu leisten sein, die dem Patienten Hilfe und Geborgenheit in unheilbaren Situationen und unangefochtene Heilungschancen in den anderen Fällen trotz aller impliziten Risiken vermitteln kann.“<sup>136</sup>

Mit dieser Haltung wird ein neuer Weg eingeschlagen, der die Aufmerksamkeit stärker auf die Persönlichkeit des Patienten richtet. Meines Erachtens ist schon hier der erste Schritt zur

---

<sup>133</sup> Dr. med. Kienzle, H.-F.: Die ärztliche Aufklärungspflicht, Gratwanderung zwischen Vertrauen und Vertrag. Themen der Zeit, DÄ, H. 40 (76), 1979, S. 2584-2588

<sup>134</sup> Ohne Verfasserangabe: Hysterie wegen vermeintlicher „Kunstfehler“ breitet sich aus. Nachrichten, DÄ, H. 20 (74), 1977, S. 1359

<sup>135</sup> Ohne Verfasserangabe: Hysterie wegen vermeintlicher „Kunstfehler“ breitet sich aus. Nachrichten, DÄ, H. 20 (74), 1977, S. 1359

<sup>136</sup> Dr. med. Kienzle, H.-F.: Die ärztliche Aufklärungspflicht, Gratwanderung zwischen Vertrauen und Vertrag. Themen der Zeit, DÄ, H. 40 (76), 1979, S. 2584-2588

Vermeidung einer Schadenersatzklage zu erkennen. Die vorherigen Maßnahmen waren lediglich auf die Reduzierung der entstehenden Komplikationen beschränkt.

### ***Kommentar***

Diese Entwicklung lässt, meines Erachtens, den Schluss zu, dass der Gesetzentwurf von 1961 bis 1980 die einzige gesetzliche Änderung ist, die im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wird, und die Planung eines neuen Strafrechts ein Vorschlag bleibt, der bisher nicht durchgesetzt wurde. Effektive Maßnahmen, mit deren Hilfe sich der Arzt vor Schadenersatzklagen schützen kann, sind der Abschluss einer ärztlichen Haftpflichtversicherung und das Bemühen um ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis. Der Nutzen der Orientierung an Sachverständigengutachten und an Richtlinien der Gutachter, hängt, meines Erachtens, von den Umständen in den jeweiligen Fällen und von den Vorkenntnissen der beteiligten Personen ab.

Interessanterweise findet sich im Deutschen Ärzteblatt, meiner Beurteilung nach, keine Veröffentlichung, die durch ärztliche Behandlungsfehler entstandene Patientenschicksale schildert. Stattdessen tritt, meines Erachtens, die Darstellung aus der Sicht des Arztes verstärkt in den Vordergrund. Der zentrale Diskussionspunkt liegt in der Problematik des finanziellen Schadens oder Ruins des Arztes. Aus diesem Grund sollte, meiner Auffassung nach, auch unter diesem Gliederungspunkt die Darstellung der Problematik im Deutschen Ärzteblatt mit der nötigen Kritik betrachtet werden.

### ***5.1.2.3 Entwicklung verschiedener Lösungsansätze – Schlichtungsstellen, standardisierte Aufklärungsformulare und rechtliche Verankerung der Aufklärungspflicht (1980-1990)***

In den Jahren 1980 bis 1990 besteht weiterhin das vorherrschende Ziel darin, Lösungen zu finden, die den Arzt in der Ausübung seines Berufs absichern sollen. Der Abschluss einer Haftpflichtversicherung und ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis stellen keine ausreichende Grundlage dar, die die Problematik der ärztlichen Haftpflicht und der Schadenersatzklagen zufrieden stellend löst.

1981 werden zwei entscheidende Maßnahmen durchgesetzt, die zur Behebung dieses Konflikts beitragen sollen. Die erste Maßnahme ist die Einrichtung von Schlichtungsstellen, die die Aufgabe haben, in Haftpflichtkonflikten zwischen Arzt und Patient außergerichtliche Regelungen zu finden, so dass beiden Parteien unnötige Kosten und Ärgernisse erspart bleiben. Sie beinhalten die Erstellung eines kostenfreien Gutachtens, um entscheiden zu

können, ob die Erhebung von Schadenersatzansprüchen sinnvoll ist oder lediglich zu unbegründeten Strafanzeigen führt.<sup>137</sup>

„Sie haben folgende Ziele:

- Es soll versucht werden, eine rasche außergerichtliche Regelung zwischen Patient und Arzt herbeizuführen.
- Dem Patienten und gegebenenfalls seinem Anwalt soll ein Gutachten zur Verfügung gestellt werden, das ihm die Nachprüfung erleichtert, ob er Haftpflichtansprüche gegen einen Arzt für gegeben hält.
- Dem Patienten soll die Kostenlast für die Erstellung des Gutachtens abgenommen werden, die er im staatsanwaltlichen Verfahren auch nicht zu tragen hat.
- Der Arzt soll vor unbegründeten Strafanzeigen und Prozessen bewahrt werden.“<sup>138</sup>

Die zweite Maßnahme besteht in der Einführung von standardisierten Aufklärungsformularen, einem Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der allerdings von der Bundesärztekammer bislang noch abgelehnt wird.<sup>139</sup>

„Als wenig zweckdienlich bezeichnete der BÄK-Fachausschuß die im vergangenen Jahr sanktionierten Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), standardisierte Einwilligungserklärungen für ärztliche Eingriffe, das Einheitseinwilligungsformular für die Anästhesie sowie die vorformulierten Einwilligungen und Erklärungen von Sorgeberechtigten und Vertrauenspersonen durchgängig in den Krankenhäusern anzuwenden.“<sup>140</sup>

1985 ändert sich die Auffassung der Bundesärztekammer hinsichtlich standardisierter Aufklärungsformulare, da sie deren Notwendigkeit in der rechtlichen Absicherung erkennen.

„Im Sommer 1980 billigte der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Muster einer ‚Dienstanweisung‘ für Krankenhausärzte über die Aufklärung und Einwilligung der Patienten vor ärztlichen Eingriffen. [...] Neben notwendigen organisatorischen Regelungen hinsichtlich der Verantwortung für die Aufklärung im Krankenhaus sollte eine solche Hilfestellung nach

---

<sup>137</sup> Die Schlichtungsstellen bieten dem Patienten ein kostenfreies Verfahren. Versicherungen und Krankenhausträger hingegen sind gezwungen, Kosten zu übernehmen. Siehe hierzu Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 229-230

<sup>138</sup> Dr. med. Berner, W., Prof. Dr. med. Trostorf, E., Dr. jur. Vogel, R.: Schlichtung in Arzthaftpflichtfragen. Aufgaben und Erfahrungen der norddeutschen Schlichtungsstelle, DÄ, H. 5 (78), 1981, S. 183-191

<sup>139</sup> Im Idealfall sollte der Schwerpunkt der Aufklärung nicht schriftlich und förmlich abstrakt erfolgen, sondern im persönlichen Gespräch zwischen Arzt und Patient. Die schriftlich eingeholte Aufklärung dient lediglich als Beweismittel zur rechtlichen Absicherung des Arztes. Es werden zwei Formulare unterschieden. Das erste Formular ist abstrakt und kann daher in Anlehnung an das erfolgte Patientengespräch ausgefüllt werden. Somit kann dem abstrakten Formular individueller Charakter zugeschrieben werden. Das konkrete Formular hingegen besteht aus einem vorgefertigten Ausdruck mit Informationen über den jeweiligen Eingriff. Dieser Vordruck sollte dem Arzt nur als Anhaltspunkt für eine mündliche Aufklärung dienen. Bildet dieses Formular jedoch die Grundlage der Aufklärung, so bringt es die Gefahr mit sich, dass der Patient überfordert und unzureichend aufgeklärt ist. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, das Aufklärungsformular nicht durch den Arzt, sondern durch Krankenschwestern oder Sprechstundenhilfen auszuhändigen oder gar das Formular zu verwechseln. Damit wären die eigentliche Intention und die Rechtsgültigkeit verfehlt. Siehe hierzu Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 96-97

<sup>140</sup> Ohne Verfasserangabe: BÄK-Ausschuß gegen Standard-Aufklärung der Krankenhaus-Patienten. Nachrichten, DÄ, H. 27 (78), 1981, S. 1326



Auffassung der Bundesärztekammer dem Arzt insbesondere ermöglichen, das Aufklärungsgespräch mit dem Patienten nach Maßgabe der einschlägigen Rechtsprechung zu führen.“<sup>141</sup>

Bereits 1987 zeigt sich der Erfolg der Schlichtungsstellen in der ständig ansteigenden Nachfrage, die durch die zahlreichen Vorteile wie Hemmung der Verjährungsfrist und kostenfreie Begutachtung und Beratung eine attraktive Alternative zu einem Gerichtsverfahren darstellen.<sup>142</sup>

„Immer mehr Patienten, die sich durch einen ärztlichen Behandlungsfehler („Kunstfehler“) geschädigt fühlen, suchen den außergerichtlichen Vergleich bei einer der sieben Schlichtungsstellen oder Gutachterkommissionen der Landesärztekammern. [...] Das Verfahren ist kostenfrei. [...] Für die Anrufung der Schlichtungsstelle gibt es keine Fristen. Solange das Schlichtungsverfahren schwebt, ist die gesetzliche Verjährungsfrist gehemmt. Patient und Arzt sind nicht an das Votum der Schlichtungsstelle gebunden. Insbesondere ist der Rechtsweg durch ein Schlichtungsverfahren nicht ausgeschlossen.“<sup>143</sup>

Schlichtungsstellen, die erst bei entstandenem Schaden eine Hilfestellung für Arzt und Patient darstellen, werden im gleichen Jahr durch eine weitere Maßnahme, die detaillierte rechtliche Definition der Aufklärungspflicht, ergänzt, die einer Schadenersatzklage oder Unstimmigkeiten zwischen Arzt und Patient vorbeugen soll.<sup>144</sup> Die rechtzeitige Klarheit über

---

<sup>141</sup> Dr. Maas, H.-J.: Strenge Regeln für die Aufklärung vor ärztlichen Eingriffen. Krankenhauspatienten. Der Kommentar, DÄ, H. 17 (82), 1985, S. 1232

<sup>142</sup> Die Verjährungsfrist kann durch Aufnahme eines Verfahrens von einer Schlichtungsstelle oder Gutachterkommission gehemmt, jedoch nicht unterbrochen oder aufgehoben werden. Den zunehmenden Ansprüchen der Patienten soll durch die Einrichtung von Schlichtungsstellen Rechnung getragen werden. Die Zahl der Schadenersatzansprüche ist jedoch in einem solch hohen Maß gestiegen, dass auch die Ärztekammern Schwierigkeiten haben, diesen Anforderungen gerecht zu werden, obwohl bereits ein Teil der Anklagen durch Haftpflichtversicherungen vermieden wird. Somit sind alle Kapazitäten zum Abfangen von gerichtlichen Verfahren gegen Ärzte aufgebraucht. Siehe hierzu Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 233-234

<sup>143</sup> Ohne Verfasserangabe: Schlichtungsstellen häufiger angerufen. Themen der Zeit, DÄ, H. 3 (84), 1987, S. B-57

<sup>144</sup> Die Bundesärztekammer veröffentlicht Empfehlungen zur Patientenaufklärung, die Ziel, Inhalt und Umfang, Zeitpunkt und Reichweite der Aufklärung festhalten. Das Ziel der Aufklärung sollte darin bestehen, dass der Patient die Tragweite der Behandlungsmaßnahme erfasst und die Möglichkeit hat, auch aus medizinischer Sicht eine vernünftige Entscheidung zu treffen. Inhalt und Umfang sollten eine Diagnoseaufklärung, eine Verlaufsaufklärung und eine Risikoaufklärung beinhalten, wobei die Risikoaufklärung deutlich im Vordergrund steht, um den Patienten auf die Behandlung vorzubereiten. Die Bundesärztekammer definiert auch Ausnahmesituationen, in denen keine ärztliche Aufklärung notwendig ist. Dazu gehören die Aufklärung bei kleineren Eingriffen, beispielsweise die Verordnung von Medikamenten, bei denen das Stillschweigen des Patienten mit dessen Zustimmung gleichgesetzt werden kann, und der ausdrückliche Wille des Patienten, auf die Aufklärung zu verzichten. Ein weiterer Aspekt, bei dem keine Aufklärung notwendig ist, wird durch den Umstand gegeben, dass der Patient bereits über genügend Informationen verfügt, sei es durch eigene Fachkenntnisse oder durch eine bereits erfolgte Aufklärung, für deren Nachweis der Arzt verantwortlich ist, der die Behandlung durchführt. Der Zeitpunkt der Aufklärung muss von der Entscheidungsfähigkeit des Patienten abhängen und eine Überlegungsfrist bis zur Einwilligung gewährleisten, wenn die Dringlichkeit des Eingriffs dies erlaubt. Die Reichweite der Einwilligung ist auf den Inhalt des Aufklärungsgesprächs begrenzt. Weitere Ausnahmesituationen ergeben sich bei nicht-einwilligungsfähigen und minderjährigen Patienten. Bei Jugendlichen unter 18 Jahren besteht bei hinreichender Reife, die Tragweite des Eingriffs erfassen zu können, die Möglichkeit, ihnen die Befugnis zur Einwilligung zu erteilen. Bei bewusstlosen Patienten ist der mutmaßliche Wille zu ermitteln. Grundlegend bei jeder Aufklärung ist in den Empfehlungen der Bundesärztekammer das Aufklärungsgespräch, sie raten jedoch zusätzlich zur Dokumentation, um sich vor

das Ausmaß oder das Unterlassen der Aufklärungspflicht gibt vor allem dem Arzt mehr Sicherheit im Umgang mit dem Konflikt zwischen Aufklärungspflicht und unterlassener Hilfeleistung. Zu den Fällen, in denen der Verzicht auf Aufklärung und die gleichzeitige Durchführung einer ärztlichen Behandlung zulässig sind, zählen Notfallsituationen kombiniert mit mutmaßlicher Einwilligung des Patienten, der ausdrückliche Verzicht durch den Patienten und vorhandene Vorkenntnisse des Patienten.<sup>145</sup>

„Ist der Patient ohne Bewußtsein und kann wegen der Eilbedürftigkeit der Maßnahme die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters nicht eingeholt werden, so darf der Eingriff oder die Behandlung gemäß § 683 BGB trotzdem durchgeführt werden, wenn sie im Interesse des Kranken liegt und dessen mutmaßlichem Willen entspricht (4). Der Patient kann ausdrücklich oder konkludent auf die ärztliche Aufklärung verzichten (5). [...] Eine Aufklärung kann auch dann unterbleiben, wenn der Patient selbst über genügende medizinische Kenntnisse verfügt (7). [...] Zutreffend wird in der Literatur immer wieder darauf hingewiesen, daß es sich insoweit eigentlich nicht um ein „Privileg“ des Arztes zur Nichtaufklärung handelt, sondern um die Frage, was medizinisch indiziert beziehungsweise kontraindiziert ist (16).“<sup>146</sup>

1988 befürwortet der 91. Deutsche Ärztetag die rechtliche Verankerung der Aufklärungspflicht.

„§1a: Aufklärungspflicht

Der Arzt hat das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten. Zur Behandlung bedarf er der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich eine Aufklärung im persönlichen Gespräch voranzugehen.“<sup>147</sup>

Die Lösungsansätze, die bis 1990 zu verzeichnen sind, tragen, meiner Beurteilung nach, zur entscheidenden Verbesserung des Haftpflichtkonfliktes bei und bilden ein geeignetes Fundament um dem gesteigerten Anspruchsdenken und den zunehmenden Schadenersatzklagen entgegenzuwirken.<sup>148</sup> Schlichtungsstellen, standardisierte Aufklärungsformulare und die rechtliche Verankerung der Aufklärungspflicht sollen sowohl dem Arzt als auch dem Patienten im Umgang miteinander mehr Sicherheit bieten.

---

späteren Komplikationen schützen zu können. Vgl. Bundesärztekammer: Empfehlungen zur Patientenaufklärung. Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis in Ethik in der Medizin, Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 114-119

<sup>145</sup> Prof. Dr. jur. Uhlenbruck, W.: Die ärztliche Nichtaufklärung, Aufklärungsverzicht bei eigenem Wissen des Patienten oder als „therapeutisches Privileg“. Das Editorial, DÄ, H. 13 (84), 1987, S. B-610-612

<sup>146</sup> Prof. Dr. jur. Uhlenbruck, W.: Die ärztliche Nichtaufklärung, Aufklärungsverzicht bei eigenem Wissen des Patienten oder als „therapeutisches Privileg“. Das Editorial, DÄ, H. 13 (84), 1987, S. B-610-612

<sup>147</sup> Ohne Verfasserangabe: Grundgesetz für die ärztliche Tätigkeit. Tagesordnung „Berufsordnung“, DÄ, H. 21 (85), 1988, S. B-1087-1092

<sup>148</sup> Ellermann, B.: Haftpflicht: Ärzte sind öfter „dran“. Leserdienst, DÄ, H. 19 (82), 1985, S. 1449-1450

Die Zunahme der Ansprüche korreliert mit der Zunahme der Schadenersatzklagen, die in großem Umfang von Schlichtungsstellen abgefangen werden. Es besteht jedoch die Befürchtung, dass die Kapazitäten bald überschritten sind. Siehe hierzu Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 233

### ***Kommentar***

Meines Erachtens kann jedoch diese Schlussfolgerung nicht ohne Kritik entgegengenommen werden. Die Schritte, die bisher eingeleitet wurden, reduzieren zwar durchaus die durch Schadenersatzklagen entstandenen Probleme, tragen jedoch nicht zur Ursachenbekämpfung und damit zur Lösung des Konflikts bei. Meiner Beurteilung nach liegt der Ursprung der zunehmenden Schadenersatzklagen in gesteigerten Ansprüchen an die ärztliche Heilkunst. Die Erwartung, dass alle oder die meisten Erkrankungen, Verletzungen oder Leiden durch den Arzt erfolgreich und kurativ behandelt werden können, und die Abweichung von der paternalen Arztrolle können, meiner Auffassung nach, als wesentliche Auslöser dieser Problematik gelten. Aus diesem Grund ist es, meines Erachtens, ein Fehler, in diesem Fall von einer Lösung der Problematik zu sprechen. Stattdessen handelt es sich um einen Versuch, die entstandene Entwicklung aufzuhalten oder zu bremsen. Eine Bewertung der Entwicklung zu einer zunehmenden Anfechtbarkeit der ärztlichen Tätigkeit wird an dieser Stelle offen gelassen.

#### ***5.1.2.4 Fehlerprävention durch Qualitätssicherung und persönliche Patientengespräche (1990-2005)***

Bisher bestand das Ziel in der besseren Verständigung zwischen Arzt und Patient, um eine Schadenersatzklage zu vermeiden oder die Folgen dieser für beide Parteien zu minimieren. Seit 1990 weisen Artikel im Deutschen Ärzteblatt auf Bemühungen hin, nicht die Schadenersatzklage, sondern direkt den Behandlungsfehler zu vermeiden. Ein neuer Begriff, der im Rahmen dieser Fehlerprävention verwendet wird, ist die sogenannte Qualitätssicherung.<sup>149</sup> Die Voraussetzung bildet die ärztliche Sorgfalts- und Fortbildungspflicht, die in der ärztlichen Berufsordnung verankert ist, und die Kontrolle erfolgt durch Qualitätssicherungsmaßnahmen. Sowohl die Bundesärztekammer als auch der 93. Deutsche Ärztetag haben sich für diese Maßnahme eingesetzt.

„Die in der Berufsordnung bestehende Verpflichtung zur Fortbildung bleibt also bestehen ebenso wie die Verpflichtung des Arztes, ‚von der Ärztekammer eingeführte Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit durchzuführen‘. Diese Bestimmung der Berufsordnung wurde sogar vom 93. Deutschen Ärztetag in einer EntschlieÙung ausdrücklich bestätigt, in der ausgeführt

---

<sup>149</sup> Durch Qualitätssicherungsmaßnahmen soll eine standardisierte Behandlung auf hohem Niveau gewährleistet werden. Bisher waren davon nur Medizinprodukte betroffen, jetzt sollen auch ärztliche Tätigkeiten Qualitätskontrollen unterzogen werden. In der Muster-Berufsordnung werden Ärzte explizit verpflichtet, die von den Ärztekammern vorgegebenen Kontroll- und Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen. Siehe hierzu Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 237-239

wird, daß Qualitätssicherungsmaßnahmen die beste Methode zur Kontrolle der in der Berufsordnung geforderten ärztlichen Fortbildung darstellen.“<sup>150</sup>

1993 wird die Befürwortung der Qualitätssicherung nochmals durch den 96. Deutschen Ärztetag bestätigt. Die Begründung stützt sich jedoch wesentlich deutlicher als in den Entschlüssen des 93. Deutschen Ärztetages auf patientenorientiertes Handeln und betont die Bedeutung eines tragfähigen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Die deutsche Ärzteschaft wird aufgefordert, Qualitätssicherung nicht nur unter materialistischen Gesichtspunkten zu betreiben, sondern auch unter dem Aspekt der individuellen Krankenbetreuung und des persönlichen Patientenkontaktes, um ein partnerschaftliches und vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis herzustellen. Insbesondere das Mitwirken und Anhören des Patienten sollte dabei in den Vordergrund treten, um nicht aus wirtschaftlichen Interessen oder eigenen Fehlbeurteilungen die eigentlichen Bedürfnisse des Patienten zu verfehlen.

„Die Deutsche Ärzteschaft ist dem Prinzip der Qualitätssicherung verpflichtet. Dort, wo das Ideal einer bestmöglichen Qualität in der medizinischen Versorgung erreicht ist, gilt es, den Fortbestand zu sichern. Immer dann, wenn die medizinische Versorgung dieses Ideal noch nicht erreicht, müssen alle Anstrengungen darauf gerichtet werden, die Versorgungsqualität zu verbessern. [...] Der gesundheitliche Zustand eines Menschen wird mit medizinischen Struktur- und Funktionsbegriffen nur unzureichend beschrieben. Gesundheit ist eine jeweils subjektiv wahrgenommene Qualität und äußert sich im (Wohl-)Befinden von Individuen. [...] Ohne eine aktive Mitarbeit der Patienten in gleichberechtigter Partnerschaft steht die Medizin in der Gefahr, sich von den Erwartungen der Patienten zu entfernen und deren Vertrauen zu verlieren. Initiativen zur Qualitätssicherung müssen frei von wirtschaftlichen Bedrohungsängsten allein den gesundheitlichen Interessen der Patienten dienen.“<sup>151</sup>

Das oben beschriebene Ideal der Qualitätssicherung medizinischer Versorgung in diesem Umfang zu gewährleisten, liegt im Bereich der individuellen Auffassung des ärztlichen Berufsethos und hängt somit vom Engagement jedes einzelnen Arztes ab. Der öffentliche Einflussbereich reicht jedoch zumindest so weit, einen einheitlichen, bundesweiten Qualitätsstandard anzustreben. Aus diesem Grund werden 1994 zum einen die ärztliche Fortbildungspflicht und der Fortbildungsnachweis im Fall einer Schadenersatzklage gefordert und zum anderen die Einrichtung einer bundesweiten Zentrale zur Organisation der Qualitätssicherung verlangt.<sup>152</sup>

---

<sup>150</sup> Dr. med. Vilmar, K.: Qualitätssicherung. Eine ärztliche Daueraufgabe. Aktuelle Politik, DÄ, H. 27 (87), 1990, S. B-1505

<sup>151</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt II. Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung. Dokumentation des 96. Deutschen Ärztetages, DÄ, H. 20 (90), 1993, S. B-1087-1091

<sup>152</sup> Dipl.-Volksw. Stobrawa, F. F.: Die Sacharbeit kann beginnen. Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin. Aktuell. Politik, DÄ, H. 13 (91) 1994, S. B-666-668

„Aus juristischer Sicht wurde darauf hingewiesen, dass die Ärzte [...] von ihrer Berufsordnung zur Fortbildung verpflichtet sind. Das sei keine bloße Deklaration einer berufsethischen Pflicht; bei Rechtsauseinandersetzungen darüber, ob ein Patient nach den Regeln der Kunst behandelt worden sei, müsse der Arzt damit rechnen, nachzuweisen, daß er sich fortgebildet hat. Gleichwohl – auch bei dieser Tagung in Köln kam die Frage auch nach förmlichen Fortbildungsnachweisen immer wieder hoch.“<sup>153</sup>

1995 wird schließlich die Forderung nach einer bundesweiten Zentrale zur Qualitätssicherung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung erfüllt. Somit kann die Qualitätssicherung durch ärztliches Fachwissen beeinflusst werden, um ein hohes, standardisiertes medizinisches Versorgungsniveau anzustreben.

„Soeben haben Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung die ‚Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizi‘ ins Leben gerufen. Damit will die Ärzteschaft ihren Anspruch, die berufene Gruppe zur wissenschaftlich und ärztlich fundierten medizinischen Qualitätssicherung zu sein, unterstreichen und ihren ‚fachspezifischen Sachverstand bei der Sicherstellung eines hohen medizinischen Versorgungsniveau‘ einbringen.“<sup>154</sup>

Parallel zur Qualitätssicherung entwickelt sich seit 1995 ein stärkeres Bewusstsein für ein engagiertes und patientenorientiertes Aufklärungsgespräch, das nicht nur von strafrechtlicher Motivation und beruflicher Verpflichtung begleitet werden sollte, sondern vor allem ärztlichem Verantwortungsbewusstsein folgend die Grundlage für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung darstellen soll.

„Im Vordergrund stehen diejenigen Fälle, in denen aus Unachtsamkeit oder Sorglosigkeit, im Streß der Tagesroutine, Informationsverlust oder Selbstüberschätzung Fehler begangen würden. Franzki forderte die Ärzte dazu auf, das Aufklärungsgespräch nicht als lästige und zeitraubende Formalie zu verstehen und nur unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten zu führen. Richtig verstanden sei es vielmehr eine vertrauensbildende Maßnahme, mit welcher der Arzt „den Patienten auch vor späteren Enttäuschungen bewahren und vor allem Verantwortung mit ihm teilen kann“.“<sup>155</sup>

Anzeichen einer Intensivierung patientenorientierter, medizinischer Betreuung, die sich bisher in der Einführung und fortschreitenden Weiterentwicklung der Qualitätssicherung besonders im Hinblick auf die individuelle Krankenbetreuung und in der Wertschätzung eines persönlichen Patientengesprächs äußerten, bestätigen sich 1997 in zweierlei Hinsicht. Zum einen wird der Wechsel vom patriarchalischen Arzt-Patienten-Verhältnis zum

---

<sup>153</sup> Ohne Verfasserangabe: Von der ethischen Pflicht zum formalen Nachweis. Fortbildung. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 11 (91), 1994, S. B-543

<sup>154</sup> Ohne Verfasserangabe: Jeder meint was anderes. Qualitätssicherung. Seite eins, DÄ, H. 13 (92), 1995, S. B-661

<sup>155</sup> Ohne Verfasserangabe: Aufklärung des Patienten schafft Vertrauen. Kommission für ärztliche Behandlungsfehler. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 51-52 (92), 1995, S. B-2568

partnerschaftlichen deutlich, was sich in der Erwartungshaltung des Patienten nach medizinischer Aufklärung und Teilnahme an der eigenen Behandlung äußert.<sup>156</sup>

„Die Zeiten der patriarchalischen Medizin seien vorbei, und der mündige Bürger erwarte sachgerechte Informationen, um sich unter Abwägung aller Vor- und Nachteile für den einen oder anderen Eingriff zu entscheiden.“<sup>157</sup>

Zum anderen wird die Forderung geäußert, Leitlinien in der Qualitätssicherung auf der Basis von Patientenevaluationen festzulegen.

„Im Interesse der Patienten muß daher eine konsequente Evaluation der Inhalte sowie der Effekte unterschiedlicher Entwicklungs-, Verbreitungs- und Umsetzungsstrategien von Leitlinien Voraussetzung und Folge gleichermaßen sein.“<sup>158</sup>

Die Entwicklung eines partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Verhältnisses und einer Stärkung der Position des Patienten schreitet weiter fort und führt zu einer Änderung des Selbstverständnisses des Patienten vom Hilfesuchenden und Schutzbedürftigen zum Konsumenten medizinischer Dienstleistung. Die Erwartungshaltung des Patienten hat sich, einer Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt aus dem Jahr 1999 zufolge, vom Bedürfnis nach Information zur Forderung nach ärztlicher Leistung selbstdefinierten Maßstabs weiterentwickelt, die der eines Kunden auf marktwirtschaftlicher Basis gleicht.<sup>159</sup>

„Mit dem Schicksal begnügten sich immer weniger Patienten auf der Suche nach einem Schuldigen für das ihnen zugestoßene Leid. Das sei einer der Gründe, warum in den vergangenen Jahrzehnten die Zahl der vor Gutachterkommissionen und Gerichte ausgetragenen Streitfälle stetig zugenommen habe. [...] Immer weniger Schicksalsergebenheit korrespondiere mit dem wachsenden Selbstbewusstsein und einer gestiegenen Erwartungshaltung der Patienten. Medizin werde mehr als Serviceleistung verstanden, und die Konfliktbereitschaft wachse auf beiden Seiten.“<sup>160</sup>

Bis 2005 sind Engagement und Bemühungen der Ärzteschaft, eine patientenorientierte medizinische Betreuung zu ermöglichen, im Deutschen Ärzteblatt zu beobachten. Schlichtungs- und Gutachterstellen werden vom 103. Deutschen Ärztetag unterstützt<sup>161</sup>, der Vertragsarzt verpflichtet sich gegenüber kassenärztlichen Vereinigungen zum regelmäßigen

---

<sup>156</sup> Dr. jur. Kreussler, H.: Aufklärungspflicht von zunehmender Bedeutung. Haftungsrisiko für Ärzte. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 8 (94), 1997, S. B-360

<sup>157</sup> Dr. jur. Kreussler, H.: Aufklärungspflicht von zunehmender Bedeutung. Haftungsrisiko für Ärzte. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 8 (94), 1997, S. B-360

<sup>158</sup> Dr. med. Gerlach, F. M.: Das Leid mit den Leitlinien. Qualitätsförderung. Seite eins, DÄ, H. 22 (94), 1997, S. B-1157

<sup>159</sup> Dr. Gerst, T.: Wandel im Verhältnis von Arzt und Patient. Ärztliche Behandlungsfehler. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 50 (96), 1999, S. B-2600

<sup>160</sup> Dr. Gerst, T.: Wandel im Verhältnis von Arzt und Patient. Ärztliche Behandlungsfehler. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 50 (96), 1999, S. B-2600

<sup>161</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschließungen zum Tagesordnungspunkt I. 103. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 20 (97), 2000, S. B-1176-1177

Nachweis über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen<sup>162</sup> und in Krankenhäusern wird zur Vermeidung von Behandlungsfehlern ein sogenanntes Fehlermanagement eingeführt<sup>163</sup>. Die Auswahl der Maßnahmen konzentriert sich, den Belegen des Deutschen Ärzteblattes von 1990 bis 2005 zufolge, vor allem auf die Vermeidung von Behandlungsfehlern und nicht mehr auf den Schutz der Ärzteschaft vor Schadenersatzklagen nach bereits eingetretenem Behandlungsfehler.

#### **5.1.2.5 Zusammenfassung**

Bemerkenswert ist der Stellenwert, den die Haftpflicht im heutigen medizinischen Alltag einnimmt. Sie spiegelt, meiner Ansicht nach, als Teilaspekt des Arzt-Patienten-Verhältnisses dessen Wandlung in Abhängigkeit von der gesellschaftlichen Norm- und Werteentwicklung wider. Zunächst kann man die Entwicklung von Zweifeln an ärztlicher Kompetenz, die sich in vermehrten Schadenersatzklagen äußern, zu partnerschaftlichen Bedingungen im Arzt-Patienten-Verhältnis beobachten. Die Stärkung und Expansion des Patientenstatus führt schließlich zur Auffassung, die Medizin und damit die Tätigkeit des Arztes als Service- oder Dienstleistung zu verstehen. Anhand dieser Entwicklung ist, meines Erachtens, zu erkennen, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis von Interessen marktwirtschaftlichen Charakters geprägt wird. Die Umstände, die zu dieser Annahme führen, liegen, meiner Ansicht nach, in der Tatsache begründet, dass das Produkt „medizinische Leistung“ bei Mängeln oder Fehlern eingeklagt werden kann und dass Funktionäre innerhalb der Ärzteschaft sich bemühen, dieses Produkt fehlerfrei zu gestalten und konkurrenzfähig am Markt anzupreisen. Daraus lassen sich die Schlussfolgerungen ziehen, dass sich der Arzt zum Dienstleister degradiert sieht und das Arzt-Patienten-Verhältnis zur Geschäftsbeziehung werde.

Meiner Meinung nach ist es nicht vermessen zu behaupten, dass eine Gesellschaft, die im Wohlstand lebt und sich des Erwerbs aller materiellen Güter sicher ist, einer Werteverstärkung unterliegt, die sie von der ursprünglichen Bedeutung der Medizin weit entfernt. Das Vertrauen in den Menschen, auf dessen Hilfe man angewiesen ist, verliert sich, stattdessen stützt sich alle Zuversicht auf schriftlich dokumentierte und rechtlich abgesicherte Vereinbarungen. Die Entwicklung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, insbesondere unter dem Aspekt der Haftpflicht, ist, meiner Ansicht nach, ein Spiegelbild der so genannten Wohlstandsarmut, die sich in der Verdrängung primärer menschlicher Bedürfnisse zugunsten materiellen Überflusses äußert.

---

<sup>162</sup> Gerst, T.: Pflicht für Vertragsärzte. Fortbildung. Politik, DÄ, H. 39 (100), 2003, S. B-2068

<sup>163</sup> Prof. Dr. med. Beske, F.: Aufwand kostet. Patientensicherheit. Seite eins, DÄ, H. 16 (102), 2005, S. B-913

### 5.1.3 Pflicht zur Erhaltung und zum Schutz von Leben

Die Pflicht, Leben zu erhalten und zu schützen, stellt ein Themengebiet dar, das im Deutschen Ärzteblatt umfassend diskutiert wird und in zahlreiche medizinische Bereiche übergreift. Beginn und Ende menschlichen Lebens bilden die entscheidenden Eckpunkte, an denen sich die einzelnen Aspekte orientieren. Aus diesem Grund sind im Deutschen Ärzteblatt zum einen Belege über die Problematik der Abtreibung, Empfängnisverhütung, Insemination und In-vitro-Fertilisation zu finden und zum anderen Belege über Transplantation und Euthanasie. Die Auseinandersetzung mit diesen Aspekten erstreckt sich von 1950 bis heute.

#### 5.1.3.1 Abtreibung und Präimplantationsdiagnostik

Seit 1954 beginnt sich die Abtreibung zu einem ernsthaften Problem<sup>164</sup> sowohl der ländlichen als auch der urbanen Bevölkerung in den Industriestaaten zu entwickeln. Da das Bedürfnis nach Abtreibung aufgrund beginnender gesellschaftlicher Umstrukturierung und des Strebens nach Autonomie zunimmt und die Ärzteschaft sich eindeutig für den uneingeschränkten Schutz menschlichen Lebens ausspricht, steigt die Anzahl illegaler Abtreibungen.<sup>165</sup> In der Berufsordnung der deutschen Ärzte wird die Verpflichtung zum Schutz und zur Erhaltung von ungeborenem menschlichen Leben explizit betont.

„Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das keimende Leben zu erhalten. Schwangerschaftsunterbrechungen unterliegen den gesetzlichen Bestimmungen.“<sup>166</sup>

Der 1961 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte neue Gesetzentwurf sieht keine grundsätzlichen Änderungen dieser berufsethischen Verpflichtung vor. Ein Arzt, der eine Abtreibung vornimmt, deren Indikation nicht die Rettung der Schwangeren vor schweren gesundheitsbeeinträchtigenden oder tödlichen Folgen beinhaltet, wird mit bis zu fünf Jahren Gefängnis bestraft. Auch die Schwangere selbst, die ihre eigene Leibesfrucht abtötet, muss nach dem neuen Gesetzesvorschlag mit einer Bestrafung rechnen. In beiden Fällen genügt bereits der Versuch.

„§ 140

Abtreibung

---

<sup>164</sup> Schon bei der Definition oder genaueren Beschreibung des Abtreibungskonflikts beginnen sich ethische Kontroversen herauszubilden. Dabei kristallisieren sich zwei grundlegende Richtungen heraus. Einige vertreten die Ansicht, es handele sich hier um einen interpersonellen Konflikt, das heißt einen Konflikt zwischen zwei gleichberechtigten Lebewesen, deren Ansprüche konkurrieren, und andere befürworten die Bezeichnung intrapersoneller Konflikt, um zu verdeutlichen, dass es sich bei einer Schwangerschaft um eine biologisch-psychosoziale Einheit zwischen der Schwangeren und dem Fötus handelt. Diese Position kann auch mit dem Wort holistisch beschrieben werden und weist dem Embryo aus dieser Perspektive keinen Anspruch auf die Rechte eines eigenständigen Lebewesens zu. Vgl. Ach: Einführung, Schwangerschaftsabbruch in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S.151-153

<sup>165</sup> Prof. Dr. med. Knack, A. V.: Die Empfängnisverhütung durch den praktischen Arzt, methodisch und kritisch gesehen, ÄM, H. 23 (39), 1954, S. 817-820

<sup>166</sup> Ohne Verfasserangabe: Berufsordnung der deutschen Ärzte, ÄM, H. 33 (41), 1956, S.943-950



- (1) Wer eine Leibesfrucht abtötet, wird mit Gefängnis bis zu fünf Jahren bestraft.
- (2) Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Gefängnis bis zu drei Jahren oder Strafhaft.
- (3) Der Versuch ist strafbar.<sup>167</sup>

„§ 157

Ärztliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Gefährdung der Schwangeren

- (1) Die Abtötung einer Leibesfrucht durch einen Arzt ist nicht nach § 140 strafbar, wenn nach den Erkenntnissen und Erfahrungen der Heilkunde nur durch den Eingriff die Gefahr des Todes oder eines unzumutbaren schweren Gesundheitsschaden von der Frau abgewendet werden kann.
- (2) Die Tötung eines in der Geburt befindlichen Kindes ist nicht nach § 134 strafbar, wenn ein Arzt sie unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 vornimmt.<sup>168</sup>

Durch den oben zitierten Gesetzentwurf können zwar die Unsicherheiten im Hinblick auf das rechtlich korrekte Verhalten des Arztes entkräftet werden, aber die Problematik der illegalen Abtreibung und der ethische Konflikt um die Autonomie der Frau und den Schutz ungeborenen Lebens kann nicht gelöst werden. In einigen Ländern wird 1961 bereits versucht, der Problematik der illegalen Abtreibung durch Legalisierung entgegenzutreten. Dadurch nimmt die Zahl der illegalen Abtreibungen und der daraus resultierenden Todesfälle und gesundheitlichen Schädigungen zwar ab, die Zahl der legalen Abtreibungen jedoch nimmt zu und die Geburtenzahlen sinken.<sup>169</sup> Trotz dieser Prognosen werden die Forderungen nach einer liberaleren Haltung in der Bundesrepublik immer intensiver. 1971 wird schließlich in Deutschland der Paragraph 218 entschärft und der Vorschlag zur Freigabe der Abtreibung bis zum dritten Monat geäußert.<sup>170</sup> Die Meinungen im Deutschen Ärzteblatt zu der angestrebten Legalisierung sind kontrovers und spiegeln durch ihren emotional geprägten Ausdruck die Spannungen wider, die durch diesen Konflikt hervorgerufen werden.<sup>171</sup> Nach der Auffassung der deutschen Ärzteschaft und des Weltärztebundes ist die ärztliche Pflicht, Leben zu schützen und zu erhalten, die Voraussetzung für die Ausübung des ärztlichen Berufs

<sup>167</sup> Ohne Verfasserangabe: Entwurf eines neuen Strafgesetzbuches. Die für den Arzt und die ärztliche Berufsausübung wichtigsten Bestimmungen (Fortsetzung), ÄM, H. 5 (46), 1961, S. 245-254

<sup>168</sup> Ohne Verfasserangabe: Entwurf eines neuen Strafgesetzbuches. Die für den Arzt und die ärztliche Berufsausübung wichtigsten Bestimmungen. 2. Fortsetzung, ÄM, H. 6 (46), 1961, S. 308-317

<sup>169</sup> Mehlan, K.-H.: Abortprobleme in Europa unter besonderer Berücksichtigung der Volkdemokratien\*). Aus dem Institut für Hygiene der Universität Rostock, ÄM, H. 11 (46), 1961, S. 613-620

<sup>170</sup> Jachertz, N.: Klischees, die sich allzu gut verkaufen. Wider die Schlagworte und Halbwahrheiten in der Diskussion um den § 218, DÄ, H. 31 (68), 1971, S. 2201-2205

<sup>171</sup> - Husslein, H.: Gedanken zum Abortusproblem. Aus der II. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Professor Dr. med. H. Husslein), DÄ, H. 32 (68), 1971, S. 2247-2254

- Ohne Verfasserangabe: Die Freiheit für Arzt und Patient gemeinsam wahren. Präsidium des Deutschen Ärztetages, Erweiterter Vorstand der Bundesärztekammer, Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erörtern die Bedrohung der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit, DÄ, H. 52 (68), 1971, S. 3429-3435

- Dr. med. Runge, H.: Komplikationen beim legalen Schwangerschaftsabbruch. Zur Leserzuschrift der „Frauenaktion 70“ in Heft 4/1973, Seite 213, DÄ, H. 17 (70), 1973, S. 1125

- Dr. med. Müller, H.: Die Stellung der Fristenlösung im ärztlichen Verhältnis zum menschlichen Leben. Aus der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. F. Kubli), DÄ, H. 18 (70), 1973, S. 1214-1217

und die Grundlage für eine Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient. Aus diesem Grund sprechen sie sich 1973 für eine Indikationslösung und gegen die so genannte Fristenlösung aus. Sie erhoffen sich eine Einschränkung der Abtreibungslegalisierung aufgrund der erforderlichen ärztlichen Einwilligung.<sup>172</sup> Die Bundesärztekammer schließt sich dieser Auffassung 1974 an und betont, dass die Tötung menschlichen Lebens niemals zur ärztlichen Pflicht erklärt werden dürfe und ein vorzeitiger Schwangerschaftsabbruch nur dann zulässig sei, wenn der Schwangeren durch Austragen der Leibesfrucht gesundheitlicher Schaden zugefügt wird.

„Ein Schwangerschaftsabbruch ist nur dann gerechtfertigt, wenn er nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft angezeigt ist, um von der Schwangeren eine Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung ihres Gesundheitszustandes abzuwenden. [...] Bei jeder gesetzgeberischen Lösung aber, darauf weist der Vorstand der Bundesärztekammer noch einmal hin, darf die Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch niemals zur ärztlichen Pflicht erklärt werden; einer solchen Handlung widerstrebende Ärzte dürfen niemals dazu gezwungen werden können.“<sup>173</sup>

Trotz des wiederholten Widerspruchs des Weltärztebundes, der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages wird 1974 der Paragraph 218 endgültig geändert und die Fristenlösung im Deutschen Bundestag verabschiedet. Bereits die Veröffentlichung des neuen Gesetzes im Deutschen Ärzteblatt beinhaltet den kritischen Kommentar der Bundesärztekammer.

„Der Deutsche Bundestag hat sich also nach weniger würdigem Verfahren, aber einer in Würde bestandenen Debatte am 26. April 1974 für die ‚Fristenlösung‘ entschieden; [...]“<sup>174</sup>

Die Enttäuschung und erneute Kritik der Bundesärztekammer an der Fristenlösung folgt sowohl im gleichen als auch im darauffolgenden Jahr. Sie wirft dem Deutschen Bundestag vor allem die Freigabe der legalen Missachtung und der Zerstörung menschlichen Lebens vor.<sup>175</sup>

Die aus der Fristenlösung entstehenden Probleme erstrecken sich auf Bettenmangel in Krankenhäusern durch vermehrte Abtreibungen<sup>176</sup>, falsche Angaben hinsichtlich des Termins der Empfängnis<sup>177</sup> und verbreitete Unbeschwertheit im Umgang mit Abtreibungen und

---

<sup>172</sup> Prof. Dr. med. Sewering, H. J.: Das Gesundheitswesen als ideologisches Experimentierfeld. Nach hundert Jahren Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 41 (70), 1973, S. 2638-2644

<sup>173</sup> Ohne Verfasserangabe: Votum der Bundesärztekammer zur Reform des § 218 StGB. Für legalen Schwangerschaftsabbruch als therapeutische Maßnahme („Indikationslösung“) – Gegen die völlige strafrechtliche Freigabe im Rahmen einer Frist von drei Monaten („Fristenlösung“), DÄ, H. 15 (71), 1974, S. 1059

<sup>174</sup> Jachertz, N.: Die große Freiheit? Bundesärztekammer betont: Gewissensentscheidung des Arztes muß unbedingt geachtet werden, DÄ, H. 19 (71) 1974, S. 1367-1368

<sup>175</sup> Ohne Verfasserangabe: Erklärung der Bundesärztekammer, DÄ, H. 19 (71) 1974, S. 1368-1369

<sup>176</sup> Ohne Verfasserangabe: Krankenhausbetten für Schwangerschaftsabbrüche sind knapp. Berlin, DÄ, H. 17 (72) 1975, S. 1183

<sup>177</sup> Dr. Schaetzing, E.: Änderung des § 218: Fristen ohne Ende, DÄ, H. 40 (72) 1975, S. 2769-2771

folglich eine Entwertung ungeborenen menschlichen Lebens<sup>178</sup>. Aus diesen Gründen folgen 1976 Vorschläge zur Neuregelung des Paragraphen 218 und im gleichen Jahr die Durchsetzung der Indikationslösung. In dieser Neufassung ist zum Bedauern der deutschen Ärzteschaft auch die sogenannte soziale Indikation im Sinne der „sozialen Notlage“ vorgesehen, die befürchten lässt, die liberale Handhabung der Abtreibung im Sinne der Fristenlösung fortzuführen. Der liberale Umgang stützt sich insbesondere auf die Annahme, dass ärztliche Gutachter- und Beratungsstellen fehlen und Formen sozialer Unterstützung nicht ausreichend aufgegriffen werden.<sup>179</sup>

„Am 21. Juni 1976 tritt das 15. Strafrechtsänderungsgesetz mit der Neufassung der Bestimmungen über den Schwangerschaftsabbruch in Kraft. [...] Es ist also davon auszugehen, daß der „neue § 218“ gilt, daß auch diejenigen, die (wie wohl die Mehrheit der Ärzte) mit der Neufassung nicht in allem einverstanden sind, mit dem Gesetz leben müssen – unbeschadet verfassungsrechtlicher Bedenken und der insbesondere von der Ärzteschaft geltend gemachten sachlichen Einwände gegen die weite, einer Fristenregelung sehr nahe kommende Fassung der Indikation „soziale Notlage“, unbeschadet der Bedenken gegen die Beseitigung der ärztlichen Gutachterstellen zur Feststellung der Indikationen für einen legalen Schwangerschaftsabbruch sowie der Einwände gegen die fehlende Beziehung zwischen den Ergebnissen einer Beratung über soziale Hilfen und der Feststellung der Indikation „soziale Notlage“.“<sup>180</sup>

1977 findet sich bereits der erste Beleg im Deutschen Ärzteblatt, der die oben beschriebene Befürchtung unterstreicht. Die überwiegende Anzahl der in Deutschland durchgeführten Abtreibungen beruht auf der Indikation „soziale Notlage“.

„Knapp die Hälfte aller seit der Reform des Abtreibungsparagraphen 218 in der Bundesrepublik Deutschland registrierten Schwangerschaftsabbrüche wurden wegen „sozialer Notlagen“ durchgeführt, teilte der Parlamentarische Staatssekretär des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Karl Fred Zander, in der Fragestunde des Bundestages mit.“<sup>181</sup>

1976 und 1977 werden zahlreiche Beratungsstellen eingerichtet, die das Ziel verfolgen, die aktuelle Konfliktsituation zu analysieren, über sich selbst zu reflektieren und die Motive der eigenen Entscheidung zu erkennen.<sup>182</sup> Dadurch soll eine Entscheidung aus voller

---

<sup>178</sup> Ohne Verfasserangabe: Auch ohne Reform mehr Schwangerschaftsabbrüche. Liberale Handhabung in den meisten Bundesländern, DÄ, H. 11 (73) 1976, S. 703-704

<sup>179</sup> Dr. jur. Hess, R.: Das neue Strafrecht zum Schwangerschaftsabbruch. Informationen über die Neufassung der §§ 218 ff des Strafgesetzbuches, DÄ, H. 25 (73) 1976, S. 1651-1654

<sup>180</sup> Dr. jur. Hess, R.: Das neue Strafrecht zum Schwangerschaftsabbruch. Informationen über die Neufassung der §§ 218 ff des Strafgesetzbuches, DÄ, H. 25 (73) 1976, S. 1651-1654

<sup>181</sup> Ohne Verfasserangabe: Abtreibung: 13 000 Fälle in sechs Monaten. Nachrichten, DÄ, H. 24 (74) 1977, S. 1577

<sup>182</sup> Die Individualisierung von Entscheidungen bringt einerseits Autonomie und Unabhängigkeit mit sich und andererseits wächst mit der Freiheit, entscheiden zu können, auch die Verantwortung des Einzelnen. Die „Pille“ bietet ein eindrucksvolles Beispiel, um diese Entscheidungsfreiheit zu demonstrieren. Hier existiert keine allgemeingültige ethische Ansicht, sondern jede Frau entscheidet sich selbstständig für oder gegen die Pille, ohne selbst dazu gezwungen zu sein oder andere zu dieser Entscheidung zu zwingen. Bei der Abtreibung hingegen betrifft die Entscheidung der Frau auch den Fötus. Aus diesem Grund bedarf es einer Abweichung von

Überzeugung ermöglicht werden, um spätere Schuldgefühle und Reue weitgehend auszuschließen.<sup>183</sup>

„Das Ziel der Konfliktberatung in der Schwangerschaft muß die Befähigung der Ratsuchenden zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten zu dieser Schwangerschaft, mit dem eigenen Verhalten zur Umwelt in dieser Situation und umgekehrt mit dem Verhalten der Umwelt zu ihr anstreben. Konfliktberatung erschöpft sich nicht in Informationsvermittlung, sondern versucht mittels Reflexion von Erkenntnissen, Einsichten, Konfrontationen und Projekten eine Verstehensarbeit am Selbst. Auf diesem Wege kann Verhalten, können Einstellungen verändert, und so etwas wie eine Selbstwertregulation erreicht werden.“<sup>184</sup>

1978 werden die Aspekte, die die Entscheidung für oder gegen das ungeborene Leben beeinflussen, durch die Möglichkeit der pränatalen Diagnostik erweitert – ohne dass Lösungen für die bisherige Problematik gefunden und durchgesetzt werden konnten. Zunächst wird diese diagnostische Innovation, dem Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer zufolge, befürwortet und ihre geburtenfördernde Wirkung gelobt.

„Es gibt derzeit kaum eine stärkere geburtenfördernde Maßnahme als genetische Beratung und pränatale Diagnostik. Eine Gesellschaft, die eine Möglichkeit ärztlicher Kunst, wie sie die genetische Beratung und pränatale Diagnostik darstellen, nicht jedem Ratsuchenden zukommen lässt, ist unmoralisch.“<sup>185</sup>

Die Reaktion der Ärzteschaft auf die noch immer ansteigende Zahl der legalen Abtreibungen, vor allem aus sozialer Indikation, und den progredienten Verlust ethischer Grundsätze in der Gesellschaft<sup>186</sup> wird in den Beschlüssen des 82. Deutschen Ärztetages im Juni 1979 in der Ablehnung der sozialen Notlagenindikation und sogenannten „Abtreibungszentren“ deutlich.

„Mit großer Sorge beobachtet die deutsche Ärzteschaft die Praxis des Schwangerschaftsabbruchs nach dem 15. Strafrechtsänderungsgesetz von 1976. Befürchtungen, daß die sogenannte soziale

---

der individualisierten Entscheidung zur prozeduralisierten Entscheidung, ähnlich wie bei der Sterbehilfe. Es werden Bedingungen und Vorschriften aufgestellt, um diesen Prozess in einen Rahmen zu betten. Auch im Hinblick auf die Gesellschaft ergeben sich moralische Differenzen. Ein Teil der Gesellschaft wird gezwungen, in einem Umfeld zu leben, in dem täglich unschuldiges Leben getötet wird, und ein anderer Teil darf nicht über das eigene Schicksal entscheiden, ohne sich vorher einer Beratung zu unterziehen. Die Individualisierung führt somit nicht nur zur Aufbürdung von Verantwortung, der viele nicht gewachsen sind, sondern auch zu einer vermehrten Toleranz im Zusammenleben. Vgl. Bayertz, K.: Dissens in Fragen von Leben und Tod: Können wir damit leben? Schwangerschaftsabbruch in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S.181-184

<sup>183</sup> Ohne Verfasserangabe: Programm zur Durchführung des § 218. Berlin, DÄ, H. 35 (73) 1976, S. 2200

Petersen, P.: Seelische Folgen nach legalem Schwangerschaftsabbruch. Ergebnisse einer Sammelstatistik der internationalen Literatur, DÄ, H. 18 (74) 1977, S. 1205-1212

<sup>184</sup> Dr. med. Poettgen, H.: Schwangerschafts-Konfliktberatung bei der „Notlagen-Indikation“, DÄ, H. 8 (74) 1977, S. 515-521

<sup>185</sup> Prof. Dr. med. Murken, J.-D.: Genetische Beratung und pränatale Diagnostik. Referat zur Tagesordnungspunkt III, DÄ, H. 23 (75) 1978, S. 1379-1396

<sup>186</sup> Prof. Dr. med. Lau, H.: Zwei Jahre „Reformparagraf 218“. Was ist – was wird?, DÄ, H. 40 (75) 1978, S. 2283-2290

Notlage zu mißbräuchlicher Indikation des Schwangerschaftsabbruchs führen könnte, haben sich bestätigt.“<sup>187</sup>

„Der Deutsche Ärztetag lehnt die Einrichtung und den Betrieb von sogenannten ‚Zentren‘ oder anderen Einrichtungen mit oder ohne Modellcharakter ab, deren hauptsächlicher Zweck in der Vornahme von Abtreibungen besteht, weil dort die Einhaltung des vom Bundesverfassungsgericht geforderten Schutzes des Lebens des ungeborenen Kindes nicht gewährleistet werden kann.“<sup>188</sup>

Der Bayerische Ärztetag und auch die Bundesärztekammer bestätigen im November 1979 die Haltung des 82. Deutschen Ärztetages. Der Bayerische Ärztetag legt den Schwerpunkt seiner Kritik auf die hohen Abtreibungszahlen aus sozialer Indikation und auf die berufsethische Verpflichtung der Ärzte, Leben zu erhalten, die nicht durch eine gesetzliche Regelung aufgehoben werden darf.<sup>189</sup> Die Bundesärztekammer hingegen betont das Versäumnis der Bundesregierung, Maßnahmen zu treffen, die die Austragung des Kindes für die Schwangere erleichtern.<sup>190</sup>

„Wo bleiben soziale Hilfen zur Vermeidung sozialer Notlagen durch ungewollte Schwangerschaften?“<sup>191</sup>

Dieser Kritik schließt sich 1980 ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt an, der die Wertearmut der Wohlstandsgesellschaft angreift und eindrucksvoll die versäumte Pflicht des Einzelnen und auch der Gesellschaft schildert, das ungeborene Leben und auch die Mutter zu schützen.

„Nur eine kinderfeindliche Wohlstandsgesellschaft kann uns weismachen, die Höchstleistung der Frau, nämlich Schwangerschaft und Geburt, entspräche nicht der weiblichen Würde, widerspräche der Emanzipation der Frau. [...] Der Verantwortung für die Entstehung und Erhaltung von Leben müssen sie sich jedoch bewußt sein. Es scheint zwingend notwendig, daß die Gesellschaft Sicherheit und Würde der Mutter und des ungeborenen Kindes weit mehr unter ihren Schutz stellt, als dies heute der Fall ist. Es muß möglich sein, die ‚Benachteiligung‘ einer Frau durch Schwangerschaft und Kindererziehung voll auszugleichen.“<sup>192</sup>

1984 bestätigt sich erneut die Haltung der deutschen Ärzteschaft, den Schutz menschlichen Lebens als berufsethische Verpflichtung aufzufassen. Der 87. Deutsche Ärztetag setzt sich für den uneingeschränkten Schutz menschlichen Lebens vom Zeitpunkt der Empfängnis an ein<sup>193</sup>,

---

<sup>187</sup> Ohne Verfasserangabe: Einmündigkeit bei allen Grundsatzfragen. Bericht zum Tagesordnungspunkt VI: „Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer“, DÄ, H. 23 (76) 1979, S. 1578-1589

<sup>188</sup> Ohne Verfasserangabe: Einmündigkeit bei allen Grundsatzfragen. Bericht zum Tagesordnungspunkt VI: „Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer“, DÄ, H. 23 (76) 1979, S. 1578-1589

<sup>189</sup> Ohne Verfasserangabe: § 218 StGB und Notarzt – Hauptthemen beim Bayerischen Ärztetag, Bayern. Tagungsbericht, DÄ, H. 46 (76) 1979, S. 3020-3021

<sup>190</sup> Ohne Verfasserangabe: Schwangerschaftsabbruch ist keine „Heilung von Krankheit“. Nachrichten, DÄ, H. 47 (76) 1979, S. 3101

<sup>191</sup> Ohne Verfasserangabe: Schwangerschaftsabbruch ist keine „Heilung von Krankheit“. Nachrichten, DÄ, H. 47 (76) 1979, S. 3101

<sup>192</sup> Prof. Dr. med. Stoll, P.: Arzt und Schwangerschaft. Überlegungen zur ärztlichen Ethik\*, DÄ, H. 10 (77) 1980, S. 607-616

<sup>193</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschließungen vom Plenum verabschiedet am 18./19. Mai. 87. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 22 (81) 1984, S. 1764

während der Weltärztebund nur den Schutz von Beginn an sichert, ohne den Beginn menschlichen Lebens zu definieren<sup>194</sup>. Diese Problematik würde, meines Erachtens, die Ärzteschaft vor eine neue ethische Herausforderung stellen.<sup>195</sup>

Nachdem 1987 die pränatale Diagnostik zu einer neuen Einflussgröße in der Diskussion um Abtreibung wurde, erweitert 1989 der Gesichtspunkt der Transplantation fötalen Gewebes die Diskussion. Der Weltärztebund beschließt auf seiner 41. Generalversammlung in Hongkong, dass die spendende Mutter unbedingt unabhängig vom Empfänger sein sollte, um eine Zeugung und gezielte Abtreibung mit der Absicht der Transplantation zu verhindern.<sup>196</sup>

„Insbesondere dürfen Transplantations-Erwägungen weder die Entscheidung über einen induzierten Abort noch über den Zeitpunkt beeinflussen. Die „spendende“ Mutter darf in keiner sichtbaren Beziehung zum Transplantationsempfänger stehen – sonst wäre es denkbar, daß eine Schwangerschaft begonnen wird mit dem Ziel, zum Nutzen einer bestimmten Person abzutreiben und fötales Gewebe zu spenden.“<sup>197</sup>

1990, im Jahr der Wiedervereinigung Deutschlands, zeichnen sich erneut Schwierigkeiten hinsichtlich der Abtreibungslegalisierung ab, die auf Differenzen zwischen der west- und ostdeutschen Ärzteschaft zurückzuführen sind. Während die westdeutsche Ärzteschaft und die Bayerische Staatsregierung sich immer wieder kritisch äußern und den mangelnden Schutz

---

<sup>194</sup> Burkart, W.: Weltärztebund. Boxen verbieten! Bericht von der 35. Generalversammlung in Venedig. Nachrichten, DÄ, H. 45 (80) 1983, S. 18-20.

Die Entwicklung verschiedener Theorien, die den Beginn menschlichen Lebens definieren, bietet zahlreiche Lösungsansätze. Zum einen kann der Beginn menschlichen Lebens auf den Zeitpunkt der Konzeption festgelegt werden und zum anderen auf den Zeitpunkt der Nidation, da vor der Einnistung der befruchteten Eizelle noch immer eine Mehrlingsbildung möglich ist. Ein anderes Stadium, das in der Entwicklung eines Menschen einen Eckpfeiler darstellt, ist die irreversible Entwicklung des Großhirns um den 40. Tag nach der Konzeption. Vgl. Luther, E.: Ethik in der Medizin, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1986, S. 138-139.

Weitere Differenzierungen hinsichtlich der Möglichkeiten der Festlegung des Lebensbeginns und des Beginns der Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens basieren auf tiefgründigen ethischen Überlegungen. Die konservative Position hält die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle für den Beginn menschlichen Lebens und dessen Schutzwürdigkeit. Diese Übereinstimmung wird mit der generellen Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens ohne Berücksichtigung der individuellen moralischen Eigenschaften und Fähigkeiten begründet. Den Gegensatz zu der konservativen Position bildet die liberale Position, die den Beginn menschlichen Lebens nicht mit dessen Schutzwürdigkeit gleichsetzt, da die Zugehörigkeit zur menschlichen Gattung oder Spezies nicht unmittelbar die Schutzwürdigkeit bedingt, sondern moralische Eigenschaften und Fähigkeit für die Zugehörigkeit zur Gemeinschaft ausschlaggebend sind. Lenkt man die Diskussion nun von der Differenzierung zwischen Beginn menschlichen Lebens und dessen Schutzwürdigkeit weg, um sich auf den Beginn des schutzwürdigen menschlichen Lebens zu konzentrieren, trifft man auf zwei verschiedene Theorien. Die Potentialitätstheorie besagt, dass ab dem Zeitpunkt der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle die Möglichkeit besteht, sich zu einem gesellschaftsfähigen Individuum zu entwickeln, und somit das Recht auf Lebensschutz beginnt. Die gradualistische Theorie hingegen differenziert biologische Entwicklungsstationen, mit denen der Anspruch auf die Schutzwürdigkeit steigt. Vgl. Ach: Einführung. Schwangerschaftsabbruch in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S.156-159

<sup>195</sup> Burkart, W.: Weltärztebund. Boxen verbieten! Bericht von der 35. Generalversammlung in Venedig. Nachrichten, DÄ, H. 45 (80) 1983, S. 18-20

<sup>196</sup> Ohne Verfasserangabe: Die sieben Themen von Hongkong. Weltärztebund. Kurzberichte, DÄ, H. 44 (86) 1989, S. B-2254-2255

<sup>197</sup> Ohne Verfasserangabe: Die sieben Themen von Hongkong. Weltärztebund. Kurzberichte, DÄ, H. 44 (86) 1989, S. B-2254-2255

ungeborenen Lebens beklagen<sup>198</sup>, zeigt sich die ehemalige DDR wesentlich freizügiger im Umgang mit Abtreibungen, die seit 1972 dort legalisiert wurden und einen deutlichen Anstieg aufweisen.<sup>199</sup>

„Die künftige deutsch-deutsche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs ist im Entwurf des Staatsvertrages ausgeklammert worden, wahrscheinlich deshalb, weil die Auffassungen zu weit auseinandergehen. Das jedenfalls lässt die bisherige, höchst unterschiedliche Regelung in der Bundesrepublik einerseits und in der DDR andererseits vermuten.“<sup>200</sup>

Die Präsidentin des Deutschen Bundestages Frau Rita Süßmuth schlägt eine Kompromisslösung vor, die Fristen- und Indikationslösung beinhaltet und den Übergang zu einer endgültigen Lösung überbrücken soll.<sup>201</sup> Die Bayerische Staatsregierung lehnt diesen Vorschlag vehement ab und betont ihre Eigenständigkeit.

„CSU-Chef Theo Waigel billigt der zweijährigen Übergangsfrist zwar konzilient zu, sie sei ‚verantwortungsethisch vertretbar‘, will die Klage aber auch den ihren Weg bis zur Entscheidung gehen lassen, wenn das längere Zeit dauern sollte. Innenminister Edmund Stoiber nennt jede Form von Fristenlösung ‚unakzeptabel‘: die deutsche Einigung könne nicht dazu führen, ‚dass in Bayern nun eine andere Rechtsordnung eingeführt wird‘.“<sup>202</sup>

Die Empörungen deutscher Ärzte über die Tötung menschlichen Lebens kennzeichnen die Belege im Deutschen Ärzteblatt. 1990 findet sich ein Beispiel, in dem ein Arzt die Entfernung vom Hippokratischen Eid, der die Basis ärztlichen Handelns darstellt, kritisiert und Ärzte, die eine Abtreibung durchführen, der aktiven Beihilfe zur Tötung menschlichen Lebens anklagt.

„Im Gelöbnis verspricht jede Ärztin, jeder Arzt, jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenzubringen. Ärztin und Arzt werden dann mit § 5 der Berufsordnung verpflichtet, auch das ungeborene Leben grundsätzlich zu erhalten. [...] Aber ich bin gegen approbierte Mediziner, die regelmäßig Schwangerschaften abbrechen oder gar vom Töten leben. Sie bringen die ganze Ärzteschaft in Mißkredit, weil sie sich zu Erfüllungsgehilfen tödlicher Entscheidungen machen.“<sup>203</sup>

1991 formuliert ein Arzt einen weiterführenden Gedanken. Er stellt die Hilflosigkeit eines Arztes dar, der einer Frau gegenübersteht, die von der Abtreibung ihres Kindes überzeugt ist. Das Bewusstsein, dass diese Frau auch ohne seine Hilfe eine Möglichkeit findet, vor allem innerhalb der derzeitigen gesetzlichen Regelung, ihr Kind abzutreiben, lässt dem Arzt nur die

---

<sup>198</sup> Ohne Verfasserangabe: Schwangerschaftsabbruch: Bayern zog vor das Bundesverfassungsgericht. Aktuelle Politik, DÄ, H. 14 (87) 1990, S. B-682

<sup>199</sup> Ohne Verfasserangabe: Fünffacher Anstieg der Schwangerschaftsabbrüche. DDR, DÄ, H. 2 (72) 1975, S. 58

<sup>200</sup> Ohne Verfasserangabe: Fristenlösung, Müllverbrennung und Todesstrafe. 93. Deutscher Ärztetag. Aktuelle Politik, DÄ, H. 23 (87) 1990, S. B-1315

<sup>201</sup> Ohne Verfasserangabe: §218. Gangbarer Weg. Seite eins, DÄ, H. 31-32 (87) 1990, S. B-1665

<sup>202</sup> Ohne Verfasserangabe: § 218-Diskussion in Bayern. Zwischen Hardlinern und Moderaten. Aktuelle Politik, DÄ, H. 45 (87) 1990, S. B-2475-2476

<sup>203</sup> Dr. med. Mayer, E. Th.: Der Arzt ist kein Erfüllungsgehilfe. Paragraph 218. Das Forum, DÄ, H. 50 (87) 1990, S. B-2776-2777

Option, über sein eigenes Handeln zu entscheiden, nicht aber das Leben des ungeborenen Kindes zu erhalten.

„Der Arzt weiß ganz genau: die zur Abtreibung entschlossene Frau wird ihre Abtreibung angesichts der gegenwärtigen gesellschaftlichen Situation in Westeuropa jedenfalls bekommen. Wenn er als behandelnder Arzt den Schwangerschaftsabbruch nicht durchführt, dann wird es ein anderer an einem anderen Ort anonym tun. [...] Das Gefühlsleben der Ärzte ist vor allem durch ein Wort zu beschreiben: Vollkommene Ohnmacht.“<sup>204</sup>

Das einzige Mittel, das der Ärzteschaft noch bleibt, um die hohe Zahl der Abtreibungen zu mindern, ist die Aufforderung an die Bundesregierung, geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, die das Austragen des Kindes für die Schwangere erleichtern und unterstützen. 1991 werden vom 94. Deutschen Ärztetag folgende Maßnahmen formuliert:

„Der 94. Deutsche Ärztetag schlägt vor, eine Senkung der Schwangerschaftsabbruchrate durch folgende Maßnahmen zu unterstützen:

- Intensive Verankerung der Familienplanung in die medizinische Primärversorgung;
- Schaffung eines großen Angebots präventiver Maßnahmen für die gesamte Bevölkerung wie enttabuisierte Sexualerziehung in- und außerhalb der Schule, Fortbildungsangebote für alle im pädagogischen Bereich Tätige;
- Familienfreundlichere Gestaltung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen [...] und soziale Absicherung bei der Entscheidung für das Kind;
- Kompetente Konfliktberatung für die entscheidungssuchenden Frauen und Männer;
- Unbürokratische kostenlose Verteilung von Verhütungsmitteln für bedürftige Bevölkerungsschichten.“<sup>205</sup>

Die Entscheidung über eine neue gesetzliche Regelung, die nur die Möglichkeiten der Indikations- und Fristenlösung beinhaltet und damit immer einen Kompromiss der konservativen deutschen Ärzteschaft mit den Forderungen der Gesellschaft nach Liberalität und Autonomie darstellt, rückt immer näher, da die Übergangsregelung nur bis 1992 rechtliche Gültigkeit besitzt. Während der bayerische Innenminister Edmund Stoiber die Indikationslösung mit der Hoffnung auf eine strengere Handhabung hinsichtlich der sozialen Notlage für akzeptabel hält, lehnt sowohl die Bayerische Ärztekammer als auch die Bundesärztekammer diese Lösung ab, da sie, ihrer Ansicht nach, dem Arzt eine Verantwortung auferlege, die die Grenzen seiner beruflichen Aufgabe überschreiten würde.<sup>206</sup>

---

<sup>204</sup> Prof. Dr. med. Petersen, P.: Schwangerschaftsabbruch im Erleben des durchführenden Arztes. Themen der Zeit, DÄ, H. 4 (88) 1991, S. B-126-128

<sup>205</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschließungen zum Tagesordnungspunkt VIc, DÄ, H. 20 (88) 1991, S. B-1191-1192

<sup>206</sup> Ohne Verfasserangabe: Psycho-soziale Indikation: Dissens zwischen Ärzten und Politik. Bayerischer Ärztetag. Aktuelle Politik, DÄ, H. 43 (88) 1991, S. B-2389



„Wer anders als der Arzt könne solche Voraussetzungen feststellen – aus Fachkompetenz und als Ausfluß seines Berufsauftrags. Stoiber scheint sich von der Feststellung der psycho-sozialen Notlage durch den Arzt auch eine gewisse Steuerung zu versprechen, sprich, eine weniger weitherzige Zuerkennung einer psycho-sozialen Notlage als bei anderen Alternativen, etwa jener, vom Deutschen Ärztetag vorgeschlagenen, die Frau möge selbst letzten Endes für die Indikation gerade stehen. [...] Vilmar bemängelte zunächst, eine solche Indikation sei bisher noch von niemandem definiert; und er argwöhnte, man wolle dem Arzt die Verantwortung zuschieben und eine verkappte Fristenlösung etablieren. [...] Hege lehnte es aber kategorisch ab, den Arzt von Berufs wegen mit einer solchen Indikationsfeststellung zu belasten.“<sup>207</sup>

1992 zeichnet sich eine Abkehrung von der früheren Indikationslösung, die mit der Tendenz behaftet war, eine Alternative zur Fristenlösung durch großzügigen Umgang mit der Indikation der sozialen Notlage darzustellen, hin zur Fristenlösung ab.<sup>208</sup> Um die Freiheit der Frau, in den ersten Monaten der Schwangerschaft abtreiben zu können, zu begrenzen, wird die Beratung der Schwangeren durch einen Arzt, der die Abtreibung nicht durchführt, zur Pflicht erklärt.<sup>209</sup> Meines Erachtens bietet diese Maßnahme die Möglichkeit, dass durch Aufklärung und Wissen um die Tragweite und um mögliche Folgen der Abtreibung, der Frau mehr Verantwortung für ihre Entscheidung übertragen werden kann und der Arzt gleichzeitig entlastet wird.

„Es wäre sicher wünschenswert und im Interesse gerade der Ärzteschaft sinnvoll gewesen, in diesem Gesetz deutlich zu formulieren, daß jeder Schwangerschaftsabbruch nur aus einer Notlage heraus stattfinden kann, denn aus dieser grundsätzlichen Überzeugung ergeben sich ja auch die Pflichtberatung und überhaupt die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung. [...] Richtig ist sicherlich, dass im Gesetz ausdrücklich klargestellt wird, daß nicht derjenige Arzt beraten soll, der den Schwangerschaftsabbruch vornimmt.“<sup>210</sup>

1993 wird die Problematik um die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs direkt nach dem Geschlechtsverkehr durch die sogenannte Abtreibungspille RU 486 erweitert. Die Autorin Dr. med. I. Retzlaff zeigt kein Verständnis für die Ablehnung dieser Methode,

---

<sup>207</sup> Ohne Verfasserangabe: Psycho-soziale Indikation: Dissens zwischen Ärzten und Politik. Bayerischer Ärztetag. Aktuelle Politik, DÄ, H. 43 (88) 1991, S. B-2389

<sup>208</sup> Ohne Verfasserangabe: Lösung in Sicht. § 218. Seite eins, DÄ, H. 25-26 (89) 1992, S. B-1389

<sup>209</sup> Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt zunächst grundsätzlich der Strafandrohung. Er ist nicht strafbar, wenn die Frau einwilligt hat und die derzeitigen Lebensumstände den Schwangerschaftsabbruch erfordern, um gesundheitliche Folgeschäden der Schwangeren zu vermeiden. Auch eine Vergewaltigung und die Abwendung einer Notlage können einen Schwangerschaftsabbruch juristisch rechtfertigen. Der Abtreibung muss eine Beratung durch eine anerkannte Beratungsstelle vorausgehen, die mindestens drei Tage zuvor stattgefunden hat. Diese muss dem behandelnden Arzt vorgelegt werden. Es besteht die Möglichkeit, die Bescheinigung der Beratung anonym auszustellen und den Inhalt des Gesprächs nicht zu protokollieren. Siehe hierzu auch Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 293

<sup>210</sup> Dr. med. Retzlaff, I.: Eigenverantwortliche Indikationslösung. Fristenlösung mit Beratungspflicht. Der Kommentar, DÄ, H. 47 (89) 1992, S. B-2529-2530

besonders im Hinblick auf die derzeitige Gesetzeslage. Die mangelnde Akzeptanz führt sie auf die Angst vor Autonomie und Unabhängigkeit der Frau zurück.<sup>211</sup>

„Respekt vor der Autonomie der Patientinnen beinhaltet die Zuerkennung von Entscheidungsfähigkeit und der Fähigkeit zur Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln. Man darf und muß daher den Frauen zutrauen, daß sie auch mit einer medikamentösen Schwangerschaftsabbruchmethode verantwortlich umgehen können. Ebenso wie man in weiterer Zukunft nicht umhinkönnen wird, ihre ‚Autonomie zu respektieren‘, wenn sie sich eines für sie verfügbaren Medikamentes zur Regulierung ihrer Fruchtbarkeit bedienen können und werden.“<sup>212</sup>

Die gegensätzliche Meinung, die in der Publikation eines Arztes im Deutschen Ärzteblatt zum Ausdruck gebracht wird, stützt sich auf die kritische Frage nach moralischer Verantwortung bei der Vermarktung eines Medikaments, das die Möglichkeit der Tötung bietet und damit bisher verschlossene Grenzen überschreitet.<sup>213</sup>

„Wie groß oder wie klein ist der Schritt von einer Substanz, die nur dazu dient, werdendes Leben zu vernichten, bis zu der Vernichtung bestehenden „lebensunwerten“ Lebens von unheilbar Kranken und Alten?“<sup>214</sup>

Die Diskussion um diesen Aspekt der Abtreibung stagniert einige Jahre. Umfang und Ausmaß der Schwangerschaftsberatung hingegen stehen 1995 im Zentrum der Abtreibungsdebatte im Deutschen Ärzteblatt.<sup>215</sup>

Um zu demonstrieren, dass das Deutsche Ärzteblatt sich nicht nur auf Publikationen beschränkt, die die so oft zitierte kritische Position der Ärzteschaft bestätigen, sondern auch gegensätzliche Ansichten zulässt, sei ein 1994 veröffentlichter Beitrag, der neue Ansätze zur Definition des Beginns menschlichen Lebens bietet, angeführt. Nach Ansicht des Autors beginnt menschliches Leben erst mit der Geburt, da in früheren Stadien noch kein bewusster Lebenswille bestehe, der dem menschlichen Leben das Recht auf Schutz und Unversehrtheit garantiert.<sup>216</sup>

„Die Einräumung eines Rechtes auf Leben durch die Rechtsordnung findet ihre rationale Begründung in diesem typisch menschlichen Lebensinteresse. Die menschliche Leibesfrucht jedoch besitzt, da sie noch kein Ichbewußtsein hat, ein solches Lebensinteresse noch nicht. Durch einen vorzeitigen Tod wird ihr nichts genommen, was sie wünschen oder erstreben könnte. [...] Wir wissen, daß das Ichbewußtsein, das Voraussetzung eines Lebensinteresses ist, sich beim

---

<sup>211</sup> Dr. med. Retzlaff, I.: RU 486: Angst vor der Autonomie der Frauen? Der Kommentar, DÄ, H. 5 (90) 1993, S. B-199-200

<sup>212</sup> Dr. med. Retzlaff, I.: RU 486: Angst vor der Autonomie der Frauen? Der Kommentar, DÄ, H. 5 (90) 1993, S. B-199-200

<sup>213</sup> Prof. Dr. med. Bourmer, H.: Moralische Grenze. RU 486. Seite eins, DÄ, H. 47 (90) 1993, S. B-2285

<sup>214</sup> Prof. Dr. med. Bourmer, H.: Moralische Grenze. RU 486. Seite eins, DÄ, H. 47 (90) 1993, S. B-2285

<sup>215</sup> Klinkhammer, G.: Überraschende Einigung. Kompromißentwurf zum Abtreibungsrecht. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 27 (92) 1995, S. B-1389-1390

<sup>216</sup> Prof. Dr. Dr. Hoerster, N.: Beratung und Lebensrecht im Konflikt, das Abtreibungsurteil und die Rolle des Arztes. Forum. Themen der Zeit, DÄ, H. 12 (91) 1994, S. B-616-619

menschlichen Individuum erst nach der Geburt in einem allmählichen Prozeß entwickelt. Da man den genauen Beginn dieses Prozesses nicht angeben kann, spricht aus Gründen der Sicherheit alles dafür, das Lebensrecht in der Praxis nicht später als mit der Geburt beginnen zu lassen.“<sup>217</sup>

Dieser Artikel regt die Leserschaft zu zahlreichen Publikationen an, führt zu regem Meinungs Austausch im Deutschen Ärzteblatt und verhindert eine einseitige Betrachtungsweise durch Eröffnung neuer Blickwinkel.<sup>218</sup> Den Gegenpol, der diese Diskussion immer wieder von einer anderen Seite beleuchtet, bietet die Ansicht der kirchlichen Vertreter. 1995 beklagen sie vehement die Verletzung der Menschenrechte durch die Abtreibungslegalisierung, setzen sich für ein größeres staatliches Verantwortungsbewusstsein ein und halten die Auflösung zeitlicher Grenzen und die medizinische Indikation für untragbar, da sie die Diskriminierung behinderten Lebens ermögliche.<sup>219</sup> 1997 zeigt die Veröffentlichung des Kirchenwortes zur pränatalen Diagnostik eine eindeutige Ablehnung der gentechnischen Analysen, die eine frühzeitige Selektion von „lebenswertem“ und „lebensunwertem“ Leben ermöglichen.

„So könne ,bei einer unkontrollierten Verbreitung pränataler Diagnostik und ihrer routinemäßigen Nutzung nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Bewertung von Krankheit und Behinderung sowie das Verständnis von ‚Normalität‘ verändern und sich schleichend eine Diskriminierung von Menschen mit bestimmten genetischen Merkmalen durchsetzt‘, heißt es in dem Kirchenpapier. [...] ‚Das selektive Vorgehen ist bereits bei der Anwendung der pränatalen Diagnostik fragwürdig. Es verschärft sich noch einmal bei der Anwendung der Präimplantationsdiagnostik, die allein auf die Selektion von menschlichem Leben ausgerichtet ist‘, geben die Kirchen zu bedenken.“<sup>220</sup>

1998 bestätigen sowohl die Bundesärztekammer als auch verschiedene Fachgesellschaften den von den Kirchen befürchteten Missbrauch der medizinischen Indikation und setzen sich für eine Begrenzung des Schwangerschaftsabbruchs nach pränataler Diagnostik ein.<sup>221</sup> Nach der 20. Schwangerschaftswoche sollte keine Abtreibung mehr möglich sein und zwischen

---

<sup>217</sup> Prof. Dr. Dr. Hoerster, N.: Beratung und Lebensrecht im Konflikt, das Abtreibungsurteil und die Rolle des Arztes. Forum. Themen der Zeit, DÄ, H. 12 (91) 1994, S. B-616-619

<sup>218</sup> Klinkhammer, G.: Wann beginnt das Lebensrecht? Abtreibung. Tagungsbericht. Themen der Zeit, DÄ, H. 34-35 (93) 1996, S. B-1690-1691

<sup>219</sup> Klinkhammer, G.: Weiterführung der Beratungsstellen. Bischofskonferenz zum neuen Abtreibungsrecht. Aktuell. Politik, DÄ, H. 43 (92) 1995, S. B-2109

<sup>220</sup> Klinkhammer, G.: Entschieden gegen eugenische Tendenzen. Kirchenwort zur pränatalen Diagnostik. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 22 (94) 1997, S. B-1180

<sup>221</sup> Der Hintergrund der Befürchtungen aus theologischer Sicht liegt im Missbrauch der pränatalen Diagnostik zur gezielten Tötung ungeborenen Lebens aufgrund pathologischer, genetischer Merkmale. Die Anwendung der Pränataldiagnostik kann nur dann sittlich gerechtfertigt werden, wenn die Zielsetzung darin besteht, der Mutter Ängste zu nehmen und bei pathologischem Befund für entsprechende Hilfestellungen nach der Geburt zu sorgen. Eine beginnende genetische Selektion kann in den Augen des Autors, eines Theologen und Philosophen, nicht zugelassen werden, da das Betreten der sogenannten „schiefen Bahn“ die Grenze zwischen genetisch-pathologischen und genetisch-physiologischen Voraussetzungen schwimmen lässt und eine Differenzierung zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben zugelassen wird. Vgl. Prof. Dr. Gründel, J.: Leben im Griff? – Theologisch-ethische Aspekte zu Methoden der Fortpflanzungstechnik in Insemination, In-vitro-Fertilisation. Indikation, Technik, Genetik, Psychosomatische, Theologisch-Ethische Aspekt, Rechtliche Interpretation, E. Dietrich-Reichart, Verlag R. S. Schulz, Percha und Kempfenhausen am Starnberger See 1987, S. 224-229

Pränataldiagnostik, Beratung und Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs sollte eine zeitliche Frist eingehalten werden.<sup>222</sup> Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe stellt seine Befürchtungen noch etwas überspitzter dar und warnt vor der Entwicklung zur ausschließlichen Geburt von Wunschkindern. In seinen Augen ist der Schritt von der Erweiterung der moralischen Grenzen zur Geburt eines perfekten Kindes nicht weit von der heutigen Moral entfernt.

„Häufig gelte die Tatsache einer festgestellten kindlichen Erkrankung oder Behinderung bereits als Rechtfertigung für einen Schwangerschaftsabbruch. ‚Gelten dann bald rote Haare als unzumutbar? Darf ein Kind mit Klumpfuß nicht mehr leben? Ist ein späteres Herzinfarktrisiko unzumutbar?‘, fragte Berg.“<sup>223</sup>

Die medizinischen Innovationen scheinen, meines Erachtens, die berufsethischen Grundsätze der deutschen Ärzteschaft zu überrollen, ohne ihnen die Möglichkeit zu geben, diese nach Festigung moralischer Grundsätze abzulehnen oder im gewollten Umfang einzusetzen. Auch am Beispiel der Abtreibungspille kann diese Problematik anschaulich demonstriert werden. 1998 legt die Ethik-Charta den Beginn menschlichen Lebens auf die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle fest<sup>224</sup> und 1999 wird die Abtreibungspille RU 486 bereits für Krankenhäuser und Arztpraxen freigegeben<sup>225</sup>. Während die Ärzteschaft dem wissenschaftlichen Fortschritt ohnmächtig und hilflos gegenübersteht, distanziert sich die Kirche 1999 durch Verweigerung einer rechtsgültigen Bescheinigung eines Beratungsgesprächs eindeutig von der Verantwortung für die Tötung von ungeborenem menschlichen Leben.<sup>226</sup>

„Die Bescheinigung soll künftig durch den Zusatz ‚Diese Bescheinigung kann nicht zur Durchführung straffreier Abtreibungen verwendet werden‘ ergänzt werden. Damit will die Kirche ihren Einsatz für die Unantastbarkeit des ungeborenen Lebens dokumentieren. [...] ‚Niemand kann der Frau die selbstverantwortliche Entscheidung abnehmen.‘“<sup>227</sup>

Die kirchlichen Vertreter lehnen demnach jede Unterstützung zur Tötung ungeborenen menschlichen Lebens ab, was sich 1997 bereits in der Ablehnung der vorgeburtlichen Diagnostik angedeutet hat. Im Jahr 2000 ist insbesondere die Präimplantationsdiagnostik auch für die Ärzteschaft noch mit vielen Fragezeichen und Unsicherheiten behaftet. Sie verstärkt durch den früheren Untersuchungszeitpunkt die Problematik oder Befürchtung der so

---

<sup>222</sup> Klinkhammer, G.: Keine Abtreibung nach der 20. Woche. Pränataldiagnostik. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 11 (95) 1998, S. B-475

<sup>223</sup> Klinkhammer, G.: Kein Anspruch auf das Wunschkind nach Maß. Ethische Grenzfragen in der Medizin. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 14 (95) 1998, S. B-641

<sup>224</sup> Klinkhammer, G.: Achtung vor der Würde des Menschen, „Ethik-Charta“. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 34-35 (95) 1998, S. B-1652

<sup>225</sup> Klinkhammer, G.: Nicht in Apotheken. Mifegyne. Seite eins, DÄ, H. 18 (96) 1999, S. B-901

<sup>226</sup> Ohne Verfasserangabe: Katholische Bischöfe steigen aus Beratung mit Schein aus. Aus Bund und Länder. Nachrichten, DÄ, H. 48 (96) 1999, S. B-2482

<sup>227</sup> Klinkhammer, G.: Gratwanderung. Schwangerenkonfliktberatung. Seite eins, DÄ, H. 26 (96) 1999, S. B-1385

genannten „Wunschkindproduktion“ im Vergleich zur pränatalen Diagnostik. Die Bundesärztekammer schlägt aus diesem Grund vor, sie solle nur für Paare mit entsprechender genetischer Prädisposition ermöglicht werden.<sup>228</sup> Befürchtungen, dass das Spektrum der Krankheiten oder genetischen Voraussetzungen erweitert und dadurch eine Selektion im Sinne der nationalsozialistischen Eugenik betrieben wird, demonstrieren deutlich ernsthafte Bedenken eines gesellschaftlichen Werteverfalls durch Freizügigkeit im Umgang mit vorgeburtlicher Diagnostik.<sup>229</sup>

„Mit PGD wird schließlich die schiefe Bahn zur Eugenik beschritten, wird zudem ein Tabu gebrochen, das nach den NS-Untaten errichtet wurde. Der Wissenschaftliche Beirat und die Bundesärztekammer erklären zwar ausdrücklich, sie hätten Eugenik nicht im Sinn; doch wenn Embryonen nach genetischen ‚Defekten‘ untersucht und gegebenenfalls ausgesondert werden, dann ist der Weg eingeschlagen. Und er wird immer breiter. Man wird erwarten dürfen, daß der Katalog von Krankheiten, die mit PGD diagnostiziert werden können, immer weiter ausgedehnt wird, allein schon weil die wissenschaftlichen Erkenntnisse wachsen. Aber auch, weil die Vorstellungen darüber, was ‚defekt‘ oder was ‚gesund‘ ist, weit auseinander gehen. [...] Folgt man diesem Argument, dann wird man auf die Dauer mit dem ethischen Minimum nicht nur bei der Auswahl ungeborenen Lebens leben müssen.“<sup>230</sup>

Im gleichen Jahr versucht die Bundesärztekammer durch die Bekanntgabe der Richtlinien zur Präimplantationsdiagnostik, die sowohl den wissenschaftlichen Fortschritt als auch den Schutz ungeborenen Lebens berücksichtigen, der deutschen Ärzteschaft eine ethische Orientierungshilfe zu bieten und gleichzeitig eine Diskussion dieses Themas zu provozieren.

„Mit Vorlage dieses Diskussionsentwurfs zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik strebt die Bundesärztekammer einen Diskurs mit den gesellschaftlichen Gruppen an und erhofft sich dabei einen offenen und schlichten, gleichwohl kritischen Dialog. Sie hält eine Regelung für angemessen, die einerseits die Möglichkeiten der modernen Diagnostik nicht unsachgemäß einengt, zum anderen aber auch das Schutzbedürfnis des menschlichen Lebens und die Achtung der Menschen ernst nimmt, die an der Furcht vor einem genetisch bedingt schwerstkranken Kind gesundheitlich zu zerbrechen drohen. Der Entwurf soll einen Beitrag zu dieser notwendigen Diskussion leisten und dazu dienen, eine sachgerechte Regelung herbeizuführen.“<sup>231</sup>

Aus Sicht der kirchlichen Vertreter nimmt die Ärzteschaft durch diese Veröffentlichung Abstand von den bisherigen berufsethischen Grundsätzen und beugt sich gesellschaftlichen

---

<sup>228</sup> Rieser, S.: Präimplantationsdiagnostik: Auftakt des öffentlichen Diskurses. Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie der Bundesärztekammer. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 9 (97) 2000, S. B-445-446

<sup>229</sup> Nach Albert Schweitzer ist das Leben unantastbar und ihm mit Ehrfurcht zu begegnen. Bei der Entscheidung über den Lebenswert eines Lebens verlieren sich diese Grundsätze zugunsten einer willkürlichen Anmaßung, die ohne Achtung über die Zukunft eines Menschen bestimmt. Vgl. Hellner, H.: Arzt, Kranker, Krankheit, J. F. Lehmanns Verlag, München 1970, S. 16

<sup>230</sup> Jachertz, N.: An Rande der schiefen Bahn. Präimplantationsdiagnostik. Kommentar. Politik, DÄ, H. 9 (97) 2000, S. B-447

<sup>231</sup> Prof. Dr. med. Hoppe, J.-D., Prof. Dr. med. Sewing, K.-F.: Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik. Bundesärztekammer. Dokumentation, DÄ, H. 9 (97) 2000, S. B-461-462

Forderungen und Ansprüchen. Selbst unter der Annahme, dass dieser Text lediglich als Anstoß zur Diskussion dienen soll, hält die Kirche die Öffnung der Ärzteschaft gegenüber dem wissenschaftlichen Fortschritt für verwerflich, da die Einhaltung von Grundprinzipien christlichen Verhaltens durch mangelnden Schutz von Schwachen und Hilfsbedürftigen nicht gewährleistet sei.<sup>232</sup> Besondere Empörung löst die Bewertung menschlichen Lebens aus, die schon vor der Geburt zwischen lebenswert und nicht lebenswert unterscheidet, und der frühe Zeitpunkt im Verlauf des menschlichen Lebens, an dem die Tötung in Erwägung gezogen wird.

„Was der jetzige Richtlinienentwurf der deutschen Bundesärztekammer beschreibt und offensichtlich ermöglichen will, ist recht gesehen nichts anderes als ein erneuter Versuch der ‚Verhütung erbkranken Nachwuchses‘ mit den technischen Mitteln des 21. Jahrhunderts. [...] Leider gibt der von der Bundesärztekammer zur Diskussion gestellte Text einer weitverbreiteten dumpfen Mentalität nach, für die lebenswert vor allem das gesunde, nicht behinderte und kräftige Leben ist. Was den Anfang des menschlichen Lebens betrifft, sinkt bei uns die öffentliche Empörung über die Tötung menschlichen Lebens tendenziell, je hilfloser ein Mensch ist, das heißt, je näher der Zeitpunkt der Tötung an den Lebensbeginn rückt: [...] Christen, die an einen Gott glauben, der den Schwachen und Hilflosen besonders nahe ist, sind umgekehrt aufgerufen, sich gerade um die Schwächsten der Schwachen besonders zu sorgen. [...] Bedenklich ist allerdings, daß die offizielle Vertretung der deutschen Ärzteschaft, die Bundesärztekammer selbst, einen Text mit solch unerträglicher Aussage des von ihr selbst berufenen Wissenschaftlichen Beirats der Öffentlichkeit zur Diskussion empfiehlt.“<sup>233</sup>

Nicht nur die Kirche äußert ihre Kritik, auch Beiträge anderer Berufsgruppen zeigen deutlich die Ablehnung dieses Vorschlags. Hier stehen allerdings nicht christliche Grundsätze im Vordergrund, sondern die Verletzung des Embryonenschutzgesetzes.<sup>234</sup> Die Diskussionen um die vorgeburtliche Diagnostik setzen sich bis 2005 fort.

Die bisherige Entwicklung hat, meines Erachtens, einen Prozess in Gang gesetzt, der aufgrund von widersprüchlichen ethischen Grundsätzen innerhalb der Diskussion um ungeborenes menschliches Leben ununterbrochen und irreversibel fortzuschreiten scheint. Dem Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zufolge hat eine paradoxe Werteverchiebung stattgefunden, wenn man bedenkt, dass die Präimplantationsdiagnostik für einige Paare eingeschränkt oder gar verboten wird, wenn im gleichen Atemzug die Abtreibung in einem späteren Stadium nach pränataler Diagnostik

---

<sup>232</sup> Kardinal Meisner, J.: Mensch von Anfang an. Präimplantationsdiagnostik. Kommentar. Politik, DÄ, H. 14 (97) 2000, S. B-766-768

<sup>233</sup> Kardinal Meisner, J.: Mensch von Anfang an. Präimplantationsdiagnostik. Kommentar. Politik, DÄ, H. 14 (97) 2000, S. B-766-768

<sup>234</sup> Riedel, U.: Plädoyer für eine unvoreingenommene offene Debatte. Präimplantationsdiagnostik. Aktuell. Politik, DÄ, H. 10 (97) 2000, S. B-514-515

erlaubt wird und nidationsverhindernde Maßnahmen zur Schwangerschaftsverhütung legal eingesetzt werden dürfen.<sup>235</sup>

„Ein Gesetzgeber, der nidationsverhütende Maßnahmen nicht verbietet, der Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik nicht verbietet, der die Schwangerschaftsvermeidung durch die ‚Pille danach‘ nicht der Beratungsregelung zum Schutz des ungeborenen Lebens unterwirft, kann die Präimplantationsdiagnostik nicht mit der Begründung verbieten, es gehe um den Schutz des Embryos. [...] Vielmehr geht es um Prinzipien übersteigende grundsätzliche Fragen über unsere Haltungen zu menschlichem Leben in all seiner Vielfalt und seinen Entwicklungsstufen“, sagte Woopen.<sup>236</sup>

Durch die entstandene Komplexität dieses Themas zeichnet sich auch der Bericht des 104. Deutschen Ärztetages 2001 nicht mehr durch offensive, kritische Äußerungen und konservative Entschlüsse aus, sondern vielmehr durch Zurückhaltung und den Wunsch nach Zusammenarbeit mit dem Gesetzgeber, um Indikationskriterien für die Präimplantationsdiagnostik festzulegen.

„Die Ärzteschaft hat keine Entscheidung getroffen, sondern für den Fall einer Zulassung die engstmögliche Zulässigkeit der ärztlichen Durchführung für PID beschrieben und einen möglichen Verfahrensweg aufgezeigt. [...] Die Ärzteschaft appelliert dringend an den Gesetzgeber, eine Klärung der Rechtslage herbeizuführen und für den Fall einer Zulassung der PID weitere Kriterien für eine maximale Eingrenzbarkeit mitzugestalten.“<sup>237</sup>

Der Präsident der Bundesärztekammer hingegen enthält sich nicht der deutlichen Argumentation, sondern kritisiert die bisherige Entwicklung und äußert Bedenken über zukünftige Moralvorstellungen hinsichtlich menschlichen Lebens.

„Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, hat die Abtreibung geschädigter Embryonen kritisiert und auf das Lebensrecht behinderter Kinder hingewiesen. „Wenn allein körperliche Gebrechen dafür ausschlaggebend sein sollen, ob man leben lässt oder tötet, dann sind wir auf dem Weg von der Fortpflanzung zur Züchtung“, erklärte Hoppe.“<sup>238</sup>

Zwischen 2001 und 2005 finden sich immer wieder Artikel, die vor der Entwertung menschlichen Lebens warnen.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe setzt sich für die Verhinderung von Spätabtreibungen ein, die mit der Ausdehnung der Präimplantationsdiagnostik erreicht

---

<sup>235</sup> Klinkhammer, G.: Unterschiedliche Schutzwürdigkeit. Präimplantationsdiagnostik. Politik, DÄ, H. 48 (97) 2000, S. B-2714

<sup>236</sup> Klinkhammer, G.: Unterschiedliche Schutzwürdigkeit. Präimplantationsdiagnostik. Politik, DÄ, H. 48 (97) 2000, S. B-2714

<sup>237</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt I. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik. 104. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 22 (98) 2001, S. B-1245-1247

<sup>238</sup> Ohne Verfasserangabe: Kein perfektes Wunschkind. BGH-Urteil. Aktuell, DÄ, H. 51-52 (98) 2001, S. B-2873

werden soll.<sup>239</sup> Mediziner und Philosophen hingegen lehnen die Ausweitung der Präimplantationsdiagnostik strikt ab.<sup>240</sup> Daraus lässt sich schließen, dass auf dem Gebiet der Präimplantationsdiagnostik noch keine klaren Richtlinien existieren, während sich die pränatale Diagnostik bis 2005 zu einer standardisierten Untersuchung im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung entwickelt hat, die gesellschaftliche Akzeptanz genießt.

„Auch nach den Erfahrungen von Dorothea Kühn sind Schwangere ‚nur selten‘ umfassend informiert. Die Vorsitzende des Bundes freiberuflicher Hebammen sprach bei der PND gar von einem inzwischen ‚gesellschaftlich akzeptierten Instrumentarium zur Selektion‘. [...] PND werden zudem immer häufiger als unausweichlicher Teil der Schwangerenvorsorge dargestellt.“<sup>241</sup>

Die pränatale Diagnostik unterliegt zwar immer noch der Kritik, eine legalisierte Maßnahme zur Selektion darzustellen, ist jedoch, meines Erachtens, nicht weit davon entfernt, sich zu einer selbstverständlichen diagnostischen Maßnahme zu entwickeln. Überträgt man diesen Entwicklungsschritt auf andere medizinische Innovationen im Bereich der Abtreibung, so stellt sich, meiner Auffassung nach, zwangsläufig die Frage, wann die Grenzen der ethischen Akzeptanz gezogen werden.

### ***Kommentar***

Ausgangspunkt der Entwicklung der Abtreibungsproblematik war die strikte Ablehnung jeglicher legalisierter Tötung menschlichen Lebens durch den Arzt. Während der Diskussionen um die Einführung eines Gesetzes, das die Abtreibung auf Wunsch der Frau für einen begrenzten Zeitraum legalisiert, ist, meinen Recherchen zufolge, der ethische Standpunkt der Deutschen Ärzteschaft und der Bundesärztekammer gegenüber den Ansprüchen der Gesellschaft in den Hintergrund getreten, obwohl deren Bemühungen, an das Recht auf Leben zu appellieren und den berufsethischen Grundsatz, Leben zu erhalten und zu schützen, hochzuhalten, von herausragender Ausdauer und Entschiedenheit geprägt waren. Innerhalb dieser neuen Regelung bemüht sich die Ärzteschaft, dem Deutschen Ärzteblatt zufolge, die Anzahl der Abtreibungen so gering wie möglich zu halten. Schwangerschaftsberatungsstellen und finanzielle sowie soziale Unterstützungen für Mütter und Säuglinge sollen Rahmenbedingungen schaffen, die der werdenden Mutter das Austragen des Kindes erleichtern und Abtreibungen so häufig wie möglich vermeiden.

Zusätzliche Problemfelder eröffnen sich, den Quellen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, zum einen durch die Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik, die in den Augen der

---

<sup>239</sup> Klinkhammer, G.: Engere Grenzen für Spätabtreibungen. Pränatale Diagnostik. Politik, DÄ, H. 28-29 (100) 2003, S. B-1587

<sup>240</sup> Klinkhammer, G.: Keine unkritische Ausweitung. Präimplantationsdiagnostik. Themen der Zeit, DÄ, H. 7 (101) 2004, S. B-339

<sup>241</sup> Dr. med. Richter-Kuhlmann, E. A.: „Fast kulthafter Charakter“. Pränataldiagnostik. Politik, DÄ, H. 24 (102) 2005, S. B-1449



Kritiker – hauptsächlich Vertreter kirchlicher Institutionen - zu einer Selektion von erwünschtem und unerwünschtem Nachwuchs auf dem Boden der Analyse genetischen Erbgutes führt und die sogenannte Wunschkindproduktion unterstützt, und zum anderen durch die Pille nach dem Geschlechtsverkehr, deren Einstufung in Verhütungs- oder Abtreibungsmittel, dem Deutschen Ärzteblatt zufolge, bisher nicht eindeutig definiert werden kann. Dadurch wird die Diskussion über den Beginn menschlichen Lebens und dessen Schutzwürdigkeit aufgeworfen, die im Deutschen Ärzteblatt, meinen Recherchen zufolge, lediglich erwähnt wird, aber nicht tiefgründig analysiert wird. Meines Erachtens stellt jedoch diese Fragestellung den Kern der gesamten Problematik dar, da nach ihrer Beantwortung der ethische Ausgangspunkt für die Haltung gegenüber der Legalisierung von Abtreibungen festgelegt werden kann.

Ich bin der Auffassung, dass in diesem Zusammenhang nicht der Beginn des Lebens, der sich an naturwissenschaftlichen Kenntnissen orientiert, ethische Kontroversen provoziert, sondern der Beginn der Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens. Die ethischen Grundlagen, die eine tiefgreifendere Analyse dieses Themas ermöglichen, unterscheiden zwischen der konservativen und liberalen Position und zwischen der Potentialitäts- und Gradualitätstheorie. Die konservative Position lässt menschliches Leben und auch seine Schutzwürdigkeit mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle beginnen, da menschliches Leben um seiner selbst willen schützenswert ist, ohne dabei personelle Eigenschaften und Fähigkeiten zu berücksichtigen. Die liberale Position hingegen hält menschliches Leben nicht allein durch die Zugehörigkeit zur menschlichen Gattung für schützenswert, sondern erst durch den Erwerb von Eigenschaften und Fähigkeiten, die das Zusammenleben in einer Gemeinschaft unter Einhaltung moralischer Grundsätze ermöglichen. Dieser Stellungnahme kann entgegengehalten werden, dass jedes menschliche Wesen ab dem Zeitpunkt der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle das Potential in sich trägt, zu einer solchen Person heranzureifen (Potentialitätstheorie). Dieser Auffassung nach handelt es sich in der Abtreibungsproblematik nicht um einen intrapersonellen Konflikt, der sich auf die Annahme stützt, dass die Schwangere und das ungeborene Leben eine biologisch-psychoziale Einheit bilden, sondern um einen interpersonellen Konflikt, in dem die Interessen zweier gleichberechtigter Individuen miteinander konkurrieren. Demnach wird noch nicht vorhandenen, potentiellen Eigenschaften die gleiche Bedeutung beigemessen wie tatsächlich vorhandenen Fähigkeiten und die Begründung wird offengelassen, warum erst das Produkt und nicht die Verschmelzungskomponenten, also Ei- und Samenzelle, schützenswert sind. Die Befürworter dieses Kritikpunktes stellen die sogenannte Potentialitätstheorie in Frage und

stützen sich auf die Gradualitätstheorie, nach der die Schutzwürdigkeit von ungeborenem menschlichen Leben mit dem biologischen Entwicklungsstadium steigt.<sup>242</sup>

Ich bin der Meinung, dass sowohl die konservative und liberale Position als auch die Potentialitäts- und Gradualitätstheorie kritische Anmerkungen provozieren und es schwer fällt, eine der vier Stellungnahmen uneingeschränkt zu befürworten. Einen allgemeingültigen Lösungsweg in diesem ethischen Konfliktfeld zu finden, erscheint, meines Erachtens, nicht realisierbar, da die Entscheidung über die Anerkennung der Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens von individuellem und persönlichem Charakter geprägt ist.

Das eigentliche Dilemma besteht, meiner Auffassung nach, jedoch darin, dass zur Durchführung der Abtreibung in der Regel die Unterstützung eines Arztes notwendig ist, um eventuelle gesundheitliche Folgeschäden zu vermeiden. Der Arzt, in seiner Funktion als Schützer und Retter menschlichen Lebens, wird durch die Verantwortung, die er bei der Durchführung eines solchen Eingriffs unweigerlich trägt, in eine ethische Konfliktsituation getrieben. Seine Aufgabe besteht, meines Erachtens, darin, der Situation entsprechend zu entscheiden, ob er durch eine Abtreibung Leben rettet und schützt oder Leben vernichtet. Somit besteht die Voraussetzung für eine Abtreibung in der Übereinkunft der individuellen Entscheidungen von behandelndem Arzt und Patientin.

Leider kann, meiner Ansicht nach, allein durch die Einigung der entscheidungsfähigen Beteiligten der ethische Konflikt nicht gelöst werden, da sie über die Zukunft eines werdenden Lebens entscheiden. Dieses Argument veranlasst unter anderem den Gesetzgeber, die Entscheidung nicht uneingeschränkt der Schwangeren und dem Arzt zu überlassen, sondern Wege zu finden, die Begrenzung und Kontrollierbarkeit ermöglichen. Dadurch soll ein Entgleiten auf die „schiefe Ebene“ und ein Entfernen von moralischen Grundsätzen verhindert werden.

Die Darstellung im Deutschen Ärzteblatt ermöglicht auch auf dem Themengebiet der Abtreibung, dem Leser einen Einblick in die Perspektive der Ärzteschaft, die vorerst die Abtreibung als Vernichtung menschlichen Lebens betrachtet und die ihre Ausdehnung und uneingeschränkte Legalität aus diesem Grund verhindern will. Aber auch hier fehlt, meines Erachtens, ähnlich wie unter dem Kapitel 5.1.2 „Ärztliche Haftpflicht“, die Sichtweise der Patienten oder besser der Patientinnen sowie das Gewicht der Schicksale, die sich hinter der Absicht verbergen, ein Kind abzutreiben. Eine denkbare Kritik wäre an dieser Stelle, dass in der heutigen Zeit solche Schicksale oder Komplikationen aufgrund einer ungewollten Schwangerschaft wegen verbreiteter Aufklärung und zahlreicher Verhütungsmethoden unverständlich seien. Vergessen wird jedoch, meiner Ansicht nach, dass vor allem in den

---

<sup>242</sup> Vgl. Ach: Einführung. Schwangerschaftsabbruch in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S.156-159

Nachkriegsjahren die Kenntnisse über menschliche Fortpflanzung und über Möglichkeiten, eine Befruchtung zu vermeiden, nicht selbstverständlich waren und dass dieses Wissen sich erst allmählich verbreitet hat. Selbst bis hin zur Gegenwart kann, meines Wissens, nicht davon ausgegangen werden, dass in allen Kreisen und Kulturen unserer Gesellschaft die Tabuisierung der Sexualität bereits abgeschafft wurde. Aus diesem Grund bin ich der Auffassung, dass es insbesondere auf diesem Themengebiet wichtig ist, die Patientin ganzheitlich, das heißt seelisch, körperlich und in ihrem sozialen Kontext, zu verstehen und schließlich die eigene Beurteilung der Situation zu festigen.

### **5.1.3.2 Empfängnisverhütung**

Seit 1954 wird die ärztliche Aufklärung über Methoden der Empfängnisverhütung, parallel zur Abtreibungsproblematik, zu einem zentralen Diskussionspunkt im Deutschen Ärzteblatt. Der moralische Konflikt, der in einem Artikel 1954 von einem praktischen Arzt beschrieben wird, besteht in der ärztlichen Verantwortung, eine eventuelle Abtreibung durch die Verhütung frühzeitig zu verhindern<sup>243</sup>, und in der Beeinflussung der Geburtenregelung auf gesellschaftlicher Ebene sowie in den Bedenken einer gesundheitlichen Schädigung<sup>244</sup>.

„[...] , dass bewußte Geburtenregelung unter einwandfreier ärztlicher Anleitung die zweckmäßigste Vorbeugung gegen die Misere der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechungen durch unberufene Hände ist.“<sup>245</sup>

„[...] , denn eine gesundheitsunschädliche Methode zur Empfängnisverhütung gibt es nicht.“<sup>246</sup>

In den Jahren 1957 bis 1961 demonstrieren zum ersten Mal einige Veröffentlichungen zunehmende Bereitschaft der Ärzteschaft, Patienten über Methoden der Empfängnisverhütung aufzuklären und sie als effektive Methode der Abtreibungsvermeidung anzuerkennen.<sup>247</sup>

„Es heißt meines Erachtens der Abtreibung in die Hände arbeiten, wenn von der Anratur von Verhütungsmaßnahmen abgesehen wird.“<sup>248</sup>

Von 1961 bis 1984 finden sich zum einen Beiträge, die die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Methoden demonstrieren, und zum anderen Beiträge, die allgemeine Einstellungen und Ansichten wiedergeben.

---

<sup>243</sup> Prof. Dr. med. Knack, A. V.: Die Empfängnisverhütung durch den praktischen Arzt, methodisch und kritisch gesehen, *ÄM*, H. 23 (39) 1954, S. 817-820

<sup>244</sup> Dr. med. Genewein, C. M.: Soll sich der Arzt positiv zur Beratung der Empfängnisverhütung einstellen? *ÄM*, H. 6 (42) 1957, S. 165-167

<sup>245</sup> Prof. Dr. med. Knack, A. V.: Die Empfängnisverhütung durch den praktischen Arzt, methodisch und kritisch gesehen, *ÄM*, H. 23 (39) 1954, S. 817-820

<sup>246</sup> Dr. med. Genewein, C. M.: Soll sich der Arzt positiv zur Beratung der Empfängnisverhütung einstellen? *ÄM*, H. 6 (42) 1957, S. 165-167

<sup>247</sup> Beispiel für Artikel, die die konservative Haltung einiger Ärzte gegenüber der Empfängnisverhütung kritisieren: Ohne Verfasserangabe: Soll sich der Arzt positiv zur Beratung der Empfängnisverhütung einstellen? *Zuschriften zum Artikel Genewein, ÄM*, H. 15 (42) 1957, S. 426-431

<sup>248</sup> Beispiel für Artikel, die die konservative Haltung einiger Ärzte gegenüber der Empfängnisverhütung kritisieren. Prof. Dr. Kepp, R.: Die Abtreibung und ihre Gefahren, *ÄM*, H. 3 (46) 1961, S. 130-132

Im ersten Abschnitt des vorliegenden Kapitels wird die Entwicklung im Umgang mit oralen Antikonzeptiva, Sterilisationen, intrauterinen Pessaren und natürlichen Methoden der Schwangerschaftsverhütung beschrieben und im zweiten Abschnitt werden ethische Grundsätze einander gegenübergestellt und die sich daraus ergebende Problematik diskutiert. In der Diskussion um orale Antikonzeptiva stehen in den Jahren 1961 bis 1975 zwei Gesichtspunkte im Vordergrund, zum einen die Frage nach Nebenwirkungen und gesundheitlichen Folgeschäden sowohl kurz- als auch langfristig betrachtet<sup>249</sup> und zum anderen die gesellschaftliche Entwicklung in Bezug auf Sexualität und Fortpflanzung<sup>250</sup>. Insbesondere der freizügigere Umgang mit vorehelichem Geschlechtsverkehr, der durch die Möglichkeit der Empfängnisverhütung unterstützt wird, stellt 1965 die Einhaltung christlich-konservativer Werte in Frage. Der Autor der folgenden Äußerung betont den Beginn des Scheiterns in der Erziehung zu einem verantwortungsbewusstem Sexualverhalten durch die Anwendung oraler Kontrazeptiva.

„Wenn dem Gedankengang gefolgt wird, daß in der heutigen Situation allein die Antikonzeption geeignet ist, der kriminellen Fehlgeburt entgegenzusteuern, kann grundsätzlich gegen die antikonzeptionelle Beratung einer unverheirateten Frau nichts eingewendet werden, da bei der heutigen gesellschaftlichen Struktur der Geschlechtsverkehr einer unverheirateten Frau eine Realität darstellt. [...] Nachdem unsere Sexualpädagogik mit Recht auf menschlicher Verantwortung und daraus folgender Selbstbeherrschung aufgebaut ist, bedeutet Propagierung der Antikonzeption vor der Ehe aber an sich schon das Eingeständnis des Mißerfolgs dieses Bestrebens.“<sup>251</sup>

Neben der Anwendung oraler Antikonzeptiva bietet auch die Sterilisation die Möglichkeit, eine Schwangerschaft zu verhindern. Sie stellt die Ärzteschaft jedoch vor eine tiefgreifendere ethische Problematik, da es sich hier um einen ärztlichen Eingriff handelt, der den Kinderwunsch irreversibel vereitelt. Aus diesem Grund wird 1962 bereits die Abhängigkeit der Sterilisierung von der jeweiligen Indikation in einem Artikel aus der Universitäts-Frauenklinik Göttingen diskutiert.

„Für die ‚therapeutische Sterilisierung‘ tragen wir Ärzte ganz allein die Verantwortung. Wesentlich anders liegen die Dinge bei der ‚prophylaktischen Sterilisation aus medizinischer Indikation‘. Die Tatsache, daß der Eingriff bis auf seltene Ausnahmen als endgültig, d. h. als irreversibel anzusehen ist, fordert sorgfältige Überlegungen und Abwägungen sowie strengste Maßstäbe, daher auch in Zukunft die vorherige Beantragung. [...] Die Sterilisierung aus

---

<sup>249</sup> Ohne Verfasserangabe: Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft Göttingen: Orale Schwangerschaftsverhütung. Mitteilung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, *ÄM*, H. 47 (47) 1962, S. 2451

<sup>250</sup> Prof. Dr. Kepp, R.: Fragen der Geburtenregelung. Zu einer mißglückten Berichterstattung aus Tutzing, *DÄ*, H. 12 (62) 1965, S. 676-677

<sup>251</sup> Prof. Dr. Kepp, R.: Fragen der Geburtenregelung. Zu einer mißglückten Berichterstattung aus Tutzing, *DÄ*, H. 12 (62) 1965, S. 676-677

ausschließlich sozialer Indikation ist im allgemeinen, wenn auch nicht ausnahmslos, abzulehnen.“<sup>252</sup>

Im Unterschied zu der kritischen Auffassung dieses Autors erklärt der 80. Deutsche Ärztetag 1977 die Sterilisation bei medizinischer, genetischer und auch sozialer Indikation zur zulässigen Verhütungsmethode.<sup>253</sup> Neben dieser eindeutigen Neufassung der ärztlichen Berufsordnung stehen jedoch Bedenken hinsichtlich psychischer Folgeschäden aufgrund der Irreversibilität zur Diskussion. Dieser Aspekt veranlasst 1978 einen Arzt, sich zur Optimierung des Beratungsgesprächs zu äußern. Seine Aussage, dass seelische Folgeschäden einer Sterilisation direkt von der Harmonie einer Partnerschaft, von der Stabilität der eigenen Persönlichkeit und von der Qualität einer ausführlichen, detaillierten Beratung unter Abwägung aller Nach- und Vorteile abhängen, basiert auf Ergebnissen internationaler Studien über freiwillige Sterilisationen.

„Je eindeutiger und stärker die kontrazeptive Motivation ist, je freier, bewußter und verantwortlicher die Entscheidung gefällt wird, unter Einbeziehung aller Nachteile, je gemeinsamer und einverständlicher beide Partner sich entschließen, je harmonischer die Partnerschaft und je stabiler die Persönlichkeit des Operierten ist, je sachgerechter und individueller die Beratung geführt wurde, desto günstiger sind die Folgen.“<sup>254</sup>

Den Belegen des Deutschen Ärzteblattes zufolge wurde die Lösung, dass Sterilisationen, nach den Entschlüssen des 80. Deutschen Ärztetages, eine zulässige Verhütungsmethode darstellen, beibehalten. Weitere Angaben über Änderungen dieser Beschlüsse und Berichte über die Problematik und den Umgang mit seelischen Folgeschäden können anhand des Deutschen Ärzteblattes nicht belegt werden.

In den Jahren 1966 und 1967 wird im Deutschen Ärzteblatt die Anwendung intrauteriner Pessare diskutiert, die eine Alternative zur Einnahme oraler Antikonzeptiva darstellt. Problematisch erscheint jedoch, im Vergleich zur Anwendung oraler Antikonzeptiva, dass intrauterine Pessare nicht die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle, sondern die Einnistung der befruchteten Eizelle durch die Veränderung der Gebärmutter Schleimhaut verhindern. Es besteht demnach Unsicherheit, ob es sich hierbei um Empfängnisverhütung oder um Abtreibung handelt.<sup>255</sup>

---

<sup>252</sup> Kirchhoff, H.: „Prophylaktische Sterilisation“. Aus der Univ.-Frauenklinik Göttingen (Direktor: Prof. Dr. H. Kirchhoff), *ÄM*, H. 35 (47) 1962, S. 1743-1747

<sup>253</sup> Ohne Verfasserangabe: Vom 80. Deutschen Ärztetag beschlossene Neufassungen in der Berufsordnung, *DÄ*, H. 21 (74) 1977, S. 1441

<sup>254</sup> Prof. Dr. med. Petersen, P.: Seelische Folgen nach endgültiger Kontrazeption. Ergebnisse internationaler Studien über freiwillige Sterilisation des Mannes und der Frau aus Gründen der Familienplanung, *DÄ*, H. 12 (75) 1978, S. 695-700

<sup>255</sup> Prof. Dr. med. Kirchhoff, H.: Zum umstrittenen Problem der Kontrazeption durch intrauterine Pessare. Aus der Universitäts-Frauenklinik Göttingen (Direktor: Professor Dr. med. H. Kirchhoff), *DÄ*, H. 37 (63) 1966, S. 2137-2140

„Handelt es sich um die Verhütung einer Schwangerschaft, das heißt, wird die Vereinigung von Eizelle und Samenfaden durch das Pessar verhindert, oder wird die Nidation des befruchteten Eies unmöglich gemacht, und müsste man dann nicht von einem „Abortivum“ sprechen?“<sup>256</sup>

Um die Anwendung von intrauterinen Pessaren unter ethischen Gesichtspunkten zu verantworten, stehen Ärzte und Betroffene vor der Aufgabe, sich die Frage zu beantworten, wann Leben beginnt und wann es sich um Tötung von ungeborenem menschlichen Leben handelt.<sup>257</sup>

1965 wird eine natürliche Methode als Alternative zu oralen Antikonzeptiva, Sterilisationen und intrauterinen Pessaren im Deutschen Ärzteblatt vorgestellt. Es handelt sich um die Möglichkeit der Basaltemperaturmessung zur Kontrolle der zyklusabhängigen Fruchtbarkeit.<sup>258</sup>

Nachdem der Umgang mit den einzelnen Methoden der Empfängnisverhütung beleuchtet wurde, werden im zweiten Abschnitt die wichtigsten ethischen Aspekte zu diesem Thema dargestellt. Von 1964 bis 1972 weisen die Meinungen im Deutschen Ärzteblatt erhebliche Differenzen auf. Einerseits vertritt ein Autor in seinem 1964 veröffentlichten Artikel die Ansicht, dass ärztliche Beratung über die Methoden der Empfängnisverhütung verpflichtend sei<sup>259</sup>, und andererseits äußert 1965 in der Ulmer Denkschrift zur Frage der Geburtenbeschränkung ein Arzt den Vorwurf, dass es sich bei der Legalisierung der Verhütung lediglich um eine feige Flucht vor der Konfrontation mit dem vorherrschenden gesellschaftlichen Wertewandel handele<sup>260</sup>.

„Das Bundesgesundheitsministerium möge nach geeigneten Wegen suchen, um die wirklichen Ursachen der Abtreibungsseuche zu bekämpfen, die nicht in einer mangelnden Propaganda für ‚Antibabypillen‘ zu suchen sind, sondern in der ungehemmten öffentlichen und privaten Sexualisierung und der Zersetzung der sittlichen und moralischen Substanz unseres Volkes.“<sup>261</sup>

1972 formuliert der Autor des World Medical Journal diese Problematik noch deutlicher, indem er auf den Verlust standesethischer Verpflichtungen zugunsten der Erfüllung

---

<sup>256</sup> Prof. Dr. med. Kirchhoff, H.: Zum umstrittenen Problem der Kontrazeption durch intrauterine Pessare. Aus der Universitäts-Frauenklinik Göttingen (Direktor: Professor Dr. med. H. Kirchhoff), DÄ, H. 37 (63) 1966, S. 2137-2140

<sup>257</sup> Pfarrer Dr. Dr. Hunger, H.: Zum umstrittenen Problem der Kontrazeption durch intrauterine Pessare. Zum Artikel von Prof. Dr. med. H. Kirchhoff in Heft 37/1966, Seite 2137 und 40/1966, Seite 2322, DÄ, H. 3 (63) 1967, S. 146-147

Siehe hierzu auch Gliederungspunkt „Abtreibung“ im Kapitel „Pflicht zur Erhaltung und zum Schutz von Leben“ und vgl. Ach: Einführung, Schwangerschaftsabbruch in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart, 2004, S.150-160

<sup>258</sup> Dr. med. Baader, O.: Modelle zur Antikonzeptionsberatung, DÄ, H. 30 (62) 1965, S. 1625-1627

<sup>259</sup> Dr. Oe: Beratung bei der Empfängnisverhütung als ärztliche Aufgabe. Ärzteabend in Frankfurt/Main, DÄ, H. 48 (61) 1964, S. 2558-2559

<sup>260</sup> Dr. med. Ernst, S.: Ulmer Denkschrift. Zur Frage der Geburtenbeschränkung, DÄ, H. 40 (62) 1965, S. 2138-2141

<sup>261</sup> Dr. med. Ernst, S.: Ulmer Denkschrift. Zur Frage der Geburtenbeschränkung, DÄ, H. 40 (62) 1965, S. 2138-2141

individueller Wünsche, die aus juristischer Sicht nicht als rechtswidrige Handlung eingestuft werden können, hinweist.

„Er weist auf etwas hin, das die meisten aus Gründen der Bequemlichkeit übersehen, nämlich auf den Umstand, daß viele in unserem Beruf ständig Dinge tun, die nicht mit dem Genfer Gelöbnis und der internationalen ärztlichen Standesordnung des Weltärztebundes übereinstimmen, nach den Gesetzen des Landes, in dem wir leben, jedoch nicht strafbar sind. Als Beispiel solcher Praktiken führt er Empfängnisverhütung, Abort und Sterilisation an.“<sup>262</sup>

### ***Kommentar***

Hinsichtlich der Empfängnisverhütung scheint sich, ähnlich wie bei der Abtreibung, im Deutschen Ärzteblatt eine Entwicklung abzuzeichnen, in der sich die Ärzteschaft den Ansprüchen und Erwartungen der Gesellschaft unterwirft, ohne ausreichende Möglichkeiten zu haben, ihre berufsethischen Vorstellungen durchzusetzen. Sie stellt, den Belegen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, einerseits einen Kompromiss bezüglich vermehrter Abtreibungen dar und andererseits eine inakzeptable ärztliche Maßnahme, die, in den Augen einiger Autoren, gegen die standesethischen Grundsätze verstößt. Um Klarheit in der eigenen ethischen Ansicht zu erlangen, ist, meiner Ansicht nach, die Auseinandersetzung mit der Loslösung von und dem Festhalten an konservativen Werten der ärztlichen Standesordnung unumgänglich. Problematisch erscheint jedoch, meiner Beurteilung nach, die Tatsache, dass der Ärzteschaft die Möglichkeit der freien Entscheidung auf diesem Gebiet verwehrt bleibt, da die Richtung durch die Beeinflussung von außen schon vorgegeben zu sein und eine Akzeptanz der ärztlichen Beratung in den Methoden der Empfängnisverhütung unausweichlich scheint.

Beachtenswert ist, meines Erachtens, bei dieser Schlussfolgerung, dass sie auf den Belegen des Deutschen Ärzteblattes, also dem bekanntesten Publikationsorgan der deutschen Ärzteschaft, basiert und aus diesem Grund keine objektive Sichtweise bieten kann. Bezeichnend hierfür ist die Tatsache, dass bei der Analyse beispielsweise die Verantwortung der Ärzteschaft, Patienten und Patientinnen aufzuklären und sie nicht in ihrer Verzweiflung allein zu lassen, sondern durch ärztliche Beratung Schutz und Sicherheit zu bieten, nicht besprochen wird. Meinen Recherchen zufolge konzentriert sich die Darstellung auf den Verlust der ärztlichen Standesethik und lässt die Frage völlig außer Acht, ob der Ärzteschaft das Recht zusteht, medizinisch-biologische Informationen zurückzuhalten, deren Kenntnis für ihre Patienten vorteilhaft oder vielleicht sogar lebenswichtig wäre.

---

<sup>262</sup> Dr. Gosset, I. R.: Ärztliche Ethik: Idealismus oder Pragmatismus? World Medical Journal, DÄ, H. 17 (69) 1972, S. 1067-1068

### 5.1.3.3 Heterologe Insemination

Bemerkenswert ist, dass seit 1954 nicht nur Abtreibung und Empfängnisverhütung, also die gezielte Verhinderung der Entstehung und Entwicklung menschlichen Lebens, sondern auch die gezielte Provokation und Förderung der Entstehung menschlichen Lebens durch die künstliche Befruchtung die Seiten des Deutschen Ärzteblattes füllen. Die heterologe Insemination ist im allgemeinen durch die Unfruchtbarkeit des Mannes indiziert. Die Fertilität der Frau vorausgesetzt, wird diese mit fremden Spermien eines anonymen Spenders befruchtet.<sup>263</sup>

Meines Erachtens ist der Zeitgeist in den Jahren von 1950 bis 1960 von einem Wandel im Umgang mit ungeborenem menschlichen Leben geprägt. Dieser wird durch die Freiheit der Erzeuger charakterisiert, über die Empfängnis ungeborenen Lebens zu entscheiden und sich über Gesetzmäßigkeiten der natürlichen Umstände und Voraussetzungen zugunsten der eigenen Persönlichkeitsentfaltung hinwegzusetzen.<sup>264</sup> Diesem Zeitgeist steht, einem Artikel aus dem Deutschen Ärzteblatt aus dem Jahr 1954 zufolge, die Illegalität der Insemination gegenüber.

„Es gibt keinen Tatbestand der Insemination, der legalisiert werden könnte, weil die Insemination schlechthin rechtswidrig ist.“<sup>265</sup>

Zum einen erschwert die Komplexität der rechtlichen Konsequenzen für behandelnden Arzt, Ehepaar, Samenspender und erzeugtes Kind die Lösung des Konfliktes zwischen gesetzlicher Ablehnung und der Erfüllung des Kindeswunsches durch die künstliche Befruchtung.<sup>266</sup> Zum anderen wird die Problematik nicht nur von medizinischen und rechtlichen Aspekten bestimmt, sondern wirft auch ethische Fragestellungen auf, die seelische und biologische Eingriffe in die Natur der menschlichen Fortpflanzung behandeln.

---

<sup>263</sup> Prof. Dr. Gründel, J.: Leben im Griff? – Theologisch-ethische Aspekte zu Methoden der Fortpflanzungstechnik in Insemination, In-vitro-Fertilisation. Indikation, Technik, Genetik, Psychosomatische, Theologisch-Ethische Aspekt, Rechtliche Interpretation, E. Dietrich-Reichart, Verlag R. S. Schulz, Percha und Kempfenhausen am Starnberger See 1987, S. 236-239

<sup>264</sup> Die heterologe Insemination bedeutet aus theologisch-ethischer Sicht betrachtet die Zerstörung der Einheit der Ehe, da die Situation einer nichtvorhandenen Übereinstimmung von genetischem und psychologischem Vater künstlich erzeugt wird. Das menschliche Bedürfnis des Kinderwunsches, das durch die Möglichkeit der heterologen Insemination zum Anspruch auf Nachwuchs wachsen kann, wird auf Kosten der Einheit der Ehe zerstört. Die theologisch-ethische Auffassung verbietet somit die Ausweitung von Bedürfnissen zu Ansprüchen im Zusammenhang mit personalem Leben und reduziert die heterologe Insemination auf die Bekämpfung der Symptome, jedoch nicht der eigentlichen Ursache. Vgl. Prof. Dr. Gründel, J.: Leben im Griff? – Theologisch-ethische Aspekte zu Methoden der Fortpflanzungstechnik in Insemination, In-vitro-Fertilisation. Indikation, Technik, Genetik, Psychosomatische, Theologisch-Ethische Aspekt, Rechtliche Interpretation, E. Dietrich-Reichart, Verlag R. S. Schulz, Percha und Kempfenhausen am Starnberger See 1987, S. 236-239

<sup>265</sup> Prof. Dr. Geiger, W.: Rechtsfragen der Insemination<sup>1</sup>), *ÄM*, H. 22 (39) 1954, S. 756-764

<sup>266</sup> Mayer, A.: Ärztliche Fragen der heterologen künstlichen Befruchtung, *ÄM*, H. 22 (39) 1954, S. 764-770



„Der Arzt darf nicht allein biologische Maßstäbe anlegen, wenn es sich um den Menschen handelt, dessen Menschsein in beiden Bereichen, im seelisch-geistigen und im körperlichen, wurzelt.“<sup>267</sup>

„Die Natur wird experimentell und rational durchdrungen. ‚Die entscheidenden Geschehnisse des menschlichen Lebens verlieren ihren Geheimcharakter‘ (Guardini).“<sup>268</sup>

1958 und 1959 besteht sowohl im Deutschen Ärztinnenbund als auch im 62. Deutschen Ärztetag Einigkeit in der Ablehnung der heterologen künstlichen Befruchtung. Meines Erachtens liegt die Vermutung nahe, dass das Motiv der strikten Ablehnung in der oben erwähnten Problematik liegt und von der Angst begleitet wird, ethische Grundsätze zu brechen.

„Die heterologe künstliche Insemination sollte unter Strafandrohung schlechthin verboten werden, [...]“<sup>269</sup>

„Der 62. Deutsche Ärztetag lehnt die künstliche heterologe Insemination aus sittlichen Gründen ab.“<sup>270</sup>

Ein erster Gesetzentwurf, der die oben beschriebene Haltung des Deutschen Ärztinnenbundes und des Deutschen Ärztetages bestätigt, wird 1961 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Die juristische Verankerung der künstlichen Samenübertragung sieht eine Unterscheidung zwischen homologer und heterologer Insemination vor. Die heterologe Insemination, das heißt, wenn der Samen von einem fremden Spender stammt, steht unter Strafe. Während die homologe Insemination, das heißt, wenn der Samen von dem Ehegatten selbst gespendet wird, unter Straffreiheit steht, sofern beide Ehepartner eingewilligt haben.

„§ 203

Künstliche Samenübertragung

- 1) Wer eine künstliche Samenübertragung bei einer Frau vornimmt, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft.
- 2) Eine Frau, die eine künstliche Samenübertragung bei sich zulässt, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Strafhaft bestraft.
- 3) Die Absätze 1 und 2 sind nicht anzuwenden, wenn ein Arzt Samen des Ehemannes bei dessen Ehefrau mit Einwilligung beider Ehegatten überträgt.
- 4) Wird die Tat des Absatzes 1 ohne Einwilligung der Frau begangen, so ist die Strafe Gefängnis nicht unter sechs Monaten.“<sup>271</sup>

---

<sup>267</sup> Hallermann, W.: Gerichtsärztliche Aspekte der künstlichen Samenübertragung\*). Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Kiel, Direktor: Prof. Dr. Hallermann, ÄM, H. 3 (43) 1958, S. 66-70

<sup>268</sup> Hallermann, W.: Gerichtsärztliche Aspekte der künstlichen Samenübertragung\*). Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Kiel, Direktor: Prof. Dr. Hallermann, ÄM, H. 3 (43) 1958, S. 66-70

<sup>269</sup> Dr. Albrecht, G.: Gerichtsärztliche Aspekte der künstlichen Samenübertragung. Stellungnahme des Deutschen Ärztinnenbundes, ÄM, H. 6 (43) 1958, S. 154

<sup>270</sup> Ohne Verfasserangabe: Bekenntnis zur Einheit, ÄM, H. 27 (44) 1959, S. 945-948

Die Legalisierung der homologen Insemination, bei Einwilligung beider Ehepartner, stellt in den Augen einiger Autoren jedoch keinen akzeptablen Kompromiss dar. In den Jahren 1969 und 1970 finden sich immer wieder Forderungen nach einer endgültigen Freigabe, die sich auf die individuelle, persönliche Entscheidungsfreiheit stützen und die konservative Haltung des 62. Deutschen Ärztetages ablehnen, da sie nicht mit der derzeitigen gesellschaftlichen Entwicklung zu vereinbaren sei.<sup>272</sup>

„Weder bestehe die Gefahr eines Mißbrauchs, noch sei es gerechtfertigt, einen Straftatbestand auf Vorrat zu schaffen. Die Standesethik der deutschen Ärzteschaft garantiere zur Genüge, daß die heterologe Insemination nicht verantwortungslos gehandhabt wird. Not und Entscheidung für eine künstliche Befruchtung gehörten nicht vor den Strafrichter, sondern müßten dem Gewissen des einzelnen überlassen bleiben.“<sup>273</sup>

Die Bundesregierung schließt sich, einem Beleg des Deutschen Ärzteblattes aus dem Jahr 1970 zufolge, dieser Auffassung an und spricht sich für eine Straffreiheit der heterologen Insemination aus. Die Begründung dieser Entscheidung stützt sich, wie in dem oben angeführten Zitat, auf die Verletzung der Privatsphäre und der persönlichen Entscheidungsfreiheit, sowie auf die Ungerechtigkeit einer Strafverfolgung, die auf die Erfüllung des Kinderwunsches zurückzuführen ist.

„Die Bundesregierung sei der Auffassung, daß die heterologe Insemination straffrei sein solle, da der Wunsch nach dem Kind nicht verwerflich sei und eine Strafverfolgung in unerträglicher Weise in die Intimsphäre der Eheleute eingreife.“<sup>274</sup>

Eine Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Legalisierung der heterologen Insemination kann anhand des Deutschen Ärzteblattes nicht nachgewiesen werden. Der Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer aus dem Jahr 1970 bringt lediglich zum Ausdruck, dass Rahmenbedingungen notwendig seien, um Folgeschäden und Komplikationen möglichst gering zu halten oder sogar zu vermeiden.

„Die Infertilität des Ehemannes muß erwiesen sein. Somatische und psychische Kontraindikationen dürfen bei den Ehepartnern nicht vorliegen. Es müssen alle Voraussetzungen für das Gedeihen des Kindes gegeben sein. Alle Beteiligten müssen über die familienrechtliche Problematik voll aufgeklärt sein.“<sup>275</sup>

Während die Stellungnahme der Bundesärztekammer, den Belegen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, völlig ausbleibt, verändern sich die Entschlüsse des Deutschen

---

<sup>271</sup> Ohne Verfasserangabe: Entwurf eines neuen Strafgesetzbuches. Die für den Arzt und die ärztliche Berufsausübung wichtigsten Bestimmungen. 3. Fortsetzung und Schluß, *ÄM*, H. 7 (46) 1961, S. 366-374

<sup>272</sup> Prof. Dr. med. Kirchhoff, H.: Künstliche heterologe Insemination, *DÄ*, H. 5 (67) 1970, S. 335-337

<sup>273</sup> Mandt, P.: Geltendes und geplantes Strafrecht. Eine Bestandsaufnahme im Hinblick auf die ärztliche Tätigkeit, *DÄ*, H. 49 (66) 1969, S. 3489-3493

<sup>274</sup> Ohne Verfasserangabe: Aus der Fragestunde des Deutschen Bundestages, *DÄ*, H. 27 (67) 1970, S. 2166-2169

<sup>275</sup> Prof. Dr. med. Stockhausen, J.: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik 1970. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1969/70 an den 73. Deutschen Ärztetag, *DÄ*, H. Sondernummer (67) 1970, S. 1745-1849

Ärztetages. Der 62. Deutsche Ärztetag hat die künstliche Befruchtung noch aus berufsethischen Gründen abgelehnt, während der 73. Deutsche Ärztetag diese nicht mehr für standeswidrig erklärt, sondern lediglich keine Empfehlung für die Anwendung dieser Methode ausspricht, da sie rechtlich nicht eindeutig abgesichert sei. Meines Erachtens wird bei Betrachtung dieses Wandels deutlich, dass eine Anpassung an die gesellschaftlichen Ansprüche der Individualisierung stattgefunden hat. Untermuert wird diese Schlussfolgerung, meiner Beurteilung nach, dadurch, dass zunächst ethische Aspekte die Grundlage der Entscheidung gebildet haben, während später aus juristischer Perspektive argumentiert wird. Demnach wird die Priorität, berufsethische Grundsätze einzuhalten, in den Hintergrund gedrängt.

„Der 73. Deutsche Ärztetag betrachtet die Durchführung der künstlichen heterologen Insemination nicht mehr als standeswidrig. Die künstliche heterologe Insemination ist jedoch mit so zahlreichen Problemen und insbesondere mit offenen rechtlichen Fragen belastet, daß der Deutsche Ärztetag die Vornahme der künstlichen heterologischen Insemination noch nicht empfehlen kann.“<sup>276</sup>

Mit diesem Beitrag ist die Diskussion um die heterologe künstliche Befruchtung im Deutschen Ärzteblatt abgeschlossen.

### ***Kommentar***

Der ethische Konflikt, der sich aus der heterologen Insemination ergibt, liegt, meines Erachtens, darin begründet, dass biologischer und tatsächlich erlebter, psychologischer Vater nicht in einer Person verkörpert werden und diese Maßnahme die Umstände eines Ehebruchs assoziieren lässt. Kirchliche Vertreter halten diese Kontroverse für eine untragbare Spaltung der ehelichen Einheit zugunsten der eigenen Persönlichkeitsentfaltung, die sich, in ihren Augen, als reine Symptombekämpfung und nicht als ärztliche Therapiemaßnahme darstellt. Diese Meinung vertreten sie bis 2005 konstant, während die Bundesärztekammer, der Deutsche Ärztetag und die Bundesregierung der heterologen Insemination nur anfänglich kritisch gegenüberstehen und sich schließlich 2005 für ihre Legalisierung einsetzen.

Betrachtet man in diesem Zusammenhang auch den Ausgang der Diskussionen um Abtreibung und Empfängnisverhütung, so lässt sich, meines Erachtens, der Ablauf eines identischen Schemas vermuten. Zunächst zeigen sowohl die Ärzteschaft als auch die Bundesregierung eine konservative Haltung, die jedoch im Laufe der Zeit durch den Druck der Öffentlichkeit geschwächt wird. Die Bundesregierung ist eher bereit, diesem nachzugeben, wogegen die Ärzteschaft länger auf ethischen Werten ihres Berufsstandes beharrt, bis sie sich letztendlich auch gezwungen sieht, sich anzupassen. Ist dieser Stand erreicht, so endet die Diskussion im Deutschen Ärzteblatt. Daraus kann man schließen, dass

---

<sup>276</sup> Prof. Dr. med. Stockhausen, J.: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik 1972. Fakten Tendenzen Probleme. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1971/72, DÄ, H. 23a (69) 1972, S. 1507-1645

hier nicht nur die Ethik des eigentlichen Themas zur Debatte steht, sondern auch der Umgang der Ärzteschaft mit Konflikten, die aus Differenzen zwischen ärztlicher Standesethik und gesellschaftlichen Bedürfnissen resultieren.

#### **5.1.3.4 In-vitro-Fertilisation**

1981 beginnt im Deutschen Ärzteblatt die Diskussion um die so genannte In-vitro-Fertilisation, die seit 1978 eine weitere Möglichkeit darstellt, eine bestehende Unfruchtbarkeit zu umgehen. Die Indikation dieser Methode besteht meistens in der Unfruchtbarkeit der Frau in Form einer eileiterbedingten Sterilität, wobei die Fruchtbarkeit des Mannes vorausgesetzt wird. Die ersten Schritte in der Entstehung menschlichen Lebens, d. h. die Befruchtung und die ersten Zellteilungen, werden in die Petrischale verlegt, um später die befruchtete Eizelle in den Uterus einzupflanzen.<sup>277</sup> Die ersten Reaktionen im Deutschen Ärzteblatt zeigen deutlich eine Befürwortung dieser Methode und sprechen sogar der Frau das Recht auf diese Behandlung zu, das ihr durch eine Strafandrohung genommen wäre.<sup>278</sup>

„Ein gesetzliches Verbot der klinischen Anwendung der menschlichen I.V.B. ist unangemessen. So ein Gesetz würde sicherlich ein fundamentales Interesse der unfruchtbaren Frau beeinträchtigen – nämlich ihr Recht auf Kinder.“<sup>279</sup>

Dieser Haltung schließen sich 1985 die Beschlüsse des 88. Deutschen Ärztetages<sup>280</sup> und der 37. Generalversammlung des Weltärztebundes<sup>281</sup> an. Beide Deklarationen betonen jedoch, dass sowohl berufsrechtliche als auch berufsethische Grundsätze gewahrt werden sollten und

---

<sup>277</sup> Prof. Dr. Gründel, J.: Leben im Griff? – Theologisch-ethische Aspekte zu Methoden der Fortpflanzungstechnik in Insemination, In-vitro-Fertilisation. Indikation, Technik, Genetik, Psychosomatische, Theologisch-Ethische Aspekt, Rechtliche Interpretation, E. Dietrich-Reichart, Verlag R. S. Schulz, Percha und Kempfenhausen am Starnberger See 1987, S. 215-219

<sup>278</sup> In diesem Wandel von der Möglichkeit, eine therapeutische Maßnahme zu nutzen, zum Recht, eigene Bedürfnisse im Sinne der Persönlichkeitsentfaltung zufriedenzustellen, wird aus theologischer Sicht die In-vitro-Fertilisation zu einem unethischen Vorgang. Während die offizielle kirchliche Position die In-vitro-Fertilisation grundsätzlich aufgrund der Trennung des ehelichen Aktes von der Zeugung ablehnt, ist diese Methode, nach Ansicht des Autors, sittlich zu rechtfertigen, wenn nicht der einzelne eheliche Akt als isolierte Handlung angesehen wird, sondern die generelle Bereitschaft zur Zeugung eines Kindes die Voraussetzung darstellt. Die Grenze in seiner ethischen Befürwortung setzt er jedoch am Übergang von einer therapeutischen Hilfestellung zur reinen Bedürfnisbefriedigung. Hier verdrängt die eigene Persönlichkeitsentfaltung den Rahmen einer Ehe. Die In-vitro-Fertilisation ist demnach, in seiner aus theologischer Perspektive liberalen Ansicht, nur unter hohen moralischen Ansprüchen eines tiefen Kinderwunsches innerhalb der Ehe vertretbar. Vgl. Prof. Dr. Gründel, J.: Leben im Griff? – Theologisch-ethische Aspekte zu Methoden der Fortpflanzungstechnik in Insemination, In-vitro-Fertilisation. Indikation, Technik, Genetik, Psychosomatische, Theologisch-Ethische Aspekt, Rechtliche Interpretation, E. Dietrich-Reichart, Verlag R. S. Schulz, Percha und Kempfenhausen am Starnberger See 1987, S. 215-219

<sup>279</sup> Reily, P.: Die In-vitro-Befruchtung. Eine Beurteilung des gegenwärtigen Stands der Möglichkeiten. Forum, DÄ, H. 14 (78) 1981, S. 687-692

<sup>280</sup> Ohne Verfasserangabe: Ärztliche, ethische, rechtliche Probleme der extrakorporalen Befruchtung. Berufsrechtliche Regelung soll sicherstellen, dass Ärzte nach den Richtlinien des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer verfahren. 88. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 22 (82) 1985, S. 1681-1690

<sup>281</sup> Burkart, W.: Die ethischen Probleme der In-vitro-Fertilisation. 37. Generalversammlung des Weltärztebundes. Aktuelle Politik, DÄ, H. 45 (82) 1985, S. 3321-3322

dass für keinen Arzt der Zwang oder die Pflicht zur Durchführung der künstlichen Befruchtung bestehen darf.<sup>282</sup>

„Angesichts der Tatsache, daß die In-vitro-Fertilisation eine neue medizinische Methode ist, die in vielen Teilen der Welt mehr und mehr für die Behandlung der Unfruchtbarkeit zur Verfügung steht, fordert der Weltärztebund die Ärzte auf, sich nach ethischen Grundsätzen und mit Respekt für die werdende Mutter und für den Embryo vom Beginn seines Lebens an zu verhalten.“<sup>283</sup>

1986 unterstützt der deutsche Juristentag die Auffassung des Weltärztebundes und des Deutschen Ärztetages, die Technik der In-vitro-Fertilisation als sinnvollen ärztlichen Eingriff zur Erfüllung des Kinderwunsches anzusehen.

„Die extrakorporale Befruchtung und die darauf folgende Embryoeinpflanzung können nicht als Verstoß gegen die Menschenwürde der Mutter oder des künftigen Kindes beurteilt werden, sofern bestimmte, noch näher zu bezeichnende Voraussetzungen erfüllt sind.“<sup>284</sup>

Diese fast uneingeschränkte Befürwortung der In-vitro-Fertilisation findet sich allerdings nicht in allen Berufskreisen. 1987 kritisieren die Kirche<sup>285</sup> und 1988 die Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner<sup>286</sup> die neue Entwicklung der menschlichen Fortpflanzung, die sie der Entfernung von natürlichen Vorgängen und „Entmenschlichung“ gleichsetzen.

„Der ‚Ehebruch im Reagenzglas‘ und auch die heterologe Insemination kann ethisch nicht vertreten werden. In der Herrschaft von Menschen über Menschen wird das Leben zur Ware, das Kind zum Produkt. [...] Oberstes Gesetz muß der Schutz des Kindes bleiben.“<sup>287</sup>

Weitere Artikel zum Thema der Unfruchtbarkeit und In-vitro-Fertilisation, die unterschiedliche Meinungen wiedergeben, sind im Deutschen Ärzteblatt nicht mehr vorhanden. Es wird allerdings aus einem 1990 veröffentlichten Artikel über das Embryonenschutzgesetz deutlich, dass die Technik der In-vitro-Fertilisation zum Zweck der Erfüllung des Kinderwunsches akzeptiert zu sein scheint und nun die Abgrenzung dieser Möglichkeiten von Forschungszwecken und Experimenten von großer Bedeutung ist.

„Grundgedanke des Gesetzes ist es, daß mit der Kernverschmelzung innerhalb der befruchteten Eizelle menschliches Leben entsteht und demnach dem Umgang mit menschlichen Leben von

---

<sup>282</sup> Ohne Verfasserangabe: Ärztliche, ethische, rechtliche Probleme der extrakorporalen Befruchtung. Berufsrechtliche Regelung soll sicherstellen, daß Ärzte nach den Richtlinien des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer verfahren. 88. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 22 (82) 1985, S. 1681-1690

<sup>283</sup> Burkart, W.: Die ethischen Probleme der In-vitro-Fertilisation. 37. Generalversammlung des Weltärztebundes. Aktuelle Politik, DÄ, H. 45 (82) 1985, S. 3321-3322

<sup>284</sup> Ohne Verfasserangabe: 56. Deutscher Juristentag zu künstlicher Befruchtung und Sterbehilfe. Meinungsbildung im Sinne der Bundesärztekammer-Richtlinien. Themen der Zeit, DÄ, H. 47 (83) 1986, S. 3272-3276

<sup>285</sup> Ohne Verfasserangabe: Humanae vitae fortgeschrieben. Fortpflanzung. Seite eins, DÄ, H. 13 (84) 1987, S. B-577

<sup>286</sup> Dr. med. Sauter-Servaes, H.: Der Arzt darf niemals ein Komplize beim Suizid sein. Zeichen der Zeit. Tagungsberichte, DÄ, H. 38 (85) 1988, S. B-1787-1788

<sup>287</sup> Dr. med. Sauter-Servaes, H.: Der Arzt darf niemals ein Komplize beim Suizid sein. Zeichen der Zeit. Tagungsberichte, DÄ, H. 38 (85) 1988, S. B-1787-1788

seinem Beginn an klare Grenzen gesetzt werden müssen. Verboten wird, Eizellen zu einem anderen Zweck zu befruchten, als eine Schwangerschaft bei einer Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt. Embryonen dürfen also nicht ausschließlich zu Forschungszwecken erzeugt werden. Verboten wird eine sogenannte verbrauchende Forschung, ferner das Klonen und das Bilden von Chimären und Hybriden.“<sup>288</sup>

### ***Kommentar***

Die progrediente Überschreitung moralischer Grenzen, die durch die Erweiterung technischer Möglichkeiten hinsichtlich der Kinderwunscherfüllung und der Embryonenzüchtung zu Forschungszwecken hervorgerufen wurde, stellt, meines Erachtens, eine frag- und diskussionswürdige Entwicklung dar. Dieser Aspekt beleuchtet das Thema der Legalisierung der In-vitro-Fertilisation nochmals aus einem anderen Betrachtungswinkel. Die Entscheidung, die In-vitro-Fertilisation zu legalisieren, hängt, meiner Auffassung nach, somit nicht nur von der Frage der ethischen Vertretbarkeit einer Verlagerung des Lebensbeginns vom Uterus in die Petrischale ab, sondern auch von den Bedenken einer nachfolgenden Entwicklung, die eine Verwendung dieser Technik zu Forschungszwecken und Züchtung vorsieht.

Analysiert man die In-vitro-Fertilisation ohne Berücksichtigung der oben beschriebenen wissenschaftlichen Komponente, so bildet, meines Erachtens, die Abwägung zwischen nicht-erfülltem Kinderwunsch und der Entstehung von Nachwuchs außerhalb des ehelichen Aktes den Schwerpunkt der ethischen Diskussion. Die Bundesärztekammer, der Deutsche Ärztetag und die Bundesregierung geben von Anfang an ihre Zustimmung für diese Maßnahme bekannt. Konservative Theologen hingegen stimmen nur der Entstehung menschlichen Lebens innerhalb des ehelichen Geschlechtsaktes zu. Sie unterscheiden nicht den einzelnen Geschlechtsakt von der generellen Bereitschaft eines Paares, Nachkommen zu zeugen, und halten es zudem für anmaßend, jedem Paar das Recht und den Anspruch zuzusprechen, auf diese Weise, entgegen den Gesetzen der Natur, Kinder zu zeugen. Demnach ist die Entscheidung eng mit der Annahme oder Ablehnung christlicher Weltanschauungen verknüpft und liegt, meines Erachtens, aus diesem Grund im Ermessen und in der Verantwortung des Einzelnen. Überträgt man diese Aussage auf die Rolle des Arztes, so kann ihm, meiner Beurteilung nach, keine standeswidrige Handlung unterstellt werden, da der Arzt lediglich zur Entstehung menschlichen Lebens beiträgt und die ärztliche Ethik nicht primär an christliche Werte gebunden ist.

Die beiden Kapitel über die medizinischen Möglichkeiten der Kinderwunscherfüllung demonstrieren, meines Erachtens, im Vergleich zu den Kapiteln Abtreibung und Empfängnisverhütung, ein wesentlich stärkeres Übereinkommen der Interessen von Ärzten

---

<sup>288</sup> Ohne Verfasserangabe: Embryonenschutz. Im Zeichen des Misstrauens. Seite eins, DÄ, H. 44 (87) 1990, S. B-2385

und von Patienten. Der Grund dafür kann, meiner Meinung nach, darin gesehen werden, dass die Bereiche der künstlichen Befruchtung nicht den Bruch mit solch bedeutsamen standesethischen Grundsätzen, wie der ärztlichen Verpflichtung, Leben zu erhalten und zu schützen, erfordern. Wahrscheinlich ist es eher vertretbar, einen künstlichen Ehebruch zu unterstützen oder die Befruchtung in die Petrischale zu verlagern als einem ungeborenen Menschen die Chance zu leben zu nehmen.

### 5.1.3.5 *Euthanasie*

Euthanasie ist ein Thema, das die Redaktion und die Leser des Deutschen Ärzteblattes von 1961 bis zum heutigen Zeitpunkt beschäftigt. Während die Themengebiete Abtreibung, Empfängnisverhütung, Insemination und In-vitro-Fertilisation den Beginn menschlichen Lebens behandeln, steht hier das Ende des Lebens, der Todeszeitpunkt, im Vordergrund. Der Kern der Diskussion besteht in der Uneinigkeit, ob die Pflicht des ärztlichen „Nihil nocere“ durch Verhinderung von Leiden, im Sinne der Sterbehilfe, oder durch das unbedingte Erhalten von menschlichem Leben gewährleistet wird.<sup>289</sup>

Der Entwurf eines neuen Strafgesetzbuches wird 1961 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht und erklärt die Euthanasie zu einer illegalen ärztlichen Handlung. Dieser Beschluss führt zu zahlreichen Diskussionen sowohl unter Fachleuten als auch unter Laien.

„(1) Wer einen anderen tötet, weil er durch dessen ausdrückliches und ernstliches Verlangen dazu bestimmt worden ist, wird mit Gefängnis von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.“<sup>290</sup>

Die 1963 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Befürchtungen eines Arztes vor menschenverachtender Behandlung und Degradierung der Patienten zum Objekt demonstrieren, dass diese Problematik an Bedeutung zunimmt und die Möglichkeit der aktiven oder passiven Euthanasie von einigen Ärzten angedacht wird. Er betont insbesondere

---

<sup>289</sup> Der Eid des Hippokrates klärt diesen Konflikt eindeutig, indem er die Euthanasie auf Wunsch des Patienten ablehnt, und hält die ärztliche Pflicht, „nach bestem Wissen und Gewissen“ zu handeln, um den Patienten „vor Schaden zu bewahren“, als oberstes Gebot aufrecht. Vgl. Hellner, H.: *Arzt, Kranker, Krankheit*, J. F. Lehmanns Verlag, München 1970, S. 10-11

Im „Corpus Hippocraticum“ zeichnet sich eine auch zu damaligen Zeiten herrschende Uneinigkeit im Umgang mit ärztlicher Euthanasie ab. Einige Abschnitte weisen daraufhin, dass der Arzt in bestimmten Fällen die Therapie rechtzeitig unterbrechen oder gar nicht mit der Anwendung therapeutischer Maßnahmen beginnen sollte. Die eindeutige ethische Richtlinie, die aus dem Hippokratischen Eid erkennbar ist, kann somit nur unter kritischer Betrachtung des „Corpus Hippocraticum“ übernommen werden. Diese Zusammenhänge lassen den Schluss zu, dass mehrere Personen an der Verfassung beteiligt waren und dass diese keine einheitliche Meinung vertreten und publiziert haben. Vgl. Hiersche, H.-D.: *Euthanasie. Probleme der Sterbehilfe. Eine interdisziplinäre Stellungnahme*, R. Piper & Co. Verlag, München 1975, S. 18 und 22.

Ein zusätzlicher Aspekt, der die Gültigkeit des Hippokratischen Eides in Frage stellt, ist die Übertragbarkeit auf die Gegenwart, also seine Aktualität. Er scheint nur in angepasster Form noch erfüllbar zu sein, da das ärztliche Handeln sich nicht nach einer Ideologie, sondern nach den Wünschen der Hilfsbedürftigen richtet. Vgl.

Hiersche, H.-D.: *Euthanasie. Probleme der Sterbehilfe. Eine interdisziplinäre Stellungnahme*, R. Piper & Co. Verlag, München 1975, S. 216-218

<sup>290</sup> Ohne Verfasserangabe: Entwurf eines neuen Strafgesetzbuches. Die für den Arzt und die ärztliche Berufsausübung wichtigsten Bestimmungen, DÄ, H. 4 (46) 1961, S. 187-194

den bereits in Deutschland erlebten Zerfall ethischer Grundsätze, der durch zunächst unbedeutend erscheinende Zugeständnisse eingeleitet wurde.

„Die Achtung vor dem Menschenleben ist unteilbar, und selbst wenn es sich um körperliche oder geistige Krüppel handelt, darf und kann es keine ärztlich begründete Tötung geben. Die speziellen Erfahrungen bei uns haben gezeigt, dass eine weiche Stelle in dieser Grundhaltung genügt, um der Lawine der Unmenschlichkeit den Weg zu ebnet.“<sup>291</sup>

1973 nehmen diese Ängste um „Entmenschlichung“ und Entwürdigung menschlichen Lebens ein so erhebliches Ausmaß an, dass dieses Thema öffentlich in einer Diskussionsrunde des ZDF besprochen wird. Insbesondere fürchtet man die Entwicklung eines sozialen Programms in dem Sinne, dass Patienten frühzeitig zum Sterben verholfen wird, um Platz zu schaffen für Patienten, bei denen man eine höhere Lebenschance erwartet.<sup>292</sup>

„Sonst wird der Tod von morgen in einer immer mehr überalterten und vom Egoismus angefressenen Gesellschaft schließlich ein Teil eines ‚sozialen‘ Programms und zum Signal einer trotz aller Beteuerungen inhumanen Gesellschaft. Eine Diskussion hat begonnen, die zu Erkenntnissen führen kann. In der aber auch die Gefahr einer neuen Hemmungslosigkeit liegt.“<sup>293</sup>

In den Jahren 1974 und 1975 finden sich erstmalig im Deutschen Ärzteblatt Äußerungen, die die gegenteilige Meinung vertreten. Sie fassen den schmerzfreien Tod und das Erleichtern des Sterbens im Sinne des Abbruchs lebensverlängernder Maßnahmen als ärztliche Pflicht auf, sowohl unter ethischen als auch unter rechtlichen Aspekten betrachtet.<sup>294</sup>

„Die Ärzteschaft, so heißt es in der Entschließung, wisse sich dabei einig mit der Ansicht namhafter Juristen; auch führende Moraltheologen bezeichnen ‚solche Unterlassungen‘ des Arztes nicht nur als erlaubt, sondern auch als sittlich geboten.“<sup>295</sup>

Die Gegenstimme zu diesem Beitrag, die nur einige Monate später erscheint, kritisiert den freizügigen Umgang mit ungeborenem menschlichen Leben nach der Durchsetzung der Fristenlösung, der sich, nach der Meinung des Autors, nun auf das Ende des Lebens projiziert. Somit unterliegt in seinen Augen die Entscheidung über den Zeitpunkt von Beginn und Ende menschlichen Lebens dem Willen anderer.

---

<sup>291</sup> Prof. Dr. med. Hellbrügge, T.: Ärztliche Gesichtspunkte zu einer ‚begrenzten‘ Euthanasie, *ÄM*, H. 25 (60) 1963, S. 1428-1440

<sup>292</sup> Häussermann, E.: Euthanasie: Neues Thema in den Funk- und Fernseh-Studios. Blick auf den Bildschirm, *DÄ*, H. 34 (70) 1973, S. 2183-2184

<sup>293</sup> Häussermann, E.: Euthanasie: Neues Thema in den Funk- und Fernseh-Studios. Blick auf den Bildschirm, *DÄ*, H. 34 (70) 1973, S. 2183-2184

<sup>294</sup> Jatho, K.: Gedanken zur ärztlichen Sterbehilfe, *DÄ*, H. 36 (71) 1974, S. 2587-2590.

Die Schmerzlinderung gehört genauso wie die Pflicht zur Heilung, zur Verzögerung der Auswirkungen und Verhinderung von Krankheiten zu den rechtlichen Pflichten des Arztes. Eine Vernachlässigung in der Anwendung schmerzlindernder Maßnahmen kann somit zu vorsätzlicher oder fahrlässiger Körperverletzung aufgrund unterlassener Hilfeleistung führen. Vgl. Hiersche, H.-D.: Euthanasie. Probleme der Sterbehilfe. Eine interdisziplinäre Stellungnahme, R. Piper & Co. Verlag, München 1975, S.123

<sup>295</sup> Ohne Verfasserangabe: „Jeder hat das Recht auf natürlichen Tod“, Baden-Württemberg, *DÄ*, H. 3 (72) 1975, S. 120



„Nachdem der Beginn menschlichen Lebens durch die Fristenregelung völlig schutz- und rechtlos ist, entbehrt es nicht einer gewissen Logik, auch das Ende menschlichen Lebens der Verfügungsgewalt des Menschen absolut auszuliefern.“<sup>296</sup>

In diesem Zusammenhang stellt sich, meines Erachtens, die Frage, ob die freie Verfügbarkeit anderer über den Zeitpunkt des eigenen Lebensendes als Argumentation für oder gegen die Sterbehilfe interpretiert werden kann, da die Entscheidung lebensverlängernde Maßnahmen einzusetzen oder abubrechen immer eine von Mitmenschen getroffene Entscheidung über die Zukunft des Patienten darstellt, die nicht zwangsläufig mit dem Wohl des Patienten gleichgesetzt werden kann. Erstrebenswert wäre somit die autonome Entscheidung des Patienten über sein Leben und dessen Ende.<sup>297</sup>

Bis 1981 erscheinen im Deutschen Ärzteblatt abwechselnd sowohl Beiträge, die von entwürdigendem Sterben durch bedingungsloses Erhalten von menschlichem Leben sprechen<sup>298</sup>, als auch Beiträge, die die ärztliche Berufsethik durch Verfall grundlegender Werte gefährdet sehen<sup>299</sup>.

1981 zeigt die Stellungnahme des 84. Deutschen Ärztetages die strikte Ablehnung der aktiven Euthanasie, während der passiven Sterbehilfe insoweit Vorrecht eingeräumt wird, dass ihre Anwendung empfohlen wird, wenn nur noch auf diesem Weg dem Patienten ein menschenwürdiges Sterben ermöglicht werden kann. Auch die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung, die von der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) unterstützt wird<sup>300</sup>, lehnt der Deutsche Ärztetag entschieden ab.

„Mit aller Entschiedenheit wendet sich der 84. Deutsche Ärztetag gegen die von der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben geforderte gesetzliche Zulassung eines sog. Gnadentodes. [...]

---

<sup>296</sup> Dr. Schmitt, L.: Gedanken zur ärztlichen Sterbehilfe. Zu dem Artikel von Prof. Dr. med. Kurt Jatho in Heft 36/1974, Definitionen, DÄ, H. 15 (72) 1975, S. 1061-1062

<sup>297</sup> Ach, Wiesing, Marckmann: Einführung, Sterbehilfe in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart, 2004, S. 213-223.

Das Recht auf Leben und auch auf das Ende des eigenen Lebens oder den Zeitpunkt dieses Endes gehört zu den Persönlichkeitsrechten jedes Individuums. Dieses Recht besonders im Hinblick auf todkranke Patienten zu wahren steht jedoch in Konkurrenz zur ärztlichen Verantwortung Leben zu schützen und zu erhalten, wenn diese indirekte oder direkte Beihilfe zur Selbsttötung bei eigener Unfähigkeit leisten sollen. Das Problem der Befürwortung der Tötung auf Verlangen liegt darin, dass der ärztliche Berufsstand gezwungen wird, die Verantwortung als Vollstrecker dieser Handlung zu übernehmen, und damit gleichzeitig in Konflikt mit seinen berufsethischen Verpflichtungen gerät. Vgl. Hiersche, H.-D.: Euthanasie. Probleme der Sterbehilfe. Eine interdisziplinäre Stellungnahme, R. Piper & Co. Verlag, München 1975, S. 226-227

<sup>298</sup> Dr. med. Franke, K.: Exitus letalis. Ein kleines, aber überaus wichtiges Buch, DÄ; H. 29 (74) 1977, S. 1865-1867

<sup>299</sup> Dr. med. Meyer, E. Th.: Die Herausforderung für den europäischen Arzt, DÄ, H. 18 (72) 1975, S. 1289-1293

<sup>300</sup> Ausführlichere Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben, vgl. Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e. V.: Rechtspolitische Leitsätze und Vorschläge der DGHS zu Patientenverfügungen und Sterbehilfe. Sterbehilfe in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 250-253

Nach Meinung des Deutschen Ärztetages gehört es zu den selbstverständlichen ärztlichen Aufgaben, dafür zu sorgen, daß Menschen in Würde sterben können.<sup>301</sup>

1983 schließt sich die 35. Generalversammlung des Weltärztebundes dieser Aussage an.

„Aufgabe des Arztes ist es zu heilen, er darf niemals, auch nicht auf Wunsch, den Tod eines Patienten herbeiführen. Im Einverständnis mit dem Patienten oder seinen Angehörigen darf der Arzt jedoch bei einem unheilbar Kranken auf Behandlungsmaßnahmen verzichten, wenn sie nur zusätzliches Leiden herbeiführen.“<sup>302</sup>

1984 wird die Äußerung des Deutschen Ärztetages im Vergleich zu derjenigen aus dem Jahr 1981 wesentlich detaillierter formuliert, insbesondere im Hinblick auf die passive Sterbehilfe. Die Ablehnung der aktiven Sterbehilfe und die Befürwortung palliativ-medizinischer Maßnahmen stellen für den Deutschen Ärztetag Entscheidungen dar, die aus ethischer Perspektive betrachtet nicht in Frage gestellt werden. Die Ablehnung oder Befürwortung der passiven Sterbehilfe muss hingegen, den Entschließungen des Deutschen Ärztetages zufolge, in Abhängigkeit von den jeweiligen Umständen entschieden werden. Sie treibt den Arzt durch die Konkurrenz zweier beruflicher Verpflichtungen, die Pflicht Leiden zu vermeiden und Leben zu erhalten, in eine ethische Konfliktsituation. Die passive Sterbehilfe wird in bestimmten Situationen nicht nur befürwortet, sondern dem Arzt wird sogar das Recht zur Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen zugesprochen, um zusätzliches Leiden zu vermeiden. Um in diesen Situationen die richtige Entscheidung zu treffen, hat der Arzt die Aufgabe, den Nutzen der kurativen Medizin festzustellen und den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln.

„Berufsethisch zulässige Sterbehilfe schließt das Recht des Arztes ein, auf medizinisch und technisch mögliche Maßnahmen der Lebensverlängerung oder Wiederbelebung bei Sterbenden zu verzichten und damit einen sicher bevorstehenden Tod nicht hinauszuzögern. Voraussetzung ist hierbei jedoch, daß der Arzt seine Entscheidung nach gewissenhafter Abwägung aller Umstände trifft und daß diese Entscheidung zugleich des den Umständen zu entnehmenden Willen des Kranken entspricht. [...] Unabhängig von der Ablehnung der aktiven Sterbehilfe ist es Aufgabe des Arztes, Hilfe beim Sterben zu leisten.“<sup>303</sup>

Die Entschließungen des Deutschen Ärztetages und die Aussagen des Weltärztebundes weisen eine beständige ethische Haltung auf, die, meiner Beurteilung nach, einigen Ärzten Orientierung im Umgang mit der Sterbehilfe bietet, jedoch keine rechtlich abgesicherte Grundlage darstellt.

---

<sup>301</sup> Ohne Verfasserangabe: 18 Resolutionen: Von „Ausbildung“ bis „Weiterbildung“. Ärztetag: Resolutionen, DÄ, H. 24 (78) 1981, S. 1187-1191

<sup>302</sup> Burkart, W.: Weltärztebund: Boxen verbieten! Bericht von der 35. Generalversammlung in Venedig. Nachrichten, DÄ, H. 45 (80) 1983, S. 18-20

<sup>303</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschließungen vom Plenum verabschiedet am 18./19. Mai. 87. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 22 (81) 1984, S. 1764

Die Haltung der deutschen Ärzteschaft zur bisher fehlenden rechtlichen Absicherung ist, einer 1985 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Umfrage zufolge, gespalten. Das Ziel der juristischen Fixierung läge darin, dass die ärztliche Macht, über Leben und Tod der Patienten entscheiden zu können, eingegrenzt und die aktive Sterbehilfe zur Straftat erklärt wird.

Die Umfrage demonstriert, dass sich einige Ärzte diese juristische Absicherung wünschen, um Gewissheit über ihre Entscheidungen zu erhalten, und andere es als Anmaßung betrachten, wenn über einer Entscheidung, die in der Kompetenz des Arztes liegt, ein gesetzlicher Beschluss steht.<sup>304</sup>

„Eine gesetzliche Regelung ist zum Schutz des Arztes notwendig. Durch sie kann die aktive Sterbehilfe, die im Gegensatz zum Berufsethos steht, definitiv verboten werden. Durch die Regelungen wird festgelegt, daß Ärzte keine ‚Gewalt über Leben und Tod‘ haben. Sie sorgen dafür, daß ‚Missbräuche vermieden werden‘.“<sup>305</sup>

„Der Gesetzgeber kann dem Arzt die Entscheidung nicht abnehmen. Sie muß im Ermessen jedes einzelnen Arztes bleiben. Es ist nicht möglich, eine so schwierige Problematik durch Gesetze zu regeln.“<sup>306</sup>

Die Entscheidung in den Händen der Ärzte zu lassen und keinerlei rechtliche Vorgaben zu schaffen, scheint nicht durchsetzbar zu sein. Der Bundesjustizminister spricht sich in einem 1985 veröffentlichten Artikel eindeutig für die Bestrafung bei Anwendung der aktiven Sterbehilfe aus<sup>307</sup> und im nächsten Jahr veröffentlicht das Deutsche Ärzteblatt die ersten Gesetzesvorschläge des Deutschen Juristentages. Darin wird Straffreiheit bei Tötung auf Verlangen in Abhängigkeit von den jeweiligen Umständen vorgesehen.

„Es empfiehlt sich, bei der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) gesetzlich die Möglichkeit vorzusehen, dass das Gericht von Strafe absehen kann, wenn die Tötung zur Beendigung eines unerträglichen Leidenszustandes vorgenommen worden ist.“<sup>308</sup>

Nach Ansicht des Weltärztebundes ist diese Forderung nicht vertret- und durchsetzbar. Um dies zu betonen, formuliert er 1987 eindeutig seine Ablehnung gegenüber Straffreiheit bei Tötung auf Verlangen. Die Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen grenzt er davon ab

---

<sup>304</sup> Deibl, A. K.: Die Mehrheit lehnt die aktive Sterbehilfe ab. Ärzte befragen Ärzte (IX). Aktuelle Politik, DÄ, H. 4 (82) 1985, S. 157-159

<sup>305</sup> Deibl, A. K.: Die Mehrheit lehnt die aktive Sterbehilfe ab. Ärzte befragen Ärzte (IX). Aktuelle Politik, DÄ, H. 4 (82) 1985, S. 157-159

<sup>306</sup> Deibl, A. K.: Die Mehrheit lehnt die aktive Sterbehilfe ab. Ärzte befragen Ärzte (IX). Aktuelle Politik, DÄ, H. 4 (82) 1985, S. 157-159

<sup>307</sup> Ohne Verfasserangabe: Justizminister: Aktive Sterbehilfe bleibt unethisch. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 18 (82) 1985, S. 1321

<sup>308</sup> Ohne Verfasserangabe: 56. Deutscher Juristentag zu künstlicher Befruchtung und Sterbehilfe. Meinungsbildung im Sinne der Bundesärztekammer-Richtlinien. Themen der Zeit, DÄ, H. 47 (83) 1986, S. 3272-3276

und erklärt sie als legale ärztliche Handlung in einer Phase des Sterbens, in der die Lebenserhaltung mit einer Verlängerung des Leidens gleichzusetzen ist.<sup>309</sup>

„Euthanasie – das heißt: die absichtliche Beendigung des Lebens eines Patienten, selbst auf dessen eigenen Wunsch oder auf den naher Angehöriger – ist unethisch. Dies hindert den Arzt jedoch nicht daran, dem Wunsch eines sterbenden Patienten zu folgen und das Sterben in der Endphase einer Krankheit seinen natürlichen Lauf gehen zu lassen.“<sup>310</sup>

Aus den bisherigen Ergebnissen kann, meines Erachtens, geschlossen werden, dass unter der Ärzteschaft sowohl international als auch in Deutschland Einigkeit darin besteht, dass die Legalität der aktiven Sterbehilfe strikt abzulehnen ist und technische Möglichkeiten der Intensivmedizin nicht bis zu einem menschenentwürdigenden Stadium zum Zweck der Lebenserhaltung auszureizen sind. Die ideale Vorstellung läge somit darin, Leiden zu vermeiden und gleichzeitig nicht die Funktion eines Henkers zu übernehmen, um dem Patienten so wenig wie möglich zu schaden und um Misstrauen in die ärztliche Tätigkeit zu vermeiden. Aus diesen Gedanken heraus entwickeln sich bereits in den 60er Jahren in Nordamerika und England und 1989 auch in Deutschland die Hospize.<sup>311</sup> 1989 findet sich im Deutschen Ärzteblatt der erste Artikel, der die Aufgabe und Idee dieser Einrichtung beschreibt. Sie liegt in der Sterbebegleitung durch Zuwendung und Schmerzfremheit bei Versagen der kurativen Medizin. In den meisten Krankenhäusern kann diese Art der Patientenbetreuung aufgrund von Zeitdruck und mangelnder Kompetenz der Ärzte und Pflegekräfte häufig nicht gewährleistet werden.<sup>312</sup> Ziel ist es, das Gefühl der Vereinsamung und des Alleingelassenseins aufzufangen und mit der Hilfe von Ärzten, Pflegekräften und Angehörigen ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen.<sup>313</sup>

---

<sup>309</sup> Vgl. Weltärztebund: Deklaration des Weltärztebundes zur Euthanasie. Sterbehilfe in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 223-228

<sup>310</sup> Burkart, W.: Euthanasie, AIDS, Berufliche Freiheit. 39. Generalversammlung des Weltärztebundes. Aktuelle Politik, DÄ, H. 45 (84) 1987, S. B-2091-2093

<sup>311</sup> Endrich, G.: Hospize – Fürsorge. Geborgenheit und menschenwürdiges Sterben. Tagungsbericht, DÄ, H.1-2 (86) 1989, S. B-20-21

<sup>312</sup> Die Kompetenz der Fachkräfte, Sterbebetreuung zu leisten, drückt sich nicht in medizinischem Fachwissen aus, sondern in emotionalen Fähigkeiten. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod, authentisches und wahrhaftiges Verhalten am Sterbebett und die von jeglicher Wertung freie Akzeptanz des Sterbenden gelten in der ehemaligen DDR als Voraussetzung für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Betreuung Sterbender. Vgl. Luther, E.: Ethik in der Medizin, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1986, S. 166, S. 178

<sup>313</sup> Im Zusammenhang mit der Aufgabe der Hospize wird der Bewahrungsauftrag nach Hufeland angeführt, der den Arzt nicht nur zur Heilung, sondern auch bei unheilbaren Krankheiten zur Lebenserhaltung und Lebenserleichterung verpflichtet. Der ärztliche Behandlungsabbruch, der den Abbruch sowohl kurativer als auch palliativer Maßnahmen beinhaltet, bedeutet die Vernichtung von Hoffnung und Zuversicht. Nach Hufeland folgt aus der Hoffnungslosigkeit des Arztes die Lethargie und schließlich der Tod des Patienten. Vgl. Luther, E.: Ethik in der Medizin, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1986, S. 166

Die Deutsche Bischofskonferenz und der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland befürworten in der „Woche für das Leben“ vom 4.-10.5.1996 die Einrichtung der Hospize, die sie unterstützen und verbreiten wollen. Sie verfolgen die Vorstellung, dass der Tod Bestandteil des Lebens ist und nicht das Ende des Lebens darstellt, sondern den Übergang in ein neues Leben. In den Augen der kirchlichen Vertreter wäre eine Wiederbelebung der mittelalterlichen Sterbekultur wünschenswert. Vgl. Deutsche Bischofskonferenz / Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland: Leben bis zuletzt: Sterben als Teil des Lebens. Erklärung der Deutschen

„[...] Schmerzfreiheit durch regelmäßige Medikation erlaube es den Patienten, ihre Kräfte auf ihnen wichtige Dinge und die emotionale Bewältigung ihrer Situation zu richten. [...] Für Sterbende außerordentlich wichtig sei auch die ärztliche Zuwendung, die vielerorts zu kurz komme. Zuwendung sei eine Frage der Einstellung, nicht der Zeit. [...] Überfordert und alleingelassen mit ihren Ängsten fühlten sich die jungen Ärzte und die meist noch jüngeren Pflegekräfte, die häufig mit Sterbenden konfrontiert seien. [...] Um die Situation der Pflegenden und der sterbenden Patienten zu verbessern, gelte es in Zukunft, bessere Personalschlüssel und mehr Stellen zu erreichen, Gespräche mit Patienten auch für Pflegekräfte dokumentierbar zu machen, Angehörige und freiwillige Helfer in den Kliniken stärker zu integrieren, mehr im Team, zum Beispiel auch mit dem Krankenhaussozialdienst, zu arbeiten und eine regelmäßige Supervision sicherzustellen, um Umgang mit den eigenen Ängsten zu bewältigen.“<sup>314</sup>

Erfreulicherweise scheint sich, meines Erachtens, durch die Einführung der Hospize und durch die Standhaftigkeit in der Ablehnung der aktiven Euthanasie eine neue moralische Basis für den Umgang mit dieser Thematik gebildet zu haben. 1989 wird die Haltung der nationalen und internationalen Ärzteverbände durch die Richtlinien der Bundesärztekammer für ärztliche Sterbehilfe bestätigt.<sup>315</sup>

„Zu den wahren Pflichten des Arztes gehört es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern, aber auch, dem Sterbenden bis zu seinem Tode zu helfen; diese Hilfe besteht in Behandlung, Beistand und Pflege. Wenn ein Hinausschieben des Todes für den Sterbenden eine nicht zumutbare Verlängerung des Leidens bedeutet, wenn das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf angenommen hat – nur in solchen Fällen kann der Arzt auf weitere, technisch eventuell noch mögliche Maßnahmen bloßer Lebensverlängerung verzichten und sich auf eine Linderung von Beschwerden beschränken. Allein dies ist ärztliche Sterbehilfe.“<sup>316</sup>

Trotz dieser scheinbar unter der Ärzteschaft anerkannten Einstellung wird eine vermehrt auftretende vorsätzliche Tötung in Pflegeheimen beobachtet. Diese Feststellung und die Einführung der Fristenlösung führen zu der Befürchtung, dass die Überschreitung moralischer Grenzen ausgedehnt wird und schließlich ein ethischer Wertezerfall zu menschenverachtendem ärztlichem Handeln führt.

---

Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zur *Woche für das Leben* vom 4.-10.5.1996. Sterbehilfe in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 232-233

<sup>314</sup> Endrich, G.: Hospize – Fürsorge. Geborgenheit und menschenwürdiges Sterben. Tagungsbericht, DÄ, H. 1 –2 (86) 1989, S. B-20-21

<sup>315</sup> Ausführlichere Angaben der Bundesärztekammer über die Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung mit Erläuterungen der ärztlichen Pflichten bei Sterbenden, des Verhaltens bei Patienten mit infauster Prognose, der Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit und der Ermittlung des Patientenwillens siehe Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Sterbehilfe in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 223-228

<sup>316</sup> Ohne Verfasserangabe: Wahre ärztliche Sterbehilfe. Richtlinien der BÄK. Seite eins, DÄ, H. 12 (86) 1989, S. B-581

1992 veröffentlicht ein Arzt im Deutschen Ärzteblatt einen Artikel, der seine Empörung und seine Befürchtungen in diesem Zusammenhang zum Ausdruck bringt. Für ihn ist es besonders bedenkenswert, dass aufgrund der Durchsetzung politischer Interessen und Ziele ethische Grundsätze verworfen werden, wie es die Diskussion um die Abtreibung bereits gezeigt hat. Der Schritt, auch für das Ende des Lebens Entscheidungen zu treffen, die soziale, politische und finanzielle Vorteile versprechen, scheint in seinen Augen nicht weit entfernt zu sein.<sup>317</sup>

„Vor diesem Hintergrund gewinnen die in den letzten Jahren bekannt gewordenen vorsätzlichen Tötungen alter Menschen in Pflegeheimen vor allem im Zusammenhang mit den Bemühungen zur Legalisierung einer aktiven Sterbehilfe durch den behandelnden Arzt eine besondere Bedeutung. Die aufgezeigten Fakten lassen fürchten, daß wir am Anfang einer Entwicklung stehen, in deren Verlauf die Zahl der unnatürlichen Todesfälle bei alten Menschen zunehmen wird. [...] Die Ärzteschaft muß sich in dieser Situation davor hüten, eventuell zum Spielball der Gesetzgebung zu werden, denn die Entwicklung geht weiter. Bereits die politischen Ereignisse um die gesamtdeutsche Einigung sowie die zur zentralen Frage im Einigungsvertrag hochstilisierte Problematik der Fristenlösung beim Schwangerschaftsabbruch (7) lassen Besorgnis aufkommen. Denn diejenigen, die um politischer Ziele willen bereit sind, beim § 218 StGB ethische Grundsätze über Bord zu werfen, müssen sich fragen lassen, ob sie nicht eines Tages auch wegen sozial-politischer Zwänge bereit sind, ihre Auffassung gegenüber der aktiven Sterbehilfe zu ändern, vor allem dann, wenn voraussehbar das heutige Leistungsniveau des Sozialsystems nicht über die nächsten drei Jahrzehnte hinaus durchgehalten werden kann und der Pflegefall dann zum nicht mehr tragbaren politischen Risiko wird.“<sup>318</sup>

Im folgenden Jahr ist die befürchtete Entwicklung zwar nicht in Deutschland, aber in den Niederlanden zu beobachten. Die Legalisierung der ärztlichen Sterbehilfe wird geplant, obwohl der Niederländische Ärzteverband sich gegen diese Maßnahme ausspricht. Mit diesem Vorschlag entfernen sich die Niederlande von dem vom Weltärztebund 1987 in Madrid formulierten Beschluss und grenzen sich von den übrigen Ländern ab.

„Ärztliche Sterbehilfe soll in den Niederlanden künftig zulässig sein. [...] Der Niederländische Ärzteverband (NAV), die weitaus kleinere der beiden Landesorganisationen für Ärzte, bemängelt dieses Verfahren. [...] Strittig ist auch, wie mit den Fällen verfahren werden soll, bei denen der Arzt Sterbehilfe bei „willensunfähigen“ Patienten leistet. [...] Mit ihrer neuen Gesetzgebung strebt die Regierung an, diese Fälle in gleicher Weise wie die Euthanasie und die Hilfe bei Selbsttötung zu behandeln. [...] Der Weltärztebund erinnert anlässlich der Entscheidung in den Niederlanden an eine Deklaration des 39. Weltärzteskongresses vom Oktober 1987 in Madrid, in der Euthanasie als

---

<sup>317</sup> Der Einwand, dass in einer Gesellschaft, in der Jugend, Schönheit und Vitalität die wichtigsten Normalitätsanforderungen darstellen, Alter, Gebrechen und Behinderungen ausgegrenzt werden, da sie als überflüssige oder gar störende Belastung empfunden werden, darf nicht übergangen werden, sondern als ernsthafte Kritik entgegengenommen und reflektiert werden. Er kann zwar in Einzelfällen nicht als Argument gegen die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe angenommen werden, aber Bedenken vor einer allgemeingültigen Legalisierung der aktiven Sterbehilfe hervorrufen. Vgl. Wolf, J.-C.: Sterben, Tod und Tötung. Sterbehilfe in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 243

<sup>318</sup> Prof. Dr. med. Wagner, H.-J.: Konsumgesellschaft und Tötungsdelikte an alten Menschen. Phänomen oder bedrohliche Entwicklung. Aktuelle Politik, DÄ, H. 14 (89) 1992, S. B-778-780

„unethisch“ abgelehnt wird. Auch innerhalb der europäischen Ärzteschaft stehen die Niederlande mit ihrer Befürwortung der Euthanasie ziemlich isoliert da.<sup>319</sup>

Unmittelbar danach erscheint im Deutschen Ärzteblatt eine Veröffentlichung des Vatikans, in der nicht nur Kritik geübt wird, sondern auch Protest zum Ausdruck gebracht wird. Dies führt zu erheblichen Spannungen zwischen Vatikan und Niederländischem Ärzteverband.<sup>320</sup> Die Konfrontationen mit Nachbarländern und mit der Kirche scheinen jedoch die Niederlande an ihrem Vorhaben nicht zu hindern. 1994 setzen sie ein Gesetz in Kraft, das es Ärzten ermöglicht, die Tötung auf Verlangen bei ausdrücklichem Wunsch des Patienten straffrei durchzuführen. Anzumerken ist allerdings, dass nur in wenigen Fällen Ermittlungen gegen den Arzt, der einen Patienten auf eigenen Wunsch getötet hat, geführt werden.<sup>321</sup>

„Nach dem neuen Gesetz bleibt aktive Sterbehilfe grundsätzlich strafbar. Ärzten, die auf ausdrücklichen Wunsch ihrer Patienten und unter bestimmten Bedingungen Euthanasie leisten, steht jedoch Straffreiheit zu. [...] ‚Die neue Regelung wird nicht dazu führen, dass in allen Fällen aktiver Sterbehilfe auf Verlangen strafrechtliche Ermittlungen gegen einen Arzt eingeleitet werden‘, betonte der Justizminister. Straffrei bleiben Ärzte, wenn sie Euthanasie auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten praktiziert haben sowie dessen Krankheit und Leiden ‚unannehmbar‘ sind.“<sup>322</sup>

Die Reaktion des 98. Deutschen Ärztetages auf die Entscheidung der niederländischen Regierung äußert sich in der erneuten Betonung einer eindeutigen, strikten Ablehnung der aktiven Sterbehilfe. Außerdem können die anfänglichen Befürchtungen eines ethischen Wertezwangs bei Aufweichung der gesetzlichen Grenzen am Beispiel der Niederlande demonstriert werden. Der Bericht des Deutschen Ärztetages belegt, dass die Zahl der Todesfälle durch Tötung auf Verlangen in den niederländischen Pflegeheimen und Krankenhäusern erheblich zugenommen hat.<sup>323</sup>

„Der Deutsche Ärztetag tritt daher allen Bestrebungen zur Durchführung und Legalisierung aktiver ärztlicher Euthanasiemaßnahmen entschieden entgegen. [...] ‚Wie das niederländische Beispiel zeige, bestehe auch bei anfänglicher Eingrenzung der aktiven Euthanasie auf Freiwilligkeit und

---

<sup>319</sup> Spielberg, P.: Ein äußerst umstrittenes Thema. Euthanasie in den Niederlanden. Aktuelle Politik, DÄ, H. 8 (90) 1993, S. B-359-360

<sup>320</sup> Ohne Verfasserangabe: Vatikan kritisiert niederländisches Sterbehilfegesetz. Ausland. Nachrichten, DÄ, H. 12 (90) 1993, S. B-616

<sup>321</sup> Ausführlichere Angaben über die gesetzlichen Bestimmungen der Sterbehilfe in den Niederlanden vgl. Gordijn, B.: Freiwillige aktive Sterbehilfe in den Niederlanden. Sterbehilfe in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 257-260

<sup>322</sup> Klinkhammer, G.: Aktive Sterbehilfe bleibt grundsätzlich strafbar. Niederlande: Gesetz zu Euthanasie verabschiedet. Blick ins Ausland. Themen der Zeit, DÄ, H. 15 (91) 1994, S. B-790-791

<sup>323</sup> Klinkhammer, G., Dauth, S.: Akzeptanz vieler Anträge nach knappen Debatten. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. 98. Deutscher Ärztetag. Politik, DÄ, H. 23 (92) 1995, S. B-1218-1222

Ausführlichere Angaben zur Entwicklung der Sterbehilfe in den Niederlanden und den Fragen nach der Gefahr des befürchteten ethischen Dammbruchs vgl. Gillon, R.: Euthanasie in den Niederlanden – schon auf der schiefen Ebene? Sterbehilfe in Ethik in der Medizin, Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 253-257 und Ach, Wiesing, Marckmann: Einführung. Sterbehilfe in Ethik in der Medizin, Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 219-220 und S. 221-222

terminale Leidenszustände die massive Gefahr einer schrittweisen Ausweitung solcher Beschränkungen.“<sup>324</sup>

1996 zeigt sich erneut die Haltung des Deutschen Ärztetages<sup>325</sup> und des Vatikans<sup>326</sup> konstant und das Unverständnis gegenüber der gesetzlichen Regelung in den Niederlanden wächst. 1997 führt ein Arzt in einem im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel die Gründe für den Wunsch zu sterben auf, die sich im Wesentlichen auf unerträgliche Schmerzen, Mangel an Zuwendung und das Gefühl der Einsamkeit beschränken. All diese Beweggründe können durch die Betreuung schwerstkranker Patienten in Hospizen aufgefangen werden, und die Anwendung der aktiven Euthanasie würde jede Rechtfertigung verlieren.<sup>327</sup> Nach diesen Überlegungen steht, meines Erachtens, die Frage im Raum, ob in den Niederlanden ein bequemer Weg gewählt wurde, um sich der eigentlichen Problematik nicht stellen zu müssen, und ob durch aktive Euthanasie tatsächlich medizinische Verantwortung praktiziert wird.

„Nach niederländischen Untersuchungen liegen die Hauptmotive für den Sterbewunsch nicht in den oft zitierten unerträglichen Schmerzen, sondern in der Angst vor Abhängigkeit, Entstellung, Würdelosigkeit. Dabei handelt es sich durchweg um Beziehungsqualitäten im Verhältnis des Sterbenden zu seiner Umgebung. Die Erfahrungen mit Sterbehospizen zeigen daher auch, daß mitmenschlicher Rückhalt und adäquate medizinische Betreuung die Einstellung des Kranken zu seinem Leiden und Sterben in hohem Maße beeinflussen. [...] Die bisherigen Erfahrungen in den Niederlanden zeigen, daß die Möglichkeit der Fehlentscheidung, vor allem aber des Mißbrauchs keineswegs auszuschließen ist. [...] Der Damm zur ärztlich verordneten Euthanasie ist also längst gebrochen.“<sup>328</sup>

Nicht nur der Deutsche Ärztetag, Kirchen und die Bundesärztekammer lehnen die aktive Euthanasie ab, sondern auch, einer 1997 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Umfrage zufolge, die meisten deutschen Ärzte.<sup>329</sup> Aus diesem Grund können Befürchtungen, es könne auch in Deutschland zu einem vergleichbaren moralischen Dammbbruch kommen wie in den Niederlanden, meiner Beurteilung nach, weitgehend ausgeschlossen werden. Die bisherige Entwicklung der Euthanasie in Deutschland hat, meines Erachtens, gezeigt, dass die Bemühungen, eine humane Lösung für den Umgang mit dem Ende des menschlichen Lebens zu finden, erfolgreich waren.

---

<sup>324</sup> Klinkhammer, G., Dauth, S.: Akzeptanz vieler Anträge nach knappen Debatten. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. 98. Deutscher Ärztetag. Politik, DÄ, H. 23 (92) 1995, S. B-1218-1222

<sup>325</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschließungen zum Tagesordnungspunkt VI. 99. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 25 (93) 1996, S. B-1343-1348

<sup>326</sup> Klinkhammer, G.: Absage an aktive Euthanasie. Kirchen nehmen Stellung zur Sterbehilfe. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 20(93) 1996, S. B-1021

<sup>327</sup> Dr. med. Fuchs, T., Prof. Dr. med. Lauter, H.: Kein Recht auf Tötung. Euthanasie. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 5 (94) 1997, S. B-186-188

<sup>328</sup> Dr. med. Fuchs, T., Prof. Dr. med. Lauter, H.: Kein Recht auf Tötung. Euthanasie. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 5 (94) 1997, S. B-186-188

<sup>329</sup> Klinkhammer, G.: Vorrang für die Schmerztherapie. Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid. Aktuell. Politik, DÄ, H. 18 (94) 1997, S. B-938-939



Leider können diese Entschlüsse noch nicht die gesamte Problematik lösen. Ausnahmefälle, wie der Umgang mit Komapatienten, besonders im Hinblick auf Nahrungsentzug und Gültigkeit von Patientenverfügungen, bleiben ungelöst und bedürfen, einem 1997 veröffentlichtem Artikel des Deutschen Ärzteblattes zufolge, detaillierter Richtlinien, um behandelnden Ärzten eine Orientierung zu bieten.

„Eine aktive Euthanasie nach niederländischem Vorbild werde es in Deutschland ebenfalls nicht geben. In der neuen Sterbehilferichtlinie werde lediglich über die Einstellung parenteraler Ernährung und eine stärkere Gewichtung von Patientenverfügungen diskutiert, betonte Beleites.“<sup>330</sup>

Im gleichen Jahr veröffentlicht die Bundesärztekammer im Deutschen Ärzteblatt Richtlinien für die aktive und passive Sterbehilfe, in denen insbesondere die Behandlung von Wachkomapatienten dargestellt wird. Einigkeit besteht in der Ablehnung der aktiven Euthanasie.<sup>331</sup> Diskussionswürdig ist allerdings die Entscheidung, ob Behandlungsmaßnahmen bei Komapatienten aufgrund von Mutmaßungen über den Willen des Patienten abgebrochen werden dürfen und ob die parenterale Nahrungszufuhr den pflegerischen oder behandelnden Maßnahmen zuzuordnen ist.<sup>332</sup>

1998 einigt sich die Bundesärztekammer darauf, dass Wachkomapatienten genauso zu behandeln sind wie Lebende und dass Pflegemaßnahmen und Basisbetreuung, inklusive Nahrungszufuhr, genau definiert werden, um eine Versorgung zu garantieren. In diesem entscheidungsunfähigen Zustand werden, den Aussagen der Bundesärztekammer zufolge, Patientenverfügung und Vollmacht immer bedeutender für die Entscheidungen des Arztes.<sup>333</sup>

„Obwohl Wach-Koma-Patienten nicht zu den Sterbenden gehören, wurden sie in der Richtlinie thematisiert, um damit zu dokumentieren, daß Bewußtlosigkeit in Deutschland keine Indikation für eine Behandlungsbeschränkung sein darf. [...] In den Grundsätzen ist erstmals eine unverzichtbare Basisbetreuung definiert worden. [...] Eine wichtige Rolle bei der Willensbestimmung eines nicht mehr aktuell zustimmungsfähigen Patienten spielen Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen und Vorsorgevollmachten.“<sup>334</sup>

1998 präzisiert die Ethik-Charta in einer Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt die Gültigkeit von Patientenverfügungen. Sie kritisiert die Entscheidung über das Lebensende

---

<sup>330</sup> Klinkhammer, G.: Die Würde des Menschen wahren. Anfang und Ende menschlichen Lebens. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 13 (94) 1997, S. B-651-652

<sup>331</sup> Ohne Verfasserangabe: Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung. Dokumentation. Themen der Zeit, DÄ, H. 20 (94) 1997, S. B-1064-1065

<sup>332</sup> Klinkhammer, G.: Bundesärztekammer will Richtlinie nachbessern. Ärztliche Sterbebegleitung. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 5 (95) 1998, S. B-159

<sup>333</sup> Prof. Dr. med. Beleites, E.: Wegweiser für ärztliches Handeln. Sterbebegleitung. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 39 (95) 1998, S. B-1851-1852

<sup>334</sup> Prof. Dr. med. Beleites, E.: Wegweiser für ärztliches Handeln. Sterbebegleitung. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 39 (95) 1998, S. B-1851-1852

eines anderen Menschen aufgrund von Mutmaßungen und spricht Patientenverfügungen nur die Funktion der Orientierung zu, nicht aber der Entscheidungsgrundlage.

„Die Einmaligkeit des menschlichen Lebens verbietet es nach Auffassung der Arbeitsgruppe, Leben gezielt zu beenden. Niemand könne über den Lebenswert eines anderen entscheiden. Das Recht auf Selbstbestimmung sei zu hinterfragen; eine Patientenverfügung diene lediglich der Orientierung. Alle Mutmaßungen über einen nicht geäußerten Willen seien als Entscheidungsgrundlage ungeeignet.“<sup>335</sup>

Um der Patientenverfügung mehr Einfluss zusprechen zu können, sollte, einem 1999 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel zufolge, im Idealfall der Erstellung einer Patientenverfügung ein einfühlsames Arzt-Patienten-Gespräch vorausgegangen sein. Die Aussagen des Artikels „Der Arzt als Gesprächspartner“ basieren auf einer Umfrage und lassen somit, meines Erachtens, Vermutungen über die allgemein vorherrschende Meinung zu. Befürwortet wird im Rahmen dieser Umfrage, dass der Arzt bei der Erstellung von Patientenverfügungen die Persönlichkeit des Patienten und seinen Krankheitsverlauf genau kennen sollte, die Patientenverfügung in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden sollte und ein Patientenanwalt, der im entscheidungsunfähigen Stadium des Patienten die Vormundschaft übernimmt, angegeben werden sollte.<sup>336</sup>

„Eine Patientenverfügung ist demnach nur sinnvoll im Zusammenhang mit dem vorangegangenen einfühlsamen, eventuell wiederholten Gespräch mit dem Arzt. [...] In einem späteren Stadium ihrer Krankheit sind manche Patienten nicht mehr dazu in der Lage, solche Fragen für sich zu entscheiden. Daraus folgt, daß der geeignetste Gesprächspartner für das Thema „Patientenverfügung“ der Hausarzt ist. [...] Eine eindeutige Angabe des Patientenwillens wird dagegen als wertvolle Entscheidungshilfe betrachtet. Ein weiterer Punkt, über den in dieser Umfrage Übereinstimmung festzustellen war, ist die Aktualisierung der Patientenverfügung. [...] In einer Patientenverfügung kann ein ‚Patientenanwalt‘ eingesetzt werden, der in der entsprechenden Situation dem Arzt als Ansprechpartner zur Verfügung steht, wenn es um das weitere Vorgehen im Sinne des Patienten geht.“<sup>337</sup>

1999 bietet die Veröffentlichung von formalen Anleitungen und Orientierungshilfen der Bundesärztekammer über die Erstellung von Patientenverfügungen eine weitere Hilfestellung neben dem ärztlichen Beratungsgespräch, die es ermöglicht, die Patientenautonomie an der Grenze zwischen Leben und Tod zu wahren. Anlass dafür gibt die zunehmende Nachfrage bei gleichzeitiger Unsicherheit in der Erstellung von Patientenverfügungen.

---

<sup>335</sup> Klinkhammer, G.: Achtung vor der Würde des Menschen, „Ethik-Charta“. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 34-35 (95) 1998, S. B-1652

<sup>336</sup> Dr. med. Roller, S.: Der Arzt als Gesprächspartner. Patientenverfügungen. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 13 (96) 1999, S. B-641-642

<sup>337</sup> Dr. med. Roller, S.: Der Arzt als Gesprächspartner. Patientenverfügungen. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 13 (96) 1999, S. B-641-642

„Für diese Situationen stellen Patientenverfügungen und andere vorsorgliche Willensbekundungen ein wichtiges Instrument für die Patienten dar, um das Selbstbestimmungsrecht zu wahren. Deshalb hat der Vorstand der Bundesärztekammer nach Erarbeitung des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen ‚Handreichungen für Ärzte im Umgang mit Patientenverfügungen‘ verabschiedet. [...] Da das Interesse an Patientenverfügungen auch bei Patienten zunimmt, gleichzeitig aber Unklarheit besteht, wie solche Verfügungen formal und inhaltlich zu gestalten sind, sollen die ‚Handreichungen‘ Hilfe und Orientierung für Ärzte sein, die um Rat bei der Aufstellung vorsorglicher Willensbekundungen gefragt werden und denen eine Patientenverfügung vorgelegt wird.“<sup>338</sup>

Während die deutsche Ärzteschaft, die Kirche und auch die Bundesregierung, seit Beginn der Debatte um Euthanasie und die ärztliche Behandlung am Lebensende, aktive Sterbehilfe ablehnen und Palliativmedizin und Patientenverfügungen unterstützen<sup>339</sup>, scheint sich, meinen Recherchen zufolge, in den Niederlanden die Entwicklung in Richtung einer zunehmenden Legalisierung der Euthanasie abzuzeichnen. Im Jahr 2000 planen die Niederlande, einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt zufolge, die endgültige Abrundung des Gesetzes, das Straffreiheit bei aktiver, ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung unter einem besonderen Strafausschlussgrund garantiert.<sup>340</sup> Die deutsche Bevölkerung reagiert, meines Erachtens erstaunlicherweise, mit Zustimmung auf die niederländische Lösung. Die Gründe dafür liegen, einem im Jahr 2000 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel zufolge, in der Angst, dass Lebenserhaltung zur Qual wird und dass die eigene Pflegebedürftigkeit zur Belastung für die Nachkommen wird. Der Autor des Artikels schließt daraus, dass diese Bedenken durch klare Richtlinien einer humanen Sterbebegleitung ersetzt werden sollten.

„Das holländische Gesetz über die Sterbehilfe wurde allgemein begrüßt, ja, es kam sogar der Wunsch, auch in Deutschland möge Sterbehilfe durch Ärzte gestattet werden. [...] Zum einen plagt viele Menschen die Sorge, durch Intensivmedizin werde ihr Leiden und ihr Leben unnötig verlängert. Man möchte stattdessen der Natur ihren Lauf lassen. Zum anderen wollen alte Menschen ihren Mitmenschen nicht zur Last fallen und haben deshalb fast panische Angst, Pflegefall zu werden. Aus diese beiden kritischen Fragen, die für Schwerkranke und für Alte oftmals im Zentrum aller Gedanken stehen, müssen klare und beruhigende Antworten gefunden werden.“<sup>341</sup>

Obwohl die Bevölkerung diese Reaktion gezeigt hat, bleiben sowohl Ärzteschaft als auch kirchliche Vertreter in ihrer Haltung gegenüber der Sterbehilfe konstant. Sie lehnen, einem

---

<sup>338</sup> Prof. Dr. med. Beleites, E., Prof. Dr. med. Hoppe, J.-D.: Handreichungen für Ärzte. Patientenverfügungen. Seite eins, DÄ, H. 43 (96) 1999, S. B-2177

<sup>339</sup> Dr. med. Prönneke, R.: Patienten bleiben beim Sterben nicht allein. Hospizidee im Krankenhaus. Themen der Zeit, DÄ, H. 33 (97) 2000, S. B-1832-1833

Ohne Verfasserangabe: Keine aktive Euthanasie. Sterbehilfe. Aktuell, DÄ, H. 34-35 (97) 2000, S. B-1876

<sup>340</sup> Flintrop, J.: Transparenz schaffen. Ärzte absichern. Euthanasie-Gesetzgebung in den Niederlanden. Blick ins Ausland. Themen der Zeit, DÄ, H. 3 (97) 2000, S. B-83-84

<sup>341</sup> Jachertz, N.: Panische Angst. Sterbehilfe. Seite eins, DÄ, H. 50 (97) 2000, S. B-2837

2001 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel zufolge, die aktive Euthanasie ab und setzen sich für eine Unterstützung der Palliativmedizin ein.

„Zugleich mit der Ablehnung der gezielten ärztlichen Tötung von Menschen ist das Bemühen gerade der deutschen Ärzteschaft um eine gute Schmerztherapie hervorzuheben, die dem Menschen das Sterben erleichtert, aber nicht tötet“, schreibt der Erzbischof. Er versicherte die Unterstützung der Kirche für das Bemühen der deutschen Ärzteschaft, die ethischen Prinzipien der christlich-abendländischen Tradition in dieser Frage aufrechtzuerhalten.“<sup>342</sup>

Diese Einstellung wird durch die Erfahrungen mit todkranken Patienten in der Palliativmedizin gestärkt, die nach ausreichender Schmerzreduktion und Betreuung durch Zuwendung, einem 2001 im Deutschen Ärzteblatt publiziertem Artikel zufolge, nicht mehr den Wunsch nach aktiver Euthanasie äußern.<sup>343</sup> Der 104. Deutsche Ärztetag fasst 2001 nochmals die oben beschriebene Haltung der deutschen Ärzteschaft gegenüber der Euthanasieproblematik zusammen.

„Euthanasie, d. h. die absichtliche Herbeiführung des Todes eines Patienten, selbst auf dessen Wunsch oder auf Wunsch naher Angehöriger, ist unethisch. Der Arzt sollte das Verlangen eines Patienten nach einem natürlichen Sterben im Endstadium einer tödlichen Krankheit respektieren.“ [...] „Ärztliche Hilfe zum Selbstmord ist wie die Euthanasie unethisch und muss von der Ärzteschaft verurteilt werden.“ [...] Auch das Sterben ist Teil des Lebens, und es ist möglich, dieses Stück Leben menschenwürdig zu leben. Dazu sind qualifizierte Schmerztherapie und bestmögliche Pflege, Nähe und Zuwendung nötig. Tötung auf Verlangen ist eine Scheinlösung. Sie verweigert die wirklich gebotene Hilfe. Die ärztliche Aufgabe in der Betreuung und Hilfe für todkranke Patienten liegt in der aktiven Begleitung. [...] Der 104. Deutsche Ärztetag setzt sich dafür ein, die Voraussetzungen für eine weitere Verbreitung und Anwendung der Erkenntnisse der Palliativmedizin zu verbessern.“<sup>344</sup>

Im gleichen Jahr demonstriert eine Umfrage über Sterbehilfe im Deutschen Ärzteblatt, dass diese Ansicht von den meisten deutschen Ärzten geteilt wird.<sup>345</sup> Aus diesem Grund sorgt 2002 das Vorhaben Belgiens, die aktive Euthanasie unter Straffreiheit zu stellen, für Aufsehen und Empörung in Kreisen deutscher Ärzte<sup>346</sup> und wird vom 105. Deutschen Ärztetag eindeutig als eine ethisch nicht vertretbare Handlung verurteilt.

„Mit großer Mehrheit wurde von den Delegierten des Ärztetages ein Antrag beschlossen, in dem das belgische Gesetz als ‚falsches Zeichen bezeichnet wird, für alle, die leiden, und für alle, die

---

<sup>342</sup> Ohne Verfasserangabe: „Entschiedene Worte“. Euthanasie. Aktuell, DÄ, H. 1-2 (98) 2001, S. B-4

<sup>343</sup> Klinkhammer, G.: Breite Ablehnung aktiver Euthanasie. Diskussion über Sterbehilfe. Politik, DÄ, H. 18 (98) 2001, S. B-985-986

<sup>344</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt I. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik. 104. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 22 (98) 2001, S. B-1245-1247

<sup>345</sup> Dr. med. Weber, M.: Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation. Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens. Themen der Zeit, DÄ, H. 48 (98) 2001, S. B-2697-2701

<sup>346</sup> Ohne Verfasserangabe: Förderung der Palliativmedizin. Sterbehilfe. Aktuell, DÄ, H. 1-2 (99) 2002, S. B-5

ohne Hoffnung sind'. Das Gesetz erlaube die Tötung von leidenden erwachsenen Menschen auf eigenen Wunsch, wenn deren Tod nicht unmittelbar bevorsteht.“<sup>347</sup>

Die Entwicklungstendenz innerhalb der deutschen Ärzteschaft zeigt, meiner Beurteilung nach, nicht nur Beständigkeit und Klarheit in der immer wiederkehrenden Position gegenüber der Euthanasie, sondern stützt sich zunehmend stärker auf die Ausweitung der Palliativmedizin, insbesondere im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildung in medizinischen Berufszweigen.<sup>348</sup> Diese Beobachtung spiegelt sich in den Entschlüssen des 105. Deutschen Ärztetages 2003 wider.

„Der 106. Deutsche Ärztetag fordert:

- die Aufnahme der Palliativmedizin als Querschnittsbereich in die Approbationsordnung für Ärzte und ihre Zulassung als Wahlfach für die abschließende ärztliche Prüfung [...]
- den Auf- und Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen [...]
- den Auf- und Ausbau palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen im stationären Bereich und die Anpassung der Krankenhausfinanzierung an die Bedürfnisse kranker und sterbender Menschen [...]
- Sektoren- und Berufsgruppen übergreifende Angebotstrukturen [...]
- Förderung und Ausbau der Kinder-Palliativmedizin [...]
- Palliativmedizinische und hospizliche Angebote statt Euthanasie [...]<sup>349</sup>

Die Förderung der Palliativmedizin bietet zwar eine Hilfestellung angesichts der immer noch herrschenden Unsicherheit im Umgang mit passiver Sterbehilfe und Patientenverfügungen, kann diese jedoch, einem 2003 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel zufolge, nicht vollständig beheben.<sup>350</sup> Weitere richtungsweisende Aspekte stellen die Urteile des BGH dar, denen zufolge Patientenverfügungen generell verbindlich für Ärzte und Pflegepersonal sind und indirekte Sterbehilfe zunächst nicht als rechtswidrige Handlung anzusehen ist.

„Zunächst bestätigt der BGH [...] die inzwischen herrschende Meinung [...], wonach die Patientenverfügung als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten, sei sie schriftlich oder mündlich, rechtlich verbindlich ist. Eine solche Vorausserklärung lässt den Patientenwillen fortwirken und verpflichtet Betreuer und Bevollmächtigte, diesem Willen gegenüber Ärzten und Pflegekräften Geltung zu verschaffen.“<sup>351</sup>

---

<sup>347</sup> Klinkhammer, G.: Ethische Abwärtsspirale. 105. Deutscher Ärztetag. Politik, DÄ, H. 23 (99) 2002, S. B-1310

<sup>348</sup> Klinkhammer, G.: Unzureichend finanziert. Palliativmedizin. Seite eins, DÄ, H. 27 (99) 2002, S. B-1565

<sup>349</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschlüssen zum Tagesordnungspunkt III. Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland. 106. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 22 (100) 2003, S. B-1262-1263

<sup>350</sup> Rabbata, S.: Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung. Patientenautonomie. Politik, DÄ, H. 26 (100) 2003, S. B-1483

<sup>351</sup> Priv.-Doz. Dr. med. Borasio, G. D.: Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt. Neuer Beschluss des Bundesgerichtshofs. Themen der Zeit, DÄ, H. 31-32 (100) 2003, S. B-1716-1719

„Die Zulässigkeit der passiven und indirekten Sterbehilfe sei aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht im Grundsatz nicht strittig. So habe der Bundesgerichtshof in mehreren Urteilen die Zulässigkeit der passiven und indirekten Sterbehilfe ausdrücklich anerkannt, heißt es in jetzt herausgegebenen ‚Praxisorientierten Empfehlungen‘ einer interdisziplinären Arbeitsgruppe der Akademie für Ethik in der Medizin.“<sup>352</sup>

Das oben zitierte Rechtsurteil über die Gültigkeit von Patientenverfügungen widerspricht jedoch eindeutig den Entschlüssen der Ethikkommission des deutschen Bundestages, die der Patientenverfügung nur in genau definierten Situationen Geltung zuspricht. 2004 bekräftigt die Kommission ihre konservative Haltung und erkennt die Patientenverfügung nur an, wenn dem Patienten unmittelbar der Tod bevorsteht und medizinische Maßnahmen nicht auf eine Kurierung hoffen lassen.

„Danach sollen schriftlich vom Patienten dargelegte Willensbekundungen nur dann gelten, wenn seine Erkrankung irreversibel ist und nach ärztlicher Erkenntnis trotz medizinischer Behandlung sicher zum Tode führt. Verfügungen von Wachkoma- oder Demenzpatienten haben nach Ansicht der Enquete-Kommission keine Gültigkeit, sofern nicht noch eine andere zum Tode führende Erkrankung vorliegt.“<sup>353</sup>

Ein weiterer Einwand in der Frage der Gültigkeit der Patientenverfügung wird auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 geäußert. In den Richtlinien der Bundesärztekammer von 2004 wird vorausgesetzt, dass die Situation, in der sich der Patient zum Zeitpunkt der Entscheidung befindet, derjenigen entspricht, die in der Patientenverfügung beschrieben wurde.<sup>354</sup> Ist dies jedoch nicht der Fall, so liegt es im Ermessen des Arztes, mit Bezugnahme auf die gesamte Lebenssituation den Willen des Patienten zu errahnen. Somit ist diese Entscheidung stets von subjektivem Charakter.

„Was aber geschieht, wenn sie (die Patientenverfügungen) der konkreten Behandlungssituation nicht mehr entsprechen oder wenn sie schon viele Jahre alt sind?“ fragte der BÄK-Präsident. Wenn der Arzt in einer solchen Situation den mutmaßlichen Willen des Patienten ermitteln müsse, könne er dies nur anhand der Gesamtumstände tun, „wie religiöser Überzeugung und allgemeiner

---

<sup>352</sup> Ohne Verfasserangabe: Passive Sterbehilfe. Broschüre. Medien, DÄ, H. 38 (100) 2003, S. B-2010

<sup>353</sup> Dr. med. Richter-Kuhlmann, E. A.: Enge Grenzen. Patientenverfügungen. Seite eins, DÄ, H. 37 (101) 2004, S. B-2037

<sup>354</sup> Jachertz, N., Klinkhammer, G., Dr. med. Richter-Kuhlmann, E. A.: Mutmaßlicher Wille, weitreichende Folgen, Betreuungsrecht. Themen der Zeit, DÄ, H. 17 (102) 2005, S. B-996-999

In den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung wird der Arzt dazu aufgefordert, die Patientenverfügung nur dann umzusetzen, wenn die darin beschriebene Situation der tatsächlichen entspricht und den mutmaßlichen Willen des Patienten mit Hilfe des gesetzlichen Vertreters des Patienten, wenn dieser vorhanden ist, zu ermitteln. Steht keine dieser Hilfestellungen zur Verfügung, so orientiert sich der Arzt an früheren Äußerungen zur Lebenseinstellung, Schmerzen und erlittenem Schaden sowie an religiösen Überzeugungen. Angehörige und nächste Bezugspersonen können, soweit ihre Entscheidung dem Wohl und Willen des Patienten zu entsprechen scheint, zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens herangezogen werden. Besteht auch diese Möglichkeit nicht, so bleiben nur noch ärztlich indizierte Maßnahmen und im Zweifelsfall die Lebenserhaltung richtungsweisende Maßstäbe. Vgl. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Sterbehilfe in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 227-228

Lebenseinstellung, und vor allem muss er das Gespräch mit den nächsten Angehörigen suchen'.  
Das sei höchst individuell und nicht normierbar.<sup>355</sup>

Diese Kritik scheint für die Mehrheit des nationalen Ethikrates keine Bedeutung zu haben, da deren Beschluss zufolge Patientenverfügungen uneingeschränkt Gültigkeit erlangen sollten. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass der nationale Ethikrat nicht mit der Ethikkommission des deutschen Bundestages zu verwechseln ist, die für ihre konservative Haltung bekannt ist.

„Mehrheitlich ist der nationale Ethikrat der Auffassung, dass eine Patientenverfügung für Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal verbindlich sein soll. Auch für Betreuer oder Bevollmächtigte soll die Verfügung verbindlich sein, und zwar selbst dann, wenn aus deren Sicht die Entscheidung nicht dem Wohl des Patienten entspricht.“<sup>356</sup>

Die Ansichten hinsichtlich der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen klaffen weit auseinander. Bis 2005 ist kein Beleg im Deutschen Ärzteblatt über eine endgültige gesetzliche Lösung vorhanden.

### ***Kommentar***

Gekennzeichnet ist dieses Thema von einer beständigen Haltung der Ärzteschaft, die sich in den im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Beschlüssen der Deutschen Ärzteschaft und Richtlinien der Bundesärztekammer widerspiegeln. Sie setzen sich für die strikte Ablehnung der aktiven Euthanasie ein und räumen der passiven Euthanasie im Rahmen der Unterbrechung intensivmedizinischer Maßnahmen Vorrecht ein, falls die Lebensverlängerung mit der Verlängerung des Leidens gleichzusetzen wäre. Der Abbruch kurativer Medizin bedeutet jedoch keinesfalls den Abbruch ärztlicher Betreuung, sondern erfordert, den meisten Publikationen im Deutschen Ärzteblatt zufolge, den Einsatz palliativmedizinischer Maßnahmen, der durch die Einrichtung von Hospizen in Deutschland unterstützt wird. Kontrovers zu den Bestrebungen in Deutschland erweist sich die niederländische Lösung, die 1990 die ersten Schritte zur straffreien Tötung auf Verlangen einleitet. Umfragen zufolge, die im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurden, befürwortet die deutsche Bevölkerung diese gesetzliche Freiheit in den Niederlanden, während die Ärzteschaft weiterhin den palliativmedizinischen Weg in Deutschland unterstützt. Die tragende Begründung, die immer wieder in Veröffentlichungen des Deutschen Ärzteblattes angeführt wird, liegt darin, dass nach ausreichender Schmerztherapie und menschlicher Zuwendung der Wunsch nach Selbsttötung ausbliebe.

---

<sup>355</sup> Ohne Verfasserangabe: Keine aktive Euthanasie. Sterbehilfe. 108.Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 19 (102) 2005, S. B-1113

<sup>356</sup> Dr. med. Richter-Kuhlmann, E. A.: Vorrang der Autonomie. Patientenverfügungen. Politik, DÄ, H. 23 (102) 2005, S. B-1373

Parallel zu der Entwicklung der Palliativmedizin wird in den folgenden Jahren Patientenverfügungen mehr Bedeutung zugesprochen. Die uneingeschränkte Gültigkeit kann im ärztlichen Alltag, Quellen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, nur schwer umgesetzt werden, da die darin beschriebene Situation nicht immer der tatsächlichen entspricht und der Wille des Patienten sich in Abhängigkeit von der derzeitigen Lebenssituation ändert. Eine gesetzliche Richtlinie, die den Arzt in seiner Verantwortung dadurch entlastet, dass er sich in jedem Fall nach der Patientenverfügung richten kann, existiert, den Belegen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, bisher noch nicht. Die letzte Entscheidung liegt somit immer noch in den Händen des oder der betreuenden und verantwortlichen Ärzte und bleibt von einer subjektiven Beurteilung abhängig.

Der Rückblick in die Vergangenheit zeigt, dass das Problem der ärztlichen Hilflosigkeit gegenüber todkranken Patienten kein spezielles Problem unseres Zeitgeistes darstellt, sondern schon in der Antike die Anhänger des Hippokrates beschäftigt hat. Damals wie heute standen sich die beiden ärztlichen Verpflichtungen Leben, zu erhalten und zu bewahren und auch Leiden zu mindern, gegenüber, schlossen sich jedoch in bestimmten Situationen gegenseitig aus. Als übergeordnetes Gebot wurde die Verpflichtung, dem Patienten nicht zu schaden, also das sogenannte Prinzip des „nihil nocere“, anerkannt.<sup>357</sup>

Der Unterschied zwischen der antiken Zeit des Hippokrates und der Gegenwart besteht jedoch, meines Erachtens, in dem heutigen Zugewinn an Komplexität der ärztlichen Entscheidung durch intensivmedizinische Maßnahmen, die die Grenze zwischen Leben und Tod verschwimmen lassen und die Chance auf Heilung nicht eindeutig vorhersehbar und definierbar machen. In Anbetracht dieser Problematik erscheint, in meinen Augen, die Lösung, die in Deutschland gewählt wurde, nicht nur akzeptabel, sondern wünschens- und lobenswert. Die Schwäche und Hilflosigkeit am Lebensende bleibt, wenn man den Belegen des Deutschen Ärzteblattes folgt, dank des Einsatzes zahlreicher deutscher Ärzte geschützt.

Der Vergleich mit den Themengebieten, bei denen der Beginn des Lebens den Diskussionsmittelpunkt bildet, wie Abtreibung, Empfängnisverhütung, heterologe Insemination und In-vitro-Fertilisation, zeigt, dass in der Diskussion um aktive und passive Sterbehilfe die ursprünglichen berufsethischen Grundsätze der Ärzteschaft beibehalten werden können. Der Grund für diesen Unterschied lässt sich nicht den Ausführungen des Deutschen Ärzteblattes entnehmen. Meines Erachtens lässt dieses bemerkenswerte Ergebnis jedoch die Schlussfolgerung zu, dass durch Ärzte herbeigeführtes Töten am Beginn des Lebens auf wesentlich größere Toleranz und Akzeptanz stößt als am Ende des Lebens. Es bleibt offen, ob daraus der Gedanke abgeleitet werden kann, dass gesellschaftliche Tendenzen

---

<sup>357</sup> Vgl. Hellner, H.: Arzt, Kranker, Krankheit, J. F. Lehmanns Verlag, München 1970, S. 10-11



wie die Individualisierung und der Drang zur Persönlichkeitsentfaltung dieses Ergebnis beeinflussen und es zulassen, dass das eigene Leben einen höheren Stellenwert genießt als das werdende Leben, das Freiheit und Eigenständigkeit beeinträchtigen könnte.

### **5.1.3.6 Transplantation**

Kurz nach der Durchführung der ersten Transplantation beginnt 1968 im Deutschen Ärzteblatt die Auseinandersetzung mit den ethischen, rechtlichen und medizinisch-wissenschaftlichen Aspekten dieses Themas und setzt sich bis in das Jahr 2005 fort. Nicht die Entwicklung des medizinischen Fachwissens auf diesem Gebiet steht in der folgenden Analyse im Vordergrund, sondern ethische und rechtliche Schritte werden aufgezeigt und hinterfragt. Die zentralen und immer wiederkehrenden Diskussionspunkte kreisen um Todeszeitpunkt und sichere Todeszeichen, um die Erlaubnis der Organentnahme und Verbesserung der Spendebereitschaft und um Kriterien, die die Rangfolge für die Organvergabe festlegen.

Die Problematik, die 1968 zu Beginn der Transplantationsmedizin im Vordergrund steht, ist die Todeszeitbestimmung, die die Voraussetzung für eine Organentnahme darstellt. Es erscheint schwierig, den Todeszeitpunkt festzulegen, da Kriterien für den menschlichen Tod, der nicht mehr durch intensivmedizinische Maßnahmen rückgängig zu machen ist, bisher noch nicht festgelegt wurden. Der Weltärztebund stützt sich in erster Linie auf die Feststellung des Hirntodes durch Hirnstrommessung im EEG.<sup>358</sup>

„Die Todeszeitbestimmung fußt auf der klinischen Beurteilung, ergänzt – falls notwendig – durch verschiedene Diagnosehilfen, von denen zur Zeit die Elektroenzephalographie die anerkannt beste ist. [...] Die Möglichkeit, den Zeitpunkt des Todes eines Menschen festzustellen, gibt uns ethisch die Erlaubnis, Wiederbelebungsversuche einzustellen und – in Ländern, wo es gesetzlich gestattet ist – Organe von Leichen zu entnehmen, vorausgesetzt, daß die bestehenden gesetzlichen Erfordernisse der Einwilligung berücksichtigt sind.“<sup>359</sup>

Der nächste Diskussionspunkt, der sich 1969 anschließt, ist die Einwilligung und Aufklärung sowohl des Empfängers als auch des Spenders. Klarheit scheint, laut Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1968/1969, über die Einwilligung und Aufklärung des Empfängers zu

---

<sup>358</sup> Nach dem heutigen Transplantationsgesetz ist die Organentnahme nur dann möglich, wenn „vor der Entnahme bei dem Organspender der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Stammhirns nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse entsprechen, festgestellt ist“. Dieser Grundsatz ist auch Bestandteil der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes der Bundesärztekammer. In diesen Richtlinien betont die Bundesärztekammer, dass der Hirntod durch die Erlöschung der Persönlichkeit und der körperlichen Steuerungsvorgänge dem menschlichen Leben jegliche personale Selbstständigkeit nimmt, obwohl Herz- und Kreislaufunktionen künstlich aufrechterhalten werden. Das Hirntodkonzept stellt, in den Augen der Bundesärztekammer, keine neue Definition des menschlichen Todes dar, sondern lediglich ein neues Todeskriterium, nach dem sich die moderne Intensivmedizin richten kann. Vgl. Ach, Marckmann: Einführung, Todesbegriff und Hirntod-Kriterium in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 329-337

<sup>359</sup> Dr. H.: Die Erklärung von Sydney. Zur Bestimmung des Todeszeitpunktes, DÄ, H. 35 (65) 1968, S. 1865-1870

bestehen, nicht jedoch über die des Spenders, dessen Bereitschaft zur Organspende häufig nicht eindeutig festzustellen ist.

„Selbstverständliche Voraussetzung ist weiter – wie das im übrigen bei jedem ärztlichen Eingriff der Fall ist – die ordnungsgemäße Einwilligung des Patienten in die Organübertragung, die eine ausreichende, der Schwere des Eingriffs angemessene Aufklärung des Patienten voraussetzt. [...] Hinsichtlich der Einwilligung des Organspenders (evtl. auch dessen Angehörigen) sind besonders bei der Spende von nichtpaarigen Organen, wie z. B. dem Herzen, einige Probleme aufgetreten, zumal sich die Rechtsprechung bisher mit der Einwilligung in eine Organspende noch nicht befaßt hat.“<sup>360</sup>

Die Problematik, die sich, meiner Beurteilung nach, daraus für den Arzt bei einer bevorstehenden Organtransplantation ergibt, besteht in dem Konflikt, die Interessen des Empfängers, dessen Leben von dem betreffenden Organ abhängt, und die Interessen des Spenders, der ein Recht auf die Unversehrtheit seines Leichnams hat, zu vertreten.<sup>361</sup> Eindeutig ist die Entscheidung, nach einem 1976 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Bericht der Bundesärztekammer, wenn sich der potentielle Spender entweder ausdrücklich gegen oder für eine Organspende ausgesprochen hat. Hier muss der Arzt dem Willen des Patienten unabhängig vom Einfluss der Angehörigen nachkommen. Strittig ist der Fall, bei dem keine Einwilligung oder kein Widerspruch des Spenders vorliegt. Bisher löste man dieses Problem, indem der Arzt zu der Einholung einer Einverständniserklärung der Angehörigen verpflichtet war, um die Transplantation straffrei durchführen zu können.<sup>362</sup> Die Bundesärztekammer hat in diesem Zusammenhang 1976 dem Vorschlag der sogenannten Widerspruchslösung zugestimmt, der sich der in anderen Ländern angleicht. Sie gibt dem Arzt die Möglichkeit, in Notsituationen eine Organtransplantation ohne die Einwilligung der Angehörigen durchzuführen. Die Angehörigen haben lediglich die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen.<sup>363</sup>

„Die Bundesärztekammer ist daher mit der dem Gesetzentwurf zugrunde liegenden „Widerspruchslösung“ grundsätzlich einverstanden, da sie zu einer Angleichung an die in anderen Ländern bereits bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und, wie die dort gemachten Erfahrungen zeigen, zu einer Verbesserung der Transplantationsmöglichkeiten im Interesse sonst

---

<sup>360</sup> Prof. Dr. med. Stockhausen, J.: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik 1968/69. zugleich Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer an den 72. Deutschen Ärztetag, DÄ; H. Sondernummer (66) 1969, S. 1449-1586

<sup>361</sup> Die Prinzipien der individuellen Selbstbestimmung und der Hilfeleistung sind nicht in ihrem Ursprung kontrovers, sie treten nur dann miteinander in Konkurrenz, wenn, wie im Fall der Organspende, die vorhergehende ausdrückliche Einwilligung ausbleibt. Die gesetzliche Lösung setzt ihre Prioritäten entweder in der Wahrung des Persönlichkeitsrechts oder der Hilfeleistung. Vgl. Birnbacher, D.: Organtransplantation – Stand der ethischen Debatte. Transplantationsmedizin in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 311-313

<sup>362</sup> Ohne Verfasserangabe: Bundesärztekammer stimmt einem Transplantationsgesetz grundsätzlich zu. Regierungsentwurf: Brauchbare Kompromisslösung, DÄ, H. 2 (73) 1976, S. 39-40

<sup>363</sup> Ohne Verfasserangabe: Bundesärztekammer stimmt einem Transplantationsgesetz grundsätzlich zu. Regierungsentwurf: Brauchbare Kompromisslösung, DÄ, H. 2 (73) 1976, S. 39-40

unheilbar kranker Menschen führt. Den Vorteil der Widerspruchslösung sieht die Bundesärztekammer darin, daß der Arzt nicht mehr versuchen muß, die nächsten Angehörigen zu erreichen, um ausdrücklich deren Zustimmung zu erbitten. Statt dessen obliegt ihm eine Informationspflicht gegenüber den Angehörigen; diese haben ein Recht auf Widerspruch.<sup>364</sup>

Die Folgen dieses Lösungsmodells sind jedoch, einer Veröffentlichung des Deutschen Ärzteblattes zufolge, mit Nachteilen behaftet. Sie liegen hauptsächlich in der Bevormundung des Spenders aufgrund der Mutmaßung einer Einwilligung in die Organentnahme bei nicht vorhandenem Widerspruch.<sup>365</sup> Zur Durchsetzung der Widerspruchslösung müsste demnach die Öffentlichkeit ausreichend informiert werden, um frühzeitig, im Falle einer Ablehnung der Organspende, diese dokumentieren zu können.<sup>366</sup>

Durch diesen ethischen Interessenkonflikt zwischen Lebensrettung und Unversehrtheit der Person kann, einem 1977 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel zufolge, noch nicht mit einer endgültigen Lösung gerechnet werden.

„Die umstrittene Frage der Organverpflanzung wird in absehbarer Zeit nicht gesetzlich geregelt. [...] Unter Experten werde sowohl eine Widerspruchs- als auch eine Zustimmungslösung diskutiert.“<sup>367</sup>

1978 treten die Folgen der ungelösten rechtlichen Situation in Deutschland ins Zentrum der Diskussion. Sie bestehen, einem 1978 im Deutschen Ärzteblatt publizierten Artikel zufolge, im Wesentlichen aus gesteigertem Misstrauen der Bevölkerung und somit aus mangelnder Spendebereitschaft, die eine optimale Nutzung der medizinischen Möglichkeiten blockiert.<sup>368</sup>

„Bei der Konfrontation des Gesetzentwurfs mit den zur Zeit praktikablen Abläufen der Organgewinnung und Organverpflanzung wurde deutlich, daß der Entwurf in der Form, die er

---

<sup>364</sup> Ohne Verfasserangabe: Bundesärztekammer stimmt einem Transplantationsgesetz grundsätzlich zu. Regierungsentwurf: Brauchbare Kompromisslösung, DÄ, H. 2 (73) 1976, S. 39-40

<sup>365</sup> Die Deutsche Bischofskonferenz und der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland vertreten die Auffassung, dass der Organspende in jedem Fall eine freiwillige Bereitschaft vorausgehen muss. Insbesondere bei der Organspende eines Verstorbenen sollte die Würde und der Wille des Patienten respektiert werden und das gespendete Organ als Geschenk an den Empfänger angesehen werden. Selbstverständliche Voraussetzungen eines Geschenks sind zum einen die freiwillige Bereitschaft des Gebenden und zum anderen der fehlende Anspruch des Empfängers auf das Geschenk. Vgl. Deutschen Bischofskonferenz, Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland: Organtransplantationen: Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. Transplantationsmedizin in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 309-311

Aus einer Perspektive betrachtet, die den Aspekt der Rettung menschlichen Lebens unterstützt, stellt die postmortale Organspende eine genuine moralische Verpflichtung gegenüber den Mitmenschen dar, da sie dem Spender keinen Schaden zufügt und gleichzeitig die Möglichkeit eröffnet, einen anderen Menschen am Leben zu erhalten. Der dadurch entstehende hohe moralische Druck einer Organspende zu zustimmen, kann damit gerechtfertigt werden, dass durch die mangelnde Spendebereitschaft zwar nicht explizit Leben getötet wird, aber der Tod anderer Menschen zugelassen wird. Vgl. Birnbacher, D.: Organtransplantation – Stand der ethischen Debatte. Transplantationsmedizin in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 313-315

<sup>366</sup> Ohne Verfasserangabe: Alternativentwürfe für Transplantations- und Sektionsgesetz, DÄ, H. 35 (73) 1976, S. 2196

<sup>367</sup> Ohne Verfasserangabe: Kein Gesetz für Organverpflanzungen. Nachrichten, DÄ, H. 13 (73) 1977, S. 857

<sup>368</sup> Roemer-Hoffmann, H.: Dringlicher als das Gesetz: Intensive Werbung für die Transplantationsmedizin! DÄ, H. 45 (75) 1978, S. 2641-2644

inzwischen angenommen hat, weder mehr Spender-Organe noch die von der Transplantationsmedizin so dringend erwarteten organisatorischen Erleichterungen bringen kann. [...] Der Fortschritt, den die Transplantations-Chirurgie in den letzten Jahren erreicht hat, konnte in der Bundesrepublik Deutschland also noch nicht so genutzt werden, wie es Ärzte und Patienten wünschen.“<sup>369</sup>

Um diesen Missstand auszugleichen, fordert die Bundesärztekammer 1979 die deutsche Ärzteschaft auf, die Öffentlichkeit über die Möglichkeiten und Auswirkungen einer Organtransplantation aufzuklären und das Bewusstsein, anderen Menschen durch Organspende das Leben retten zu können, zu schärfen.

„Die unmittelbare Informierung von Patienten, ihren Angehörigen und auch der breiten Öffentlichkeit durch die praktizierenden Ärzte muß zusammen mit einer Öffentlichkeitsarbeit anderer Stellen das Verständnis für die Notwendigkeit und für den Nutzen der Organtransplantation fördern. Vor allem muß die Bereitschaft des einzelnen zur Organspende nach dem Tode mit dem Ziel der Heilung des anderen Menschen geweckt und gefördert werden.“<sup>370</sup>

Nur ein knappes halbes Jahr später demonstriert ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt den Erfolg dieses Bestrebens.

„Die Bemühungen der Bundesärztekammer zur Förderung der freiwilligen Bereitschaft für die Organspende haben in der Öffentlichkeit große Resonanz gefunden. Rund 76 000 Personen haben im ersten Halbjahr 1979 den hierzu von der Bundesärztekammer entwickelten Organspendeausweis angefordert.“<sup>371</sup>

Auch in den nächsten Jahren ist eine Steigerung der Spendebereitschaft zu vermerken, die sich 1982, einem Tagungsbericht des Deutschen Ärzteblattes zufolge, in einer deutlich besseren Bedarfsdeckung auswirkt.

„Dank der publikumswirksamen Aufklärungskampagnen und des beharrlichen Werbens um mehr Organspenden hat sich die Transplantationsfrequenz in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten zehn Jahren spürbar erhöht.“<sup>372</sup>

1983 scheint jedoch, einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt zufolge, diese Verbesserung nicht ausreichend für einen vollständigen Ausgleich des Organdefizits zu sein. Der Präsident der Bundesärztekammer hält es daher für notwendig, die unzureichende Kooperation mancher Krankenhäuser mit den Transplantationszentren, die für die Organverteilung zuständig sind, zu optimieren.

---

<sup>369</sup>Roemer-Hoffmann, H.: Dringlicher als das Gesetz: Intensive Werbung für die Transplantationsmedizin! DÄ, H. 45 (75) 1978, S. 2641-2644

<sup>370</sup> Ohne Verfasserangabe: Förderung der Organtransplantation. Aufruf der Bundesärztekammer an alle Ärzte, DÄ, H. 4 (76) 1979, S. 189

<sup>371</sup> Ohne Verfasserangabe: Große Nachfrage nach Organspendeausweisen. Nachrichten, DÄ, H. 30 (76) 1979, S. 1940

<sup>372</sup> Dr. Clade, H.: „Organspende“: Die Bedarfslücke wird kleiner. Tagungsbericht, DÄ, H. 43 (79) 1982, S. 69-70

„Dr. Vilmar wies darauf hin, dass der derzeit noch festzustellende Mangel an Spendeorganen nicht in erster Linie auf die mangelnde Spendebereitschaft und Aufklärung der Bevölkerung zurückzuführen sei, sondern vielmehr auch darauf, daß vor allem kleinere und mittlere Krankenhäuser noch nicht im notwendigen Maße organisatorisch mit den 20 Transplantationszentren kooperieren.“<sup>373</sup>

Die Folge dieses Organmangels liegt, meiner Beurteilung nach, in der Expansion des Organhandels, durch den auf marktwirtschaftlicher Basis versucht wird, eine Bedarfsdeckung zu erreichen und die Wartezeit mit finanziellen Mitteln zu verkürzen.<sup>374</sup> Die Arbeitsgemeinschaft der Transplantationszentren spricht sich 1984 in einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes mit Entschiedenheit gegen die Kommerzialisierung der Organspende aus und stützt sich weiterhin auf die Einhaltung ethischer Grundsätze bei der Vergabe von Organen.<sup>375</sup>

„Ziel der Arbeitsgemeinschaft ist es, [...] dass allen Patienten ein Spenderorgan zur Verfügung steht, die eine Nierentransplantation wünschen. In einer Resolution distanzieren sich die deutschen Transplanteure kompromißlos von Versuchen, Organe auf kommerzieller Basis aus anderen Ländern anzubieten, in denen im übrigen die derzeitigen Transplantationszahlen den Bedarf ebenso wenig decken wie zur Zeit noch in der Bundesrepublik Deutschland. Die Verteilung vorhandener Spenderorgane wird auch in Zukunft ausschließlich nach strengen medizinischen Kriterien erfolgen.“<sup>376</sup>

1985 schließt sich der 88. Deutsche Ärztetag dieser Haltung an und lehnt, seinem im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Tätigkeitsbericht zufolge, den Im- und Export von Organen ab.

„Eine Transplantation von Organen, die von lebenden Organspendern im In- und Ausland bei Gegenleistungen jeglicher Art entnommen bzw. vermittelt wurden, wird strikt und ausnahmslos abgelehnt. Eine solche Organverpflanzung darf in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West nicht durchgeführt werden.“<sup>377</sup>

Auch der Weltärztebund bestärkt diese Aussage, einem Bericht aus dem Deutschen Ärzteblatt zufolge, noch im gleichen Jahr und verurteilt insbesondere den Organhandel zwischen

---

<sup>373</sup> Geissler, H., Vilmar, K., Blüm, M.: Erneuter Appell zur freiwilligen Organspende. Nachrichten, DÄ, H. 42 (80) 1983, S. 19-20

<sup>374</sup> Zur Gegenüberstellung von Argumenten für und gegen die Legalisierung des Organhandels und zur Erläuterung marktwirtschaftlicher Mechanismen siehe Breyer, F.: Möglichkeiten und Grenzen des Marktes im Gesundheitswesen. Das Transplantationsgesetz aus ökonomischer Sicht. Transplantationsmedizin in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 321-326

<sup>375</sup> Ohne Verfasserangabe: Transplantationszentren gründen Arbeitsgemeinschaft. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 7 (81) 1984, S. 408

<sup>376</sup> Ohne Verfasserangabe: Transplantationszentren gründen Arbeitsgemeinschaft. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 7 (81) 1984, S. 408

<sup>377</sup> Ohne Verfasserangabe: Der „Tätigkeitsbericht“ ist immer für Überraschungen gut. Entschließungen des 88. Deutschen Ärztetages zu vielen aktuellen Fragen. Ärztetag in Lübeck-Travemünde, DÄ, H. 23 (82) 1985, S. 1751-1762

Entwicklungsländern und Industrienationen. Er fordert in der 37. Generalversammlung alle Länder zur Einleitung wirksamer Schritte gegen diese Entwicklung auf.<sup>378</sup>

Parallel zu dieser Entwicklung sucht der Europarat 1987, einer Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt zufolge, nach einer einheitlichen Lösung hinsichtlich der Erlaubnis der Organentnahme nach Eintritt des Todes. Vorgeschlagen wird die Widerspruchslösung, da sie in einigen europäischen Ländern bereits eingeführt wurde. Die Bundesärztekammer spricht sich im Gegensatz zu den Äußerungen aus dem Jahr 1976 gegen diese Regelung aus, da sie, in ihren Augen, in der Vergangenheit keinesfalls zur Erhöhung der Zahl der Spenderorgane geführt hat, sondern nur zu einem Aufzwingen der Organspende und zur Verletzung der Persönlichkeitsrechte durch Einschränkung der individuellen Entscheidungsfreiheit. Sie schlägt vielmehr vor, durch Organisation und finanzielle Unterstützung die Organbereitstellungen zu ermöglichen, um so die derzeitigen Hürden zu überwinden.<sup>379</sup>

„Ganz entschieden wendet sich die Bundesärztekammer gegen ein solches Spezialgesetz, das auf der „Widerspruchslösung“ basiert, d. h. das Fehlen eines zu Lebzeiten geäußerten und dokumentierten Widerspruchs gegen die Organentnahme wird mit einer Zustimmung des verstorbenen potentiellen Organspenders gleichgesetzt. Eine solche Lösung widerspräche dem Prinzip der Freiwilligkeit einer Organ-„Spende“ und würde auch keineswegs dazu beitragen, Engpässe bei der Organtransplantation zu beseitigen, da bei der gegenwärtigen Praxis rund 90 Prozent aller befragten Angehörigen die Zustimmung zur Organentnahme erteilten. Viel wichtiger sei es Hindernisse zu überwinden, die sich einer flächendeckenden bedarfsgerechten Organentnahme entgegenstellen. [...] Eine weitere Barriere liege jedoch in der noch unzureichenden personellen und finanziellen Ausstattung dieser Häuser.“<sup>380</sup>

Der 92. Deutsche Ärztetag schließt sich, den 1989 im Deutschen Ärzteblatt publizierten Entschlüssen zufolge, den Äußerungen der Bundesärztekammer an und fordert die Bestärkung der Spendebereitschaft und die Verbesserung der Koordination der Krankenhäuser mit den Transplantationszentren, da hier die entscheidenden Defizite, die das Missverhältnis zwischen Angebot und Bedarf verursachen, vermutet werden. Die Mutmaßung, dass die derzeitige rechtliche Situation in Deutschland für den Mangel an Organen verantwortlich ist, wird sowohl vom 92. Deutschen Ärztetag als auch von der Bundesärztekammer verworfen.<sup>381</sup>

---

<sup>378</sup> Burkart, W.: Die ethischen Probleme der In-vitro-Fertilisation. 37. Generalversammlung des Weltärztebundes. Aktuelle Politik, DÄ, H. 45 (82) 1985, S. 3321-3322

<sup>379</sup> Pflanz, E.: Organ-Transplantation: Fortschritte auf freiwilliger Basis. Kurzberichte, DÄ, H. 20 (84) 1987, S. B-962

<sup>380</sup> Pflanz, E.: Organ-Transplantation: Fortschritte auf freiwilliger Basis. Kurzberichte, DÄ, H. 20 (84) 1987, S. B-962

<sup>381</sup> Dem Spendermangel wird, den Belegen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, im Jahr 1989 eine andere Ursache zugeschrieben als im Jahr 1978. Im Jahr 1978 wird in der unzureichenden rechtlichen Absicherung der Grund für die mangelnde Spendebereitschaft vermutet.

Ohne Verfasserangabe: Entschlüssen zum Tagespunkt V. 92. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 21 (86) 1989, S. B-1126-1135

Die rechtliche Situation der postmortalen Organspende ist, einem 1991 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Bericht zufolge, dadurch gekennzeichnet, dass die Einhaltung des Willens des Verstorbenen, soweit er sich zur Transplantation in irgendeiner Form geäußert hat, im Vordergrund steht und im Falle einer fehlenden Aussage sich die Organentnahme nach der Entscheidung der Angehörigen richtet. Diese Eigenschaften sind charakteristisch für die sogenannte Zustimmungslösung.

„Hat der Verstorbene zu Lebzeiten in eine Organentnahme eingewilligt, gibt es keinen Zweifel an der Zulässigkeit der Organentnahme. Ebenso ist die Rechtslage eindeutig, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten einer Organentnahme widersprochen hat und dieser Widerspruch positiv bekannt ist, insbesondere schriftlich festgehalten ist. Liegt ein Widerspruch nicht vor, aber auch keine positive Einwilligung, müssen grundsätzlich die Angehörigen einwilligen.“<sup>382</sup>

Im Gegensatz zur Zustimmungslösung genehmigt die Widerspruchslösung eine Organtransplantation im Fall eines ausbleibenden Widerspruchs der Angehörigen. Die Bundesärztekammer schlägt, einem 1992 im Deutschen Ärzteblatt publizierten Bericht zufolge, einen Mittelweg zwischen Widerspruchs- und Zustimmungslösung vor, die sogenannte Informationslösung. Sie ist dadurch charakterisiert, dass im Fall einer zu Lebzeiten nicht abgegebenen Einwilligungserklärung die Angehörigen über die mögliche Transplantation informiert werden und bei ausbleibendem Widerspruch die Durchführung der Transplantation nach einer festgelegten Frist zulässig ist. Die Bundesärztekammer sieht in dieser Variante eine Möglichkeit, allen Interessen gerecht zu werden und das Vertrauen der Bevölkerung dadurch zurückzugewinnen.<sup>383</sup>

„Weniger überzeugend ist die vorgeschlagene Widerspruchslösung. [...] Die Alternative wäre die Zustimmungslösung; [...] Die Bundesärztekammer hat sich unlängst für eine Variante der Zustimmungslösung, die ‚Informationslösung‘, eingesetzt. [...] Eine solche Informationslösung würde genauso wie die Zustimmungslösung in der Bevölkerung das Vertrauen stärken, dass bei Transplantationen alles mit rechten Dingen zugeht.“<sup>384</sup>

Im gleichen Jahr werden auch Äußerungen der kirchlichen Vertreter im Deutschen Ärzteblatt publiziert, die eine klare Ablehnung der Widerspruchslösung belegen. Aus Sicht eines Theologen stellt die Einwilligung des Spenders die notwendige Voraussetzung für eine mögliche Transplantation dar, da ohne diese das Recht auf den Schutz der Persönlichkeit nicht mehr eingehalten werde und die Freiwilligkeit des Gebens, im Sinne eines Geschenks, nicht mehr gewährleistet sei.<sup>385</sup>

---

<sup>382</sup> Prof. Dr. med. Land, W., Dr. jur. Baur, U.: Organisation der postmortalen Organspende: Eine öffentliche Aufgabe. Themen der Zeit, DÄ, H. 48 (88) 1991, S. B-2760-2766

<sup>383</sup> Ohne Verfasserangabe: Das Vertrauen bewahren. Transplantation. Seite eins, DÄ, H. 23 (89) 1992, S. B-1277

<sup>384</sup> Ohne Verfasserangabe: Das Vertrauen bewahren. Transplantation. Seite eins, DÄ, H. 23 (89) 1992, S. B-1277

<sup>385</sup> Prof. Dr. Jörns, K.-P.: Organentnahme. Eingriff in das Sterbegeschehen. Ein Diskussionsbeitrag aus theologischer Sicht. Kurzberichte, DÄ, H. 28-29 (89) 1992, S. B-1516-1517

„Ich plädiere für eine gesetzliche Lösung, die eine zu Lebzeiten abgegebene Zustimmung des Spenders (so stimmt der Begriff!) zur Vorbedingung für eine Organentnahme macht\*). Nur so können Übergriffe auf die Persönlichkeitsrechte vermieden, nur so kann das Vertrauen in die ärztliche Arbeit gefördert werden.“<sup>386</sup>

Während die Meinungen über die optimale gesetzliche Lösung weiterhin gespalten sind,<sup>387</sup> findet sich 1992 zum ersten Mal ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt, der sich mit der Problematik der gerechten Organverteilung auseinandersetzt.<sup>388</sup> Die grundsätzliche Schwierigkeit besteht für den Autor und Arzt darin, dass der verantwortliche Arzt für das Leben des einen und gegen das Leben eines anderen Menschen entscheiden muss. Es scheint kein Ausweg aus dieser Zwickmühle möglich zu sein, da jede Entscheidung den Tod eines oder sogar mehrerer Menschen zur Folge hat. Aus diesem Grund sind, seiner Meinung nach, dringend Leitlinien erforderlich, die der Entscheidung des Arztes eine Grundlage und Orientierung bieten.<sup>389</sup>

„Durch die Knappheit solcher Ressourcen ist das Patienten-Arzt-Verhältnis erheblich belastet. Der Arzt entscheidet bei einer Organzuteilung nicht nur im Interesse des einen Patienten, sondern gleichzeitig auch auf Kosten eines anderen. Dies kann bedeuten, dass der andere Patient nicht überlebt. Das ethische Dilemma ist evident: Nach welchen Kriterien sollen limitierte Ressourcen zugeteilt werden?“<sup>390</sup>

In Europa existieren Verteilungskriterien wie Gewebekompatibilität, Wartezeit und Leidensdruck, nach denen sich die Organvergabe richtet. 1994 verdeutlicht ein im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichter Bericht über eine Tagung, dass diese Kriterien in der Bevölkerung durch mangelnde Aufklärung häufig nicht bekannt sind und für Misstrauen und

---

Die Einstellung der kirchlichen Vertreter hat sich bis zum Jahr 2004 nicht geändert. Vgl. Deutsche Bischofskonferenz, Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland: Organtransplantationen: Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. Transplantationsmedizin in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 309-311

<sup>386</sup> Prof. Dr. Jörns, K.-P.: Organentnahme. Eingriff in das Sterbe geschehen. Ein Diskussionsbeitrag aus theologischer Sicht. Kurzberichte, DÄ, H. 28-29 (89) 1992, S. B-1516-1517

<sup>387</sup> Gelsner, K.: Einmütiges Votum für die Widerspruchslösung. Ein Treffen von 500 Transplantierten. Kurzberichte, DÄ, H. 5 (90) 1993, S. B-200-201

Ohne Verfasserangabe: Vorstoß der Grünen. Transplantationsgesetz. Seite eins, DÄ, H. 42 (90) 1993, S. B-2033

<sup>388</sup> Das Dilemma der gerechten Organverteilung kann nicht allein mit medizinisch-technischen Argumenten gelöst werden, da zunächst jeder kranke Mensch das Recht auf die zur Verfügung stehende medizinische Versorgung zur Wiederherstellung seiner Gesundheit oder Rettung seines Lebens hat. Somit kann diese Frage nur unter Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte und medizinischer Daten, die Auskunft über die Erfolgswahrscheinlichkeit geben, gelöst werden. Klarheit in diesen ethischen Aspekten zu finden, stellt die Ärzteschaft jedoch vor einen Konflikt, dem sie bisher noch nicht ausgesetzt war. Seit Hippokrates bezieht sich die ärztliche Ethik auf das direkte, individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis und nicht auf Allokationsfragen in gesellschaftlichem Kontext. Selbst die Ärzteschaft steht dieser medizinisch-ethischen Frage mit gewisser Ratlosigkeit gegenüber. Vgl. Gutmann, T., Land, W.: Die Natur von Verteilungsentscheidungen. Transplantationsmedizin in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 327-328

<sup>389</sup> Prof. Dr. med. Fuchs, C.: Ethische Trends infolge medizinischen Fortschritts? Themen der Zeit, DÄ, H. 51-52 (89) 1992, S. B-2782-2785

<sup>390</sup> Prof. Dr. med. Fuchs, C.: Ethische Trends infolge medizinischen Fortschritts? Themen der Zeit, DÄ, H. 51-52 (89) 1992, S. B-2782-2785



Befürchtungen sorgen, die Organe könnten auf kommerzieller Basis vermarktet werden. Dadurch bliebe die Spendebereitschaft verhalten.<sup>391</sup>

„Einig waren sich die Diskussionsteilnehmer darin, dass ohne eine verbesserte Aufklärung der Bevölkerung über die derzeit geltenden Verteilungskriterien sich an der Spendebereitschaft kaum etwas ändern wird. Zu groß seien die Befürchtungen, daß die Verteilung der zur Verfügung stehenden Spenderorgane ungerecht vor sich gehe und daß mit den Organen ein regelrechter Handel betrieben werde. Im Eurotransplant-Bereich [...] gilt als erste Priorität für die Verteilung die Übereinstimmung der Gewebemerkmale. Weitere Entscheidungskriterien seien vor allem die Wartezeit, jedoch auch der Leidensdruck des Patienten.“<sup>392</sup>

Einem 1994 im Deutschen Ärzteblatt publizierten Bericht zufolge unterstützt der daraus resultierende Spendermangel das Problem Deutschlands, weiterhin Importland für Organe zu bleiben. Aus diesem Grund sollten, nach Ansicht des Präsidenten der Bundesärztekammer, alle Anstrengungen unternommen werden, die Bevölkerung vermehrt aufzuklären, um Vertrauen für die Transplantationsmedizin zu gewinnen.<sup>393</sup>

Eine weitere Möglichkeit, den Organimport nach Deutschland zu mindern, stellt die Lebendspende dar, die 1994 zum ersten Mal im Deutschen Ärzteblatt diskutiert wird.<sup>394</sup> Sie wirft neue ethische Aspekte auf, die das Verhältnis von Spender und Empfänger zueinander betreffen und die daraus entstehenden psychosozialen Folgen.<sup>395</sup> Bisher war die Lebendspende nur zwischen Verwandten ersten Grades möglich, nun soll, um das

---

<sup>391</sup> Ohne Verfasserangabe: „Informationslösung“ als Basis des Gesetzes? Organtransplantation. Berichte Themen der Zeit, DÄ, H. 25-26 (91) 1994, S. B-1332

<sup>392</sup> Ohne Verfasserangabe: „Informationslösung“ als Basis des Gesetzes? Organtransplantation. Berichte Themen der Zeit, DÄ, H. 25-26 (91) 1994, S. B-1332

<sup>393</sup> Ohne Verfasserangabe: Informationslösung angestrebt. Transplantationsgesetz. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 36 (91) 1994, S. B-1738

<sup>394</sup> Die Vorteile, die durch die Lebendspende ermöglicht werden, liegen im Ausgleich des Organmangels und in einer verbesserten Organfunktion im Vergleich zu Leichenorganen. Bedenken und Zurückhaltung ergeben sich trotz der erfolgten Einwilligung des Spenders, wodurch die Verletzung des Selbstbestimmungsrechts durch den Eingriff in die körperliche Integrität ausgeschlossen werden kann, aufgrund des Narkoserisiko, des Risikos bleibender chronischer Schmerzen und psychischer Belastung. Zusätzlich bietet die Sicherstellung einer freiwilligen Zustimmung ohne psychischen oder finanziellen Druck erhebliche Schwierigkeiten. Vgl. Ach, Marckmann: Einführung. Transplantationsmedizin in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 294-303

<sup>395</sup> Die Lebendspende stellt sowohl an den Empfänger als auch an den Spender andere Ansprüche als die postmortale Organspende. Von der Position des Empfängers aus betrachtet, ist es von noch größerer Bedeutung, im Vergleich zur postmortalen Organspende, dass die Spende freiwillig erfolgt und nicht einem „Opferakt“ gleicht. Damit sollte vermieden werden, dass der Empfänger aufgrund übertriebener Dankbarkeit in eine subalterne Beziehung mit dem Spender gerät. Auch aus der Sicht des Spenders ergeben sich einige ethische Diskussionspunkte. Dadurch dass die Organentnahme einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und Integrität darstellt, gilt der marktwirtschaftliche und altruistische Beweggrund zur Organspende, der aus dem sogenannten Helfersyndrom oder neurotischen Schuldgefühlen resultieren kann, als unethisch und widerspricht jeglicher Achtung der Menschenwürde. Die Spende aus freiem Willen ist demnach sowohl für den Empfänger als auch für den Spender die Voraussetzung um nicht unter psychischen Folgeschäden oder Belastungen zu leiden. Um dieses sicherzustellen, ist es ratsam eine Altersgrenze von 16 Jahren für den Spender festzulegen. Ausmaß und Einfluss der entstehenden Folgen für die Lebensqualität zu erfassen und für sich zu verantworten, könnten Kinder und Jugendliche überfordern. Vgl. Gründel, J.: Ethische Probleme bei Lebendspende von Organen. Transplantationsmedizin in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 315-318

Organdefizit auszugleichen, auch die Spende zwischen Ehepartnern und engen Freunden erlaubt sein. Eine psychologische und medizinische Betreuung nach der Transplantation ist in beiden Fällen obligat.

„Organspenden sind in Deutschland stark zurückgegangen. [...] Die medizinischen, psychologischen und ethischen Aspekte einer Lebendspende wurden auf der Konferenz in Heidelberg diskutiert. Lebendspenden sind derzeit nur zwischen Verwandten ersten Grades möglich. In der Regel ist es ein Elternteil, der sich dazu bereitfindet, dem kranken Kind eine Niere zu spenden. Der Entwurf des neuen Transplantationsgesetzes sieht auch die Spende zwischen Ehepartnern und eventuell auch guten Freunden vor. [...] Allerdings bringt die Lebendspende auch große Probleme. So kann die Entscheidung hierfür bei einigen Familien zu psychosozialen Problemen führen oder diese verstärken. [...] Eine medizinische sowie eine psychologische Betreuung der Spenderin oder des Spenders müsse auch nach der Organentnahme weitergeführt werden, betonte die Heidelberger Psychologin.“<sup>396</sup>

Während die gesetzlichen Regelungen der Lebendspende noch ungeklärt sind, liegt, einem 1997 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel zufolge, für die postmortale Organspende ein neuer Gesetzentwurf der Bundesregierung vor, der die sogenannte erweiterte Zustimmungslösung<sup>397</sup> vorsieht. Mit ihr wird es möglich, bei fehlender Äußerung des Verstorbenen dem nächsten Angehörigen die Befugnis zu erteilen, über eine Organspende zu entscheiden. Der Arzt ist verpflichtet, den Angehörigen darauf hinzuweisen, dass die Entscheidung sich nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen richten sollte. Nur im Falle einer Zustimmung des Angehörigen ist eine Organentnahme möglich, die er jedoch innerhalb einer mit dem zuständigen Arzt vereinbarten Frist widerrufen kann.<sup>398</sup>

Die Bundesärztekammer stimmt, dem Deutschen Ärzteblatt zufolge, 1997 diesem Vorschlag zu. Der Präsident befürwortet in diesem Zusammenhang ausdrücklich die Anerkennung des Hirntodes als Todeskriterium und lehnt die enge Zustimmungslösung ab, bei der die Organspende nur im Falle der Einwilligung des Spenders erlaubt ist und der Hirntod als Teil des Sterbevorgangs aufgefasst wird. In seinen Augen wäre es eine ethische Fehlentscheidung im Sinne der Tötung auf Verlangen, den Hirntod nicht als Todeskriterium anzuerkennen und gleichzeitig in diesem Stadium Organentnahmen vorzunehmen.<sup>399</sup> Konsequenterweise würde

---

<sup>396</sup> Bördlein, I.: Die Lebendspende rückt stärker in die Diskussion. Organmangel gefährdet Transplantationsmedizin. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 36 (91) 1994, S. B-1739

<sup>397</sup> Die erweiterte Zustimmungslösung entspricht der derzeit geltenden gesetzlichen Regelung in Deutschland. Vgl. Ohne Verfasserangabe: Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG). Transplantationsmedizin in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 304-305

<sup>398</sup> Ohne Verfasserangabe: Rechtsklarheit. Transplantationsgesetz. Seite eins, DÄ, H. 4 (94) 1997, S. B-113

<sup>399</sup> Bei Ablehnung des Hirntodes als Todeskriterium kann jede Organentnahme mit Tötung auf Verlangen gleichgesetzt werden. Vgl. Ach, Marckmann: Einführung. Todesbegriff und Hirntod-Kriterium in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 336

die Ablehnung des Hirntodkonzeptes eine Ablehnung der Transplantationsmedizin zur Folge haben.<sup>400</sup>

„Die sogenannte erweiterte Zustimmungslösung sieht vor, dass Angehörige über eine Entnahme entscheiden können, wenn der Betroffene zu Lebzeiten sich nicht erklärt hat. Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Karsten Vilmar, plädiert ebenfalls für diese Lösung. [...] Vilmar begrüßt es außerdem, dass in diesem Gesetzentwurf der Hirntod eines Menschen als Todeskriterium gewertet wird. [...] Vilmar wendet sich folgerichtig gegen zwei fraktionsübergreifende Gesetzesentwürfe, in denen der Hirntod als Sterbeprozess bezeichnet wird und nach denen eine Organentnahme nur dann möglich sein soll, wenn der Spender selbst zugestimmt habe (sogenannte enge Zustimmungslösung). Damit würde die Organentnahme zur „Tötung auf Verlangen“. Außerdem würde diese Regelung nach Ansicht des Bundesärztekammerpräsidenten einen erheblichen Rückschlag für die Spendebereitschaft bedeuten, da nur wenige Menschen bereit seien, „sich zu Lebzeiten mit dem Problem der Organentnahme und damit mit dem eigenen Tod zu befassen“.<sup>401</sup>

Im gleichen Jahr entscheidet sich der Bundesrat, laut Belegen aus dem Deutschen Ärzteblatt, im Sinne der Bundesärztekammer.<sup>402</sup>

„Mit großer Mehrheit hat der Bundesrat Ende September dem Transplantationsgesetz zugestimmt. Danach ist künftig eine Organentnahme nur dann zulässig, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat oder, falls keine derartige Zustimmung vorliegt, die gesetzlich bestimmten Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen entscheiden.“<sup>403</sup>

1998 zweifelt die Ethik-Charta, bekannt als Vertreter strikt konservativer Ansichten, in einem im Deutschen Ärzteblatt publizierten Artikel die Aussage der Bundesärztekammer und den Beschluss des Bundesrates an. Sie akzeptiert nicht die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem endgültigen Tod des Menschen, sondern sieht darin lediglich den Zeitpunkt, ab dem die Organentnahme legal ist.<sup>404</sup>

Nachdem die rechtliche Situation der Organspende gelöst wurde, wird die Bundesärztekammer beauftragt, Kriterien der Organverteilung zu entwickeln. 1999 stellt sie ein Punktesystem im Deutschen Ärzteblatt vor, das Blutgruppen- und Gewebekompatibilität als Voraussetzung vorsieht und sich hauptsächlich nach Wartezeit und Entfernung des

---

<sup>400</sup> Ohne Verfasserangabe: Hirntod-Konzept. Zentrale Ethikkommission. Seite eins, DÄ, H. 25 (94) 1997, S. B-1345

Ohne Verfasserangabe: Rechtsklarheit. Transplantationsgesetz. Seite eins, DÄ, H. 4 (94) 1997, S. B-113

<sup>401</sup> Ohne Verfasserangabe: Rechtsklarheit. Transplantationsgesetz. Seite eins, DÄ, H. 4 (94) 1997, S. B-113

<sup>402</sup> Ohne Verfasserangabe: Bundesrat: Transplantationsgesetz verabschiedet. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 42 (94) 1997, S. B-2204

<sup>403</sup> Ohne Verfasserangabe: Bundesrat: Transplantationsgesetz verabschiedet. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 42 (94) 1997, S. B-2204

<sup>404</sup> Klinkhammer, G.: Achtung vor der Würde des Menschen, „Ethik-Charta“. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 34-35 (95) 1998, S. B-1652

Explantations- vom Implantationsort richtet. Ausnahmefälle bei Kindern oder in Notsituationen sind darin auch berücksichtigt.<sup>405</sup>

„Für die Entscheidung über den Platz auf der Warteliste für eine Organtransplantation wird künftig ein Punktsystem verwendet, mit dem verschiedene Faktoren unterschiedlich stark gewertet werden. Nach dem primären Ausschlussfaktor Blutgruppen-Kompatibilität soll die Gewebeverträglichkeit am stärksten ins Gewicht fallen. Auch die Dauer der Wartezeit auf ein Spenderorgan soll die Punktwertung wesentlich bestimmen, wobei allerdings die höchstmögliche Punktzahl nach sechs Jahren Wartezeit erreicht wird. Angesichts kurzer Ischämiezeiten wird auch die Distanz zwischen Entnahme- und Transplantationsort Berücksichtigung finden. In Ausnahmefällen – etwa bei Kindern oder bei Doppeltransplantationen – sind Punktezuschläge vorgesehen. Das gleiche gilt für Patienten in unmittelbarer Lebensgefahr, wobei etwaiger Missbrauch von vornherein durch geeignete Kontrollinstanzen ausgeschaltet werden soll.“<sup>406</sup>

Leider stellt die gerechte Verteilung der Organe nicht die letzte Hürde in der Transplantationsmedizin dar. Die mangelnde Spendebereitschaft ist, den Belegen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, ständiger Begleiter der Transplantationsmedizin und bleibt auch in den Jahren 1999 und 2000 bestehen. Die Aufklärungsarbeiten der Bundesärztekammer und die rechtliche Klärung der Verteilungskriterien und der Erlaubnis der Organentnahme haben bisher nicht zum Ausgleich des Defizits ausgereicht. Aus diesem Grund wird, Veröffentlichungen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, vorgeschlagen, in jedem Krankenhaus einen kompetenten Ansprechpartner bei Fragen bezüglich Organtransplantationen zur Verfügung zu stellen und ein Infotelefon einzurichten.

„Nach Aussicht der DSO kann die Spendenzahl gesteigert werden, wenn „die Gemeinschaftsaufgabe Organspende in allen Krankenhäusern strukturell verankert ist“. Das heißt: Ein Mitarbeiter müsste in jedem Krankenhaus für alle Fragen der Organspende zuständig sein. Der Grund für den Organmangel liegt aber nicht nur in den Kliniken, sondern in den Köpfen der potentiellen Spender. [...] Nur 65 Prozent sagten, sie würden selbst nach ihrem Tod Organe spenden.“<sup>407</sup>

„Um bei diesem schwierigen, für viele mit Tabus und Ängsten besetzten Thema die Möglichkeit zu einem persönlichen Gespräch zu erhalten, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [...], Köln, jetzt ein Infotelefon Organspende eingerichtet.“<sup>408</sup>

Interessanterweise hält das Problem des Organmangels bis 2005 an. Aus diesem Grund wird im Deutschen Ärzteblatt nochmals ein Artikel publiziert, in dem die Einrichtung eines

---

<sup>405</sup> Dr. Gerst, T.: Bundesärztekammer strebt öffentlichen Diskurs an. Ethische Grenzfragen in der Medizin. Aktuell. Politik, DÄ, H. 13 (96) 1999, S. B-637

<sup>406</sup> Dr. Gerst, T.: Bundesärztekammer strebt öffentlichen Diskurs an. Ethische Grenzfragen in der Medizin. Aktuell. Politik, DÄ, H. 13 (96) 1999, S. B-637

<sup>407</sup> Endres, A.: Priorität für postmortale Spenden. Organspende. Aktuell. Politik, DÄ, H. 39 (96) 1999, S. B-1961

<sup>408</sup> Klinkhammer, G.: Informationsbedarf. Organspende. Seite eins, DÄ, H. 23 (97) 2000, S. B-1317

Ansprechpartners für Fragen zur Organtransplantation, eines sogenannten Transplantationsbeauftragten, vorgeschlagen wird.<sup>409</sup>

Ein Beleg dafür, dass sich die deutsche Ärzteschaft mit der Analyse dieses Problems immer noch auseinandersetzt, bietet ein im Jahr 2005 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichter Artikel, in dem weitere Gründe für den Organmangel angeführt werden. Der Präsident der Bundesärztekammer vermutet eine Ursache in der unzureichenden Zustimmungsbereitschaft der Angehörigen, die auf ein verspätetes Gespräch der Ärzte mit den Angehörigen zurückzuführen sei. Ein weiterer Grund scheint, einer Umfrage zufolge, in der Überforderung des Klinikpersonals aufgrund mangelnder Ausbildung und Vorbereitung zu liegen. Die Folge davon sei die Abgrenzung vieler Krankenhäuser von der Transplantationsmedizin.<sup>410</sup>

„Allerdings stehen immer noch 12 000 Menschen auf der Warteliste für eine Transplantation. [...] Ein Problem ist die hohe Ablehnungsrate der Angehörigen. [...] ‚Ziel dieser Beteiligung ist es, den Angehörigen zu helfen, die krisenhafte Situation des Verlustes zu verarbeiten und ihnen die Hintergründe für die Bitte um Organspende zu erläutern, damit sie eine stabile Entscheidung treffen könne‘, so Prof. Dr. med. Günter Kirste, Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation. ‚Besonders wichtig ist es, frühzeitig mit den nächsten Angehörigen über die Bereitschaft zur Organspende zu sprechen, und nicht erst, wenn die Umstände ein solches Gespräch kaum mehr möglich machen. Nur so können die Angehörigen sicher sein, bei der schwierigen Entscheidung über eine Zustimmung zur Organentnahme im Sinne des Verstorbenen zu handeln‘, sagte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, anlässlich der Anhörung. [...] Ein weiterer Grund für das geringe Transplantationsaufkommen liegt in der mangelnden Teilnahme der Krankenhäuser an der Organspende. [...] Eine Umfrage beim Personal von Intensivstationen am Universitätsklinikum Regensburg habe gezeigt, ‚dass ein hoher Prozentsatz des ärztlichen und pflegerischen Personals sich durch Hirntodbestimmung und Organspende psychisch belastet und nicht ausreichend informiert fühlt [...]. Bein hält ‚das ‚Instrument‘ eines Transplantationsbeauftragten für effektiv geeignet, um die Organspende mit allen Teilbereichen im Krankenhaus voranzutreiben‘.<sup>411</sup>

Die grundlegende Problematik, die sich nach Abschluss dieser Analyse herauskristallisiert, liegt in dem noch immer bestehenden Mangel an Spenderorganen, der die Transplantationsmedizin von Anfang an begleitet hat. Von 1968 bis 2005 wechseln die Begründungen und Erklärungsversuche der deutschen Ärzteschaft für dieses Problem

---

<sup>409</sup> Dr. med. Richter-Kuhlmann, E. A.: Unter Kostendruck. Organspende. Seite eins, DÄ, H. 5 (102) 2005, S. B-197

<sup>410</sup> Klinkhammer, G.: Hilfe für die Angehörigen. Postmortale Organspende. Politik, DÄ, H. 12 (102) 2005, S. B-681

<sup>411</sup> Klinkhammer, G.: Hilfe für die Angehörigen. Postmortale Organspende. Politik, DÄ, H. 12 (102) 2005, S. B-681

### ***Kommentar***

Der dargestellten Entwicklung der Transplantationsmedizin ist, meiner Beurteilung nach, zu entnehmen, dass rechtliche Klarheit in Bezug auf postmortale Organspende und Todeskriterien geschaffen wurde. Die beschlossene, sogenannte erweiterte Zustimmungslösung soll eine postmortale Transplantation unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte ermöglichen. Sie erlaubt bei ausgebliebener Entscheidung des Verstorbenen über eine postmortale Organspende, im Gegensatz zur engen Zustimmungslösung, die Organentnahme nach Zustimmung der Angehörigen, die jedoch innerhalb einer vereinbarten Frist widerrufbar ist. Das grundsätzliche Prinzip der Hirntodfeststellung durch zwei voneinander unabhängige Ärzte bleibt auch innerhalb dieser gesetzlichen Lösung Voraussetzung für eine Explantation.

Hier wurde, meines Erachtens, ein Mittelweg zwischen Wahrung der persönlichen Unversehrtheit und der ärztlichen Pflicht, Leben zu erhalten, gewählt. Extreme finden sich in den Auffassungen kirchlicher Vertreter, die eine Organspende einem Geschenk gleichsetzen und auf die Wahrung der Freiwilligkeit des Gebenden bestehen, da ihrer Meinung nach keinem Menschen das Recht und der Anspruch auf das Organ eines anderen Menschen zukommen kann.<sup>412</sup> Andere Stimmen im Deutschen Ärzteblatt vertreten die Meinung, dass die postmortale Organspende einer höheren moralischen Verpflichtung jedes Einzelnen unterliege, da durch die Verweigerung bewusst der Tod anderer Menschen zugelassen werde und die Zustimmung dem Betreffenden keinen ersichtlichen Schaden zufüge.<sup>413</sup>

Der Schaden oder Nachteil hingegen, der auf der Seite des Spenders bei einer Lebendspende entsteht, ist, meines Erachtens, offensichtlich, da die Bereitschaft des Spenders zum Verzicht auf eines seiner Organe zu Lebzeiten zugunsten eines anderen Menschen vorausgesetzt wird. Meiner Meinung nach dehnt sich aus diesem Grund das Konfliktpotential sowohl vor als auch nach der Organspende im Vergleich zur postmortalen Spende erheblich aus. Artikel im Deutschen Ärzteblatt betonen die absolute Freiwilligkeit, die psychologischen, finanziellen, familiären und beziehungsabhängigen Druck ausschließt, als grundlegende Voraussetzung sowohl bei Spender als auch bei Empfänger.

Einer der bedeutendsten Gründe für die Einführung der Lebendspende ist, den Publikationen im Deutschen Ärzteblatt zufolge, - neben sicherer und zuverlässiger Funktionstüchtigkeit der Organe - der ständige Organmangel, der vom Beginn der Diskussion um die Transplantation im Deutschen Ärzteblatt, also von 1968 bis 2005, aktuell bleibt. Veröffentlichungen

---

<sup>412</sup> Vgl. Deutschen Bischofskonferenz, Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland: Organtransplantationen: Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. Transplantationsmedizin in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 309-311

<sup>413</sup> Vgl. Birnbacher, D.: Organtransplantation – Stand der ethischen Debatte. Transplantationsmedizin in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 313-315

demonstrieren die verschiedensten Erklärungsansätze für das immerwährende Problem des Organmangels. Mögliche Ursachen werden in der Angst vor Organhandel und aktiver Euthanasie zu Transplantationszwecken gesehen, in gesetzlichen Regelungen, die eine Organentnahme erschweren, und auch in der mangelnden Kooperation der Krankenhäuser und Transplantationszentren. Meines Erachtens liegt die Vermutung nahe, dass die unterschiedlichen Begründungen gemeinsam zum Bestehen des Mangels beitragen.

Vorherrschend erscheint mir jedoch die Tatsache, dass dem Einzelnen, der nicht zur Organspende bereit ist, kein Nachteil entsteht, insbesondere nicht bei eigenem Organbedarf. Eine Hilfestellung würde das sogenannte Reziprozitätsmodell bieten, das bisher noch nicht durchgesetzt wurde und auch im Deutschen Ärzteblatt nicht erwähnt wird. Dieses Modell sieht eine Bevorzugung derjenigen, die eine dokumentierte Spendebereitschaft vorweisen können, bei der Organverteilung vor. Dadurch soll bewusst gemacht werden, dass ohne die Bereitschaft Organe zu spenden auch keine Organe empfangen werden können und somit das eigene Leben im Zweifelsfall nicht gerettet werden kann. Der Einzelne wird somit gezwungen, zwischen dem eigenen Interesse, im Fall eines Organversagens weiterleben zu können, und der Aufgabe seiner postmortalen, körperlichen Unversehrtheit abzuwägen. Eine Weiterentwicklung des Reziprozitätsmodells schlägt die „qualifizierte Wartezeit“ vor, mit der die Wartezeit in Abhängigkeit der Jahre nach dem 18. Lebensjahr ohne Organspendeausweis berechnet wird. Das sogenannte „Freifahrerverhalten“ wird auf diese Weise unattraktiv.<sup>414</sup>

Die Transplantationsmedizin hat, meines Erachtens, trotz der Problematik des Spendermangels im wesentlichen durch den medizinischen Fortschritt Möglichkeiten eröffnet, Menschenleben zu retten, ohne schwerwiegende, berufsethische Kompromisse einzugehen und moralische Grundsätze zu verletzen. Der deutschen Ärzteschaft ist die Gratwanderung zwischen der Wahrung des Rechts auf persönliche Unversehrtheit und der ärztlichen Pflicht, zur Hilfeleistung und zum Wohl der Patienten zu handeln, mit der Durchsetzung der erweiterten Zustimmungslösung, meiner Ansicht nach, gut gelungen.

### ***5.1.3.7 Zusammenfassung***

Der Rückblick auf das Kapitel „Pflicht zur Erhaltung und zum Schutz von Leben“ lässt den Schluss zu, dass die deutsche Ärzteschaft sich für den Schutz am Ende des Lebens und für die Unversehrtheit nach dem Tod mit Erfolg eingesetzt hat. Im Vergleich zur Diskussion um die Abtreibung ist deutlich erkennbar, dass der Beginn des Lebens weitaus größerer Verfügbarkeit unterliegt als das Ende des Lebens. Unter der Annahme, dass der Druck der Gesellschaft zu der Bereitschaft der Ärzteschaft geführt hat, Abtreibungen in den ersten drei

---

<sup>414</sup> Vgl. Breyer, F.: Möglichkeiten und Grenzen des Marktes im Gesundheitswesen. Das Transplantationsgesetz aus ökonomischer Sicht in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 319-321

Monaten durchzuführen, drängt sich mir die Vermutung auf, dass eine von Individualismus und Selbstverwirklichung geprägte Gesellschaft wesentlich bereitwilliger das eigene Leben schützt als das Leben eines Dritten, das - obwohl es ein Teil des eigenen Individuums ist -, dieses in seiner Persönlichkeitsentfaltung und Eigenständigkeit hemmt. Unterstützend zu dieser Annahme kann auch der Spendermangel aus dem Bereich der Transplantationsmedizin angeführt werden, der durch die Scheu vor individueller, postmortaler körperlicher Beschädigung getragen wird bei gleichzeitigem selbstverständlichen Anspruch auf fremde Organe.

Alle Aspekte, ausgenommen die Euthanasie-Problematik, die das Gebiet der Pflicht zur Erhaltung und zum Schutz von Leben ausfüllen, werden, meiner Ansicht nach, gekennzeichnet von individualistischem Opportunismus, der die Erfüllung eigener Bedürfnisse und vollendete Persönlichkeitsentfaltung erfordert. Ob von Verhütungsmaßnahmen und Abtreibung oder von künstlicher Befruchtung gesprochen wird, die Entscheidung über das Leben eines Dritten soll, meines Erachtens, der eigenen Zufriedenheit und dem eigenen Glück dienen. Diese kritische und vor allem provokante, anmaßende Meinung lenkt nicht nur die Gedanken und Überlegungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, sondern auch auf die gesamte gesellschaftliche Entwicklung und Zukunft.

#### **5.1.4 Rechte des Arztes**

Zu diesem Gliederungspunkt können aufgrund mangelnder Belege im Deutschen Ärzteblatt keine Angaben gemacht werden.

Eines der wenigen Rechte, die unter dem Aspekt des Arzt-Patienten-Verhältnisses erwähnt werden, stellt das Recht der ärztlichen Berufsfreiheit dar. Thematisiert wird dieses Recht nur im Zusammenhang mit der Problematik der Zwangseinweisung. In diesem Fall steht das Recht der ärztlichen Berufsfreiheit in Konkurrenz zur Wahrung der persönlichen Entscheidungsfreiheit des Patienten um, der jeweiligen Situation angepasst, zum Wohl des Patienten entscheiden zu können. Ein ärztliches Recht dient somit dem Vorteil des Patienten und nicht derjenigen Gruppierung, in diesem Fall der Ärzteschaft, der das jeweilige Recht zugesprochen wird.

Demnach kann, meiner Beurteilung nach, dieser Gliederungspunkt aus zwei Gründen nicht ausgeführt werden. Zum einen fehlen, den Recherchen zufolge, genügend Belege über die Rechte des Arztes, die im Zusammenhang mit dem Arzt-Patienten-Verhältnis diskutiert werden, und zum anderen können die wenigen ärztlichen Rechte, die im Deutschen Ärzteblatt besprochen werden, in meinen Augen, nicht im Sinn der ursprünglichen Bedeutung eines Rechts, von dem die jeweilige Personengruppe profitiert, aufgefasst werden.



## **5.2 *Position des Patienten***

Die Analyse des Deutschen Ärzteblattes von 1949 bis 2005 hat gezeigt, dass der Kern der Auseinandersetzung sich im Wesentlichen auf die Rechte des Patienten beschränkt. Zwei Hauptgebiete konnten herausgearbeitet werden, anhand derer die Veränderung der Patientenrolle im Arzt-Patienten-Verhältnis deutlich wird: die Selbstbestimmung und das Recht auf Personsein.

### **5.2.1 *Selbstbestimmungsrecht***

Die Selbstbestimmung des Patienten, die einerseits ein erhöhtes Maß an Autonomie, aber andererseits auch mehr Eigenverantwortlichkeit mit sich bringt, lässt sich durch zwei große Entwicklungen charakterisieren. Zu Beginn kristallisiert sich die Wirkung der Medien, im Sinne der Pressefreiheit, sensationsorientierter Mediengestaltung und öffentlicher Aufklärung, heraus, die 1951 beginnt und bis 1977 anhält. Sie legt in ihren Anfängen den Grundstein für die weitere Entwicklung der Patientenrolle. Einige Jahre später, 1969 schließt sich der Aspekt des informierten und aktiven Patienten an, der bis 2005 ein aktuelles Thema im Deutschen Ärzteblatt darstellt. Auffallend ist hier, dass die beiden Aspekte – nicht wie in den übrigen Themengebieten – in chronologischer Reihenfolge nacheinander auftreten, sondern ihre Entwicklungen sich zeitweise überschneiden.

#### **5.2.1.1 *Wirkung der Medien***

Die Arbeit der Medien, die, meiner Beurteilung nach, die Grundlage für die medizinischen Kenntnisse der Öffentlichkeit bildet, ist in Abhängigkeit von dem Verhalten der Verantwortlichen mit positiven, aber auch mit negativen Folgen verknüpft. 1951 wird im Deutschen Ärzteblatt zum ersten Mal deutlich, dass zwei gegenläufige Entwicklungstendenzen bei der Ärzteschaft und in der Öffentlichkeit für Interessenkonflikte sorgen. Die Ärzteschaft übt sich eher in Zurückhaltung in Bezug auf öffentliche Aussagen gegenüber der Presse und Presse, und Öffentlichkeit fordern vermehrt Informationen über medizinisches Fachwissen und vor allem offizielle Begründungen für bestimmte Krankheitsverläufe und damit verbundene Patientenschicksale.

Der Autor eines 1951 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikels erklärt die bisherige Verslossenheit der Ärzteschaft mit den Bedenken, die Schweigepflicht zu verletzen und dadurch den einzelnen Patienten zugunsten der öffentlichen Aufklärung zu benachteiligen. Trotzdem wirbt er um zunehmende Offenheit gegenüber der Presse und um eine verbesserte

Kooperation zwischen Ärzteschaft und Presse, um Missverständnisse auf beiden Seiten zu vermeiden und um eine Vertrauensbasis zwischen Ärzteschaft und Presse zu bilden.<sup>415</sup>

„Die ärztliche Pressestelle betrachte es daher als eine ihrer wichtigsten Aufgaben, ein echtes Vertrauensverhältnis zwischen Presse und Aertzteschaft herzustellen. Nur so könne vermieden werden, daß der Patient der Leidtragende sein werde, was leider schon vielfach infolge der Durchbrechung des Prinzips der Schweigepflicht in der Sozialversicherung der Fall sei. Die starke Betonung der Schweigepflicht habe nichts mit Verschleierungsabsichten zu tun. An der Aufdeckung wirklicher Misstände sei die Aertzteschaft nicht weniger interessiert als Presse und Oeffentlichkeit. [...] Es sei daher das Anliegen der Aertzteschaft, freimütig über alles zu sprechen, was dem einzelnen und dem Volksganzen dienlich sei. Engste Zusammenarbeit zwischen Presse, Justiz und Aertzteschaft liege im Interesse der Oeffentlichkeit.“<sup>416</sup>

Während im obigen Zitat die Ärzteschaft aufgefordert wird, bereitwilliger Informationen preiszugeben und Presse und Öffentlichkeit entgegen zu kommen, so übt 1951 ein Autor, ebenfalls ein Arzt, vehement Kritik am unlauteren Umgang der Presse mit der erhaltenen Information. Seiner Beurteilung nach entwürdigt die Presse durch unsachgemäße Veröffentlichungen die ärztliche Tätigkeit.<sup>417</sup>

“Wie sehr durch solche Veröffentlichungen der Heilungsarbeit der behandelnden Aerzte geschadet wird, wie oft in Patienten falsche Hoffnungen geweckt werden, wie sehr der Stand der Aerzte herabgewürdigt und dem Puschertum Tür und Tor geöffnet wird, all dies sind Fragen, die Herr Dr. Lutz sich einmal selbst vorlegen und beantworten sollte!“<sup>418</sup>

Die beiden entscheidenden Folgen, die sich, meinen Recherchen zufolge, daraus für die Ärzteschaft ergeben, bestehen zum einen in der Beeinflussung des Ansehens des eigenen Berufsstandes und zum anderen in der Beeinflussung des Umgangs mit Patienten. Durch die enge Verknüpfung der beiden Folgen miteinander bedingen und verstärken sie sich, meines Erachtens, gegenseitig.

1955 beginnt im Deutschen Ärzteblatt die Diskussion um die Problematik der Laienpropaganda, die sich aus ärztlicher Sicht als Störfaktor innerhalb des Arzt-Patienten-Gesprächs erweist. Der Arzt, bemüht durch Erklärungen das medizinische Halbwissen zu berichtigen, muss sich mühsam das Vertrauen des Patienten erkämpfen, um wieder eine Basis für das Arzt-Patienten-Verhältnis zu schaffen.<sup>419</sup>

„Die Laienpropaganda wirkt nämlich als der Einbruch eines Dritten – und zumeist noch dazu als eines im Dunkel der Anonymität wirkenden Dritten – in das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient. [...] Nur in der mühevollen Alltagsarbeit der Praxis, nur im individuellen Gespräch des Arztes mit

---

<sup>415</sup> Dr. med. Jörgensen, G.: Medizin und Presse, ÄM, H. 6 (36) 1951, S. 93

<sup>416</sup> Dr. med. Jörgensen, G.: Medizin und Presse, ÄM, H. 6 (36) 1951, S. 93

<sup>417</sup> Dr. med. Hubrich, H.: Sensation um jeden Preis, ÄM, H. 2 (36) 1951, S. 31

<sup>418</sup> Dr. med. Hubrich, H.: Sensation um jeden Preis, ÄM, H. 2 (36) 1951, S. 31

<sup>419</sup> Volrad Deneke, J. F.: Arzt und Laienpropaganda, ÄM, H. 27 (40) 1955, S. 807-812

seinen Patienten können die etwaigen Schäden einer – wie auch immer: gewissenlosen oder wohlmeinenden – Laienpropaganda wirksam bekämpft werden.“<sup>420</sup>

Diese Publizierung sogenannter Laienweisheiten trägt, dem 1956 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel „Probleme der Laienpropaganda für Arzneimittel“ zufolge, die Gefahr des ärztlichen Autoritätsverlusts in sich.

„4. Die Publikumswerbung ist ein Angriff auf die Autorität des Arztes“<sup>421</sup>

Die oben beschriebene Problematik im ärztlichen Alltag, die durch die Pressearbeit hervorgerufen wird, führt, dem 1958 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Festvortrag auf dem 61. Deutschen Ärztetag zufolge, zu einer vermehrten Respektlosigkeit vor ärztlicher Arbeit und Leistung. Um das Berufsbild des Arztes realitätsnaher darzustellen, sollten Ärzte an der Gestaltung des vermittelten Images in größerem Maße beteiligt sein.<sup>422</sup>

„Allzu selten aber wird das geboten, worauf es eigentlich ankommt: die imponierende ärztliche Leistung im Gange des Alltages und die Last einer Arbeit, die sich ganz außerhalb öffentlicher Beobachtung und öffentlichen Urteils, oft in der grauen Regelmäßigkeit des Gewöhnlichen und menschlich doch so Wichtigen, in der Stille der Sprechstunde, in der Hilfe am Krankenbett und im Ringen um die Lebensrettung unausgesetzt Tag und Nacht vollzieht im unbeachteten Heroismus des Alltags. [...] Das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit muß in seinem Wahrheitsgehalt mehr als bisher vom Arzt selber mitgestaltet werden.“<sup>423</sup>

Diese Mitbestimmung ist, laut einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes aus dem Jahr 1960, nur möglich, wenn sich die Ärzteschaft, statt der bisherigen Defensive durch weitgehende Enthaltung, den Interessen der Öffentlichkeit stellt und mit der Presse einen gemeinsamen Weg sucht. Der Autor dieses Artikels sieht auf diesem Weg eine Möglichkeit, die derzeitigen Komplikationen in der Zusammenarbeit zwischen Presse und Ärzteschaft zu verbessern.<sup>424</sup>

„Um Änderung wenigstens allmählich durchzusetzen, bleibt der Medizin, so grotesk das klingt, in einer Demokratie nichts übrig, als die Flucht in die Öffentlichkeit. Der Weg in die Publizität ist während der letzten Jahre oft und oft ohne durchschlagenden Erfolg beschritten worden. Die beste andere Möglichkeit, für die sich während des letzten Jahrzehnts am nachhaltigsten der aus der Tagesjournalistik hervorgegangene, längst in die medizinische Fachpublizistik eingearbeitete J. F. Volrad Deneke etwa das auf dem Weltärztetag zu Wien im September 1955 gehaltene Referat „Medizinische Probleme in der Presse“ eingesetzt hat, ist und bleibt das vertrauensvolle Zusammenarbeiten von Ärzten und Publizisten.“<sup>425</sup>

---

<sup>420</sup> Volrad Deneke, J. F.: Arzt und Laienpropaganda, *ÄM*, H. 27 (40) 1955, S. 807-812

<sup>421</sup> Körbling, A. H.: Probleme der Laienpropaganda für Arzneimittel, *ÄM*, H. 34 (41) 1956, S. 965-969

<sup>422</sup> Prof. Dr. Dovifat, E.: Das Bild des Arztes im öffentlichen Leben, Festvortrag auf dem 61. Deutschen Ärztetag in Garmisch-Partenkirchen, *ÄM*, H. 28 (43) 1958, S. 796-798

<sup>423</sup> Prof. Dr. Dovifat, E.: Das Bild des Arztes im öffentlichen Leben, Festvortrag auf dem 61. Deutschen Ärztetag in Garmisch-Partenkirchen, *ÄM*, H. 28 (43) 1958, S. 796-798

<sup>424</sup> Prof. Dr. Haacke, W.: Massen-Medien und Medizin, *ÄM*, H. 2 (46) 1960, S. 71-76

<sup>425</sup> Prof. Dr. Haacke, W.: Massen-Medien und Medizin, *ÄM*, H. 2 (46) 1960, S. 71-76

Parallel zu diesen Bemühungen zeigt sich immer wieder, so auch 1962 und 1964 in Artikeln des Deutschen Ärzteblattes, die Frustration der Ärzteschaft über den unzuverlässigen Umgang der Presse mit den erhaltenen Informationen, die häufig nicht in vollem Ausmaß der Wahrheit entsprechen oder in irreführender Weise dargestellt werden. Vermutet wird, dass nicht die sachgemäße Aufklärung der Bevölkerung, sondern die Verbreitung spektakulärer Nachrichten im Vordergrund steht.<sup>426</sup>

„Für die Behandlung der Thematik „Medizinische Aufklärung und Gesundheitswesen bewirkt dieser Tendenzumschwung die Entwicklung von der gesundheitlichen Erziehung und Aufklärung zur medizinischen Sensation.“<sup>427</sup>

Ein Beispiel, welches das Problem der Sensationsnachrichten konkret veranschaulicht, ist die Wartezimmerlektüre. Einerseits dient die Zeitschrift, dem 1964 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel „Lektüre im Wartezimmer“ zufolge, zur Minderung des Ärgernisses aufgrund verlängerter Wartezeiten, andererseits jedoch werden darin häufig Artikel publiziert, die die Tätigkeit des Arztes in inakzeptabler Form in Frage stellen und damit das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient stören.<sup>428</sup>

„Eines der wesentlichsten Elemente ärztlicher Tätigkeit ist das Vertrauen des Patienten zu seinem Arzt. Gerade aber Publikationen, die geeignet sind, dieses Vertrauen in unverantwortlicher Weise zu untergraben oder gar zu zerstören, gibt es in großer Anzahl.“<sup>429</sup>

1973 steuert die Zeitschrift „medizin heute“, einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes zufolge, dieser Entwicklung durch medizinisch fundierte Aufklärung über das Gesundheitswesen, Therapiemöglichkeiten und den ärztlichen Alltag mit den begleitenden Sorgen entgegen. Mit Hilfe dieser Zeitschrift soll Arzt und Patient der Umgang miteinander erleichtert werden.

„„medizin heute“ will das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient vertiefen, will das Verständnis für die verantwortungsvolle ärztliche Tätigkeit stärken: durch sachgerechte Aufklärung über Fragen der Gesundheit, der Gesunderhaltung, der Vorsorge – in allgemeinverständlicher, überzeugender Sprache; durch lebendige Schilderungen aus dem ärztlichen Praxis-Alltag, die mit Zerrbildern vom „Doktor“ aufräumen, seine Arbeitslast, seine Probleme und Sorgen um die ihm anvertrauten Patienten deutlich machen.“<sup>430</sup>

---

<sup>426</sup> Volrad Deneke, J. F.: Medizinische Aufklärung und Gesundheitswesen in den ersten deutschen Wochen-Illustrierten. Aufsätze und Referate, ÄM, H. 43 (47) 1962, S. 2209-2219

Ohne Verfasserangabe: „Bamfolin“. Die Grenzen der Unterhaltungspresse, DÄ, H. 41 (61) 1964, S. 2123-2124

<sup>427</sup> Volrad Deneke, J. F.: Medizinische Aufklärung und Gesundheitswesen in den ersten deutschen Wochen-Illustrierten. Aufsätze und Referate, ÄM, H. 43 (47) 1962, S. 2209-2219

<sup>428</sup> Ohne Verfasserangabe: Lektüre im Wartezimmer, DÄ, H 15 (61) 1964, S. 833-834

<sup>429</sup> Ohne Verfasserangabe: Lektüre im Wartezimmer, DÄ, H 15 (61) 1964, S. 833-834

<sup>430</sup> Ohne Verfasserangabe: Zum Nutzen von Patient und Arzt. Nachrichten, DÄ, H. 10 (70) 1973, S. 610

Eine weitere Maßnahme, sich gegen die unlautere Pressearbeit zur Wehr zu setzen, ergreift 1976, dem Deutschen Ärzteblatt zufolge, ein Teil der deutschen Ärzteschaft und demonstriert in einer Protestkundgebung in Dortmund gegen die Verzerrung des ärztlichen Berufsbildes.

„Rund 3000 Ärzte waren am Nachmittag des 26. Februar 1976 der Einladung der ärztlichen Verbände in Westfalen-Lippe gefolgt, in der Dortmunder Westfalenhalle gegen die zunehmende Diffamierung des Berufsstandes zu demonstrieren. [...] Das gegenseitige Vertrauen zwischen Arzt und Patient, heißt es in der Resolution, ist die Grundlage für wirkungsvolle ärztliche Hilfe; es wird gegenwärtig durch gezielte Fehlinformation der Öffentlichkeit gefährdet.“<sup>431</sup>

1977 wird vom 80. Deutschen Ärztetag endgültig im Deutschen Ärzteblatt die 1960 vorgeschlagene Offensive bestätigt und eine Beteiligung der deutschen Ärzteschaft an der Aufklärung der Öffentlichkeit gestattet. Zu diesem Zweck wird die Berufsordnung geändert. Meines Erachtens soll dadurch erreicht werden, dass die Bevölkerung sachgemäß aufgeklärt wird und dass die Ärzteschaft die öffentliche Gestaltung des eigenen Berufsbildes beeinflussen kann.

„Die Mitwirkung des Arztes an aufklärenden Veröffentlichungen medizinischen Inhalts in Presse, Funk und Fernsehen ist zulässig, wenn und soweit die Mitwirkung des Arztes auf sachliche Informationen begrenzt und die Person des Arztes nicht werbend herausgestellt wird.“<sup>432</sup>

Mit diesem Entschluss kann das Kapitel „Wirkung der Medien“, als Grundstein für die Entwicklung zur Patientenautonomie, beendet werden.

### ***Kommentar***

Die Wirkung der Medien gleicht, meiner Auffassung nach, in diesem Zusammenhang einem Vorspann, da durch die öffentliche Aufklärung der Bevölkerung die einleitenden Schritte zur Selbstbestimmung des Patienten gelegt werden. Publikationen im Deutschen Ärzteblatt demonstrieren zu Beginn eine Konkurrenz zwischen Zurückhaltung der Ärzteschaft und Informationsbedarf der Öffentlichkeit. Durch vermehrte Öffnung der Ärzteschaft und vertraulicheren Umgang der Presse mit den preisgegebenen Informationen soll, Artikeln des Deutschen Ärzteblattes zufolge, eine optimale Kooperation zwischen Ärzteschaft und Presse hergestellt werden, um die Öffentlichkeit wahrheitsgemäß zu informieren. Diese Ideal- oder Wunschvorstellung kann von 1951 bis 2005, Veröffentlichungen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, nicht realisiert werden. Die Recherchen im Deutschen Ärzteblatt ergeben eine vermehrte Öffnung und Bereitschaft zur Auskunft deutscher Ärzte gegenüber der Presse,

---

<sup>431</sup> Ohne Verfasserangabe: „Wir lassen uns nicht länger zum Buhmann der Nation machen!“ 3000 Ärzte bei der Protestkundgebung in Dortmund, DÄ, H. 11 (73) 1976, S. 700-701

<sup>432</sup> Ohne Verfasserangabe: Vom 80. Deutschen Ärztetag beschlossene Neufassungen in der Berufsordnung, DÄ, H. 21 (74) 1977, S. 1441

während der Wahrheitsgehalt von veröffentlichtem medizinischem Fachwissen immer wieder angegriffen wird.

In den nächsten Jahren stehen Aspekte des informierten und aktiven Patienten im Deutschen Ärzteblatt im Vordergrund. Selbstverständlich verlaufen diese beiden Entwicklungen parallel und die Entwicklung zum informierten und aktiven Patienten wird weiterhin vom Einfluss der Medien begleitet. Das Augenmerk soll jedoch nicht mehr auf die Wirkung der Medien gelenkt werden, sondern auf das daraus resultierende, veränderte Verhalten der Patienten.

### ***5.2.1.2 Der informierte und aktive Patient***

Die Informationen, mit denen die Öffentlichkeit und damit der Kreis der Patienten versorgt werden, tragen dazu bei, medizinisches Wissen zu verbreiten. Dieses Kapitel soll nun analysieren, ob und in welchem Ausmaß diese Tatsache zur Aktivierung der Eigeninitiative, das bereits vorhandene Wissen zu erweitern und aktiv zur Besserung des gesundheitlichen Zustandes beizutragen, führt und welche Veränderungen das Arzt-Patienten-Verhältnis durch einen informierten, mündigen, kritikfähigen und selbstständig aktiven Patienten erfährt.

1969 beschreibt ein Arzt erstmalig im Deutschen Ärzteblatt eine entscheidende Wandlung im Arzt-Patienten-Verhältnis, die den Paternalismus zugunsten der Mündigkeit des Patienten verdrängt und die Begegnung auf eine partnerschaftliche Ebene führt.<sup>433</sup>

„Dieses Vater-Kind-Verhältnis mag im Bereich der praktischen Medizin der Vergangenheit vorgeherrscht haben und entspricht den in jener Zeit und in jenem sozialen System erwarteten Verhaltensweisen.“<sup>434</sup>

Der verstärkte Anspruch des Patienten an der Entscheidung des Arztes teilzuhaben und den Verlauf seiner Behandlung zu beeinflussen, zwingt den Arzt, meiner Beurteilung nach, zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit der Persönlichkeit, dem Willen und dem Charakter des Patienten. Die übergeordnete Rolle des Arztes, die es ihm ermöglicht hat, eigenmächtige Entscheidungen zu treffen, scheint, 1970 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikeln zufolge, durch den Beginn eines kooperativen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient abgelöst zu werden.<sup>435</sup>

---

<sup>433</sup> Die Veränderungen für das Arzt-Patienten-Verhältnis, im Sinne der Ablehnung des Paternalismus, gehen mit zunehmender Pluralität der Wertvorstellungen innerhalb der Gesellschaft und einem veränderten Selbstverständnis des Patienten einher. Vgl. Marckmann, Bormuth: Einführung. Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 91

<sup>434</sup> Dr. med. Biermann, H. B.: Probleme einer Soziologie der praktischen Allgemeinmedizin, DÄ, H. 41 (66) 1969, S. 2825-2828

<sup>435</sup> Dr. Albers, D.: Die Zukunft beginnt in diesem Augenblick. Der ärztliche Berufsstand muß sich aktiv anpassen, DÄ, H. 6 (67) 1970, S. 426-429

„Aber es ist notwendig, dass der Arzt sich künftig stärker bemühen muß, neue Beziehungen zum Patienten – einem mündigen Partner und nicht nur Objekt – herzustellen.“<sup>436</sup>

„Ich halte indes sehr viel von dem mündigen Patienten, der mit seinem Arzt sozusagen als gleichberechtigter Partner in ein Zwiegespräch über seine Krankheit eintritt und damit nach einer alten hippokratischen Metapher der Bundesgenosse im Kampf gegen die Krankheit wird, ...“<sup>437</sup>

Der Bundesgenosse des Arztes im Kampf gegen die eigene Krankheit zu sein, bedeutet, meinen Recherchen zufolge, nicht nur das Privileg zu haben, autonome Entscheidungen treffen zu können, sondern auch mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit und das eigene Leben zu tragen. In den Jahren 1970 bis 1973 setzt sich die Ärzteschaft, laut Veröffentlichungen des Deutschen Ärzteblattes, immer wieder für die Bekämpfung von Drogenmissbrauch<sup>438</sup>, Übergewicht<sup>439</sup> und Tabakkonsum<sup>440</sup> ein. 1973 belegt ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt, dass durch das Auslegen von Informationsbroschüren in der Praxis der Blick für gesundheitsschädigendes Verhalten geschärft werden soll und Patienten zur Selbstverantwortung für die Erhaltung oder Wiederherstellung der eigenen Gesundheit erzogen werden sollen.<sup>441</sup>

„Die notwendigerweise zeitlich beschränkte Aufklärung in der Sprechstunde soll erweitert und vertieft werden; falsches oder gar gefährliches Verhalten des Patienten soll verhindert und dem Mißbrauch von Medikamenten vorgebeugt werden; das Bewußtsein des Kranken von der Notwendigkeit, selbst wesentlich zur Gesundheit beitragen zu können, soll verstärkt werden.“<sup>442</sup>

Der Rückblick auf die ersten Jahre dieser Entwicklung lässt, meines Erachtens, die Schlussfolgerung zu, dass zwei Entwicklungen parallel zueinander verlaufen. Zum einen fordert der Patient im Kontakt mit Ärzten mehr Selbstbestimmung, um Eigenständigkeit und Bedeutung der eigenen Persönlichkeit zu stärken, und zum anderen bemüht sich die Ärzteschaft um verstärkte Aufmerksamkeit für die gesundheitliche Selbstverantwortung. Die Analyse der folgenden Jahre soll Aufschluss darüber geben, ob die Bemühungen und Interessen der Ärzte und Patienten gleiche oder unterschiedliche Richtungen einschlagen und welchen Veränderungen das Arzt-Patienten-Verhältnis dadurch unterliegt.

1976 zeigt sich, welche Bedeutung die erstgenannte Entwicklung vom weitestgehend unmündigen, angepassten Patienten zum kritischen Partner bereits erlangt hat. Das Deutsche

---

<sup>436</sup> Dr. Albers, D.: Die Zukunft beginnt in diesem Augenblick. Der ärztliche Berufsstand muß sich aktiv anpassen, DÄ, H. 6 (67) 1970, S. 426-429

<sup>437</sup> Prof. Dr. med. Schadewaldt, H.: Freiheit im Krankenhaus – Freiheit fürs Krankenhaus. Themen der Zeit, DÄ, H. 41 (67) 1970, S. 3017-3022

<sup>438</sup> Ohne Verfasserangabe: Der Kampf gegen Rauschmittelmisbrauch. Glaubt das Gesundheitsministerium auf die Hilfe der Ärzteschaft verzichten zu können? DÄ, H. 41 (67) 1970, S. 3011-3016

<sup>439</sup> Dr. Preuss, K.: Wir essen wie Schwerstarbeiter. Energische Warnung der Ernährungswissenschaftler, DÄ, H. 36 (67) 1970, S. 2660-2665

<sup>440</sup> Dr. Coudray, P.: Das Rauchen – eine Sucht unserer Zeit. World Medical Journal, DÄ, H. 33 (67) 1970, S. 2486-2488

<sup>441</sup> Ohne Verfasserangabe: Bessere Information für den Patienten, DÄ, H. 30 (70) 1973, S. 1965

<sup>442</sup> Ohne Verfasserangabe: Bessere Information für den Patienten, DÄ, H. 30 (70) 1973, S. 1965

Ärzteblatt veröffentlicht einen Bericht über den ersten internationalen Kongress zur Patientenberatung. Die oben beschriebene Umstrukturierung der Rollenverteilung im Arzt-Patienten-Verhältnis wird festgehalten und eine Besserung des Therapieerfolgs beobachtet.<sup>443</sup>

„In diesen Wandel passe die Erkenntnis, daß ‚der Arzt von heute nicht mehr nur von seinen Kollegen im Gesundheitsteam lernen kann, sondern auch von seinen Patienten‘. [...] Der Patient sei kritischer, selbstbewußter geworden, sich seiner Rechte vollauf bewußt. In die Entscheidung um das gesundheitliche Wohlbefinden sei heute der Patient miteinzubeziehen, und dies komme, heutigem Erkenntnisstand zufolge, der Behandlung sehr entgegen.“<sup>444</sup>

Die beschriebene Entwicklung wird 1977 von einem Juristen in überspitzter und prägnanter Form im Deutschen Ärzteblatt nochmals betont, wobei ein Zusammenhang zwischen öffentlichem Informationsangebot durch die Presse und der gegenwärtigen Rolle des Patienten vermutet wird.

„Der Arzt steht nicht mehr dem ‚Hinterwäldler‘ gegenüber, der sich mit blindem, absolutem kritiklosen Vertrauen dem Arzt unterwirft, sondern dem emanzipierten, gesundheitlich aufgeklärten mündigen Bürger, der ein gesteigertes Informationsbedürfnis zeigt, das gewiß auch durch die Massenmedien und die populärwissenschaftlichen Publikationen gefördert wird.“<sup>445</sup>

Nicht nur der Entwicklungsstrang der Patientenautonomie, sondern auch der zunehmender Eigenverantwortlichkeit wird durch die Presse gefördert. Durch medizinische Berichterstattungen der Presse können 1976, Belegen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, Erfolge in gesundheitsbewussterem Verhalten der Bevölkerung verzeichnet werden.<sup>446</sup> Sorge bereitet allerdings, dem Beitrag eines Arztes aus dem Deutschen Ärzteblatt im April 1978 zufolge, der Erfolg ärztlicher Ratschläge und Beratungen im persönlichen Gespräch.

„Wenn sich nicht wenige Ärzte scheuen, derartige Auskünfte und Ratschläge stärker als bisher in den Vordergrund ihrer Bemühungen zu stellen, so nicht zuletzt, weil die ärztlichen Ratschläge nur allzu leicht falsch verstanden oder in den Wind geschlagen werden.“<sup>447</sup>

Das Engagement der deutschen Ärzteschaft, die Autonomie und auch die Eigenverantwortlichkeit innerhalb des persönlichen Arzt-Patienten-Gesprächs zu fördern, bleibt, einem Beitrag des Deutschen Ärzteblattes von 1980 zufolge, nicht die einzige Initiative. Informationsveranstaltungen in Praxen, in denen Filme über die eigene Krankheit gezeigt werden, und gesonderte, patientengerechte Fassungen des sogenannten „Blauen Papiers“, einem Dokument über die gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der

---

<sup>443</sup> Ohne Verfasserangabe: Der informierte Patient spart Kosten. Erster Internationaler Kongreß über Patientenberatung, DÄ, H. 27 (73) 1976, S. 1832

<sup>444</sup> Ohne Verfasserangabe: Der informierte Patient spart Kosten. Erster Internationaler Kongreß über Patientenberatung, DÄ, H. 27 (73) 1976, S. 1832

<sup>445</sup> Prof. Dr. jur. Wannagat, G.: Arzt und Gesellschaft, DÄ, H. 28 (74) 1977, S. 1813-1817

<sup>446</sup> Hellmann, M.: Medizinberichterstattung in der Presse, DÄ, H. 45 (73) 1976, S. 2877-2882

<sup>447</sup> Dr. med. Jungmann, G.: Der Arzt als Gesundheitserzieher, DÄ, H. 14 (75) 1978, S. 829-836



deutschen Ärzteschaft, sind Beispiele für Bemühungen, den Anforderungen der Patienten gerecht zu werden. Neben dem persönlichen Gespräch soll auf diesem Weg eine umfassende Aufklärung gewährleistet werden.<sup>448</sup>

„Die vom 83. Deutschen Ärztetag im Mai in Berlin beschlossenen „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft („Blaues Papier“) sind Anfang Juli von der Bundesärztekammer in einer sogenannten Populärfassung vorgelegt worden: In Konzeption, Aufmachung und Sprache wendet sie sich vor allem an Patienten und ist deshalb auch für die Auslage in den Wartezimmern der niedergelassenen Ärzte vorgesehen.“<sup>449</sup>

Bedauerlicherweise finden sich neben diesen Anstrengungen, aktiv an der neuen Arzt-Patienten-Beziehung teilzunehmen, im gleichen Jahr einige Beiträge im Deutschen Ärzteblatt, die Frustrationen über verantwortungslose Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten der Bevölkerung demonstrieren. Diese sorgen für die Entstehung der sogenannten Volkskrankheiten und vermindern somit den Heilungserfolg durch medizinischen Fortschritt.<sup>450</sup>

„Aber im Gleichgewicht der Zahlen können die Erfolge der Medizin die Verluste durch unser unsinniges Leben nicht einmal mehr kompensieren. Medizin ist ein gigantischer Apparat geworden, der seine Schlachten dort verliert, wohin er grundsätzlich nicht greifen kann: in der persönlichen Sphäre der Verantwortungslosigkeit.“<sup>451</sup>

Die Enttäuschung und Hilflosigkeit der Ärzteschaft, die Eigenverantwortlichkeit für den gesundheitlichen Zustand nicht auf den privaten Lebensalltag der Patienten auszuweiten zu können, führt zum Ergreifen motivierender und die Compliance fördernder Maßnahmen. 1983 erscheinen im Deutschen Ärzteblatt Beiträge über die therapeutische Bedeutung, Patienten für sportliche Betätigungen zu begeistern<sup>452</sup>, und Studien über Ursachen der Non-Compliance, deren Ergebnis auf den entscheidenden Einfluss von Information, Aufklärung und Vertrauensbasis im Arzt-Patienten-Verhältnis hinweist.<sup>453</sup>

Auf zwei Wegen versucht die Ärzteschaft, meinen Recherchen zufolge, die persönliche Sphäre der Verantwortlichkeit zu erreichen. Die Aufklärung über gesundheitsschädigendes Verhalten und die Motivation zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes, sowie die Analyse der Komponenten, die für die Kommunikation zwischen Arzt und Patient von

---

<sup>448</sup> Prof. Dr. med. von Troschke, J., Riemann, K.: Gruppenveranstaltungen zur Patientenaufklärung durch den frei niedergelassenen Kassenarzt. Themen der Zeit, DÄ, H. 47 (78) 1981, S. 2248-2252

<sup>449</sup> Ohne Verfasserangabe: „Das Blaue Papier“ für den Patienten. Nachrichten, DÄ, H. 31 (77) 1980, S. 1890

<sup>450</sup> Prof. Dr. med. Franke, K.: Gesundheitstraining – eine Form der „Selbstbeteiligung“. Themen der Zeit, DÄ, H. 44 (77) 1980, S. 2631-2632

<sup>451</sup> Prof. Dr. med. Schaefer, H.: Heilen und Heil oder von der Selbstbeteiligung des Menschen. Fünf Thesen zu einer Theorie der Gesundheit, DÄ, H. 47 (77) 1980, S. 2807-2816

<sup>452</sup> Dr. med. Otto, F.: Trimming nach Maß. Sport im höheren Lebensalter, DÄ, H. 3 (80) 1983, S. 60-61

<sup>453</sup> Prof. Dr. med. v. Troschke, J., Riemann, K.: Verbesserung der Compliance durch Gruppenveranstaltungen in der ärztlichen Praxis. Themen der Zeit, DÄ, H. 20 (80) 1983, S. 65-70

Bedeutung sind und somit die Befolgung ärztlicher Ratschläge unterstützen, sollen Einfluss auf den privaten Lebensalltag der Patienten nehmen.

Aus diesen Gründen sieht der Autor des folgenden Artikels, ein Arzt, in der steten Bereitschaft des Arztes, das Informationsbedürfnis des Patienten zu erfüllen, eine Aufgabe, zu dessen Erfüllung der Arzt verpflichtet sein sollte.<sup>454</sup>

„Im Übrigen aber ist der Arzt gehalten, den Patienten auf dessen Verlangen klar zu informieren, und er sollte das mit der Überzeugung tun, daß der Kranke hierauf – menschlich wie rechtlich gesehen – einen Anspruch hat.“<sup>455</sup>

1985 veröffentlicht das Deutsche Ärzteblatt Ergebnisse einer empirischen Studie der Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg, die den Erfolg dieser Bemühungen bereits bestätigen. Die Zufriedenheit der Patienten steigt mit dem Gefühl ausreichend informiert zu sein und das aufklärende Arztgespräch wird als Vertrauensgrundlage angesehen.<sup>456</sup>

„Einen signifikant positiven Einfluß auf die Behandlungszufriedenheit hatte der Informationsstand der Patienten bzw. die Behandlungsaufklärung. Patienten, die sich für informiert halten, äußerten sich zufriedener als die anderen, die dies nicht waren. . [...] Eine offene Aufklärung durch den Arzt wird von den meisten Befragten ohne wesentliche Gruppenunterschiede als eine grundlegende Voraussetzung für die Vertrauensbeziehung angesehen.“<sup>457</sup>

Neben der Erfüllung des Informationsbedürfnisses ist auch Zeit und Ruhe zur Beratung im Arzt-Patienten-Gespräch von großer Bedeutung, die nach einem 1986 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Modellversuch der Krankenkassen in Hamburg und in der Pfalz durch ausreichende Honorierung unterstützt werden sollen. Der Erfolg dieses Versuchs zeigt, dass die Beratenen die Möglichkeit, Lebenskrisen oder schwerwiegende private Probleme diskutieren zu können, sehr schätzen.<sup>458</sup>

Die durch die Aufklärung entstandene Selbstständigkeit der Patienten schließt, zwei 1992 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikeln zufolge, den eigenmächtigen Behandlungsabbruch, die Einrichtung von Selbsthilfegruppen und die Selbstmedikation ein. Insbesondere die Selbstmedikation birgt die Gefahr der Gesundheitsschädigung und erfordert

---

<sup>454</sup> Prof. Dr. med. Tölle, R.: Ärztliche Überlegungen zum Einsichtsrecht des Patienten. Zu zwei neueren Urteilen des Bundesgerichtshofes, DÄ, H. 18 (80) 1983, S. 39-43

<sup>455</sup> Prof. Dr. med. Tölle, R.: Ärztliche Überlegungen zum Einsichtsrecht des Patienten. Zu zwei neueren Urteilen des Bundesgerichtshofes, DÄ, H. 18 (80) 1983, S. 39-43

<sup>456</sup> Dr. med. Bühler, K.-E.: Präoperative Angst, Therapieaufklärung und Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung. Eine empirische Studie. Aus dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie (Vorstand: Dr. Dieter Wyss, Professor der Psychologie) der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg. Übersichtsaufsatz, DÄ, H. 6 (82) 1985, S. 339-343

<sup>457</sup> Dr. med. Bühler, K.-E.: Präoperative Angst, Therapieaufklärung und Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung. Eine empirische Studie. Aus dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie (Vorstand: Dr. Dieter Wyss, Professor der Psychologie) der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg. Übersichtsaufsatz, DÄ, H. 6 (82) 1985, S. 339-343

<sup>458</sup> Brühne-Scharlau, C.: Gesundheitsberatung – gezielt gegen die Risikofaktoren. Erfolgreicher Modellversuch in Hamburg und in der Pfalz, DÄ, H. 10 (83) 1986, S. 602-606

Aufklärung über medizinisches Fachwissen.<sup>459</sup> Meines Erachtens bringt die Freiheit des Patienten, ohne die Zustimmung des Arztes über die medizinische Behandlung entscheiden zu können, nicht ausschließlich Vorteile mit sich, sondern auch die Gefahr Fehlentscheidungen mit gesundheitsschädigenden Folgen zu treffen oder gar mit der Situation überfordert zu sein.

„Vielmehr bilden Arzt und Patient eine Partnerschaft auch bei schwierigen Fragen in Grenzsituationen menschlichen Daseins. Zu beobachten sind sogar darüber hinausgehende Entwicklungen, denn zunehmend haben die Patienten das Recht, über den Abbruch einer Behandlung zu entscheiden. [...] Das Prinzip der Patientenautonomie findet auch seinen Niederschlag in der Forderung nach mehr Wahrhaftigkeit dem Patienten gegenüber. [...] Die Bewegung der Selbsthilfegruppen, in denen insbesondere chronisch Kranke sich zusammengeschlossen haben, ist ebenfalls als Zeichen wachsender Patientenautonomie zu deuten.“<sup>460</sup>

Neben der Weiterentwicklung der Patientenautonomie können immer wieder Appelle der Ärzteschaft, die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu tragen, im Deutschen Ärzteblatt nachgewiesen werden. Darauf weist unter anderem das 1995 veröffentlichte Ergebnis der ärztlichen Präventionswoche „Frei von Tabak“ mit ärztlicher Hilfe hin. Dieses Ergebnis zeigt, dass dem Arzt durch seinen Einfluss eine entscheidende Rolle in der Gesundheitsprävention zukommt.<sup>461</sup>

„Beide weisen dem Arzt hierbei eine Schlüsselrolle zu, denn „nur der Arzt oder die Ärztin kann in der direkten Beziehung zum Patienten eine individuelle Diagnose zur Bedeutung des Faktors Rauchen für aktuelle Beschwerden oder für das individuelle Gesundheitsrisiko stellen.“<sup>462</sup>

Die Frage, ob der Einfluss des Arztes zuvor unterschätzt wurde oder ob sich das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung geändert hat, kann mit den Belegen des Deutschen Ärzteblattes nicht beantwortet werden. Das Bewusstsein und die Sensibilität für das Arzt-Patienten-Verhältnis und auch die Reaktionen der deutschen Ärzteschaft hingegen können anhand zahlreicher Belege nachvollzogen werden. Ein Beispiel dafür bieten 1995 die im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Entschließungen des 98. Deutschen Ärztetages, die auf eine beginnende Informationspolitik hinweisen, um eine Vertrauensbasis zu schaffen und um zu verhindern, dass diese durch das von den Patienten missverstandene ärztliche Werbeverbot wieder zerstört wird.

---

<sup>459</sup> Dr. med. Möhlen, S., Prof. Dr. med. Opitz, K.: Selbstmedikation. Kurzbericht, DÄ, H. 3 (89) 1992, S. B-86-88

<sup>460</sup> Prof. Dr. med. Fuchs, C.: Ethische Trends infolge medizinischen Fortschritts?, Themen der Zeit, DÄ, H. 51-52 (89) 1992, S. B-2782-2785

<sup>461</sup> Ohne Verfasserangabe: „Frei von Tabak“ mit ärztlicher Hilfe. Ärztliche Präventionswoche. Aktuell. Politik, DÄ, H. 19 (92) 1995, S. B-1007

<sup>462</sup> Ohne Verfasserangabe: „Frei von Tabak“ mit ärztlicher Hilfe. Ärztliche Präventionswoche. Aktuell. Politik, DÄ, H. 19 (92) 1995, S. B-1007

„Die Ärzteschaft wird aufgefordert, vermehrt Informationen für interessierte Laien über medizinische Sachverhalte zu bieten. Mit einer solchen Informationspolitik wird nicht nur das Vertrauen in die Ärzteschaft gestärkt, sondern gleichzeitig auch vermieden, dass das Werbeverbot für Ärzte aus der Sicht der Patienten zum Informationsverbot umschlägt.“<sup>463</sup>

Aus diesen Ergebnissen lässt sich, meines Erachtens, schlussfolgern, dass die Stellung des Patienten innerhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Vergleich zur paternalen Struktur nach Ende des zweiten Weltkriegs enorm gestärkt worden ist und seine Position gefestigt und unverrückbar gesichert zu sein scheint. Diese Tatsache hat zur Folge, dass der Einflussbereich ein so großes Ausmaß angenommen hat, dass Bedarf besteht, sich innerhalb der Patientenschaft in Form von Patientenräten und Patientengremien zu organisieren. Auf diese Weise können Patientenbelange vertreten und durchgesetzt werden. 1996 schildert ein Arzt in einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes die Entstehung und Aufgabe eines seit 1993 bestehenden Patientenrates einer Landesklinik.

„Überlegungen zur Qualitätssicherung und Sparmaßnahmen im Langzeitbereich führten 1993 zur Gründung einer Initiative in der Rheinischen Landesklinik Bedburg-Hau, einen Patientenrat ins Leben zu rufen: ein Gremium, das inzwischen aus Patienten der verschiedenen Klinikabteilungen besteht sowie aus Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen, Angehörigen und Betreuern. Analog zum Personalrat versteht sich die Patientenrat-Initiative als eine Interessenvertretung bei wichtigen Patientenbelangen und als eine Anlaufstelle für individuelle Beschwerden – ein interner „Runder Tisch zur Qualitätssicherung“.“<sup>464</sup>

Nicht nur Patienten und Ärzte bemühen sich, Belegen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, dieser Entwicklung gerecht zu werden, sondern auch Institute zur Qualitätssicherung integrieren Patienten bei Umfragen<sup>465</sup> und Krankenkassen vergeben Informationsbroschüren, um den Wissensstand der Patienten dem der Ärzte anzugleichen<sup>466</sup>. Selbst Bundestagsabgeordnete setzen sich 1998 für die Stärkung der Patientenrechte ein und beklagen unzureichenden Patientenschutz und mangelhafte Patientenselbstbestimmung bei fehlerhafter medizinischer Behandlung. Sie fordern unabhängige Beratungs- und Vertretungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel Patientenbeauftragte oder Verbraucherzentralen.<sup>467</sup>

---

<sup>463</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschließungen zum Tagesordnungspunkt IV. 98. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 23 (92) 1995, S. B-1239-1248

<sup>464</sup> Dr. med. Becker, J.: Der Patientenrat. Interessenvertretung in stationären Einrichtungen. Aktuell. Politik, DÄ, H. 30 (93) 1996, S. B-1526

<sup>465</sup> Dr. Clade, H.: Auch Patientenurteil berücksichtigen. Qualitätssicherung. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 16 (94) 1997, S. B-840-841

<sup>466</sup> Ohne Verfasserangabe: Schmerztherapie: Patienten mehr einbinden. Arzneimittelkommission und Techniker Krankenkasse. Medizinreport. Politik, DÄ, H. 45 (94) 1997, S. B-2419

<sup>467</sup> Rieser, S.: Kritische Fragen zum Patientenschutz. Behandlungsfehler. Aktuell. Politik, DÄ, H. 27 (95) 1998, S. B-1377

Dennoch scheint dieses Engagement von allen Seiten nicht ausreichend zu sein, wenn man einen Artikel im Deutschen Ärzteblatt liest, der 1998 von einer Patientin verfasst wurde. Ihre Kritik stützt sich auf den persönlichen Umgang des Arztes mit dem Patienten am Krankenbett. Der Wunsch der Patienten nach einer ehrlichen Auseinandersetzung mit der eigenen Person und der Krankheit bleibt häufig unerfüllt, stattdessen herrschen Unsicherheit und Informationsverschleierung durch die Verwendung von Fachtermini und Flüstersprache vor. Auch seelischer Beistand und Zuwendung werden durch Abwendung und Arroganz ersetzt. Im ärztlichen Alltag hat sich, der Aussage dieser Patientin zufolge, das partnerschaftliche Verhältnis nicht durchsetzen können, da besonders in entscheidenden Momenten viele Ärzte in die übergeordnete Arztrolle fliehen und der ehrlichen, tiefgreifenden Auseinandersetzung mit dem Menschen, dem sie gegenüberstehen, ausweichen.<sup>468</sup>

„Nun aber zu den Fakten: Patienten erwarten von Ärzten eine realistische Einschätzung ihrer gesundheitlichen Lage, das heißt, uns kommt es auf die Darstellung der ‚jeweils gültigen Wahrheit‘ an. [...] Da haben wir bereits erkannt, dass in der momentanen Phase Ratlosigkeit herrscht, und hören von Ihnen nur Floskeln anstelle eines ehrlichen Eingeständnisses. [...] Problematisch für beide Seiten ist der Umgang mit schlechten Nachrichten. [...] Es wäre angebracht, hierfür mehr Zeit und Ruhe einzuplanen und den Arzt damit zu betrauen, der sich intensiv mit uns befasst hat und dem wir vertrauen. Wir brauchen jetzt Ihre volle Aufmerksamkeit und Zuwendung. [...] Wir brauchen Sie, und Sie können uns in dieser ersten Phase entscheidende Weichen stellen für den künftigen Umgang mit unserer Krankheit – im positiven, aber auch im negativen Sinne.“<sup>469</sup>

Der Beitrag dieser Patientin steht, zwischen den zahlreichen öffentlichen Bestrebungen verschiedener Einrichtungen und Berufsgruppen, im Deutschen Ärzteblatt allein für eine Darstellung, die den privaten und intimen Hintergrund der Patientenrolle aus der Sicht einer betroffenen Patientin beschreibt.

Im gleichen Jahr setzen sich, Belegen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, die öffentlichen Bemühungen zur Stärkung der Position des Patienten mit der Planung einer sogenannten Patientencharta fort, die Mitsprache und Beteiligung der Patienten am Behandlungsverlauf rechtlich absichern soll.<sup>470</sup>

Die Bundesärztekammer zeigt sich im Jahr 1999, laut Deutschem Ärzteblatt, jedoch kritisch gegenüber dieser Neuerung. Sie greift die Notwendigkeit dieser Charta mit der Begründung an, dass die identischen Grundsätze seit Jahrzehnten im ärztlichen Gelöbnis festgehalten werden und dass in Deutschland ein differenziertes Arzthaftungsrecht die Absicherung des

---

<sup>468</sup> Strojnik, A.: Wunsch nach Offenheit statt perfekter Inszenierung. Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten. Kommentar. Politik, DÄ, H. 20 (95) 1998, S. B-980

<sup>469</sup> Strojnik, A.: Wunsch nach Offenheit statt perfekter Inszenierung. Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten. Kommentar. Politik, DÄ, H. 20 (95) 1998, S. B-980

<sup>470</sup> Rieser, S.: Patientenrechte: Es tut sich was. Gutachten. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 50 (95) 1998, S. B-2471-2472

Patienten bereits gewährleistet. Außerdem kritisiert sie die Benachteiligung der Ärzteschaft, da nur ihre Pflichten, nicht aber ihre Rechte herausgestellt werden und die Ärzteschaft im Vergleich zu den restlichen Berufsgruppen innerhalb des Gesundheitssystems in erster Linie zur Verantwortung gezogen wird.<sup>471</sup>

Trotz dieser Widersprüche lenkt sie im gleichen Jahr ein und erklärt sich bereit, ein Dokument über Patientenrechte zu verfassen, das der Öffentlichkeit als Vorschlag dienen und zu neuen Überlegungen anregen soll.

„Zurück zu den Patientenrechten: Die Bundesärztekammer plant nach Angaben von Montgomery, zu diesem Thema selbst ein Dokument vorzulegen und es in der Öffentlichkeit zur Diskussion zu stellen.“<sup>472</sup>

Drei Monate später dokumentiert ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt die Verfassung der Patientenrechte formuliert von der Bundesärztekammer. Sie beinhaltet das Recht auf medizinische Versorgung, auf Einhaltung des derzeit gültigen Qualitätsstandards, auf Selbstbestimmung, auf Beratung und Aufklärung, auf Vertraulichkeit, auf freie Arztwahl und auf Einsichtnahme in die Krankenakte im Falle einer Schadenersatzklage. All diese Rechte sind, nach wiederholter Aussage der Bundesärztekammer, selbstverständlich Teil des ärztlichen Verantwortungsbereichs und in der Berufsordnung bereits festgelegt.<sup>473</sup>

Die Reaktion der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände äußert sich in scharfer Kritik. Sie bezichtigt die Bundesärztekammer, ein weltfremdes und konservativ paternalistisches Patientenverhältnis zu vertreten. Beeindruckend und auffallend sind, meines Erachtens, in diesem Kontext die beiden grundverschiedenen Auffassungen und Beurteilungen des gegenwärtigen Bedarfs an Veränderungen, die sehr stark von der Perspektive und den Bedürfnissen der jeweiligen Personengruppe abhängig sind.

„Die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände, die sich für eigene, von der Ärzteschaft unabhängige Beratungsstellen einsetzt, reagierte prompt. Die Charta spiegelte „ein überholtes, paternalistisches Arzt-Patienten-Verhältnis“ wider, hieß es in einer Stellungnahme.“<sup>474</sup>

Der Konflikt um die Entwicklung dieser Patientencharta spiegelt, meiner Beurteilung nach, den Zwiespalt der Interessen wieder, der daraus entstanden ist, dass sich zwei Parteien auf gleicher Augenhöhe gegenüberstehen. Nicht mehr der einzelne Patient vertritt seine Position, sondern ein Gremium aus Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen leistet der Ärzteschaft

---

<sup>471</sup> Rieser, S.: Stellungnahme zum Gutachten. Verbraucherverbände und Kassen sehen sich als Anwälte der Patienten. Charta der Patientenrechte. Aktuell. Politik, DÄ, H. 9 (96) 1999, S. B-407

<sup>472</sup> Rieser, S.: Mitarbeit ohne Happy-End. Dokument zu Patientenrechten. Aktuell. Politik, DÄ, H. 27 (96) 1999, S. B-1455-1456

<sup>473</sup> Rieser, S.: Offensive der Ärzteschaft. Charta der Patientenrechte. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 44 (96) 1999, S. B-2245

<sup>474</sup> Rieser, S.: Offensive der Ärzteschaft. Charta der Patientenrechte. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 44 (96) 1999, S. B-2245

Widerstand und entwickelt sich somit zu einem ernstzunehmenden „Gegner“ im Interessenkonflikt zwischen Ärzteschaft und Patienten.

Der ärztliche Alltag, der aus persönlichen Begegnungen, zwischenmenschlichen Kontakten und Beziehungen besteht, kann aus diesen Beiträgen nicht erfasst werden. 1998 ist bereits ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt erschienen, der aus der Perspektive einer Patientin die von ihr empfundenen Missstände im Arzt-Patienten-Verhältnis schildert. Sie stützt sich dabei auf mangelndes authentisches und ehrliches Verhalten der Ärzte im Patientenkontakt, wodurch der Patient sich zur unmündigen „Spielfigur“ der Ärzte entwickelt. Interessant erscheint dazu der Vergleich mit einem Artikel, der die Sicht eines Arztes erläutert und im Jahr 2000 publiziert wird. Die beschriebenen Erfahrungen des Arztes zeigen, dass Patienten durch die erlittene Krankheit häufig unmündig werden oder sind und in den ärztlichen Ratschlägen und Betreuung eine Unterstützung sehen, diese dankend annehmen oder sogar einfordern. Erst im Laufe der ärztlichen Betreuung erlangen sie, laut den Aussagen des Autors, ihre eigene Entscheidungsfreiheit und Mündigkeit wieder zurück.<sup>475</sup>

„Der Patient ist also krank, und günstigstenfalls wird er durch die Fürsorge, die Beratung und manchmal sogar erst durch die Therapie mündig und gerät dann in die Lage, über sich und seine Krankheit zu entscheiden. Diese Entscheidungen überlassen viele Patienten ihren behandelnden Ärzten – nicht weil sie unmündig sind, sondern weil sie eben krank sind und auf ärztliche Professionalität und Fürsorge vertrauen.“<sup>476</sup>

Der Beitrag dieses Arztes erstreckt sich nicht nur auf den Konflikt um die Mündigkeit des Patienten, sondern interessanterweise auch auf den Aspekt der Vermarktung der Medizin und deren Folgen. Beachtlich ist, dass er das öffentliche Engagement, also Förderung und Schutz der Patientenrechte, erst dort als wirksam erachtet, wo die berufsethischen Werte ärztlichen Handelns ohnehin schon verworfen wurden. Dieser Patientenschutz ist daher, seiner Ansicht nach, nur dann notwendig, wenn ärztliches Handeln von wirtschaftlichem Profit bestimmt wird und nicht mehr das Ziel darin besteht, Menschen zu helfen und ihre Leiden zu kurieren.<sup>477</sup>

„Der Arzt hat dem Patienten beizustehen, auch wenn dies seinen wirtschaftlichen Interessen entgegensteht. Dort wo Kollegen versuchen, Patienten als Kunden zu sehen, wird aus der ärztlichen Tätigkeit ein Gewerbe, und dort wird natürlich auch Verbraucherschutz ein dankbares und berechtigtes Feld der Aktivität finden. Wir sollten uns weder durch eine Kommerzialisierungs- noch durch eine Autonomiedebatte beirren lassen: Patienten sind keine Objekte, an denen

---

<sup>475</sup> Dr. med. Kloiber, O.: Patienten sind keine Kunden. Kommentar. Politik, DÄ, H. 5 (97) 2000, S. B-199

<sup>476</sup> Dr. med. Kloiber, O.: Patienten sind keine Kunden. Kommentar. Politik, DÄ, H. 5 (97) 2000, S. B-199

<sup>477</sup> Dr. med. Kloiber, O.: Patienten sind keine Kunden. Kommentar. Politik, DÄ, H. 5 (97) 2000, S. B-199

Wertschöpfung exekutiert wird, sondern Subjekte, die mit ihren Leiden, Sorgen und Nöten den Rat und die Hilfe ihres Arztes benötigen.“<sup>478</sup>

Aus diesem Artikel lässt sich, meines Erachtens, schließen, dass der Autor all die Bemühungen für die Stärkung der Position des Patienten, im Sinne der Autonomie und kundenorientierter ärztlicher Betreuung, nicht zwingend für notwendig hält, wenn Ärzte eine humane Patientenbehandlung nach berufsethischen Werten für eine selbstverständliche Pflicht erachten und auch danach handeln. Die Antwort auf die Überlegung, ob diese Idealvorstellung tatsächlich realisierbar ist und ob aus der Verletzung dieser berufsethischen Werte der Bedarf der Patienten an Aufklärung, Mitspracherecht und Autonomie entstanden ist, muss aufgrund mangelnder Belege im Deutschen Ärzteblatt offen bleiben.

Im Jahr 2000 schreiten, dem Deutschen Ärzteblatt zufolge, die Bestrebungen öffentlicher Funktionäre, Patientenrechte zu fördern und zu unterstützen weiter fort. Informationsquellen für Patienten sind Selbsthilfegruppen mit ärztlicher Beratung<sup>479</sup> und Checklisten für Patienten im Internet<sup>480</sup>. Die Rechte des Patienten weiten sich aus auf das Gesundheitssystem, in dem der Patient im Mittelpunkt stehen soll,<sup>481</sup> auf Überlegungen, Patientenvertreter in verschiedenen Gremien einzusetzen,<sup>482</sup> und auf Evaluationen, die die Meinung der Patienten als Grundlage zur Erfassung des Qualitätsstandards von Krankenhäusern verwenden.<sup>483</sup> Im Jahr 2001 belegen Veröffentlichungen des Deutschen Ärzteblattes die Folge dieser Entwicklung. Die Wandlung vom informierten Patienten zum kompetenten Patienten, der mit Engagement und Eigeninitiative den Heilungsprozess, besonders bei schwerwiegenden Erkrankungen, beeinflussen und aktiv seine Genesung beschleunigen möchte, steht im Vordergrund. Die Ergebnisse demonstrieren, dem Deutschen Ärzteblatt zufolge, eine eindeutige Verbesserung der Heilungschancen.

„Der kompetente Patient geht einen Schritt weiter: Er will medizinisches Handeln durch aktives Mitwirken in eigener Sache ergänzen. [...] Was sich hinter den Aussagen von Patienten zur Selbsthilfe verbirgt, ist die Vorstellung, dass medizinische, vorwiegend auf die Therapie der Krebserkrankung ausgerichtete Maßnahmen ergänzt werden müssen durch Maßnahmen zur Stärkung der Selbstheilung. [...] Vielmehr gibt es inzwischen genügend Hinweise, dass Patienten,

---

<sup>478</sup> Dr. med. Kloiber, O.: Patienten sind keine Kunden. Kommentar. Politik, DÄ, H. 5 (97) 2000, S. B-199

<sup>479</sup> Dr. med. Filz, H.-P.: Erfolgreiche Kooperation am Beispiel der Diabetologie. Ärzte/Selbsthilfegruppen/GKV 2000. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 9 (97) 2000, S. B-455-457

<sup>480</sup> Dr. med. Lenz, C., Dr. rer. nat. Brucksch, M.: Die Zukunft gehört personalisierten Diensten. Therapie- und Patientenberatung im Internet. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 10 (97) 2000, S. B-522-524

<sup>481</sup> Dr. med. Richter, E. A.: Der informierte Patient – ein gemeinsames Ziel. Patientenrechte. Aktuell. Politik, DÄ, H. 12 (97) 2000, S. B-650-651

<sup>482</sup> Rieser, S.: Von Lebensfreude und unterbelichteten Themen. Gesundheitstag 2000 in Berlin. Tagungsbericht. Politik, DÄ, H. 25 (97) 2000, S. B-1465-1466

<sup>483</sup> Dr. med. Matthes, N., Dr. med. Wiest, A.: Stimme des Patienten. Krankenhaus-Evaluierung. Themen der Zeit, DÄ, H. 31-32 (97) 2000, S. B-1774



die ihre Angelegenheiten kompetent in die eigenen Hände nehmen, günstigere Krankheitsverläufe aufweisen als passive Kranke.“<sup>484</sup>

Nicht nur Eigeninitiative, sondern auch Internetportale, die Informationen über das gesamte medizinische Angebot und Wissen enthalten, fördern, laut Deutschem Ärzteblatt, im Jahr 2001 die Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit für den individuellen, gesundheitlichen Zustand.<sup>485</sup> Online-Disease-Management-Programme stehen, dem Artikel eines Arztes zufolge, exemplarisch für diese Form der Patientenautonomie.

„Das Internet wird von Patienten zunehmend zur Suche nach Informationen zu Medikamenten, Medizinartikeln, Krankheiten und unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten genutzt [...]. Das Aufkommen von Online-Disease-Management-Initiativen ist eine Folge dieser verstärkten Patientenmündigkeit [...] Ein wesentlicher Aspekt eines Disease-Management-Programms liegt in der Aufklärung der Patienten [...] über die Erkrankung und notwendigen Änderungen der Lebensgewohnheiten.“<sup>486</sup>

Ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt, der im gleichen Jahr auch von einem Arzt verfasst wurde, zweifelt die von dem vorherigen Autor hoch gepriesene Patientenautonomie an, da, seiner Ansicht nach, durch die Entpersonalisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, insbesondere durch Disease-Management-Programme, dem Patienten die Möglichkeit genommen wird, eigenständig über seine gesundheitliche Entwicklung zu entscheiden. Den Grund dafür sieht der Autor in dem Verlust des persönlichen Kontaktes und der Individualität einer Arzt-Patienten-Begegnung.<sup>487</sup>

„Die Qualität medizinischer Leistung obliegt den Ärzten in ständiger Auseinandersetzung mit den Patienten. Zuerst ist hier der einzelne Patient gemeint, der zu seinem jeweiligen Arzt in eine Beziehung tritt. Der Arzt ist den Gesetzen der Beziehungs- und Handlungsethik und seinem ärztlichen Gewissen unterworfen. Disease-Management-Programme mit ihrer Umkehrung der Auftragslage, mit ihrer Bevormundung des Allgemeinwohls vor dem individuellen Wohl und dem Verlust der Patientenautonomie sind als unethisch zu verwerfen.“<sup>488</sup>

Die Kritik an der gegenwärtigen Entwicklungstendenz bezieht sich nicht nur auf die angebotenen Internetportale, sondern auch, einem Artikel eines Arztes im Deutschen Ärzteblatt aus dem Jahr 2002 zufolge, auf die gesamte Struktur des Arzt-Patienten-Verhältnisses, die sich daraus ergibt. Angezweifelt werden vor allem das Verdrängen der

---

<sup>484</sup> Prof. Dr. Nagel, G. A.: Kompetente Berater für kompetente Patienten. Pharmazeutische Betreuung. Themen der Zeit, DÄ, H. 9 (98) 2001, S. B-436

<sup>485</sup> Krüger-Brand, H. E.: Der informierte Patient. Forum für Medizin und Telematik. Themen der Zeit, DÄ, H. 30 (98) 2001, S. B-1669-1670

<sup>486</sup> Dr. med. Lenz, C. F. W.: Disease Management online. Internetbasierte Lösungen zur Gesundheitsversorgung. Themen der Zeit, DÄ, H. 36 (98) 2001, S. B-1934-1936

<sup>487</sup> Ulatowski, H.: Patient bleibt sich selbst überlassen. Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Kommentar. Politik, DÄ, H. 5 (99) 2002, S. B-194

<sup>488</sup> Dr. med. Rüter, G.: Auf der Strecke bleibt die ärztliche Ethik. Disease Management. Themen der Zeit, DÄ, H. 46 (98) 2001, S. B-2569-2571

persönlichen Struktur in der Begegnung von Arzt und Patient und die Verschiebung der Verantwortung vom Arzt auf den Patienten, indem die paternale Struktur völlig außer Acht gelassen und abgelehnt wird. Gelenkt werden diese Vorgänge, nach Meinung des Autors, von der zunehmenden Rationalisierung und Ökonomisierung der medizinischen Versorgung. Aus Sicht des Autors wird die Person des Patienten durch Ausblenden der Emotionalität auf Wirtschaftlichkeit und körperliche Symptome reduziert.<sup>489</sup>

„In der Arzt-Patienten-Beziehung setzt sich zunehmend das Vertragsmodell durch, das auf der Entscheidungsautonomie des Patienten basiert, wobei der Arzt lediglich die medizinisch relevanten Informationen liefert. Ausgehend von der Annahme, dass Arzt und Patient sich bezüglich ihrer Wertvorstellungen grundsätzlich fremd sind, wird beim Versuchsmodell die ärztliche Fürsorgepflicht abgelehnt – mehr noch, der fürsorgliche Arzt wird des „Neopaternalismus“ bezichtigt. Die Asymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung ignorierend, wird der Patient nach diesem Ansatz sich selbst überlassen – gängige Floskel: „Es ist ja Ihr Körper/Ihre Krankheit“ - , während sich der Arzt der Verantwortung für das Wohlergehen seines Patienten entzieht. [...] Es wird nämlich offensichtlich missachtet, dass Menschen nicht nur ein Einkommen oder eine Krankheit, sondern auch eine Seele haben.“<sup>490</sup>

Bei Betrachtung dieses Beitrags schiebt sich, meiner Beurteilung nach, die Frage in den Vordergrund, ob der Patient tatsächlich von der zunehmenden Autonomie und Eigenständigkeit profitiert oder ob er in eine Rolle gedrängt wird, der er nicht gewachsen ist und deren Verantwortung zu tragen, ihn überfordert.

Ein Beitrag im Deutschen Ärzteblatt aus demselben Jahr erörtert diese Frage in Bezug auf das Verhalten chronisch kranker Patienten und die Folgen für das Arzt-Patienten-Verhältnis. Durch die Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung, die Ärztekammern und auch die Krankenkassen wird dem Patienten ein umfangreiches Informationsangebot zur Verfügung gestellt, welches gerade von chronisch Kranken intensiv genutzt wird. Somit reifen chronisch kranke Patienten nicht selten zu Experten bezüglich ihrer eigenen Krankheit und damit zu gleichberechtigten Partnern des behandelnden Arztes heran. Ein Indiz, dass diese Patienten sich mit ihrer neuen Rolle identifizieren, stellt die Initiative der Selbsthilfegruppen dar. Dies hat zur Folge, dass sowohl Arzt als auch Patient gemeinsam aktiv an der Heilung des Patienten beteiligt sind und der Arzt um eine effektive Behandlung auf partnerschaftlicher Basis bemüht sein sollte.<sup>491</sup> Die zunehmende Autonomie am Beispiel chronisch kranker Patienten lässt, meiner Beurteilung nach, auf eine positive Entwicklung zurückblicken.

---

<sup>489</sup> Ulatowski, H.: Patient bleibt sich selbst überlassen. Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Kommentar. Politik, DÄ, H. 5 (99) 2002, S. B-194

<sup>490</sup> Ulatowski, H.: Patient bleibt sich selbst überlassen. Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Kommentar. Politik, DÄ, H. 5 (99) 2002, S. B-194

<sup>491</sup> Hoc, S.: Zwischen Informationsanspruch und gesetzlichen Risiken. Medizinkommunikation. Themen der Zeit, DÄ, H. 26 (99) 2002, S. B-1532-1534

„Der Arzt verliert sein Wissensmonopol aufgrund der universellen Verfügbarkeit von Informationen. Zudem steigern chronisch Kranke durch Organisation in Selbsthilfegruppen und dergleichen ihre Kompetenz. Die Herausforderung für den Arzt heißt deshalb: aktive Einbindung des Patienten als „Coproduzenten“. Damit schafft er Vertrauen, fördert die Compliance und die Effektivität der Therapie.“<sup>492</sup>

Ungeklärt bleibt jedoch, ob das Verhalten chronisch kranker Patienten und der Bezug, den sie zu ihrer Krankheit haben, auf Patienten mit kürzerem Krankheitsverlauf übertragen werden kann.

Bei Betrachtung der bisherigen Ergebnisse ist, meines Erachtens, eine Verschiebung des Konfliktzentrums zu erkennen. Während sich vor ungefähr zwanzig Jahren das Augenmerk, meinen Recherchen im Deutschen Ärzteblatt zufolge, darauf gerichtet hat, dass Patienten ihre Eigenverantwortlichkeit im privaten Bereich nicht umsetzen wollten oder konnten und Ärzte Patienten im direkten Arzt-Patienten-Kontakt mehr Rechte einräumen sollten, zentriert sich zum jetzigen Zeitpunkt die Diskussion im Deutschen Ärzteblatt auf den Zwiespalt zwischen Bestrebungen öffentlicher Funktionäre auf Seiten der Patienten und Ärzte und den Bedürfnissen im alltäglichen Arzt-Patienten-Kontakt. Durch die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und Konkurrenz der Patienten- und Ärztevertretungen scheint, meines Erachtens, der Bezug zu den realen Umständen im kleinen, privaten, zwischenmenschlichen Kontakt verloren gegangen zu sein. Nur vereinzelte Artikel tragen zur regelmäßigen Erinnerung an diese intime Ebene im Arzt-Patienten-Verhältnis bei.

In den Jahren 2002 bis 2005 konzentrieren sich die Belege im Deutschen Ärzteblatt ausschließlich auf die Äußerungen und Maßnahmen öffentlicher Vertreter. Im Jahr 2002 setzen sich der Gesundheitsrat Südwest<sup>493</sup> und die AOK<sup>494</sup> für Patientenrechte ein und im Jahr 2003 veröffentlicht das Bundesjustizministerium die sogenannte Patientencharta<sup>495</sup>. Die eingeführte Patientencharta geht nicht mit rechtlichen Änderungen einher, sondern dient lediglich der Veröffentlichung einheitlich gültiger Anhaltspunkte für den Umgang mit Rechten und Pflichten sowohl von Ärzten als auch von Patienten. Aufgrund der Kenntnis eigener Rechte und Pflichten soll die Rollenverteilung im Arzt-Patienten-Verhältnis klarer definiert werden und zu weniger Komplikationen führen.

„Diese neue Patientencharta ist kein Gesetz. Es geht auch nicht darum, das bestehende Recht fortzuentwickeln. Vielmehr informiert das Dokument Patienten und Ärzte über ihre wesentlichen Rechte und Pflichten bei einer medizinischen Behandlung. [...] Nur wer als Patient seine Rechte

---

<sup>492</sup> Hoc, S.: Zwischen Informationsanspruch und gesetzlichen Risiken. Medizinkommunikation. Themen der Zeit, DÄ, H. 26 (99) 2002, S. B-1532-1534

<sup>493</sup> Firnkorn, H.-J.: Ein Modell gewinnt an Konturen. Patientenautonomie. Politik, DÄ, H. 44 (99) 2002, S. B-2469

<sup>494</sup> Lenze, S.: AOK will Ärzte-Ranking. Patientenrechte. Politik, DÄ, H. 50 (99) 2002, S. B-2848

<sup>495</sup> Zypries, B.: Mehr Transparenz im medizinischen Behandlungsverhältnis. Patientenrechte. Politik, DÄ; H. 13 (100) 2003, S. B-688-689

kennt, kann sich am Behandlungsprozess aktiv beteiligen, eigene Entscheidungen treffen und damit Verantwortung übernehmen. Und wer als Arzt seine Rechte und Pflichten kennt, kann den Patienten hierbei besser unterstützen. [...] Mit den ‚Patientenrechten in Deutschland‘ liegt nun erstmals eine einheitliche deutsche Patientencharta vor, die von allen am Gesundheitswesen Beteiligten mitgetragen wird. [...] Die Charta muss also möglichst vielen Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stehen.“<sup>496</sup>

Im gleichen Jahr kritisiert die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten in der Veröffentlichung des Deutschen Ärzteblattes „Patienten sind die Leidtragenden“, die Patientencharta, da sie Patienten im Falle eines Behandlungsfehlers unzureichenden Schutz biete und die Einführung eines Patientenbeauftragten nur als scheinbare Lösung zur Zufriedenstellung der Patienten plane.

„Harsche Kritik übte Bahlo am fehlenden Schutz von Patienten im Fall von Behandlungsfehlern. [...] Das Thema werde zwar in der so genannten Patientencharta behandelt, die dort beschriebenen Möglichkeiten gingen jedoch nicht weit genug. Ebenso stellte der von der Bundesregierung geplante Bundesbeauftragte für die Belange der Patienten lediglich ‚ein Feigenblatt‘ dar, das bei den Patienten den Eindruck erwecken solle, dass sich jemand um sie kümmert.“<sup>497</sup>

Im Jahr 2004 wird, laut Deutschem Ärzteblatt, die bisherige gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion, Helga Kühn-Mengel, zur Patientenbeauftragten ernannt. Die intensiven Anfragen spiegeln den dringenden Bedarf eines Ansprechpartners wieder.<sup>498</sup>

„Die Patientenbeauftragte soll gemäß dem GKV-Modernisierungsgesetz darauf hinwirken, dass die Belange der Patienten, vor allem deren Beratungs- und Informationsrechte, berücksichtigt werden. Darüber hinaus setzt sie sich für die Weiterentwicklung von Patientenrechten ein. Nach eigenen Angaben erhält Kühn-Mengel bereits jetzt mehrere Hundert Anrufe am Tag. Dies belege, dass die Einführung eines „Sprachrohrs für Patienten“ überfällig gewesen sei, so die SPD-Politikerin.“<sup>499</sup>

Trotz dieser Neueinführungen zugunsten der Patientenrechte bemängelt der Bundesverband Verbraucherzentrale, zusätzlich zur Kritik der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten aus dem Jahr 2003, die ungleiche Ausgangsposition von Patienten- und Ärztevertretern durch Differenzen hinsichtlich finanzieller Mittel und Vorbereitungsmöglichkeiten. Die geäußerte Kritik erstreckt sich, dem Deutschen Ärzteblatt zufolge, auf alle aktuellen Änderungen, die mit dem Ziel eingeführt werden, die Position des Patienten zu stärken. Die Patientencharta, die Ernennung eines Patientenbeauftragten und die Stellung der Patientenvertreter scheinen nicht zufriedenstellend umgesetzt zu werden.<sup>500</sup>

---

<sup>496</sup> Zypries, B.: Mehr Transparenz im medizinischen Behandlungsverhältnis. Patientenrechte. Politik, DÄ; H. 13 (100) 2003, S. B-688-689

<sup>497</sup> Merten, M.: Patienten sind die Leidtragenden. Patientenrechte. Politik, DÄ, H. 30 (100) 2003, S. B-1649

<sup>498</sup> Ohne Verfasserangabe: Beauftragte ernannt. Patientenrechte. Aktuell, DÄ, H. 3 (101) 2004, S. B-65

<sup>499</sup> Ohne Verfasserangabe: Beauftragte ernannt. Patientenrechte. Aktuell, DÄ, H. 3 (101) 2004, S. B-65

<sup>500</sup> Dr. med. Rühmkopf, D.: Erste Einsätze bewältigt. Patientenvertreter. Politik, DÄ, H. 11 (101) 2004, S. B-564

Nicht nur auf der Seite der Patienten finden sich kritische Äußerungen, sondern auch die Ärzteschaft zeigt sich, laut einer im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Studie der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2004, nicht immer erfreut über die daraus entstehenden Folgen im alltäglichen Umgang mit Patienten.

„So meinen 70 Prozent der befragten Ärzte, das Interesse für die Krankheit helfe bei der Behandlung. Gleichzeitig gibt mehr als die Hälfte der Ärzte an, ihre Arbeit werde durch unangemessene Erwartungen und hohe Ansprüche der Patienten vielfach belastet.“<sup>501</sup>

Zur Verbesserung der Differenzen in Erwartungshaltung und Behandlungszielen dient das Förderungsprojekt der sogenannten partizipativen Entscheidungsfindung (PEF), das seit 2000 bereits gestartet wurde und die ersten Ergebnisse im Jahr 2004 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Das Ziel ist es, dass der Arzt lernen soll, mit dem Patienten in partnerschaftlicher Zusammenarbeit ein gemeinsames Therapieziel zu erstellen.<sup>502</sup>

„Erste Ergebnisse des ‚Shared Decision Making‘ – also der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) von Arzt und Patient – wurden Ende März während der Tagung ‚Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess‘ in Freiburg vorgestellt. [...] Damit der Arzt frühzeitig lerne, die PEF in den Alltag zu integrieren, forderten Tagungsteilnehmer, die Thematik in das Pflichtcurriculum des Medizinstudiums aufzunehmen [...]“<sup>503</sup>

Trotz dieser gemeinsamen Entscheidungsfindung liegt, den Aussagen eines Arztes folgend, die Hauptverantwortung immer noch beim behandelnden Arzt, der verpflichtet ist, den Patienten über einen möglichen Schaden aufzuklären.<sup>504</sup> Die entscheidende Aufgabe des Arztes besteht, meines Erachtens, darin, zu erkennen, in welchen Momenten er die Verantwortung wieder übernehmen muss und in welchen Situationen er lediglich den Patienten auf seinem Weg begleiten sollte. Ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt aus dem Jahr 2004 stellt die unterschiedlichen Ausgangspositionen und Veränderungen beim Patienten dar, die vom behandelnden Arzt die notwendige Anpassung und Sensibilität erfordern, um auf die Bedürfnisse des Patienten eingehen zu können.

„Patientenkompetenz ist die Fähigkeit, Anforderungen und Belastungen der Erkrankung zu bewältigen, selber Verantwortung zu übernehmen für die eigene Krankheit und den Umgang mit ihr, dabei auch persönliche Bedürfnisse zu berücksichtigen, Zielvorstellungen zu formulieren und aktiv anzustreben, die verfügbaren Ressourcen zu nutzen und Autonomie zu wahren. [...] Wenn ein Patient sich entschließt, alle Verantwortung an den Arzt zurückzugeben, so hat er auch dieses Recht. [...] Der kompetente Patient in einer partnerschaftlichen Beziehung zum Arzt kann diesem sehend vertrauen. [...] Der Patient hat nun das Recht, die Behandlung mitzubestimmen, anstelle der Pflicht, ärztliche Anweisungen zu befolgen. [...] Der Patient wird zum Kunden. [...] Dem

---

<sup>501</sup> Krüger-Brand, H. E.: Informationsbedarf, Patienten. Seite eins, DÄ, H. 14 (101) 2004, S. B-741

<sup>502</sup> Merten, M.: „Ein zartes Pflänzchen“. Der Patient als Partner. Politik, DÄ, H. 17 (101) 2004, S. B-942-943

<sup>503</sup> Merten, M.: „Ein zartes Pflänzchen“. Der Patient als Partner. Politik, DÄ, H. 17 (101) 2004, S. B-942-943

<sup>504</sup> Dr. med. Jakob, A. H.: Nil nocere. Arzt und Patient. Kommentar, DÄ, H. 24 (101) 2004, S. B-1422

überinformierten Patienten diese Orientierungshilfe zu geben, ist eine zentrale Aufgabe des Arztes, was dessen Arbeit nicht einfacher, sondern viel komplexer macht. [...] Doch nur dem Arzt, der den Patienten als Partner ernst nimmt, unabhängig davon, wie groß oder klein dessen Kompetenz ist, wird es gelingen, sein Vertrauen zu gewinnen und zu behalten. [...] Es gibt kritische Situationen, in denen der Partner wieder so ausschließlich Patient wird, dass er seine Kompetenz verliert. Dies rechtzeitig zu erkennen und entsprechend zu handeln, erfordert sehr viel Sensibilität des Arztes. [...] denn Fürsorgepflicht bleibt oberstes Gebot der ärztlichen Tätigkeit.<sup>505</sup>

Die Fürsorgepflicht kann moralisch, meines Erachtens, sicherlich als oberstes Gebot akzeptiert und anerkannt werden. Dem Bericht des Präsidenten der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2005 zufolge besteht allerdings der Leitfaden ärztlicher Tätigkeit derzeit darin, im Sinne einer Geschäftsbeziehung die erforderliche Leistung zu erbringen. Anhand dieser Veröffentlichung kann nicht beantwortet werden, ob diese Aussage mit dem kritischen Unterton der Abweichung von der ursprünglichen Bedeutung des Arztseins behaftet ist oder lediglich eine neutrale Feststellung darstellt.

„Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, stellte unlängst fest, dass aus der ehemals als ärztliche Kunst aufgefassten Heilkunde heute eine qualifizierte Dienstleistung mit einem hohen Grad an Verantwortung geworden ist. Der Patient wird zum Kunden, der Arzt zum Dienstleister, Praxis und Krankenhaus werden zum „Profitcenter“. Der Patient fordert das Produkt [...] ein.“<sup>506</sup>

Die Degradierung des Arztes zum Dienstleister stellt, meines Erachtens, für die Ärzteschaft einen negativen Teilaspekt der Entwicklung zum autonomen Patienten dar. Ob sich die Stellung des Arztes in dieser Funktion stabilisiert oder ob Veränderungen auftreten, ist zum jetzigen Standpunkt noch nicht abzusehen. Es kann anhand der Quellen aus dem Deutschen Ärzteblatt lediglich festgehalten werden, dass die Patientenvertreter bereits trotz fehlender finanzieller Unterstützung erste Erfolge nachweisen können<sup>507</sup> und dass die partizipative Entscheidungsfindung (PEF) aufgrund verbesserter Patientenzufriedenheit in Fortbildungsprogramme integriert werden soll<sup>508</sup>.

### ***Kommentar***

Der Gliederungspunkt „Der informierte und aktive Patient“ schildert den Weg von einer paternalistischen zu einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung, die schließlich Merkmale einer Geschäftsbeziehung annimmt. Zu Beginn lassen sich auf der Seite der Ärzteschaft Anpassungsschwierigkeiten hinsichtlich der Forderung nach Mitsprache und autonomer Entscheidungsmöglichkeiten der Patienten erkennen. Im weiteren Verlauf öffnet

---

<sup>505</sup> Pflanz, E.: Zur Eigenverantwortung. Stiftung Patientenkompetenz. Themen der Zeit, DÄ, H. 37 (101) 2004, S. B-2057-2058

<sup>506</sup> Univ.-Prof. Dr. med. Vogt, P. M.: Schönheitsoperationen. Themen der Zeit, DÄ, H. 9 (102) 2005, S. B-476

<sup>507</sup> Rabbata, S.: Eigene Akzente gesetzt. Patientenvertreter. Politik, DÄ, H. 5 (102) 2005, S. B-206

<sup>508</sup> Merten, M.: Einen Schritt weiter. Der Patient als Partner. Politik, DÄ, H. 22 (102) 2005, S. B-1310

sich die Ärzteschaft den neuen Umständen und bemüht sich um die Stabilisierung der Stellung des Patienten innerhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Die durchgesetzte Autonomie der Patienten schafft nicht nur mehr Freiheiten und Rechte, sondern erfordert auch mehr Eigenverantwortung. Erst nach einigen Jahren demonstrieren Studien im Deutschen Ärzteblatt, dass ein Großteil der Bevölkerung gesundheitsbewussteres Verhalten zeigt und bereit ist, die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Gleichzeitig beginnt die Patientenschaft sich zu organisieren, indem sie Gremien bildet und die Forderung stellt, Patientenbeauftragte zu ernennen. Die Interessen dieser öffentlichen Patientenvertretungen treten in Konkurrenz zu denen ärztlicher Organisationen.

Die Folge dieser Entwicklung ist, meiner Beurteilung nach, dadurch charakterisiert, dass sich die Differenzen zwischen Ärzten und Patienten auf die Makroebene konzentrieren, das heißt auf öffentliche Konferenzen und Beschlüsse, und die Mikroebene, also die persönliche Begegnung zwischen Arzt und Patient, vergessen wird.

### ***5.2.1.3 Zusammenfassung***

Die Entwicklung der Selbstbestimmung des Patienten, die mit Hilfe des Deutschen Ärzteblattes von 1949 bis 2005 dargestellt wurde, zeigt, meines Erachtens, wie schwierig es ist, einen Mittelweg zu finden, um die Arzt-Patienten-Beziehung im Gleichgewicht zu halten. Inwieweit der Ausschlag vom gleichberechtigten Partner in das Extrem der ärztlichen Degradierung dem Wohl und Vorteil des Patienten dient, ist, meines Erachtens, mit kritischem Blick zu beurteilen. Das Gleichgewicht scheint nach der Stärkung des Patientenstatus in die andere Richtung gekippt zu sein. Mir erscheint diese Entwicklung nicht aufgrund von Ängsten vor dem Verlust von Autorität, Status und Einfluss gefährlich, sondern aufgrund der Tatsache, dass sich die Asymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis auch mit allem Engagement der Patienten nicht aufheben lässt und der Patient sich in der Verantwortung für die eigene Gesundheit eine Aufgabe auferlegt hat, der er in den meisten Fällen nicht gewachsen ist. Der Arzt bleibt, meines Erachtens, der Wissende und Helfende und der Patient, vor allem der kranke Patient, der Schwache, auf Hilfe angewiesene Laie, dessen Wohl von den Fähigkeiten des Arztes abhängt. So sehr sich auch der Patient anstrengt durch Verträge, Schmerzensgeld, Schadensersatzklage und Patientenvertreter sich von dieser Abhängigkeit zu befreien, bleibt ihm, in meinen Augen, im Zweifelsfall keine andere Wahl, als all sein Vertrauen in die Hände eines Arztes oder einer Ärztin zu legen.

Ein wünschenswertes Ziel wäre, meiner Ansicht nach, ein Gleichgewicht in der Arzt-Patienten-Beziehung zu finden, das den Bedürfnissen beider Parteien gerecht wird und dem Patienten eine optimale medizinische Versorgung ermöglicht.

## 5.2.2 Recht auf Personsein

In den Jahren 1950 und 1951 wird das Recht auf Personsein erstmalig nach dem Zweiten Weltkrieg zu einem zentralen Diskussionspunkt im Deutschen Ärzteblatt. Das Bewusstsein für die ganzheitliche, individuelle medizinische Betreuung und für die enge Verknüpfung zwischen Physis und Psyche wächst. Persönliche menschliche Bedürfnisse wie Zuwendung und Anteilnahme sollen zunehmend in den Mittelpunkt der einzelnen medizinischen Funktionsbereiche gestellt werden.<sup>509</sup> Dadurch soll, laut dem 1951 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel „Der Arzt zwischen Individuum und Kollektiv“, erreicht werden, dass das Interesse an der Person und nicht an Symptomkomplexen oder Krankheiten den entscheidenden Leitfaden in der ärztlichen Behandlung darstellt und standardisierte Massenuntersuchungen durch individuelle Betreuung abgelöst werden. Diese ganzheitliche, individuell ausgelegte ärztliche Betreuung obliegt, aus der Sicht des Autors, dem Hausarzt, dessen Fähigkeit und Funktion, in seinen Augen, leider viel zu oft in ihrer Bedeutung verkannt werden.<sup>510</sup>

„Es ist davon gesprochen worden, daß der alte Hausarzt tot sei. Wer sich nur an Aeußerlichkeiten orientiert, mag dem beistimmen. Wer aber hieraus die Folgerung ziehen wollte, daß man auf einen eng und persönlich mit der Familie verbundenen ärztlichen Berater zugunsten des für die einzelnen Krankheiten wechselnden Gesundheits-Ingenieurs verzichten könne, der verkennt die eigentlichen Triebkräfte der menschlichen Natur und das eingeborene Bedürfnis nach einer Wertung als vollgültiges Subjekt auf das schwerste. Keine noch so hochwertige objektive, sprich unpersönliche Massenuntersuchung kann dieses Urbedürfnis jemals zufrieden stellen.“<sup>511</sup>

Dieser Artikel stützt seine Argumentation der individuellen Krankheitsbetreuung auf den Aufgabenbereich und die Stellung des Hausarztes. In den folgenden Kapiteln wird jedoch deutlich, dass sich die Erhaltung des Rechts auf Personsein auf mehrere Funktionsbereiche erstreckt. Im Deutschen Ärzteblatt finden sich Belege im Bereich der Allgemeinmedizin, der Psychotherapie, des Krankenhauses, psychiatrischer Anstalten und der interaktiven und kommunikativen ärztlichen Kompetenz, deren Entwicklungen im folgenden dargestellt werden.

### 5.2.2.1 Allgemeinarzt und Individualmedizin

Der Hausarzt oder praktische Arzt ist, meiner Beurteilung nach, in seiner ursprünglichen Bedeutung der gesundheitliche Ratgeber und Betreuer der gesamten Familie. Er kennt meist aufgrund einer langfristigen medizinischen Begleitung die Familienstruktur, das soziale

---

<sup>509</sup> Ohne Verfasserangabe: Der Arzt zwischen Individuum und Kollektiv, *ÄM*, H. 15 (36) 1951, S. 180-182  
Ohne Verfasserangabe: 54. Deutscher Ärztetag: Salus aegroti suprema lex! *ÄM*, H. 17-18 (36) 1951, S. 226

<sup>510</sup> Dr. med. habil. Manstein, B.: Von der Ehrfurcht des Arztes, *ÄM*, H. 22 (35) 1950, S. 471 – 474

<sup>511</sup> Ohne Verfasserangabe: Der Arzt zwischen Individuum und Kollektiv, *ÄM*, H. 15 (36) 1951, S. 180-182



Umfeld und familiär gehäuft auftretende Krankheitsbilder. Dadurch ist es ihm, dem 1953 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel „Auch Amerika will wieder einen Hausarzt“ zufolge, möglich, eine individuelle, ärztliche Fürsorge zu garantieren, die von anderen Fachärzten nicht geleistet werden kann, da sie zu wenig Einblick in den privaten Lebensbereich des Patienten gewinnen. Dieser Funktion wird, nach Ansicht des Autors, zu wenig Bedeutung beigemessen. Stattdessen stehen Forschung und technische Fortschritte 1953 im Vordergrund.<sup>512</sup>

„Dank der Fortschritte medizinischer und chirurgischer Behandlungsmethoden hat der Patient heute zwar das Gefühl gut und richtig behandelt zu werden, aber nicht als ein Mensch mit einer Krankheit, sondern als Krankheitsfall. [...] Während der Facharzt nur einen bestimmten Krankheitsvorgang behandelt, berücksichtigt der „persönliche Arzt“ den Krankheitsvorgang im Rahmen der ganzen Person, dazu die persönliche Umgebung und alle sonstigen sozialökonomischen Faktoren eines Individuums.“<sup>513</sup>

Der Gedanke, dass der Hausarzt und seine Funktion an Bedeutung verliert, wirkt, einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes aus dem Jahr 1958 zufolge, beunruhigend im Hinblick auf die Entwicklung zu einer depersonalisierten Medizin. Den Autor dieses Artikels, ein Arzt, beängstigt der Gedanke, dass der Patient durch Verlust seiner Individualität, die ihn auszeichnet, auf seine Symptome, die mit Hilfe der medizinischen Technik behandelt werden können, reduziert wird.<sup>514</sup>

„Wo die persönliche Freiheit des einzelnen nicht mehr respektiert und garantiert wird, können zwar Wissenschaft und Technik weiterhin Unglaubliches leisten, aber das, was wir als „den Menschen“ bezeichnen, mit seiner Willensfreiheit, seinem Wahrheitsstreben, seinem Gott-Suchen und seiner Menschenliebe, wird es dann nicht mehr geben.“<sup>515</sup>

Meines Erachtens bedeutet die Erkenntnis, dass das Ziel der ärztlichen Tätigkeit in der Behandlung des Menschen mit seinen eigenen, für ihn charakteristischen Zügen liegt, das Verstehen der eigentlichen Funktion eines Arztes. Der respektvolle, einfühlsame Umgang mit der Person und nicht die Anwendung standardisierter Therapieschemata kennzeichnen, in meinen Augen, einen fähigen Mediziner. Diese Ansprüche nur an den Hausarzt zu richten wäre, meiner Ansicht nach, falsch, sie sollten vielmehr an alle praktizierenden Ärzte gerichtet werden. Trotzdem demonstriert, meines Erachtens, die Entwicklung, die sich bisher im Deutschen Ärzteblatt parallel zum medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt zeigt, den

---

<sup>512</sup> Ohne Verfasserangabe: Auch Amerika will wieder einen Hausarzt. Vorschläge eines amerikanischen Arztes für die Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung, *ÄM*, H. 6 (38) 1953, S. 165-166

<sup>513</sup> Ohne Verfasserangabe: Auch Amerika will wieder einen Hausarzt. Vorschläge eines amerikanischen Arztes für die Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung, *ÄM*, H. 6 (38) 1953, S. 165-166

<sup>514</sup> Prof. D. Dr. med. Neuffer, H.: Der praktische Arzt, *ÄM*, H. 47 (43) 1958, S. 1371-1375

<sup>515</sup> Prof. D. Dr. med. Neuffer, H.: Der praktische Arzt, *ÄM*, H. 47 (43) 1958, S. 1371-1375

Beginn einer tiefgreifenden Auseinandersetzung mit ärztlichem Verhalten und dessen Wirkung auf den Patienten.

Im gleichen Jahr finden sich erste Ansätze, die Ursache für die Degradierung des Hausarztes zu erörtern. Zentrale Punkte stellen, Artikeln im Deutschen Ärzteblatt zufolge, die fehlende Weiterbildung nach der Approbation dar, die ihn von den anderen Fachärzten unterscheidet, und die damit verbundenen, vermeintlich schlechteren Berufsaussichten.

„Während vom Arzt nach der Approbation 3 -5 Jahre Spezial-Ausbildung gefordert werden , bevor er sich als Facharzt niederlassen kann, besteht die Anforderung beim praktischen Arzt nach der Approbation bezl. Ausbildung in – nichts.“<sup>516</sup>

„Diese starke Zunahme der Fachärzte hat verschiedene Gründe. Sie beruht teilweise auf der falschen Auffassung, als ob die Fachärzte eine bessere Ausbildung hätten als die Praktiker. Manche Ärzte ziehen die Tätigkeit als Facharzt der des Allgemeinpraktikers vor und hoffen, als Fachärzte ihr Brot leichter verdienen zu können.“<sup>517</sup>

Schon im nächsten Jahr, 1959, wird von einem Arzt ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht, der eindeutig die Forderung nach einer gleichwertigen Berufsausbildung praktischer Ärzte und der übrigen Fachärzte stellt.

„Genauso wie die Führung der Facharztbezeichnung nur nach einem von den Ärztekammern vorgeschriebenen Ausbildungsgang möglich ist, kann verordnet werden, daß dasselbe mit der Bezeichnung „prakt. Arzt“ geschehen soll. Die Bevölkerung weiß dann besser als jetzt, was sie von einem praktischen Arzt erwarten kann, und ein wesentlicher Grund für die Unterwertung des Praktischen Arztes ist beseitigt. [...] Die Ärztekammern können die vorgeschlagenen Regelungen kraft eigenen Rechts durchführen, und ich glaube, es hoffen mit mir viele Kollegen zuversichtlich, daß die Förderung des praktischen Arztes nicht nur akademisch bleiben möge.“<sup>518</sup>

Die Tatsache, dass ein Großteil der Ärzteschaft diese Meinung mit dem Autor teilt, demonstrieren die 1959 im Deutschen Ärzteblatt kommentierten Forderungen des Deutschen Ärztetages in Garmisch-Partenkirchen. Sie setzten sich für die Einrichtung einer „Deutschen Akademie für praktische Ärzte“ und für die Beteiligung praktischer Ärzte an der ärztlichen Ausbildung ein.<sup>519</sup>

Neben Ausbildung und Berufsaussichten wird 1960 im Deutschen Ärzteblatt auch der Gedanke aufgeworfen, dass sich die Position und Aufgabe des praktischen Arztes aufgrund gesellschaftlicher Umstrukturierung wieder neu finden sollten. Die Veränderung des

---

<sup>516</sup> Dr. Niehues, H.: Die Stellung des praktischen Arztes, ÄM, H. 41 (43) 1958, S. 1188-1189

<sup>517</sup> Prof. D. Dr. med. Neuffer, H.: Der praktische Arzt, ÄM, H. 47 (43) 1958, S. 1372

<sup>518</sup> Dr. med. Otto: Die Stellung des praktischen Arztes. Zum Aufsatz Dr. H. Niehues in ÄM 41/58, Seite 1188, ÄM, H. 1 (44) 1959, Seite 18-19

<sup>519</sup> Dr. Braun, R. N.: Die Stellung des praktischen Arztes, Zum Artikel Dr. Hermann Niehues in ÄM 41/1958, S. 1188, ÄM, H. 5 (44) 1959, S. 140-142

Arztbildes sollte daher mit einer Anpassung an neue Gesellschaftsmuster einhergehen, aber die Grundsätze des Hippokratischen Eides als Basis ärztlichen Handelns beibehalten.

„Der praktische Arzt von heute wird sein „Leitbild“ finden und entwickeln müssen, das mit den äußeren Bedingungen und den Gegebenheiten seiner heutigen Existenz im Einklang ist. Dennoch darf er dabei auf jene Leitgedanken zurückgreifen, die seit jeher die Prinzipien des ärztlichen Berufes waren und die im „Hippokratischen Eid“ ihren sinnfälligsten und wohl noch immer gegenwärtigen Ausdruck finden.“<sup>520</sup>

1960 zeigen sich bereits die ersten Erfolge der Bemühungen, die Stellung und das Ansehen des praktischen Arztes zu sichern. Die zahlreichen Fortbildungen und Kongresse scheinen ihre Wirkung erfüllt zu haben.<sup>521</sup> Im nächsten Jahr fordert der 64. Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer auf, konkrete Vorschläge für Weiterbildungsaufgaben praktischer Ärzte zu entwickeln.

„Der Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, dem nächsten Deutschen Ärztetag hierzu konkrete Vorschläge vorzulegen, die die Pflichtweiterbildung festlegen, nach deren Erfüllung die Berufsbezeichnung ‚praktischer Arzt‘ geführt werden darf.“<sup>522</sup>

Die Entschlüsse des 65. Deutschen Ärztetages werden den Forderungen aus dem letzten Jahr bereits gerecht und beinhalten Ausführungen und Bestimmungen der Weiterbildungsordnung zum praktischen Arzt, die eine Ausbildungszeit von mindestens drei Jahren nach der Approbation vorsieht. Der Arzt soll, dem Gesetzentwurf des Deutschen Ärzteblattes zufolge, in diesen drei Jahren in verschiedenen medizinischen Abteilungen praktizieren.

„... ,III. Weiterbildung zum praktischen Arzt

§ 34

Die Berechtigung, die Bezeichnung Praktischer Arzt zu führen, setzt eine Weiterbildungszeit von mindestens drei Jahren nach dem Zeitpunkt voraus, zu welchem die erteilte Bestallung die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes gestattet.

Davon sollen mindestens abgeleistet werden

- 12 Monate auf dem Gebiet der inneren Medizin,
- 12 Monate auf den Gebieten der Chirurgie oder der Frauenkrankheiten und Geburtshilfe,
- 3 Monate in einer ärztlichen Allgemeinpraxis,
- 9 Monate in freier Wahl unter den klinischen Fächern, der Pathologie und der prophylaktischen Medizin.“<sup>523</sup>

---

<sup>520</sup> Dr. Dutte, K.: Der praktische Arzt und sein Leitbild, *ÄM*, H. 34 (45) 1960, S. 1683-1684

<sup>521</sup> Dr. Stroh, H.: Die Bemühungen der Bundesärztekammer zur Förderung von Ausbildung und Fortbildung des praktischen Arztes, *ÄM*, H. 34 (45) 1960, S. 1691-1696

<sup>522</sup> Dr. med. Dobler, T.: Die Weiterbildung zum praktischen Arzt. Referat bei der Arbeitssitzung des Plenums des 64. Deutschen Ärztetages, *ÄM*, H. 25 (46) 1961, S. 1416-1422

Die Entwicklung der Allgemeinmedizin zu einem etablierten medizinischen Fachgebiet schreitet, den Recherchen im Deutschen Ärzteblatt zufolge, kontinuierlich fort. Zunächst bildete das Bewusstwerden seiner Bedeutung das Zentrum der Diskussion, dann die gesetzliche Verankerung einer Facharztausbildung und 1967 schließlich die 1959 vom Deutschen Ärztetag bereits geforderte Einbindung der Allgemeinmedizin in die ärztliche Ausbildung. Ein Artikel des Deutschen Ärzteblattes belegt, dass die Erfüllung des Lehrauftrags das Anbieten einer Vorlesung in Allgemeinmedizin beinhaltet.

„Jetzt hat die Fakultät dem Praktiker einen Lehrauftrag erteilt und seine Vorlesung in das Vorlesungsverzeichnis aufgenommen.“<sup>524</sup>

Einige Jahre später, 1972, setzt der 75. Deutsche Ärztetag sich für die Integration der Allgemeinmedizin in die gesamte ärztliche Ausbildung ein, so dass die Allgemeinmedizin zu einem selbstständigen Fach heranwächst. Außerdem schafft sie Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Berufsaussichten.<sup>525</sup>

„[...] Integration der Allgemeinmedizin in Lehre und Forschung durch Schaffung von Lehrstühlen und Instituten, die grundsätzlich mit praktischen Ärzten besetzt bzw. von diesen geleitet werden sollen; Weiterbildungsstätten für künftige Allgemeinärzte an den Krankenhäusern; finanzielle und steuerliche Erleichterung der Niederlassung.“<sup>526</sup>

Der Hausarzt als Vertreter der ganzheitlichen Medizin hat sich nun etabliert und seine Position innerhalb der medizinischen Funktionsbereiche ist gesichert. Diese Aussage kann aufgrund der vorliegenden Belege im Deutschen Ärzteblatt getroffen werden, es kann jedoch nicht bewiesen werden, wie sich die Position des praktischen Arztes in der Realität gestaltet und ob er innerhalb der deutschen Ärzteschaft tatsächlich so hoch angesehen ist, wie die Aussagen im Deutschen Ärzteblatt vermuten lassen.

Belegen lässt sich jedoch, dass sich sein Aufgabenbereich in den nächsten Jahren auf Sterbebegleitung und psychosomatische Krankheitserkennung erweitert hat. Meines Erachtens nimmt die Bedeutung seiner Funktion dadurch zwangsläufig zu, insbesondere unter Beachtung der parallel verlaufenden Problematik der Sterbehilfe und der damit zusammenhängenden Erstellung von Patientenverfügungen. 1981 schildert ein Hausarzt die

---

<sup>523</sup> Ohne Verfasserangabe: Der 65. Deutsche Ärztetag, ÄM, H. 27 (47) 1962, S. 1481-1486

<sup>524</sup> Ohne Verfasserangabe: Erster Lehrauftrag für Allgemeinmedizin, DÄ, H. 36 (64) 1967, S. 1835

<sup>525</sup> Ohne Verfasserangabe: Stärkere Förderung von Ärzten für Allgemeinmedizin – Keine „Fachärzte“ mehr. Tagesordnungspunkt „Forschung, Lehre und Berufsbildung in der Allgemeinmedizin“ der Arbeitssitzungen des 75. Deutschen Ärztetages, DÄ, H. 24 (69) 1972, S. 1694-1696

<sup>526</sup> Ohne Verfasserangabe: Stärkere Förderung von Ärzten für Allgemeinmedizin – Keine „Fachärzte“ mehr. Tagesordnungspunkt „Forschung, Lehre und Berufsbildung in der Allgemeinmedizin“ der Arbeitssitzungen des 75. Deutschen Ärztetages, DÄ, H. 24 (69) 1972, S. 1694-1696

Bedeutung der Sterbebegleitung, die für den Patienten und auch für die Angehörigen eine unbezahlbare Unterstützung in einer schweren Lebensphase bedeutet.<sup>527</sup>

„Es ist immer wieder erstaunlich, wie sehr in dieser Phase Patienten und Angehörige ihren Arzt brauchen, obwohl im strengen Sinn nicht mehr zu helfen ist. Dies alles erfordert sehr viel Idealismus, der, wenn er seines Sinngehaltes nicht beraubt werden soll, unbezahlbar ist und unbezahlbar bleiben wird. Der Mediziner ist nie mehr Arzt als in diesen schweren Stunden. Dieses Procedere ist weder Lebensverlängerung um jeden Preis noch passive Euthanasie. Es ist das Bemühen, dem Patienten einen würdigen Tod zu gewährleisten.“<sup>528</sup>

Im Jahr 2000 beschreibt ein Artikel die Notwendigkeit der professionellen Gesprächsführung zur Erkennung von psychosomatischen Krankheiten. Ein Arzt-Patienten-Gespräch, in dem die Äußerungen des Patienten mehr Raum einnehmen als die des Arztes und Patienten die Führungsrolle im Gespräch übernehmen, führt, den Aussagen des Autors zufolge, zu einer vermehrten Autonomie und Öffnung des Patienten. Insbesondere Hausärzte sollen, nach Ansicht des Autors, in dieser Art der Gesprächsführung geschult werden.<sup>529</sup>

### ***Kommentar***

Nach meinen Recherchen im Deutschen Ärzteblatt hat sich der Hausarzt oder praktische Arzt schrittweise etabliert. Begonnen hat diese Entwicklung mit dem zunehmenden Bewusstsein über seine Funktion, das sich wenig später zur Festlegung einer Facharztausbildung und einer Einbindung der Allgemeinmedizin in die ärztliche Ausbildung weiterentwickelt hat. Seit 1980 gewinnt schließlich seine Funktion durch die Sterbebegleitung und psychosomatische Krankheitserkennung zusätzlich an Bedeutung.

Meiner Beurteilung nach lässt das Engagement für das Ansehen der Allgemeinmedizin einen Rückblick auf eine erfolgreiche Entwicklung zu. Der Antrieb dafür liegt, meines Erachtens, in dem Bestreben, eine Gegenbewegung zum medizinisch-technischen Fortschritt zu bilden, der die Individualmedizin zugunsten standardisierter Behandlungsprogramme verdrängt. Die Etablierung des Allgemeinarztes ist somit nicht nur im Rahmen des Berufs Hausarzt zu sehen,

---

<sup>527</sup> Dr. med. Weber, K.-H.: Sterben zu Hause. Aus der Sicht des Hausarztes. Forum, DÄ, H. 19 (78) 1981, S. 954-957

<sup>528</sup> Dr. med. Weber, K.-H.: Sterben zu Hause. Aus der Sicht des Hausarztes. Forum, DÄ, H. 19 (78) 1981, S. 954-957

<sup>529</sup> Bühring, P.: Zuhören statt Verhören. Ärztliches Gesprächsverhalten. Themen der Zeit, DÄ, H. 40 (97) 2000, S. B-2225.

Die zentrale Bedeutung des ärztlichen Anamnesegesprächs im allgemeinärztlichen Erstkontakt stützt sich auf die Möglichkeit, eine Vertrauensgrundlage zu bilden oder zu zerstören. Die Anamnese nimmt somit entscheidenden Einfluss auf den weiteren Verlauf der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Gezielte Fragestellungen unterstützen den Arzt in der Ermittlung der Diagnose und in der Erfassung der Lebensgeschichte des Patienten, die insbesondere für den Allgemeinarzt von Bedeutung ist und ihn in seiner Funktion auszeichnet. Vgl. Siegrist, J., Hendel-Kramer, A.: Wege zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1979, S. 86-88 und S. 109-111. Vgl. Hellner, H.: Arzt, Kranker, Krankheit, J. F. Lehmanns Verlag, München 1970, S. 48-50

sondern vor allem als Bestandteil einer Entwicklung, die sich für die individuelle, ganzheitliche Medizin einsetzt.

### **5.2.2.2 Psychotherapie und ganzheitliche Medizin**

Das Bewusstsein vom Zusammenspiel von Körper und Seele führt seit 1955 dazu, dass der psychotherapeutischen Betreuung sowohl als eigenem Fachgebiet als auch als Ergänzung zur üblichen ärztlichen Behandlung eine größere Bedeutung eingeräumt wird.<sup>530</sup> Das Ziel der Einbindung der Psychotherapie ist es, einem Artikel aus dem Jahr 1956 zufolge, der Depersonalisation und Objektivierung in der Medizin entgegenzuwirken.

„Die Psychologisierung der Medizin ist unzweifelhaft eine Ergänzung zur Technisierung und zur Politisierung. Wenn man diese beiden als gefährdend ansieht, dann kann man die Psychologisierung als eine Reaktion auf die Schäden der beiden ersten betrachten, welche deren Gefahren bannen sollte.“<sup>531</sup>

Das übergeordnete Ziel der Etablierung der Psychotherapie und der Allgemeinmedizin sind, meiner Beurteilung nach, somit identisch, denn beide kämpfen für die Praktizierung einer individuellen, ganzheitlichen Medizin.

In den nächsten Jahren finden sich Belege im Deutschen Ärzteblatt, die bestätigen, dass um die Anerkennung des Faches Psychotherapie gekämpft wird.<sup>532</sup> 1961 wird in einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes schließlich die Aufnahme der Psychotherapie in das Medizinstudium angesprochen.

„Bei der Erörterung der Frage des Studiums der Psychologie im Rahmen des Medizinstudiums ist stets die ganze Ausbildung, d. h. die vorklinische und klinische Ausbildung des Studenten der Medizin in der Psychologie im Hinblick auf seine spätere ärztliche Tätigkeit zu beachten.“<sup>533</sup>

1963 weiten sich die Forderungen nach vermehrter Beachtung der Psychotherapie aus. Ein Arzt veröffentlicht 1963 einen Artikel im Deutschen Ärzteblatt, in dem er sich für die Weiterbildung der Ärzteschaft im Fachgebiet der Psychotherapie ausspricht, um psychogene Störungen frühzeitig zu diagnostizieren und behandeln zu können. Außerdem setzt er sich für die Honorierung der psychotherapeutischen Behandlung durch die Krankenkassen ein.<sup>534</sup> In den nächsten Jahren werden beide Forderungen erfüllt. 1964 beschließt der 67. Deutsche

---

<sup>530</sup> Dr. Spribille, M.: Der Kranke als Person. Die achte religiös-wissenschaftliche Ärztetagung in Weingarten, *ÄM*, H. 28 (40) 1955, S. 850-852

<sup>531</sup> Prof. Dr. med. von Weizsäcker, V.: Arzt und Patient, *ÄM*, H. 12 (41) 1956, S. 338-339

<sup>532</sup> Dr. Sievers, E.-F.: Psychotherapie – Lehrfach oder Wunderglaube? Zum Aufsatz Zirpel in *ÄM* Heft 16, S. 437, *ÄM*, H. 25 (42) 1957, S.745-747

<sup>533</sup> Pauleikhoff, B.: Zur Frage des Studiums der Psychologie im Rahmen des Medizinstudiums, *ÄM*, H. 28 (46) 1961, S. 1575-1578

<sup>534</sup> Dr. med. Binder, H.: Die psychoreaktiven Störungen in der Alltagspraxis. Zu dem Beitrag von Dr. med. W. Nieschke in *ÄM* 43/1962, Seite 2236, *ÄM*, H. 16 (60) 1963, S. 916-918

Ärztetag die Einbindung der psychotherapeutischen Ausbildung in das Medizinstudium und 1967 wird die psychotherapeutische Behandlung als Kassenleistung anerkannt<sup>535</sup>.

„Die neue Bestallungsordnung für Ärzte soll Bestimmungen darüber enthalten, dass eine Pflichtvorlesung über medizinische Psychologie im vorklinischen Teil und über Psychotherapie im klinischen Teil des medizinischen Studiums gehalten wird. [...]“<sup>536</sup>

Die Schulung der Ärzte im Fach Psychotherapie erstreckt sich jedoch nicht nur auf die Pathologie des Patienten, sondern auch, einem Artikel aus dem Jahr 1971 zufolge, auf die Psychodynamik des Arztes. Ärzte sollen die Möglichkeit haben, über ihre eigenen Reaktionen auf den Patienten zu reflektieren. Die Schulungsgruppen arbeiten nach dem sogenannten Balint-Konzept.

„Besondere Bedeutung kommt den sogenannten Balint-Gruppen zu, in welchen praktische Ärzte unter der Anleitung von Psychotherapeuten lernen, mit den psychotherapeutischen Problemen ihrer Patienten besser fertig zu werden, indem sie auch mit ihrer eigenen Psychodynamik konfrontiert werden, die oft das Behandlungsergebnis an Patienten bzw. schon die Diagnostik nachteilig beeinflussen.“<sup>537</sup>

Das Balint-Konzept wird im folgenden Kapitel 5.2.2.3 „Interaktive und kommunikative ärztliche Fähigkeit“ genauer behandelt.

### ***Kommentar***

Der Rückblick auf die Entwicklung der Psychotherapie im Deutschen Ärzteblatt zeigt, dass sie, als selbstständiges Fachgebiet anerkannt, Bestandteil des Medizinstudiums ist und von den Krankenkassen, ähnlich wie die anderen ärztlichen Leistungen, honoriert wird. Verglichen mit der Entwicklung der Allgemeinmedizin können im Bereich der Psychotherapie, meines Erachtens, Parallelen gesehen werden. Das Ziel beider Fächer besteht darin, sich im Berufsfeld der Medizin zu etablieren, um eine individuelle, ganzheitliche Medizin zu garantieren. Jedes der beiden Fächer erfüllt zu diesem Zweck seinen eigene, für ihn charakteristische Aufgabe.

Die Bedeutung der Psychotherapie liegt, meines Erachtens, insbesondere darin, dass die Erkrankung der Seele den gleichen Stellenwert einnimmt wie die körperliche Erkrankung und dass seelische Erkrankungen körperliche Erkrankungen beeinflussen können. Somit kann mit Hilfe der Psychotherapie nicht nur die seelische Erkrankung behoben werden, sondern oft auch der gesundheitliche Zustand verbessert und körperliche Symptome gemindert werden.

---

<sup>535</sup> Dr. med. Faber, F. R.: Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung. Zur Begrenzung des Indikationsbereichs, DÄ, H. 40 (69) 1972, S. 2549-2555

<sup>536</sup> Ohne Verfasserangabe: Arbeitsergebnisse des 67. Deutschen Ärztetages. Pflichtvorlesung über medizinische Psychologie, DÄ, H. 24 (61) 1964, S. 1381-1389

<sup>537</sup> Dr. Pöldinger, W.: Der ängstliche Patient in der ärztlichen Praxis. Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel (Direktor: Professor Dr. P. Kielholz), DÄ, H. 3 (68) 1971, S. 133-137

Aus diesem Grund ist die Therapie der Seele, meiner Beurteilung nach, ein ebenso notwendiger Bestandteil der Medizin wie die Behandlung körperlicher Symptome.

### ***5.2.2.3 Interaktive und kommunikative ärztliche Fähigkeiten***

In diesem Kapitel steht der direkte Patientenkontakt im Mittelpunkt der Diskussion. Es sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, Kommunikation und Interaktion im Arzt-Patienten-Kontakt zu verbessern. Meines Erachtens kann in dieser Analyse bewusst gemacht werden, in welchem Ausmaß der Arzt durch seine kommunikativen Fähigkeiten das Arzt-Patienten-Gespräch sowohl positiv als auch negativ beeinflussen kann.

Die zu beobachtende Entwicklung im Deutschen Ärzteblatt kann, meiner Beurteilung nach, in drei Säulen aufgeteilt werden. Die erste Säule besteht in der Analyse der kommunikativen Fähigkeiten des Arztes im Gespräch mit dem Patienten. Entscheidende Bestandteile der interaktiven und sozialen Kompetenz des Arztes sind Intuition, Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit, eine non-direktive Gesprächsführung einzuleiten, die dadurch charakterisiert ist, dass der Arzt dem Patienten durch offene Fragen und Zurückhaltung ermöglicht, frei über sein Anliegen zu sprechen. Im Idealfall bilden diese Voraussetzungen die Grundlage für Anamnese und Diagnose, für den Umgang mit der Wahrheit am Krankenbett und für Aufklärung und Einverständniserklärung. Die zweite Säule besteht in der Aus- und Fortbildung durch Balint-Gruppen, die durch Reflexion des eigenen Verhaltens gegenüber dem Patienten die oben beschriebenen Fähigkeiten schulen. Die dritte Säule beschreibt die Einbindung der Ethik in den ärztlichen Alltag und in die medizinische Ausbildung durch die Einrichtung von Ethiklehrstühlen und Ethikkommissionen.

Ab 1956 zeugen die Belege des Deutschen Ärzteblattes von der Erkenntnis, dass der Behandlungserfolg entscheidend von der zuvor gebildeten Vertrauensbasis zum Patienten abhängt<sup>538</sup> und dass technische Hilfsmittel nur dann zu einer erfolgreichen Diagnostik führen, wenn eine gewissenhafte Anamnese die Grundlage bildet<sup>539</sup>.

„Ohne das Irrationale ist praktische Heilkunst nicht denkbar. Vertrauen und Hoffnung sind die stärksten Mittel zum Gesundwerden.“<sup>540</sup>

Unter der Annahme, dass die Hoffnung das effektivste Mittel zur Genesung ist, kann, meiner Ansicht nach, geschlossen werden, dass Hoffnungslosigkeit erheblichen Schaden anrichtet. Im gleichen Jahr greift der Autor eines im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikels diesen Gesichtspunkt auf. Aus seiner Sicht zwingt die ärztliche Wahrheitspflicht den Arzt, insbesondere im Fall der Mitteilung einer tödlichen Diagnose, dazu, Hoffnungslosigkeit

---

<sup>538</sup> Dr. med. Demant: Unvergängliches Arzttum. *Arzt und Arzneikunst von heute*, ÄM, H. 1 (41) 1956, S. 1-5

<sup>539</sup> Prof. Dr. Grote, L. R.: Die Bedeutung der Anamnese für die ärztliche Arbeit, ÄM, H. 26 (41) 1956, S. 664-667

<sup>540</sup> Dr. med. Demant: Unvergängliches Arzttum. *Arzt und Arzneikunst von heute*, ÄM, H. 1 (41) 1956, S. 1-5



auszulösen und somit nicht im Sinn der Menschlichkeit und Nächstenliebe zu handeln. In den Augen des Autors sollte die Mitteilung des wahren gesundheitlichen Zustandes im Ermessen und in der Persönlichkeit jedes einzelnen Arztes liegen.<sup>541</sup>

„Nicht die bequeme Anerkennung der Notlüge als etwas Gutes, aber auch nicht die Forderung uneingeschränkter Wahrhaftigkeit ist der Ausweg, sondern die Erkenntnis, daß dem Arzt ein Rest zu tragen übrig bleibt. Das ist sein Amt, und daß er die Kraft hat, diesen Rest zu tragen, das soll sein Stolz sein.“<sup>542</sup>

Das Thema „Wahrheit am Krankenbett“ wird einige Jahre später nochmals aufgegriffen und insbesondere im Hinblick auf Tumorpatienten diskutiert.

Im Jahr 1958 konzentriert sich die Diskussion im Deutschen Ärzteblatt auf die Auseinandersetzung mit dem alltäglichen Patientengespräch. Idealerweise sollte der Arzt, nach Aussage der Autoren dieser Artikel, ohne Zeitdruck und mit Ruhe auf die Patienten eingehen können und mit Hilfe seiner kommunikativen Fähigkeiten eine Vertrauensbasis schaffen.<sup>543</sup>

„So müssen die Ärzte wieder lernen, sich und ihr Wort in der rechten Weise anzuwenden, aber eine Grundvoraussetzung muß hierzu erst erfüllt sein, sie müssen wieder die nötige Zeit haben, sich einem einzelnen kranken Menschen widmen zu können.“<sup>544</sup>

„Die zweite Voraussetzung ist, daß der Arzt in seiner Ausbildungszeit nicht nur etwas über die Wirkung der Chemie, sondern auch über die Wirkung des Wortes lernt.“<sup>545</sup>

„Ohne das enge Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt ist aber unsere ärztliche Tätigkeit nur eine halbe, seelenlose.“<sup>546</sup>

In diesen Jahren wurden bereits einige der kommunikativen Anforderungen an den Arzt im Deutschen Ärzteblatt angesprochen, aber noch keine Lösungen angeboten, die zu einer direkten Verbesserung geführt hätten.

1963 schlägt ein Arzt in einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes vor, die strikte rechtliche Verpflichtung zur Wahrheit am Krankenbett zu vermeiden, da, in seinen Augen, nicht immer die unmittelbare, vollständige Aufklärung über den wahren gesundheitlichen Zustand die

---

<sup>541</sup> Dr. med. Lukowsky, A.: Arzt und Kranker. Wahrheitspflicht und Führungsanspruch des Arztes in der Antinomie der sittlichen Werte, *ÄM*, H. 3 (41) 1956, S. 62-64

<sup>542</sup> Dr. med. Lukowsky, A.: Arzt und Kranker. Wahrheitspflicht und Führungsanspruch des Arztes in der Antinomie der sittlichen Werte, *ÄM*, H. 3 (41) 1956, S. 62-64

<sup>543</sup> Ein Arzt, der unter ständigem Zeitdruck dem Patienten das Gefühl vermittelt, keine oder nicht genügend Zeit für ihn zu haben, erinnert eher an einen Geschäftsmann als an einen Arzt. Vgl. Hellner, H.: *Arzt, Kranker, Krankheit*, J. F. Lehmanns Verlag, München 1970, S. 22-23

<sup>544</sup> Jores, A.: *Der Arzt als Arznei* (aus der II. Mediz. Univ.-Klinik und Poliklinik Hamburg-Eppendorf, Direktor: Prof. Dr. A. Jores), *ÄM*, H. 4 (43) 1958, S. 94-96

<sup>545</sup> Jores, A.: *Der Arzt als Arznei* (aus der II. Mediz. Univ.-Klinik und Poliklinik Hamburg-Eppendorf, Direktor: Prof. Dr. A. Jores), *ÄM*, H. 4 (43) 1958, S. 94-96

<sup>546</sup> Prof. Dr. Dr. Neuffer, H.: *Um die inneren Werte unseres Berufes kämpfen!* *ÄM*, H. 27 (43) 1958, S. 765

beste Lösung für den Patienten darstellt. Aus seiner Sicht sollte die ärztliche Wahrheitspflicht dem Wohl des Patienten untergeordnet werden.<sup>547</sup>

„Die Wahrheit am Krankenbett unheilbar Krebskranker muß immer mit großer Vorsicht und Liebe gepaart sein und dosiert werden. [...] Die gesetzliche Aufklärungspflicht bedarf einer Verständigung zwischen Ärzten und Juristen. Das Wohl des Patienten ist wichtiger als das unkontrollierte Recht des Patienten auf Aufklärung.“<sup>548</sup>

1967 stellt ein Arzt im Deutschen Ärzteblatt erstmalig einen Lösungsweg zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient vor, das sogenannte Balint-Konzept. Das Ziel dieses Programms ist es, Ärzte darin zu schulen, die eigentlichen seelischen Beschwerden des Patienten zu erkennen, die sich häufig hinter körperlichen Symptomen verstecken. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass Balint durch seine Nachforschungen und Untersuchungen entdeckt hat, dass durch körperliche Untersuchungen während des Patientengesprächs eine offenerere und bereitwilligere Auskunft der Patienten über ihre Beschwerden zu erwarten ist.<sup>549</sup>

„Es muß ein Weg gefunden werden, der erlaubt, diejenigen emotionalen Konflikte zu erkennen, die sich hinter den Klagen und Beschwerden des Patienten verbergen. Beide, Arzt und Patient, müssen verstehen, welches die wirklichen Probleme des Patienten sind.“<sup>550</sup>

Außerdem schließt das Balint-Konzept die Analyse der Wirkungen, die das ärztliche Auftreten im Arzt-Patienten-Kontakt verursacht, mit ein. Balint spricht zum einen die apostolische Funktion an, die die Persönlichkeit und die strikten Vorstellungen eines Arztes vom Verhalten des Patienten beinhaltet, und zum anderen die Reflexion über die eigenen Gefühle und Reaktionen während des Patientenkontakts.<sup>551</sup>

„Was wir bisher geschrieben haben, ist aber fast nur die eine Seite der apostolischen Funktion im Sinne Balints: die Persönlichkeit des Arztes. Weniger deutlich ist, für uns, die andere Seite

---

<sup>547</sup> Der Autor dieses Zitates teilt die Auffassungen des Hippokrates. Den Todkranken über seinen tatsächlichen gesundheitlichen Zustand aufzuklären, erachtet auch er als gefährlichen und fragwürdigen Schritt in der Krankenbehandlung. Selbst die nächsten Angehörigen aufzuklären, erscheint riskant, da das Mitwissen über die Wahrheit den Umgang mit dem Todkranken erschwert und die Aussprache zwischen Patient und Angehörigen häufig zu einer Belastung des Todkranken führt. Die dosierte Mitteilung über den tatsächlichen Zustand stellt den geeigneten Lösungsweg dar. Vgl. Hellner, H.: *Arzt, Kranker, Krankheit*, J. F. Lehmanns Verlag, München 1970, S. 54-55

<sup>548</sup> Prof. D. Dr. med. Neuffer, H.: *Behandlung und ärztliche Führung unheilbar Krebskranker durch den praktischen Arzt. Aufsätze und Referate*, *ÄM*, H. 41 (60) 1963, S. 2077-2080

<sup>549</sup> Dr. med. Sievers, E.-F.: *Das ärztliche Gespräch, Grundsätzliches und Erfahrungen mit sogenannten „Balint-Seminaren“*). Herrn Dr. med. Ludwig Sievers zum 80. Geburtstag gewidmet, *DÄ*, H. 12 (64) 1967, S. 637-639

<sup>550</sup> Dr. med. Sievers, E.-F.: *Das ärztliche Gespräch, Grundsätzliches und Erfahrungen mit sogenannten „Balint-Seminaren“*). Herrn Dr. med. Ludwig Sievers zum 80. Geburtstag gewidmet, *DÄ*, H. 12 (64) 1967, S. 637-639

<sup>551</sup> Dr. med. Sievers, E.-F.: *Das ärztliche Gespräch, Grundsätzliches und Erfahrungen mit sogenannten „Balint-Seminaren“*). Herrn Dr. med. Ludwig Sievers zum 80. Geburtstag gewidmet, *DÄ*, H. 13 (64) 1967, S. 701-705

geworden, von der Balint sagt, „daß jeder Arzt eine vage, aber fast unerschütterlich feste Vorstellung davon hat, wie ein Mensch sich verhalten soll, wenn er krank ist“. <sup>552</sup>

„Für den praktischen Umgang mit dem Patienten ist darüber hinaus aber ein Verstehen der eigenen emotionalen Regungen, wie der inneren Konflikte des Patienten notwendig.“ <sup>553</sup>

Weitere Beiträge über Balint-Seminare und deren Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis folgen in den nächsten Jahren.

1972 und 1973 stützen sich die Beiträge des Deutschen Ärzteblattes erneut auf die Problematik der Wahrheitspflicht am Krankenbett im Fall der Diagnose einer tödlichen Erkrankung. Der 1963 im Deutschen Ärzteblatt geäußerten Meinung, dass die ärztliche Wahrheitspflicht nicht immer anzuwenden ist, wird mit der Begründung widersprochen, dass nur durch die Kenntnis der Wahrheit die Möglichkeit geboten wird, sich mit dem eigenen Tod auseinanderzusetzen und sich auf sein Lebensende einzustellen.

„[...] Der Kranke kann nicht nur die Wahrheit über seinen Zustand vertragen, sondern er muß sie auch wissen, um sich auf seinen Tod vorbereiten, um sein Leben abschließen und vollenden zu können. Dazu braucht er das Gespräch mit Ärzten und Schwestern, in dem er sich als ein Mensch, der sich sorgt und hofft, ernst genommen fühlt.“ <sup>554</sup>

Ergänzend dazu vertritt ein Arzt 1973 in einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes den Standpunkt, dass nur ein Arzt Patienten seelischen Beistand und Unterstützung in der Vorbereitung auf den Tod bieten kann, der sich selbst mit dem eigenen Lebensende bereits intensiv auseinandergesetzt hat. <sup>555</sup>

„Aber nur, wenn er dem Gedanken an seinen eigenen Tod wirklich standhält und ihn nicht künstlich aus seinem Leben eliminiert, wird er dem Patienten nicht mit leeren Händen gegenüberstehen müssen.“ <sup>556</sup>

Aus ethischen Gesichtspunkten betrachtet, bieten die verschiedenen Lösungen kein allgemein anerkanntes Konzept. Sie regen lediglich zu Überlegungen an, um dem Einzelnen die Chance zu geben, einen eigenen Lösungsweg für diesen Konflikt zu finden. <sup>557</sup>

---

<sup>552</sup> Dr. med. Sievers, E.-F.: Das ärztliche Gespräch, Grundsätzliches und Erfahrungen mit sogenannten „Balint-Seminaren“ (\*). Herrn Dr. med. Ludwig Sievers zum 80. Geburtstag gewidmet, DÄ, H. 13 (64) 1967, S. 701-705

<sup>553</sup> Dr. med. Sievers, E.-F.: Das ärztliche Gespräch, Grundsätzliches und Erfahrungen mit sogenannten „Balint-Seminaren“ (\*). Herrn Dr. med. Ludwig Sievers zum 80. Geburtstag gewidmet, DÄ, H. 13 (64) 1967, S. 701-705

<sup>554</sup> Krull, P., Lindemann, F. W., Kunitsch, G.: Dem Todkranken die Wahrheit sagen? Zum Problem des offenen Gesprächs am Krankenbett, DÄ, H. 21 (69) 1972, S. 1373-1375

<sup>555</sup> Dr. med. Warkentin, B.: Aufklärung der Patienten bei bösartigen Erkrankungen. Fortsetzung und Schluß, DÄ, H. 15 (70) 1973, S. 995-999

<sup>556</sup> Dr. med. Warkentin, B.: Aufklärung der Patienten bei bösartigen Erkrankungen. Fortsetzung und Schluß, DÄ, H. 15 (70) 1973, S. 995-999

<sup>557</sup> Zu weiteren Überlegungen regt die Tatsache an, dass der Arzt in der Rolle des Überbringers schlechter Nachrichten zwangsläufig zu einem verantwortungstragenden Subjekt mit potentieller Schuldigkeit wird. Um diesem Umstand auszuweichen, liegt die Möglichkeit nahe, dem Patienten die Verantwortung für seine seelische und körperliche Gesundheit in vollem Umfang zu übertragen und ihn, unter dem Deckmantel des Selbstbestimmungsrechts, uneingeschränkt aufzuklären. Eine kritische Meinung zu dieser Haltung vertreten die sogenannten „Verantwortungsethiker“. Sie erkennen im Gespür des Arztes für sein Gegenüber und in der

1979 weitet sich das Einflussgebiet der Balint-Seminare auch auf Studenten aus. Die werdenden Ärzte sollen in der Deutung von Stimmlage, Gestik und Mimik geschult werden und fähig sein, die Charakteristik des einzelnen Patienten zu erkennen und ihn entsprechend zu behandeln.<sup>558</sup>

„Dies ist am ehesten in der Interaktion und Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu erkennen und durch drei verschiedene Schritte ausgezeichnet: Durch das Anhören des Kranken. Durch das Erkennen des affektiven Grundtons, auch durch das Verhalten des Patienten, Mimik, Gestik, usw. [...]. Durch Anerkennung der Persönlichkeit des Kranken. Denn diese Suche nach dem Verständnis ist es, die den Arzt zum Helfer des Patienten macht.“<sup>559</sup>

Einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes aus dem Jahr 1980 zufolge sind genau diese Fähigkeiten notwendig, um zu erkennen, wann der Patient die Wahrheit über das eigene Schicksal erfahren möchte und wann der Arzt den Patienten dadurch überfordern würde.<sup>560</sup> Damit spricht sich der Autor gegen den zuvor erwähnten Standpunkt über die uneingeschränkte Wahrheitspflicht am Krankenbett aus.

Die unterschiedlichen Meinungen und der emotionale Charakter, mit dem diese im Deutschen Ärzteblatt publiziert werden, lassen, meines Erachtens, Unsicherheiten im Umgang mit berufsethischen Grundsätzen in solchen für den Arzt als auch für den Patienten beklemmenden Situationen vermuten.

1981 betont die Bundesärztekammer die Bedeutung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Die erste Begegnung und somit das Anamnesegespräch bilden, nach ihrer Ansicht, die Grundlage und entscheiden, ob die Begegnung mit positiven oder negativen Assoziation behaftet ist.<sup>561</sup>

---

Fähigkeit, die Wahrheit aus der Wirklichkeit des Patienten zu betrachten, die notwendigen Voraussetzungen, um zum Wohl des Patienten zu handeln und nicht fahrlässig seine Seele zu verletzen. Aus dieser Sichtweise ist die uneingeschränkte Aufklärung und Wahrheitspflicht am Krankenbett eine Flucht vor ärztlicher Verantwortung. Vgl. Dichgans, J.: Der Arzt und die Wahrheit am Krankenbett. Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 104-106

<sup>558</sup> Luban-Plozza, B.: Zehn Jahre Balint-Gruppen mit Studenten, DÄ, H. 9 (76) 1979, S. 585-590

<sup>559</sup> Luban-Plozza, B.: Zehn Jahre Balint-Gruppen mit Studenten, DÄ, H. 9 (76) 1979, S. 585-590

<sup>560</sup> Dr. med. Sauter-Servaes, H.: Der katholische Arzt heute. Sein Wissen und Gewissen n der modernen wissenschaftlichen Medizin. Tagungsbericht, DÄ, H. 42 (77) 1980, S. 2497-2499

<sup>561</sup> Der Einfluss der Anamnese ist einer Studie zufolge so immens, dass in 50 bis 70 % der Fälle die Diagnose oder Verdachtsdiagnose dadurch gestellt werden kann und von therapeutischen Vorteilen aufgrund der Herstellung einer Vertrauensbasis und der Ermöglichung des Sich-Aussprechens im Sinne der Katharsis wird auch ausgegangen. Vgl. Biefang, S.: Medizin im Wandel. Die Befragung des Patienten. Interview und Anamnese, Dr. Alfred Hüthig Verlag, Heidelberg, 1977, S. 13-14

Die Beteligung des Arztes und des Patienten an der Anamnese bezieht sich auf verbale und paraverbale Äußerungen und auf das Schweigen des Arztes. Der Arzt hat die Aufgabe, die Äußerungen des Patienten zu interpretieren und die eigenen zu überdenken und unwillkürliche Nuancen in Tonfall, Rhythmus oder Pausen gering zu halten. Aufmerksames Schweigen und das Verhindern unnötiger Abschweifungen des Patienten zeichnen die Doppelfunktion des geübten Zuhörens aus. Vgl. Entralgo, P. L.: Arzt und Patient. Zwischenmenschliche Beziehungen in der Geschichte der Medizin, Kindler Verlag GmbH, München 1969, S. 178-183

„Als besonders wichtig bezeichnete Professor Bock das erste anamnestische Gespräch, weil es eine erste Beziehung zwischen Patient und Arzt überhaupt herstellt: „Denn trotz oder gerade wegen allen Fortschritts ist dafür eine gute Vertrauensbasis zwischen Patient und Arzt die entscheidende Voraussetzung. [...] Hier kann Vertrauen bestätigt, gefördert, begonnen, vielleicht erstmals verspielt und verloren werden.“<sup>562</sup>

Im gleichen Jahr wird, neben den schon erwähnten kommunikativen Instrumenten und den Weiterbildungsmöglichkeiten auf diesem Gebiet, die dritte Säule im Deutschen Ärzteblatt angesprochen. Der Autor, ein Arzt, vertritt die Auffassung, dass die zunehmende Einbindung ethischer Werte in den medizinischen Alltag, insbesondere bei Entscheidungen an der Lebensgrenze und im direkten Patientenkontakt, unbedingt notwendig ist und dass zu diesem Zweck Ethikkommissionen und Ethiklehrstühle eingerichtet werden sollten.

„Wir brauchen dringend Ethikkommissionen in einem viel umfassenderen Sinne als diejenigen, die zur Zeit schon bei uns tätig sind. [...] Die Errichtung von Ethiklehrstühlen an allen medizinischen Fakultäten muß ganz ernsthaft angepackt werden. Die Landesärztekammern sollten sich nicht scheuen, ethische Themen in ihren Delegiertenversammlungen zu diskutieren und auch in übergeordnete Gesprächskreise mit anderen Berufsgruppen hineinzutragen, [...]“<sup>563</sup>

Der Erfolg oder Misserfolg in der Etablierung des Bereichs Ethik in der Medizin zeigt sich etwas später in den Belegen des Deutschen Ärzteblattes.

Zunächst können die ersten Erfolge der Balint-Gruppen vermerkt werden, die, einem 1983 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Bericht zufolge, dem Arzt einen besseren Zugangsweg zu seinem Patienten auf emotionaler Ebene ermöglichen und dadurch insbesondere bei seelischen Erkrankungen zum besseren Verständnis zwischen Arzt und Patient beitragen.

„Der Arzt macht in der Balint-Arbeit einen emotionalen Entwicklungsprozeß durch, bei welchem er eine gewisse Persönlichkeitswandlung erfährt, die ihn zu neuen Einsichten und besserem Verstehen befähigt. [...] Mit dem Erlernen der Balint-Methode erschließt sich eine neue Dimension im ‚Hören mit dem dritten Ohr‘ sowie mit der ‚Blickwendung nach innen‘. [...] Besonders bei den immer häufiger auftretenden psychosomatischen und emotionalen Krankheiten kann nur ein gleichberechtigtes Arbeitsbündnis zu einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung führen.“<sup>564</sup>

1986 wird schließlich, einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes zufolge, die Forderung nach der Einrichtung einer Ethikkommission erfüllt. Dadurch wird ermöglicht, dass ethische Grundsätze, insbesondere in der Rechtsprechung, in die Entscheidungsfindung einbezogen

---

<sup>562</sup> Ohne Verfasserangabe: Den Weg von der Wissenschaft in die Praxis verkürzen. Eröffnung des V. Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer. Tagungsbericht, DÄ, H. 5 (78) 1981, S. 159-162

<sup>563</sup> Dr. med. Furch, W.: Medizinische Ethik – weltweit in Gefahr. Fortsetzung aus Heft 51 und Schluß, DÄ, H. 52-53 (78) 1981, S. 2495-2500

<sup>564</sup> Dr. med. Dickhaut, H. H.: „Ich habe den Mut zur Angst in der Balint-Arbeit gelernt“. Kurzberichte, DÄ, H. 33 (80) 1983, S. 47-48

werden und den Arzt im Hinblick auf seine besondere Stellung durch die Verantwortung, die er innerhalb seiner Tätigkeit tragen muss, unterstützen.<sup>565</sup>

„Der Arzt kann also keine „Sonderethik“ für sich in Anspruch nehmen, wohl aber erwachsen ihm aus seiner Stellung als der Stärkere und Wissende in der Arzt-Patienten-Beziehung besondere Pflichten zur Einhaltung der allgemein gültigen ethischen Normen. Aufgabe des Rechtes ist es, so Ankermann, jene Werte zu schützen, die im allgemeinen Konsens einer Gesellschaft für schützenswert gehalten werden. Diese Werte sind jedoch von der Ethik her definiert, ohne Rückgriff auf die Ethik kommt das Recht also nicht aus.“<sup>566</sup>

Nicht nur der Einfluss der Rechtsprechung, sondern auch der der Politik wird in diesem Jahr bemerkbar. Erste politische Ansätze, Rahmenbedingungen für eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung zu schaffen, werden, laut einem 1986 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel, geäußert. Bestandteil dieser Rahmenbedingungen sind sowohl die nötige Zeit und Ruhe im Patientenkontakt als auch die Einbindung der Ethik und die Führung eines Arzt-Patienten-Gesprächs in die ärztliche Ausbildung.

„Die Gesundheitspolitik müsse den Rahmen setzen für einen besseren Umgang des Arztes mit dem Patienten - Stichwort: Zuwendungszeit. Die Suche nach Ganzheitlichem müsse Konsequenzen haben für die Ausbildung – Stichworte: Ethik, Kleingruppenstudium [...], und Professor Bock sekundierte: Ich wünsche mir die Führung eines Arzt-Patienten-Gesprächs als Aufgabe in der ärztlichen Prüfung!“<sup>567</sup>

Ein Arzt-Patienten-Gespräch zu führen, das positiv auf die Arzt-Patienten-Beziehung wirkt, bedarf, dem 1986 im Deutschen Ärzteblatt publizierten Artikel „Über den persönlichen Umgang mit dem Patienten“ zufolge, ärztlicher Zurückhaltung, aber gleichzeitig auch eines Ausdrucks von ehrlichem Interesse und Einfühlungsvermögen. Dem Patienten sollte in dem Arztgespräch nicht nur durch Stellung der Diagnose geholfen werden, sondern auch Hilfe zum Verstehen der eigenen Krankheit mit ihren Ursachen angeboten werden. Um die Methoden für eine solche Gesprächsführung zu erlernen, verhilft nach Ansicht des Autors die Teilnahme an Balint-Seminaren.<sup>568</sup>

„[...] : viel zuhören und nachdenken, weniger selbst sprechen; häufig zurückfragen, aber nicht suggestiv; dabei kurze Fragen formulieren, ohne eigene Meinungen mit auszudrücken; nicht nur das diagnostische Interesse verfolgen, sondern zugleich dem Kranken helfen, daß er selbst

---

<sup>565</sup> Pflanz, E.: Ethik in der Medizin: Keine Domäne eines einzelnen Faches. Das Wohl des Patienten hat einen höheren Stellenwert als die Forschung. Themen der Zeit, DÄ, H. 5 (83) 1986, S. 237-238

<sup>566</sup> Pflanz, E.: Ethik in der Medizin: Keine Domäne eines einzelnen Faches. Das Wohl des Patienten hat einen höheren Stellenwert als die Forschung. Themen der Zeit, DÄ, H. 5 (83) 1986, S. 237-238

<sup>567</sup> Burkart, W.: Ganzheit im Testlauf, Kurzberichte, DÄ, H. 28-29 (83) 1986, S. 2010

<sup>568</sup> Prof. Dr. med. Tölle, R.: Über den persönlichen Umgang mit dem Patienten. Editorial, DÄ, H. 40 (83) 1986, S. 2694-2696

Sinnzusammenhänge erkennt. [...] Aber man muß hierzu nicht Psychotherapeut werden. Die beste Schulung ist die Teilnahme an einer Balint-Gruppe.“<sup>569</sup>

Der Arzt-Patienten-Kontakt und gerade das Gespräch zwischen Arzt und Patient werden zu einem Themengebiet, das immer stärker in den Vordergrund der Diskussionen im Deutschen Ärzteblatt gerät. Diese Tatsache demonstriert ein 1987 veröffentlichter Artikel über eine Studie, die den Kontakt und das Gespräch zwischen Arzt und Patient durch anschließende Befragung der Einzelnen analysiert. Dabei können drei verschiedene Patiententypen herausgearbeitet werden, der regressiv-angepasste, der resignativ-passive und der autonom-aktive Typus. Sie äußern Wünsche nach ausreichendem Informationsangebot, Aufklärung, ärztlichem Einfühlungsvermögen und Zeit für die Auseinandersetzung mit dem Patienten. Interessant erscheint das Ergebnis, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis durch die Unsicherheit der Ärzte in hilflosen Situationen entscheidend gestört wird und gerade die nonverbale Kommunikation in großem Umfang dazu beiträgt.<sup>570</sup>

„Klagen und Forderungen der Patienten an die Ärzte

- Detailliertere Information des Arztes über den Gesundheitszustand des Patienten;
- Taktvoll psychologische Mitteilung von Informationen;
- [...]
- [...]
- Gezieltes Eingehen auf den Patienten;
- Abbau der ‚Übermacht‘;
- Längere Visitenzeiten.

[...] Ärzte bezeichneten umgekehrt immer jene Situation als unangenehm, in denen sie diagnostisch, organ- oder gesprächstherapeutisch nicht wesentlich weiterkamen und somit ihre fachlichen Grenzen gewahrt wurden. Die menschliche Interaktion zwischen schwerkranken Patienten und den meisten Ärzten war erheblich gestört. [...] Tonlage und Tonfall beim Sprechen hatten ebenso wie die bedenkliche Mimik einen erheblichen Einfluß auf die Reaktion und die Stimmung des Patienten.“<sup>571</sup>

Um Ärzte darin zu schulen, diesen Anforderungen der Patienten gerecht zu werden und die eigenen verbalen und nonverbalen kommunikativen Mittel sinnvoll einzusetzen, sollen junge Ärzte, laut einem Artikel aus dem Jahre 1988, schon in der Ausbildungszeit in der Wahrnehmung der eigenen Gefühle, insbesondere ihrer Ängste, geschult werden. Aus der

---

<sup>569</sup> Prof. Dr. med. Tölle, R.: Über den persönlichen Umgang mit dem Patienten. Editorial, DÄ, H. 40 (83) 1986, S. 2694-2696

<sup>570</sup> Dr. med. Stunder, W. A.: Die Asymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis bei der Visite. Aktuelle Medizin, DÄ, H. 15 (84) 1987, S. B-714-716

<sup>571</sup> Dr. med. Stunder, W. A.: Die Asymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis bei der Visite. Aktuelle Medizin, DÄ, H. 15 (84) 1987, S. B-714-716

Sicht des Autors können nur nach Reflexion der eigenen Gefühle und Reaktionen die des Patienten erkannt werden.<sup>572</sup>

„Die emotionalen Prägungen, gerade in der frühen Phase der Ausbildung, bestimmen auch das spätere Verhalten als Arzt und Therapeut. Die Bearbeitung eigener Ängste ist die Basis für ein tragfähiges Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient. Auch in der somatischen Behandlung beeinflussen Einstellung und Erwartungshaltung bei Arzt und Patient Therapie, Compliance und die affektive Bewältigung der Krankheit. Das Verstehen und Annehmen der Gefühle des Patienten setzt die Reflexion der eigenen Emotionen voraus.“<sup>573</sup>

Eine weitere Hilfestellung bietet ein Artikel des Deutschen Ärzteblattes aus dem gleichen Jahr, in dem der Autor die einzelnen Schritte im Patientengespräch beschreibt. Seine Ausführungen enthalten die Bedeutung und den Einfluss der Rahmenbedingungen, des gekonnten Zuhörens, des Verstehens und der Deutung von Informationen. Das Erlernen der Gesprächs- und Fragetechnik stellt für ihn die Voraussetzung für einen Patientenkontakt dar, in dem Arzt und Patient eine gemeinsame Vertrauensbasis und Verständigungsebene finden.<sup>574</sup>

„Der erste Schritt ist die selbstkritische Analyse der Qualität und Effizienz der eigenen Gespräche. [...] Der nächste Schritt besteht einfach darin, sich selbst zuzuhören. [...] Die weitere Etappe hat die Optimierung des Gesprächsrahmens zum Ziel. [...] Ein wesentliches Merkmal des guten Arztes ist seine gute Zuhörtechnik. Aktives Zuhören zählt zu den wichtigsten Fähigkeiten im Gespräch. [...] Der nächste Schritt im Lernprozeß ist eine Analyse der Botschaft im Gespräch. [...] Die Fähigkeit zur Empathie ist eine Grundvoraussetzung des verstehenden Gesprächs. [...] Die nächsten Schritte gelten einer optimalen Gesprächstechnik. Sie beinhalten das Erlernen einer richtigen Fragetechnik und das Führen strukturierter Gespräche, die formal, inhaltlich und thematisch ein geschlossenes Ganzes bilden. [...] Mit dem letzten Schritt wird das eigentliche Ziel des Gesprächs erreicht: Das Finden einer gemeinsamen Wirklichkeit zwischen Arzt und Patient.“<sup>575</sup>

Dieser Artikel zeigt, meines Erachtens, dass seit Beginn der Auseinandersetzung mit der Interaktion und Kommunikation im Patientenkontakt eine ständige Weiterentwicklung und

---

<sup>572</sup> Ein tragfähiges Arzt-Patienten-Verhältnis setzt nicht nur theoretische Kenntnisse voraus, sondern auch kommunikative Fähigkeiten des Arztes, die eine adäquate Gesprächsführung ermöglichen. Die frühzeitige Prägung junger Ärzte, schon während des Studiums, Aufgeschlossenheit, Konfliktfähigkeit und das Akzeptieren eigener Grenzen zu erlernen, bildet die Grundlage. Vgl. Ohne Verfasserangabe: Abschlußbericht des Arbeitskreises Mediziner Ausbildung der Robert Bosch Stiftung – Murrhardter Kreis. Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform, Bleicher Verlag, Gerlingen 1989, S. 52-54

<sup>573</sup> Prof. Dr. Dr. Bosse, K.: Emotionales Lernen im Medizinstudium am Beispiel eines dermatologischen Propädeutikums. Kurzberichte, DÄ, H. 14(85) 1988, S. B-672-673

<sup>574</sup> Prof. Dr. Geisler, L.: Arzt und Patient im Gespräch. Wirklichkeit und Wege, „Kommunikationsstörungen und -defizite sind eines der Kernprobleme der heutigen Medizin“. Themen der Zeit, DÄ, H. 50 (85) 1988, S. B-2520-2526

<sup>575</sup> Prof. Dr. Geisler, L.: Arzt und Patient im Gespräch. Wirklichkeit und Wege, „Kommunikationsstörungen und -defizite sind eines der Kernprobleme der heutigen Medizin“. Themen der Zeit, DÄ, H. 50 (85) 1988, S. B-2520-2526



Ausdehnung der Kenntnisse mit erheblichen Fortschritten stattgefunden haben. Den Belegen im Deutschen Ärzteblatt zufolge haben sich die Balint-Seminare bewährt, werden die Grundsteine für das Erlernen der Gesprächsführung im Studium gelegt und sorgt die Einrichtung einer Ethikkommission für die Erhaltung berufsethischer Normen im Patientenkontakt. Die Wahrheit am Krankenbett stellt jedoch einen Teilaspekt der kommunikativen Auseinandersetzung dar, für den noch immer keine allgemein anerkannten Richtlinien festgelegt wurden. In einem 1990 im Deutschen Ärzteblatt publizierten Artikel veranschaulicht ein Arzt, der sich häufig mit todkranken Patienten in der Pädiatrie beschäftigt hat, dass jeder noch so komplizierte medizinische Sachverhalt in einfacher Sprache erklärt werden kann und dass insbesondere Kinder die Lüge am Krankenbett nicht verzeihen, sondern das Gespräch über die wahre gesundheitliche Situation eher eine Erleichterung und Hilfestellung für die „kleinen Patienten“ darstellt.<sup>576</sup>

„Alle Erfahrungen bei so erkrankten Kindern haben gezeigt, daß ein offenes Gespräch über die Krankheit dem Kind seine Lage erleichtert. Man holt es so heraus aus der Zone des Schweigens und des Alleinsein, in der es sich meist befindet.“<sup>577</sup>

Zwei Jahre später, 1992, publiziert ein Arzt, der Erfahrungen mit Tumorpatienten gesammelt hat, seine Erfahrungen über die Wahrheitspflicht und den Umgang mit todkranken Patienten im Deutschen Ärzteblatt. Er erkennt das Verhalten des Patienten als entscheidenden Maßstab für den Umfang der Informationen an, die der Arzt mitteilen sollte. Seiner Auffassung nach sollte der Arzt durch Feingefühl und vorsichtige Gesprächsführung herausfinden, wie hoch der Anteil der Wahrheit über den eigenen Gesundheitszustand ist, den der Patient erfahren möchte. Wenn er diese Emotionen nicht berücksichtigt, so verletzt er, seiner Beurteilung nach, die Freiheit des Patienten, über das Leben in seinen letzten Tagen selbst entscheiden zu können.<sup>578</sup>

„Während die Rechtsprechung und die medizin-ethische Diskussion des letzten Jahrzehnts das Recht des Patienten, über mögliche Gefahren von Eingriffen, diagnostischen Maßnahmen oder bestimmten Behandlungsverfahren aufgeklärt zu werden, ganz in den Vordergrund stellt (2,3),

---

<sup>576</sup> Prof. Dr. med. Braun, O.: Wahrhaftigkeit im Umgang mit dem kranken Menschen. Eine Lüge wird er seinem Arzt nicht verzeihen. Themen der Zeit, DÄ, H. 15 (87) 1990, S. B-881-883

<sup>577</sup> Prof. Dr. med. Braun, O.: Wahrhaftigkeit im Umgang mit dem kranken Menschen. Eine Lüge wird er seinem Arzt nicht verzeihen. Themen der Zeit, DÄ, H. 15 (87) 1990, S. B-881-883

<sup>578</sup> Prof. Dr. med. v. d. Loo, J., Dr. med. Wörmann, B.: Ärztliche Aufklärung über die Krankheit zum Tode. Themen der Zeit, DÄ, H. 16 (89) 1992, S. B-889-894

Die Aufklärung ist auf die Person und den Charakter des Patienten abzustimmen. Eine schonungslose, uneingeschränkte Aufklärung kann in manchen Fällen auch zu einer Übermaßaufklärung führen und den Patienten überfordern, so dass er die Information nicht aufnehmen und verarbeiten kann. Aus diesem Grund ist die Übermaßaufklärung der versäumten Aufklärung in ihren Auswirkungen auf die ärztliche Haftpflicht gleichzusetzen. Außerdem können im Rahmen einer Übermaßaufklärung sowohl physische als auch psychische Schäden entstehen, für die der Arzt im Sinn der Körperverletzung die Verantwortung trägt. Vgl. hierzu Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg 1997, S. 102

werden für die Aufklärung von Patienten über ihre bösartige Krankheit weitgehende Ausnahmen von der Aufklärungspflicht des Arztes für rechtens gehalten. [...] Dieser Patient möchte seine letzten Tage in einer Weise nutzen, wie es möglicherweise weder Arzt noch Familie vorgesehen haben.“<sup>579</sup>

Die medizinisch-ethische Diskussion erstreckt sich nicht nur auf die Aufhebung der Aufklärungspflicht im Fall der Mitteilung einer tödlichen Erkrankung, sondern auch, laut den Beschlüssen des 100. Deutschen Ärztetages 1997, auf die gesamte Erfassung der Patientenrechte und berufsethischen Grundsätze, die das Handeln des Arztes festlegen und nach denen sich die neue Berufsordnung ausrichten soll.

„Der 100. Deutsche Ärztetag hat sich 1997 in Eisenach intensiv mit dem vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegten Entwurf einer Muster-Berufsordnung auseinandergesetzt. [...] Auffällig ist die verstärkte Hinwendung zu ethischen Grundsatzfragen, wie sie etwa in der Hervorhebung der Patientenrechte oder Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung zum Ausdruck kommt. In die gleiche Richtung weisen die Bestimmungen der neuen Muster-Berufsordnung, mit denen der Arzt bei den Tätigkeiten, die medizinisch-ethische Probleme aufwerfen, an die Richtlinien (Handlungsleitlinien) der Ärztekammern gebunden wird oder mit denen verbindliche Vorgaben zur Sterbebegleitung gemacht werden.“<sup>580</sup>

Schwierig erscheint, meines Erachtens, in diesem Zusammenhang, dem Patienten das Recht auf einen Arzt mit Einfühlungsvermögen, empathischem Gespür für das Gegenüber und kommunikativen Fähigkeiten einzuräumen. Es ist aber anzunehmen, dass, aufgrund der zahlreichen Artikel im Deutschen Ärzteblatt, ein Teil der deutschen Ärzteschaft sich mit diesem Thema beschäftigt hat und einige Elemente umzusetzen versucht.

Auch 1999 spricht ein Arzt im Deutschen Ärzteblatt das Verhalten des Arztes im Patientenkontakt an, das nicht von Zeitdruck und Hektik geprägt sein sollte, sondern von Fürsorge und Begleitung in schwierigen Phasen seiner Krankheit.<sup>581</sup> Da dieses Verhalten emotionale Stärke fordert, die durch den eigenen beruflichen Leistungsdruck im ärztlichen Alltag häufig aufgebraucht ist, was vielleicht schon zur Erkrankung des Arztes geführt hat, ist es auch für den Arzt, einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes aus dem Jahr 2000 zufolge, hilfreich, sich in Selbsthilfegruppen zu organisieren und Fortbildungsveranstaltungen wahrzunehmen, um gegenseitig Erfahrungen auszutauschen.<sup>582</sup>

„Die Krankheitskarriere von Dr. Schmidt macht deutlich, dass der Umgang des Arztes mit eigener Gesundheit und Krankheit bedeutsame Auswirkungen auf die Behandlung der Patienten hat. [...]

---

<sup>579</sup> Prof. Dr. med. v. d. Loo, J., Dr. med. Wörmann, B.: Ärztliche Aufklärung über die Krankheit zum Tode. Themen der Zeit, DÄ, H. 16 (89) 1992, S. B-889-894

<sup>580</sup> Prof. Dr. med. Fuchs, C.: Medizinethik in der Berufsordnung. 50 Jahre Bundesärztekammer, DÄ, H. 43 (94) 1997, S. B-2281-2284

<sup>581</sup> Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Pichlmaier, H.: Wahrheit und Wahrhaftigkeit am Krankenbett. Herausforderung für den Arzt. Aufsätze. Politik, DÄ, H. 9 (96) 1999, S. B-416-417

<sup>582</sup> Dr. med. Ripke, T.: Chance zum besseren Verständnis des Patienten. Der kranke Arzt. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 5 (97) 2000, S. B-205-208

Nötig erscheinen daher Selbsthilfegruppen zu vertraulichen, empathischen Gesprächen über den Umgang mit eigener Erkrankung während des Studiums und der Facharztausbildung. Wichtig wäre zudem der Einbau dieses Themas in die ärztliche Fortbildung, Qualitätszirkeln, Balintgruppen und Supervisions-Gruppen.<sup>583</sup>

Ein Beispiel für die ärztliche Fort- und Weiterbildung wird 2001 im Deutschen Ärzteblatt vorgestellt. Es handelt sich um ein Kommunikationstraining im Fachgebiet der Allgemeinmedizin. Insbesondere wird die Schulung im aktiven, gekonnten Zuhören geschildert.

„Seit diesem Jahr ist praktisches Kommunikationstraining in die Kursweiterbildung Allgemeinmedizin in Verden integriert. [...] Heute geht es um ‚aktives Zuhören‘: [...] Dann erläutert sie einige Wirkungen des aktiven Zuhörens: Der Arzt kann kontrollieren, ob er alles richtig verstanden hat, das Gespräch kann beim Spiegeln strukturiert werden, wahrgenommene Gefühle können verbalisiert werden – der Patient fühlt sich zusätzlich verstanden und akzeptiert. [...] Sie empfiehlt, kurze einfache Sätze zu verwenden, keine Fachsprache, und wesentliche Informationen zu wiederholen.“<sup>584</sup>

Die Tatsache, dass sich die deutsche Ärzteschaft so intensiv mit der Gesprächsführung und mit dem Patientenkontakt auseinandersetzt, lässt, meines Erachtens, Vermutungen und Überlegungen über einen Zusammenhang mit den Veränderungen im Arzt-Patienten-Verhältnis zu. Dieser Zusammenhang kann allerdings mit den bisherigen Belegen im Deutschen Ärzteblatt nicht gesichert werden. Erst im Jahr 2003 findet sich ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt, der auf den Zusammenhang zwischen partnerschaftlichem Verhältnis und vermehrten kommunikativen Anstrengungen seitens der Ärzteschaft hinweist.

„Wurde die Rolle des Arztes früher als distanziert paternalistisch definiert, wird heute ein partnerschaftliches Bemühen angestrebt. Die weiter existierende Asymmetrie fordert den Arzt dann aber zu besonderer Anstrengung heraus, sich aus seiner Expertenwelt in die individuelle Welt des Kranken hineinzuvermitteln. Partnerschaft, ein hohes Ziel, gedeiht nur im vertrauensvollen gegenseitigen Austausch, in der offenen Kommunikation. Wo dies gelingt, wächst Vertrauen, festigt sich die Compliance und wird die Selbstheilungskraft des Kranken angeregt, verwirklicht sich Heilkunst zum Wohl des Kranken und zur Genugtuung des Arztes.“<sup>585</sup>

Im Jahr 2004 demonstriert das Deutsche Ärzteblatt, dass auch Funktionäre sich für die Einhaltung berufsethischer Grundsätze öffentlich einsetzen, um ärztliches Handeln zum Wohl der Patienten zu garantieren. Den Entschlüssen des 107. Deutschen Ärztetages zufolge besteht die ärztliche Ethik in der Aufrechterhaltung eines vertraulichen Arzt-Patienten-

---

<sup>583</sup> Dr. med. Ripke, T.: Chance zum besseren Verständnis des Patienten. Der kranke Arzt. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 5 (97) 2000, S. B-205-208

<sup>584</sup> Breder, C.: Aktiv zuhören und effektiv informieren. Ärztliches Gesprächsverhalten. Politik, DÄ, H. 26 (98) 2001, S. B-1482

<sup>585</sup> Prof. Dr. med. Böker, W.: Der fragmentierte Patient, Arzt-Patient-Beziehung. Themen der Zeit, DÄ, H. 1-2 (100) 2003, S. B-22-25

Verhältnisses und in der Orientierung medizinischer Entscheidungen am Wohl des Patienten. Administrative und rechtliche Einschränkungen müssen diesen Werten untergeordnet werden.<sup>586</sup>

„Die Ärzteschaft wird trotz der ökonomisch ausgerichteten Maßnahmen der Bundesregierung und einer fortschreitenden Bürokratisierung ihr ärztliches Handeln nach den Maßstäben der ärztlichen Ethik ausrichten und ein von Vertrauen geprägtes Patienten-Arzt-Verhältnis erhalten. Dem Wohl des Patienten zu dienen, Krankheitsverhütung und Heilung sowie krankheitsbedingte Betreuung und der feste Wille, dem Patienten nicht zu schaden, bleiben höchste Wertprinzipien. Die Ärzteschaft wendet sich deshalb gegen Überfremdung ärztlicher Tätigkeit, zunehmende bürokratische Reglementierung, Ökonomisierung und Verrechtlichung der Medizin.“<sup>587</sup>

Aus diesen Entschlüssen kann, meiner Beurteilung nach, die Vermutung geschlossen werden, dass berufsethische Werte der Ärzteschaft in Konkurrenz zu Kosten, Verwaltung und Rechtsprechung stehen. Konkurrenz bedeutet jedoch nicht, dass die Bevorzugung eines Aspekts den anderen ausschließt. Der Autor eines Artikels des Deutschen Ärzteblattes aus dem gleichen Jahr verspricht durch verbessertes Verständnis und Umgang mit den emotionalen Bewegungen der Übertragung und Gegenübertragung mehr Zufriedenheit und Compliance unter den Patienten und somit eine Kostensenkung.

„Das Konzept der Balint-Gruppe zielt insbesondere auf die Bewusstmachung der Gegenübertragung, die der Patient beim Arzt hinterlässt, ab. [...] Die Methode soll dem Arzt helfen, neue Fähigkeiten [...] zu erwerben, indem er dem Patienten zuhört, den manifesten wie den latenten Text seiner Beschwerdeschilderung wahrnimmt (Übertragung) und dabei in sich selbst hineinhört (Gegenübertragung). [...] Es ist zu vermuten, dass Patienten, die sich von ihrem Arzt in ihrer bio-psycho-sozialen Entität verstanden fühlen und fachgerechte behandelt werden, zufriedener sind, eine bessere Compliance zeigen und weniger Geld kosten.“<sup>588</sup>

Interessant erscheint, meiner Ansicht nach, dass im Jahr 2004 im Deutschen Ärzteblatt zum ersten Mal die Begriffe Übertragung und Gegenübertragung erklärt werden und der Aspekt des bio-psycho-sozialen Komplexes oder der Erfassung des Patienten nach dem ganzheitlichen Konzept erwähnt wird.<sup>589</sup>

---

<sup>586</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschlüssen zum Tagesordnungspunkt VI. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. 107. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 22 (101) 2004, S. B-1313-1329

<sup>587</sup> Ohne Verfasserangabe: Entschlüssen zum Tagesordnungspunkt VI. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. 107. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 22 (101) 2004, S. B-1313-1329

<sup>588</sup> Prof. Dr. med. Elzer, M.: Ganzheitliche Kompetenz erwerben. 50 Jahre Balint-Gruppen. Themen der Zeit, DÄ, H. 24 (101) 2004, S. B-1432-1433

<sup>589</sup> Genauere Angaben und verdeutlichende Beispiele über das Phänomen der Übertragung können in der folgenden Literatur gefunden werden: Lüth, P.: Sprechende und stumme Medizin. Über das Arzt-Patienten-Verhältnis, Herder & Herder GmbH, Frankfurt am Main 1974, S. 102-103; Biefang, S.: Medizin im Wandel. Die Befragung des Patienten. Interview und Anamnese, Dr. Alfred Hüthig Verlag, Heidelberg 1977, S. 13-14; Entralgo, P. L.: Arzt und Patient. Zwischenmenschliche Beziehungen in der Geschichte der Medizin, Kindler Verlag GmbH, München 1969, S. 192-193

### ***Kommentar***

Der Blick auf die gesamte Entwicklung der interaktiven und kommunikativen ärztlichen Fähigkeiten zeigt, meines Erachtens, dass vorsichtiges Herantasten an Kommunikation, Interaktion und Humanität im Patientengespräch zu einer professionellen Analyse der verbalen, nonverbalen und emotionalen Aspekte herangewachsen ist. Drei wichtige Säulen wurden herausgearbeitet, die Analyse der Kommunikation und Interaktion, die ärztliche Aus- und Weiterbildung in Gesprächstechniken und emotionalem Verständnis und die Einrichtung von Ethikkommissionen zur Festlegung ethischer Grundsätze im Patientenkontakt.

Der erste Aspekt ist durch die Wirkung verbaler und nonverbaler Kommunikation gegeben. Zahlreiche Publikationen des Deutschen Ärzteblattes heben die Bedeutung der Anamnese und der ersten Begegnung zwischen Arzt und Patient hervor. Eine solide Basis für eine Arzt-Patienten-Beziehung und damit für eine erfolgreiche ärztliche Behandlung soll durch Patienten-orientierte, non-direkte Gesprächsführung erreicht werden, die in Ausnahmefällen sogar bis zur einer Katharsis des Patienten, im Sinne eines Sich-Aussprechens führen kann. Neben der Anamnese stellt auch die Aufklärung im Sinne der Wahrheit am Krankenbett, die Einfühlungsvermögen und richtiges Interpretieren der verbalen und nonverbalen Ausdrucksformen des Patienten erfordert, ein viel diskutiertes Thema im Deutschen Ärzteblatt dar.

Schon zu Hippokrates' Zeiten war dieser Bereich Bestandteil medizinethischer Diskussionen. Ausschnitte aus dem Corpus Hippocraticum belegen das Gebot der ärztlichen Zurückhaltung über den wahren Zustand des Patienten sowohl gegenüber dem Betroffenen als auch gegenüber den Angehörigen, um zusätzliche seelische Belastungen des Todkranken zu vermeiden. Es bleibt jedoch offen, ob die Auffassung, den Patienten nicht in jeder Situation vollständig aufzuklären, die allgemein anerkannte Position der damaligen Ärzteschaft darstellte.<sup>590</sup>

Beiträge aus dem Deutschen Ärzteblatt demonstrieren eine gespaltene Meinung gegenüber der eingeschränkten oder uneingeschränkten Wahrheitspflicht am Krankenbett. Gegner der eingeschränkten Wahrheitspflicht verstehen diese als Betrug und befürchten einen daraus resultierenden Vertrauensbruch zwischen Arzt und Patient. Die Befürworter der eingeschränkten Wahrheitspflicht hingegen sehen in der bedingungslosen, uneingeschränkten Mitteilung der Wahrheit über den gesundheitlichen Zustand des Patienten die Flucht vor ärztlicher Verantwortung unter dem Deckmantel des Selbstbestimmungsrechts. Dem Patienten würde dadurch fahrlässig seelischer Schaden zugefügt, ohne mit dem nötigen

---

<sup>590</sup> Vgl. Hellner, H.: *Arzt, Kranker, Krankheit*, J. F. Lehmanns Verlag, München 1970, S. 54-55

Gespür für das Gegenüber den Umfang des Informationsbedarfs erfasst zu haben.<sup>591</sup> Beide Standpunkte werden bis 2005 im Deutschen Ärzteblatt vertreten und es kann keine allgemein anerkannte Lösung hervorgehoben werden.

Der zweite Schwerpunkt zu den interaktiven und kommunikativen Fähigkeiten des Arztes beinhaltet die Schulung der Ärzte, die eigenen Reaktionen und die des Gegenübers zu erkennen und zu analysieren. In sogenannten Balint-Seminaren lernen Ärzte die Wirkung der eigenen verbalen und nonverbalen Reaktionen auf den Patienten im Sinne der Übertragung und Gegenübertragung zu verstehen und zu kontrollieren.

Interessant erscheint, meines Erachtens, in diesem Zusammenhang, dass sowohl die Analyse als auch die Schulung der verbalen und nonverbalen Auswirkungen innerhalb der Kommunikation und Interaktion zwischen Patient und Arzt immer wieder im Deutschen Ärzteblatt unter dem Gesichtspunkt geschildert werden, die Compliance zu verbessern. Die Einhaltung der Compliance kann, der Analyse des Arzt-Patienten-Verhältnisses aus der Perspektive des Deutschen Ärzteblattes zufolge, nicht als Verpflichtung der Patienten angesehen werden, sondern unterliegt der ärztlichen Verantwortung. Vergleicht man diesen Rückschluss mit der Darstellung des Wiener Ärzteblattes, die die Einhaltung der Compliance einer moralischen Verpflichtung des Patienten gleichsetzt und sogar einen Behandlungsabbruch aus ärztlicher Initiative vorsieht, wenn der Patient die ärztlichen Ratschläge und Verordnungen ablehnt oder nicht befolgt, so erfordert dies, meiner Beurteilung nach, kritische Blicke auf die Objektivität des Deutschen Ärzteblattes.

Bestätigt und rechtlich gefestigt werden die beiden Schwerpunkte der Analyse und Schulung der verbalen und nonverbalen Kommunikation durch die dritte und letzte Säule, die die Festlegung berufsethischer Grundlagen durch Ethikkommissionen und Ethiklehrstühle beinhaltet. Diese drei Aspekte zusammen sollen im direkten Arzt-Patienten-Kontakt eine Art der Kommunikation sichern, die dem Patienten das Recht auf Personsein und eine humane medizinische Behandlung garantiert.

#### ***5.2.2.4 Ärztliche Berufsfreiheit und persönliche Freiheit des Patienten***

Die ärztliche Berufsfreiheit und die persönliche Freiheit des Patienten schließen sich nicht zwangsläufig gegenseitig aus, aber die Erfüllung der Berufsfreiheit des Arztes kann die persönliche Freiheit des Patienten einschränken und umgekehrt.

Zunächst dient die ärztliche Berufsfreiheit, einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes aus dem Jahr 1952 zufolge, dem Schutz und dem Wohl des Kranken. Aus der Sicht des Autors steht dem Arzt das Recht zu, sich die Freiheit zu nehmen, die er für die Ausübung seines Berufs

---

<sup>591</sup> Vgl. Dichgans, J.: Der Arzt und die Wahrheit am Krankenbett. Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 104-106

braucht. Dazu gehört beispielsweise der Schutz des Arzt-Patienten-Kontakts durch die Störung äußerer Einflüsse oder dritter Personen.

„Es solle sich keine dritte Person in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten einmischen, auch nicht in der Frage der Honorierung. [...]“

Die ärztliche Tätigkeit ist deshalb die persönlichste, die es gibt. Sie ist – wie wir sonst sagen – eine individualistische Aufgabe, bei der keiner mitreden darf, den der Kranke nicht gerufen hat. Das ist die Freiheit des Arztes, die der Arzt für seinen Beruf braucht.<sup>592</sup>

Allerdings stimmen die Ansichten der Ärzte über Maßnahmen einer Patientenbetreuung und Patientenbehandlung zum Wohl des Kranken nicht immer mit den Interessen des Patienten überein. In diesem Fall stehen ärztliche Berufsfreiheit und die persönliche Freiheit des Patienten in Konkurrenz zueinander. Am Beispiel der Behandlung psychiatrischer Patienten wird der Konflikt durch einen 1952 im Deutschen Ärzteblatt erschienenen Artikel verdeutlicht. Der Arzt, der die moralische und rechtliche Verantwortung für psychiatrische Patienten trägt, steht im Zwiespalt zwischen verantwortungsvoller Berufsausübung und Freiheitseinschränkung des Patienten, wenn die Therapie, nach ärztlicher Beurteilung, die Zwangseinweisung mit sich bringen würde. Entscheidet sich der behandelnde Arzt für die Durchführung der Zwangseinweisung, so kann er zwar die Selbst- und Fremdgefährdung reduzieren und einen Verstoß im Sinn der Körperverletzung verhindern, aber sich gleichzeitig der Freiheitsberaubung strafbar machen.<sup>593</sup>

„Es scheint als ganz selbstverständlich angesehen zu werden, daß die Verantwortung für das, was aus einem psychisch Kranken und aus seiner Krankheit wird, alleine auf dem behandelnden Arzt lastet: Überlässt er einen durch psychische Störungen hilflos gewordenen Patienten ohne sachgemäße Schutzmaßnahmen sich selbst, so kann er sich wegen Aussetzung oder fahrlässiger Körperverletzung bzw. Tötung strafbar machen (s. o.). Behandelt er ihn aber auf Grund seiner Sorgfalts- und Aufsichtspflicht in einer (sog. Geschlossenen) Wach-Abteilung weiter, so setzt er sich der Möglichkeit einer Strafverfolgung wegen Freiheitsberaubung aus.“<sup>594</sup>

Bei oberflächlicher Betrachtung dieses Zwiespalts erkennt man, meines Erachtens, einen deutlichen Konflikt, der entweder auf der Seite des Arztes oder auf der des Patienten zu einer Freiheitseinschränkung führt.<sup>595</sup> Versucht man jedoch die Frage zu beantworten, ob es sich

---

<sup>592</sup> Prof. Dr. Janz, H. W.: Gesetzliche Sicherung der Rechte des Kranken und der Freiheit des Arztes?, Grundsätzliche Feststellungen und Fragen zur bundesgesetzlichen Regelung der Aufnahme psychisch Kranker und Rauschgiftsüchtiger in eine psychiatrische Krankenanstalt oder Klinik, *ÄM*, H. 21 (37) 1952, S. 440-442

<sup>593</sup> Prof. Dr. Janz, H. W.: Gesetzliche Sicherung der Rechte des Kranken und der Freiheit des Arztes?, Grundsätzliche Feststellungen und Fragen zur bundesgesetzlichen Regelung der Aufnahme psychisch Kranker und Rauschgiftsüchtiger in eine psychiatrische Krankenanstalt oder Klinik, *ÄM*, H. 21 (37) 1952, S. 440-442

<sup>594</sup> Prof. Dr. Janz, H. W.: Gesetzliche Sicherung der Rechte des Kranken und der Freiheit des Arztes?, Grundsätzliche Feststellungen und Fragen zur bundesgesetzlichen Regelung der Aufnahme psychisch Kranker und Rauschgiftsüchtiger in eine psychiatrische Krankenanstalt oder Klinik, *ÄM*, H. 21 (37) 1952, S. 440-442

<sup>595</sup> Die psychiatrische Therapie steht im Hinblick auf die Gratwanderung zwischen Freiheit und Zwang vor einer schwierigen Fragestellung, da nur mit viel Erfahrung und psychiatrischem Fachwissen über die Ausdehnung und

bei der Freiheit des Patienten um die reale Freiheit handelt oder eher um eine vermeintliche Freiheit, die durch die psychische Erkrankung bereits eingeschränkt ist, so ist der Zwiespalt nicht mehr so offensichtlich.<sup>596</sup> Dieser Zusammenhang lässt, laut einem 1953 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel, die Anmaßung zu, dass der Arzt, gerade durch seine Berufsfreiheit, die Freiheit des Patienten gewährleistet oder gar wieder herstellt. Aus der Sicht des Autors gewinnt der Patient seine wahre Freiheit erst im Rahmen einer psychiatrischen Therapie durch eine Zwangseinweisung wieder, sofern der Krankheitszustand eine solche indiziert.<sup>597</sup>

Bis zum Jahr 1956 werden jedoch die Forderungen nach einem Fürsorgegesetz für Geisteskranke, das ihnen Schutz vor ungerechtfertigten Zwangseinweisungen gewähren soll, im Deutschen Ärzteblatt immer stärker, so dass das Fürsorgegesetz in diesem Jahr in Kraft tritt.<sup>598</sup> Die Diskussionen über die Einschränkung ärztlicher Berufsfreiheit zur Vermeidung von Missbrauch und über persönlichen Freiheitsentzug halten, den Belegen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, bis 1965 an.

### ***Kommentar***

Diese Darstellung deckt nicht das gesamte Konfliktfeld ab, das durch die Wahrung der Freiheiten von Arzt und Patient entsteht, sondern dient lediglich einem exemplarischen Problemaufriss. Kein anderer Fall, der zu diesem Themengebiet passt, wurde in solcher Ausführlichkeit im Deutschen Ärzteblatt diskutiert und so eindrücklich geschildert, so dass er bei einer Arbeit über das Arzt-Patienten-Verhältnis, meines Erachtens, nicht fehlen sollte.

Anhand dieses Beispiels soll demonstriert werden, dass ein vermeintlicher Bruch mit der persönlichen Freiheit durch Unterbindung der eigenen Entscheidungsfreiheit gerade zur Wahrung des persönlichen Wohls und der tatsächlichen Freiheit dienen kann. Entscheidungen, die Patienten im Affekt treffen, können, meines Erachtens, aus mangelnder medizinischer Erfahrung und Unüberlegtheit zum Schaden führen, während Ärzte aufgrund

---

Dauer der Einschränkung der Selbstverfügbarkeit entschieden werden sollte. Wird das Ausmaß der Freiheitsbeschränkung überschritten, so sind durch Störung der Selbstbestimmung des Patienten Passivität und Hospitalismus die Folge. In umgekehrtem Fall riskiert der Arzt die Selbst- und Fremdschädigung und verstößt gegen das ärztliche Berufsethos zum Wohle des Patienten zu handeln. Vgl. Helmchen, H.: Ethische Fragen in der Psychiatrie. Ethik in der Psychiatrie und Psychotherapie in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 192-194

<sup>596</sup> Der psychisch kranke Patient, der in absurden Phantasien, Gedanken und Wahnvorstellungen verstrickt ist, kann die ihm juristisch zugesprochene Freiheit nicht nutzen, da sie für ihn in der freien Form nicht mehr zur Verfügung steht. Zusätzlich erschwerend ist für solche Patienten, dass sie ihren eigenen desolaten Zustand nicht erkennen oder wahrnehmen können. Häufig kann ihnen nur durch Zwang und Freiheitseinschränkung von außen wieder zur menschenwürdigen Selbstwahrnehmung und echten Freiheit verholfen werden. Vgl. Payk, Th. R.: Freiheit und Zwang in der Psychiatrie. Ethik in der Psychiatrie und Psychotherapie in Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Wiesing, U., Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004, S. 195-196

<sup>597</sup> Dr. med. Altenkämper, Provinzialobermedizinalrat: Verhalten des Arztes bei Verwahrung geisteskranker Personen (Eine Entgegnung und Ergänzung. Vgl. Ärztl. Mitt. 13/53), ÄM, H. 16 (38) 1953, S. 436-439

<sup>598</sup> Ohne Verfasserangabe: Gerichtliches Verfahren bei Freiheitsentziehung. Die aktuelle Information, ÄM, H. 21 (41) 1956, S. 551



ihres Wissens, ihres Überblicks und ihrer indirekten Betroffenheit besonnener und objektiver eine Entscheidung fällen können. Diese Äußerung kann nicht auf jede Situation übertragen werden, sollte aber, meiner Ansicht nach, im Arzt-Patienten-Kontakt in angebrachten Fällen in die Überlegungen und Gedanken bei einer Entscheidungsfindung einbezogen werden.

#### **5.2.2.5 Krankenhaus und persönliche Patientenbetreuung**

In diesem Kapitel werden die Maßnahmen analysiert, die die persönliche Patientenbetreuung im Krankenhaus trotz des enormen Leistungsdrucks, Zeitmangels und der standardisierten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verbessern sollen.

1958 wird im Deutschen Ärzteblatt erstmalig die Wirkung der Farbgestaltung und damit Farbenpsychologie im Krankenhaus beschrieben. Das Ziel besteht darin, dem Patienten Lebenskraft und Lebensfreude zu vermitteln.<sup>599</sup>

„Doch das Krankenhaus als Stätte, in der sich der Patient nach einer Krise, gleich welcher Art, möglichst schnell erholen soll, muß alles bieten, was dazu beitragen kann, die Genesung zu erleichtern und die Freude am Dasein zurückzugeben. Das beste Mittel, den Arzt von der Wohltat eines farblich gestalteten Krankenzimmers zu überzeugen, wäre, ihn als Patient einmal in ein weißes und dann in ein farbiges Krankenzimmer zu legen.“<sup>600</sup>

1962 bestätigt ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt, dass noch immer nicht genügend Ärzte von der Wirkung der Farben auf die Psychologie eines Kranken überzeugt sind. Der Autor wirbt um eine größere Beteiligung an einer farbenfrohen Gestaltung der Krankenhäuser.

„So wäre ein jährliches Forum unter gleichem Thema auf breiterer Basis zu empfehlen, da wir heute erst über wenige Farbberater verfügen, die der nicht eben leichten Aufgabe einer richtigen Farbgestaltung im Krankenhaus gewachsen sind.“<sup>601</sup>

Die Tatsache, dass der Artikel ein Bericht eines Ausbildungs- und Informationskurses in Farbenpsychologie ist, lässt, meines Erachtens, vermuten, dass dieses Thema ernst genommen wird und lediglich nicht genügend Anhänger findet.

1963 schlägt ein Arzt im Deutschen Ärzteblatt die Rationalisierung als Maßnahme für eine effizientere Arbeitsweise vor, die Ärzten und Pflegepersonal mehr Zeit für die persönliche Patientenbetreuung im Krankenhaus bieten soll.

„Durch eine Analyse der Aufeinanderfolge von Arbeitsgängen und eine planvolle Überlegung einzelner, sich immer wiederholender Arbeitsgänge kann eine Arbeitserleichterung erzielt werden,

---

<sup>599</sup> Bonsels, H. G.: Farbliche Raumgestaltung im Krankenhaus. Institut für Farbenpsychologie, ÄM, H. 37 (43) 1958, S. 1067-1068

<sup>600</sup> Bonsels, H. G.: Farbliche Raumgestaltung im Krankenhaus. Institut für Farbenpsychologie, ÄM, H. 37 (43) 1958, S. 1067-1068

<sup>601</sup> Bonsels, H. G.: Farbe im Krankenhaus. Öffentliches Forum im Rahmen der Ausbildungs- und Informationskurse in Farbenpsychologie der IACC (International Association of Colour-Consultants, Paris) in Salzburg, veranstaltet von Institut für Farbenpsychologie, Marquartstein, ÄM, H. 11 (47) 1961, S. 612-615

durch die es erst möglich wird, die technischen Verrichtungen durch Arzt und Schwester so zu beschränken, daß für den Patienten selbst mehr Zeit bleibt.“<sup>602</sup>

Die Bedeutung der persönlichen Betreuung, im Gegensatz zur standardisierten Behandlung eines Krankheitsfalls oder eines Symptoms, wird 1970 von einem Arzt bestätigt, der auf die unbedingt notwendige ethische Grundlage in der Krankenpflege und Krankenbehandlung im Krankenhaus hinweist.<sup>603</sup> Erneute Unterstützung findet diese Auffassung im Jahr 1977 von der Ärztekammer Nordrhein. Sie äußert ihre Bedenken im Hinblick auf die Entwicklung zu Anonymität und Depersonalisation in der Krankenhausbetreuung.<sup>604</sup>

„Vor einer „Entindividualisierung“ der Medizin, die den Patienten zur Nummer degradiert und den Arzt zum Gesundheitsingenieur stempelt, hat der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Friedrich-Wilhelm Koch, Essen, gewarnt.“<sup>605</sup>

Im Jahr 1988 wird die „Entindividualisierung“<sup>606</sup>, einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes zufolge, erneut bestätigt und konnte vor allem in Krankenhäusern noch nicht behoben werden. Nach der Ansicht des Autors wäre die Umsetzung einer persönlichen, humanen Patientenbetreuung trotz gesellschaftlicher Umstrukturierung und finanzieller Hürden erstrebenswert.

„Leistungsbereitschaft, Einsatz, verstärkte Anteilnahme und persönliche Zuwendung, Nächstenliebe und mehr Menschlichkeit sind die Begriffe, die im Medizinbetrieb, insbesondere im Krankenhaus, in den letzten Jahrzehnten vernachlässigt worden sind. [...] Gerade der Arzt müsse in enger Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal in Sorge um das Wohl des kranken Menschen mithelfen, diese Werte zurückzugewinnen – auch in Zeiten großer gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Entwicklungsprobleme, ‚Finanzierungskrisen‘ und des Umbruchs.“<sup>607</sup>

Im nächsten Jahr bestätigt erneut ein Arzt diese Ansicht und fügt hinzu, dass der Umgang des Arztes mit den Mitarbeitern und dem Pflegepersonal entscheidend zur Verwirklichung einer humanen physischen und psychischen Patientenbetreuung beiträgt. Im Rahmen eines harmonischen Arbeitsverhältnisses hat der leitende Krankenhausarzt die Möglichkeit, technische Mittel und individuelle Patientenbetreuung zu verbinden.<sup>608</sup>

„Der Krankenhausarzt muß sehen, daß jeder Patient nicht eine Krankheit hat, sondern ein kranker Mensch ist, der einer medizinischen Technik gegenübersteht. Die psychische Betreuung des kranken Menschen und die Hilfe des Patienten im Umgang mit der medizinischen Technik kann

---

<sup>602</sup> Prof. Dr. med. Rausch, F.: Die Rationalisierung im Krankenhaus, *ÄM*, H. 12 (60) 1963, S. 680-682

<sup>603</sup> Prof. Dr. med. Schadewaldt, H.: Freiheit im Krankenhaus – Freiheit fürs Krankenhaus. *Themen der Zeit*, DÄ, H. 41 (67) 1970, S. 3017-3022

<sup>604</sup> Ohne Verfasserangabe: „Patient muß Individuum bleiben“, DÄ, H. 5 (74) 1977, S. 277-278

<sup>605</sup> Ohne Verfasserangabe: „Patient muß Individuum bleiben“, DÄ, H. 5 (74) 1977, S. 277-278

<sup>606</sup> Ohne Verfasserangabe: „Patient muß Individuum bleiben“, DÄ, H. 5 (74) 1977, S. 277-278

<sup>607</sup> Clade, H.: Krankenpflege: Humanisierung durch verstärkte persönliche Zuwendung. *Aktuelle Politik*, DÄ, H. 11 (85) 1988, S. B-483-484

<sup>608</sup> Prof. Dr. med. Lempp, R.: Das Arzt-Patienten-Verhältnis im modernen Krankenhaus. *Die Übersicht*, DÄ, H. 27 (86) 1989, S. B-1422-1424

aber der Arzt schon längst nicht mehr alleine und unmittelbar dem Patienten geben und vermitteln, er braucht dazu das Personal, seine Mitarbeiter, die Schwestern, Pfleger, das Stationspersonal, die Krankengymnasten und die Laboranten.“<sup>609</sup>

Diese Idealvorstellung kann vermutlich nicht an allen Kliniken umgesetzt werden, da im Jahr 2003 erneut in einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes über die unzureichende Kooperation zwischen Pflegepersonal und Ärzten aufgrund von Zeitmangel berichtet wird. Wünschenswert wäre, aus der Sicht des Autors, ein offener Austausch, der zu einer Optimierung der Patientenversorgung führt.<sup>610</sup>

„Kein Wunder, dass für einen ausführlichen fachlichen Austausch zwischen ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern oft die Zeit fehlt. Dabei erfordern schwierige Arbeitsbedingungen ein Höchstmaß an Kooperation und Kommunikation beider Seiten. [...] Ziel des Projekts war sowohl die Förderung einer offenen Kommunikation als auch eine patientenorientierte Abstimmung von Arbeitsabläufen zwischen Pflegenden und Ärzten.“<sup>611</sup>

### ***Kommentar***

Zusammenfassend kann man festhalten, dass versucht wurde, die persönliche Patientenbetreuung im Krankenhaus durch drei Maßnahmen, nämlich durch Farbgestaltung, Rationalisierung der Arbeitsschritte und Kommunikationsverbesserungen zwischen Ärzten und Pflegepersonal, zu gewährleisten und dadurch der Depersonalisation im medizinischen Betrieb entgegenzuwirken. Leider lässt sich, meines Erachtens, insbesondere aus den Artikeln der letzten Jahre, herauslesen, dass vermehrter Leistungs- und Zeitdruck sowohl Ärzten als auch Pflegekräften die persönliche, humane Patientenbetreuung erschweren. Demnach müsste das Ziel darin bestehen, die Arbeitsbedingungen für das gesamte Krankenhauspersonal zu verbessern. Meiner Beurteilung nach spiegelt sich die Zufriedenheit des Personals, die hauptsächlich durch Arbeitszeiten und Entlohnung bestimmt wird, im Umgang mit Patienten wieder. Aus diesem Grund halte ich es für nicht vertretbar, dem Krankenhauspersonal, und vor allem Ärzten, die alleinige Schuld und Verantwortung für die Entwicklung zur Depersonalisation aufzubürden.

### **5.2.3 Zusammenfassung**

Das Kapitel „Recht auf Personsein“ lässt auf eine Entwicklung zurückblicken, die von dem Bestreben gekennzeichnet ist, dem Patienten in einigen medizinischen Bereichen eine humane, ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten. Bemerkenswert ist, meines Erachtens,

---

<sup>609</sup> Prof. Dr. med. Lempp, R.: Das Arzt-Patienten-Verhältnis im modernen Krankenhaus. Die Übersicht, DÄ, H. 27 (86) 1989, S. B-1422-1424

<sup>610</sup> Rabbata, S., Dr. med. Rühmkorf, D.: Schnittstelle Arzt- Pflege. InterKiK und Case Management. Politik, DÄ, H. 5 (100) 2003, S. B-213-216

<sup>611</sup> Rabbata, S., Dr. med. Rühmkorf, D.: Schnittstelle Arzt- Pflege. InterKiK und Case Management. Politik, DÄ, H. 5 (100) 2003, S. B-213-216

dass diese Bemühungen, im Gegensatz zu den Entwicklungen in anderen Bereichen, eine freiwillig - das heißt ohne äußeren Einfluss auf die Ärzteschaft - entstandene Gegenbewegung zur zunehmenden Depersonalisation und Standardisierung der Medizin darstellen. Daraus würde, meiner Ansicht nach, die Beurteilung folgen, dass es sich um lobens- und ehrenwerte Reaktionen handelt, für die Wahrung der berufsethischen Werte im Interesse der Patienten zu kämpfen und die Subjektivität und Individualität im direkten Arzt-Patienten-Kontakt aufrechtzuerhalten. Der Einwand, der, meines Erachtens, in diesem Zusammenhang geäußert werden kann, bezieht sich erneut auf die Objektivität des Deutschen Ärzteblattes. Da das Deutsche Ärzteblatt ein Publikationsorgan darstellt, welches überwiegend die Perspektive der deutschen Ärzteschaft widerspiegelt, kann in diesem Zusammenhang die Schlußfolgerung gezogen werden, dass die Ärzteschaft selbst, sich diese Handlungen zuschreibt und der eigenen Rolle im Arzt-Patienten-Verhältnis einen solch positiven Charakter verleiht.

#### **5.2.4 Pflichten des Patienten**

Folgt man der Definition der Krankenrolle nach Parsons, so ist der Kranke zwar von den üblichen Rollenverpflichtungen befreit und kann für seinen Zustand nicht verantwortlich gemacht werden, dennoch trägt er jedoch die Verpflichtung, gesund werden zu wollen und alle dafür notwendigen Anstrengungen zu unternehmen. Zu diesen Anstrengungen gehört das Aufsuchen eines fachkundigen Arztes und die Kooperation mit diesem.<sup>612</sup>

Im Deutschen Ärzteblatt können jedoch zu diesen Pflichten aufgrund mangelnder Belege keine Angaben gemacht werden. Die Einhaltung der Compliance stellt in meinen Augen ein Themengebiet dar, das diesem Gliederungspunkt zu zuordnen wäre. Die Artikel, die darüber gefunden werden können, sind jedoch zum einen von sehr geringer Anzahl und zum anderen wird nicht der Zusammenhang zwischen der Befolgung ärztlicher Ratschläge und der Verpflichtung des Patienten hergestellt, sondern lediglich die Ursache im Fehlverhalten des Arztes dargelegt.<sup>613</sup> Aus diesem Grund wird dieses Thema in meiner Arbeit unter dem Gliederungspunkt „Interaktive und kommunikative Fähigkeiten des Arztes“ aufgeführt.

---

<sup>612</sup> Biefang, S.: Medizin im Wandel. Die Befragung des Patienten. Interview und Anamnese, Dr. Alfred Hüthig Verlag, Heidelberg, 1977, S. 75-77. Diese Aussage wird nochmals bestätigt, vergleiche dazu Entralgo, P. L.: Arzt und Patient. Zwischenmenschliche Beziehungen in der Geschichte der Medizin, Kindler Verlag GmbH, München 1969, S. 216-217

<sup>613</sup> Die Ursachen für das Nicht-Befolgen ärztlicher Ratschläge liegen überwiegend in sozialen und psychischen Merkmalen des Patienten und in der Einstellung des Patienten. Sie werden weniger in der sozialen Situation bei Verordnung und Durchführung ärztlicher Behandlungsmaßnahmen gesehen. Auch Form und Inhalt der Verordnungen scheinen keinen entscheidenden Einfluss zu nehmen. Vgl. Siegrist, J., Hendel-Kramer, A.: Wege zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1979, S. 144

Demnach ist es nicht überraschend, dass ärztlich induzierte Behandlungsabbrüche aus Gründen der Non-Compliance im Deutschen Ärzteblatt nicht zur Diskussion stehen. Interessanterweise behandelt das österreichische Ärzteblatt die Compliance im Sinne der Verpflichtung des Patienten und diskutiert auch die Möglichkeit des Behandlungsabbruchs von ärztlicher Seite aufgrund fehlender Compliance.

## 6 Zusammenfassung

Das Arzt-Patienten-Verhältnis, aus der Perspektive des Deutschen Ärzteblattes betrachtet, unterliegt in der Zeit von 1949 bis einschließlich 2005 einer progressiven Entwicklung, die hauptsächlich auf einer Verschiebung der leitenden Position vom Arzt auf den Patienten beruht. Charakteristisch für dieses Verhältnis ist die Tatsache, dass der Patient selbst das Ausmaß an ärztlicher Autorität bestimmt und der Arzt die durch den Patienten gewählte Rolle annimmt.

Die **Position des Arztes** kennzeichnet sich durch ständiges Bemühen, die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht aufrechtzuerhalten, Folgen ärztlicher Kunstfehler für Ärzte und Patienten zu minimieren und einen für Ärzte und Patienten akzeptablen Weg zu finden, gleichzeitig Leben zu erhalten, Leiden zu mindern und dem Willen der Patienten gerecht zu werden. Bemerkenswert ist, dass nur die Pflichten des Arztes und nicht seine Rechte im Zusammenhang mit dem Arzt-Patienten-Verhältnis im Deutschen Ärzteblatt thematisiert werden.

In den Bereichen der werksärztlichen Schweigepflicht und der Schweigepflicht vor Gericht kann die ärztliche Berufsethik in großem Maß gewahrt werden, während die Einhaltung des Patientengeheimnisses unter den Bedürfnissen der Krankenkassen, der Forschung und des Gesundheitsamtes in unterschiedlichem Umfang leidet und insbesondere durch die elektronische Datenverarbeitung gefährdet wird. Eine umfassende Absicherung des Patientengeheimnisses kann, den Belegen des Deutschen Ärzteblattes zufolge, nicht garantiert werden.

Die Entwicklung der ärztlichen Haftpflicht spiegelt eine vermehrt defensive Haltung der Ärzte gegenüber den Anforderungen der Patienten wieder, die den Abschluss einer ärztlichen Haftpflichtversicherung unumgänglich macht. Die ärztliche Tätigkeit wird zunehmend als Service- oder Dienstleistung verstanden, und es wird der Charakter einer Geschäftsbeziehung durch Marketingstrategien und Produktmanagement im medizinischen Bereich betont. Geworben wird mit Garantie und Zuverlässigkeit medizinisch optimaler Betreuung.

Am Beispiel des Themengebietes „Pflicht zur Erhaltung und zum Schutz von Leben“ kann eine zunehmende Individualisierung der Medizin demonstriert werden, die sich überwiegend am Willen der Patienten orientiert und die Einhaltung berufsethischer Grundsätze, wie z. B. die Erhaltung des menschlichen Lebens, als Priorität ärztlichen Handelns zurückdrängt.

Die **Position des Patienten** wird von einer zunehmenden Etablierung des Patientenstatus geprägt. Charakteristisch erscheint die Tatsache, dass die Durchsetzung der Patientenrechte im Vordergrund der Diskussion steht, und die Pflichten des Patienten im Deutschen Ärzteblatt weder direkt noch indirekt formuliert werden. Wege das Arzt-Patienten-Verhältnis zu

optimieren, können im Deutschen Ärzteblatt nur in Bezug auf die Einhaltung ärztlicher Pflichten und Rechte des Patienten belegt werden, nicht aber in Bezug auf die Verantwortung des Patienten und dessen Pflichten.

Im Kapitel „Selbstbestimmungsrecht“ entwickelt sich aus dem informierten Patienten ein aktiver Patient, der sich ähnlich wie die Ärzteschaft in verschiedenen Organisationen und Gremien zusammengeschlossen hat, um eigene Belange und Interessen durchzusetzen. Patienten etablieren sich nicht nur zu gleichberechtigten Partnern, sondern vielmehr zu leitenden, führenden Partnern, deren Eigenverantwortung mit wachsendem Einfluss auf das ärztliche Handeln steigt.

Das Kapitel 5.2.2 „Recht auf Personsein“ spiegelt in seinen Gliederungspunkten die zunehmenden Bemühungen der Ärzteschaft wider, dem Patienten eine humane medizinische Betreuung unter dem Aspekt der ganzheitlichen Medizin zu ermöglichen. Insbesondere die Bereiche Allgemeinmedizin und Psychotherapie werden ausgedehnt und erlangen eine zunehmend größere Bedeutung für die Individualmedizin. Im direkten Patientenkontakt findet man eine verstärkte Sensibilisierung für verbale und non-verbale kommunikative Elemente, die den Arzt auf eine individuell abgestimmte Gesprächsführung vorbereiten.

Individualisierung, Autonomie und wachsende Dominanz auf der Seite der Patienten charakterisieren, aus der Perspektive des Deutschen Ärzteblattes betrachtet, die Entwicklung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Die Rolle des Arztes hingegen hat sich aus einer eindeutig definierten autoritären Haltung in eine flexible Position verwandelt, die individuell und situationsabhängig auf den Patienten und seine Bedürfnisse abgestimmt wird.

## 7 Quellen- und Literaturverzeichnis

### 7.1 Primärquellen

Vorbemerkung:

Die Literatur wird in den Anmerkungen mit Kurztiteln zitiert, diese Kurztitel werden in folgendem Verzeichnis aufgeschlüsselt.

Ärztliche Mitteilungen, 1949, H. 1 (34) bis 1963, H. 52 (60) = **ÄM**

Deutsches Ärzteblatt, Ärztliche Mitteilungen, 1964, H. 1 (61) bis 2005, H. 51-52 (102) = **DÄ**

### 7.2 Sekundärliteratur

Biefang, S.: Medizin im Wandel der Zeit. Die Befragung des Patienten. Interview und Anamnese, Dr. Alfred Hüthig Verlag, Heidelberg 1977

Deutsch, E.: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1997

Dietrich-Reichart, E.: Insemination, In-vitro-Fertilisation. Indikation, Technik, Genetik, Psychosomatische, Theologisch-Ethische Aspekte, Rechtliche Interpretation, Verlag R. S. Schulz, Percha und Kempfenhausen am Starnberger See 1987

Entralgo, P. L.: Arzt und Patient. Zwischenmenschliche Beziehungen in der Geschichte der Medizin, Kindler Verlag GmbH, München 1969

Heberer, J.: Das ärztliche Berufs- und Standesrecht. Lehr- und Handbuch des Arztesrechtes für Ärzte und Juristen in Ausbildung und Praxis, ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG, Landsberg 2001

Hellner, H.: Arzt, Kranker, Krankheit, J. F. Lehmanns Verlag, München 1970

Hiersche, H.-D.: Euthanasie. Probleme der Sterbehilfe. Eine interdisziplinäre Stellungnahme, R. Piper & Co. Verlag, München 1975



Luban-Plozza B., Knaak L., Dickhaut, H. H.: Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1987, 4. Aufl.

Luther, E.: Ethik in der Medizin, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1986

Lüth, P.: Sprechende und stumme Medizin. Über das Arzt-Patienten-Verhältnis, Herder & Herder GmbH, Frankfurt am Main 1974

Madea, B.: Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2003

Ohne Verfasserangabe: Abschlußbericht des Arbeitskreises Mediziner Ausbildung der Robert Bosch Stiftung – Murrhardter Kreis. Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform, Bleicher Verlag, Gerlingen 1989

Schwerd, W.: Rechtsmedizin. Lehrbuch für Mediziner und Juristen, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1992

Siegrist, J., Hendel-Kramer, A.: Wege zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1979

Wiesing, U.: Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Philipp Reclam jun., Stuttgart 2004

Wilmanns, J. C.: Ethische Normen im Arzt-Patienten-Verhältnis auf der Grundlage des Hippokratischen Eides in Menschenwürde und medizin-ethische Konfliktfälle, Knoepffler, N., Hainel, A., Hirzel Verlag, Stuttgart-Leipzig 2000, S. 203-220

## 8 Danksagung

In der Zeit, in der ich recherchiert und meine Arbeit schließlich endgültig verfasst habe, wurde ich von vielen Personen unterstützt. Diese Unterstützung erstreckte sich von motivierenden Worten bis zu tatkräftiger Hilfe bei Recherchen und Überlegungen zur Strukturierung der Arbeit.

Den ersten Dank richte ich an Frau Prof. Dr. Dr. Juliane C. Wilmanns, Direktorin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Technischen Universität München, die mir dieses Thema in Kenntnis und in Berücksichtigung meiner Persönlichkeit und meiner Fähigkeiten zugeordnet hat und mich in jeder Phase meiner Arbeit mit motivierenden, aber auch kritischen Worten unterstützt hat.

Ich danke Herrn Prof. em. Dr. Phil. D. von Engelhardt dafür, dass er die Betreuung meiner Dissertation übernommen hat und mich auf den letzten Schritten begleitet.

Frau Inge Hahn, Sekretariat des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Technischen Universität München, danke ich für ihre freundliche Unterstützung und Hilfe.

Außerdem danke ich von ganzem Herzen meinen Eltern, Maria und Burkhard Retzlaff, dafür, dass sie mich in allen Lebensphasen unterstützt und begleitet haben. Ihre Erziehung und die Förderung meiner Fähigkeiten haben es mir ermöglicht, diese Arbeit zu verfassen.

Ein herzliches Dankeschön richte ich an meinen Freund, Andreas Enzinger, der mich tatkräftig in der Erstellung meiner Gliederungsstruktur und in der Wahl der methodischen Vorgehensweise und Arbeitsweise unterstützt hat. Des Weiteren danke ich ihm für seine ständige Bereitschaft, strukturelle und thematische Konflikte zu diskutieren, zu analysieren und Lösungswege zu suchen.

## 9 Lebenslauf

Name: Beatrice Retzlaff  
Geburtsdatum: 20. September 1980  
Geburtsort: Saarbrücken / Saarland  
Eltern: Dipl.-Ing. Burkhard Retzlaff, Maschinenbauingenieur  
Maria Retzlaff, Erzieherin

### Schule:

1987- 1991 Maximilian-Kolbe-Schule in Wiebelskirchen / Saarland  
1991- 2000 Gymnasium am Steinwald in Neunkirchen / Saarland  
Juni 2000 Allgemeine Hochschulreife

### Hochschule:

2001- 2002 Vorklinisches Studium an der Universität Hamburg  
2002- 2004 Vorklinisches Studium an der Ludwig-Maximilian-Universität München  
2004-2008 Klinisches Studium an der Technischen Universität München  
April 2008 Ärztliche Prüfung  
Juni 2008 Assistenzärztin im Deutschen Herzzentrum München

## 10 Anhang

### *Ärztliche Mitteilungen 1950*

*Bewer; D. C.:*

- Unabhängigkeit und Gewissensfreiheit. Es geht nicht darum, die Ordnung zu beseitigen, sondern darum, eine Ordnung zu finden, in der auch die Freiheit des Arztes zu ihrem Recht kommt. Der Arzt soll Anwalt des Kranken sein, *ÄM*, H. 2 (35), 1950, S. 36

*Dr. med. habil. Manstein, B.:*

- Von der Ehrfurcht des Arztes, *ÄM*, H. 22 (35), 1950, S. 471 - 474

### *Ärztliche Mitteilungen 1951*

*Dr. med. Hubrich, H.:*

- Sensation um jeden Preis, *ÄM*, H. 2 (36), 1951, S. 31

*Dr. med. Jörgensen, G.:*

- Medizin und Presse, *ÄM*, H. 6 (36), 1951, S. 93

*Ohne Verfasser:*

- Ärztliche Schweigepflicht, *ÄM*, H. 10 (36), 1951, S. 149
- Der Arzt zwischen Individuum und Kollektiv, *ÄM*, H. 15 (36), 1951, S. 180-182
- 54. Deutscher Ärztetag: Salus aegroti suprema lex!, *ÄM*, H. 17-18 (36), 1951, S. 226

### *Ärztliche Mitteilungen 1952*

*Dr. jur. Hess, A.:*

- Die ärztliche Schweigepflicht im Entwurf einer Strafrechtsänderung, *ÄM*, H. 16 (37), 1952, S. 306-309

*Prof. Dr. Janz, H. W.:*

- Gesetzliche Sicherung der Rechte des Kranken und der Freiheit des Arztes? Grundsätzliche Feststellungen und Fragen zur bundesgesetzlichen Regelung der Aufnahme psychisch Kranker und Rauschgiftsüchtiger in eine psychiatrische Krankenanstalt oder Klinik, *ÄM*, H. 21 (37), 1952, S. 440-442

*Prof. Dr. med. Neuffer, H., Präsident des Deutschen Ärztetages:*

- Ist die Ärztekammer notwendig? \*) , *ÄM*, H. 18 (40) 1955, S. 531-533

*Ohne Verfasser:*

- Ärztliche Freiheit und ärztliche Berufsorganisation. Rede von Prof. Dr. med. Neuffer, gehalten anlässlich des 75. Jubiläums des Krefelder Ärztevereins am 12. Januar 1952 in Krefeld, *ÄM*, H. 3 (37), 1952, S. 40-44

*Dr. med. Roos, K. (1. Vorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Nichtkassenärzte Deutschlands e. V.):*

- Ist die Ärztekammer notwendig? \*) , *ÄM*, H. 18 (40), 1955, S. 534-539

## **Ärztliche Mitteilungen 1953**

*Dr. med. Ahrens, W.:*

- Dr. med. Ahrens, W.: Hamburger Ärztetag 1953, ÄM, H. 17 (38), 1953, S.460-461

*Dr. med. Altenkämper:*

- Provinzialobermedizinalrat: Verhalten des Arztes bei Verwahrung geisteskranker Personen (Eine Entgegnung und Ergänzung. Vgl. Ärztl. Mitt. 13/53), ÄM, H. 16 (38), 1953, S. 436-439

*Dr. Ammermüller, H.:*

- Zur ärztlichen Schweigepflicht in der Sozialversicherung, ÄM, H. 2 (38), 1953, S. 33-35

*Dr. Henkel, W. (Landgerichtsrat):*

- Die Haftpflicht des Arztes im Spiegel der Rechtssprechung, ÄM, H. 21 (38), 1953, S. 600-602
- Die Haftpflicht des Arztes im Spiegel der Rechtsprechung, Fortsetzung aus "Ärztliche Mitteilungen" Heft 21, 7. November 1953, Seite 600 ff., ÄM, H. 22 (38), 1953, S. 653-655

*Dr. Koch:*

- Ärztliche Freiheit, ÄM, H. 5 (38), 1953, S. 126-128

*Prof. Dr. Neuffer; H.:*

- "Die Stellung des Arztes in der heutigen Gesellschaft". Nach einem Vortrag auf dem Regensburger Fortbildungstag am 14. 5. 1953, ÄM, H. 18 (38), 1953, S. 480-484

*Ohne Verfasser:*

- Auch Amerika will wieder einen Hausarzt, Vorschläge eines amerikanischen Arztes für die Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung, ÄM, H. 6 (38), 1953, S. 165-166
- Pressesensationen, Volksgesundheit und Medizin, ÄM, H. 7 (38), 1953, S. 183-186
- Aus der Theorie in die Praxis (Zum Thema: Ärztliche Schweigepflicht und Sozialversicherung), ÄM, H. 7 (38), 1953, S. 192-193

*Ohnsorge, Dr. K.:*

- Jurist und Arzt zur Frage der zwangsweisen Verwahrung geisteskranker Personen, ÄM, H. 23 (38), 1953, S. 663-665

*Dr. Rahn (Oberstaatsanwalt), D.:*

- Die Bedeutung des dritten Strafrechts-Änderungsgesetzes für die ärztliche Schweigepflicht, ÄM, H. 24 (38), 1953, S. 706-707

## **Ärztliche Mitteilungen 1954**

*Ehrhardt, H., Villinger, W.:*

- Rechtssicherheit und Gesundheitsschutz bei Psychischkranken. Zum neuen Entwurf eines Bundesgesetzes über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen, ÄM, H. 10 (39), 1954, S. 326-332

*Prof. Dr. med. Förster, A., Dr. med. Goldbach, H.-J.:*

- Über die Mitwirkung des Arztes bei der Festsetzung des Schmerzensgeldes. Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Philipps-Universität Marburg a. d. L., *ÄM*, H. 20 (39) 1954, S. 690-692

*Prof. Dr. Geiger, W.:*

- Rechtsfragen der Insemination<sup>1)</sup>, *ÄM*, H. 22 (39), 1954, S. 756-764

*Gerson W.:*

- Arzt und Patient, *ÄM*, H. 1 (39) 1954, S. 1-7

*Dr. jur. Hess, A.:*

- Aus der Rechtspraxis. VI. Wie hat sich der Arzt zu verhalten, wenn der Patient Behandlungsmaßnahmen ablehnt, die sich im Verlauf einer Behandlung zur Abwehr von Gesundheitsschäden als notwendig erweisen? *ÄM*, H. 16 (39), 1954, S. 554-556

*Dr. med. Krauss, P.:*

- Die Unterbringung von Seelisch-Kranker in psychiatrischen Krankenanstalten. Grundsätzliche Gesichtspunkte für ihre gesetzliche Regelung, *ÄM*, H. 7 (39), 1954, S. 210-212

*Mayer, A.:*

- Ärztliche Fragen der heterologen künstlichen Befruchtung, *ÄM*, H. 22 (39), 1954, S. 764-770

*Dr. Müller, P.:*

- Die personalen Rechte des Kranken als Grundlagen und Grenzen ärztlichen Handelns, *ÄM*, H. 4 (41), 1956, S. 87-91

*Ohne Verfasser:*

- Der Arzt und sein Wartezimmer. Die American Medical Association veröffentlicht folgende Ratschläge in ihrem "Journal of the A.M.A.". 20. 3. 1954, Übers.: G. Klitscher, München-Neuaußing, *ÄM*, H. 20 (39), 1954, S. 698

*Dr. med. Sperling, P.:*

- Vom schiefen Bild des Arztes, *ÄM*, H. 19 (39), 1954, S. 632-633

*Dr. med. Stoeckel:*

- Das Deutsche Rote Kreuz berichtet, *ÄM*, H. 17 (39), 1954, S. 571-572

*Dr. Sundemeyer, W.:*

- Irrenfürsorgegesetz und gerichtliches Verfahren bei Freiheitsentziehungen, *ÄM*, H. 21 (39) 1954, S. 724-728

## **Ärztliche Mitteilungen 1955**

*Dr. jur. Dr. med. Göppinger, H.:*

- Die Beschlagnahmefreiheit der ärztlichen Aufzeichnungen. Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik Heidelberg (Prof. Kurt Schneider), *ÄM*, H. 12 (40), 1955, S. 361-363

*Dres. Heesen, Göhmann, Münstermann:*

- Kein Recht des Patienten auf Einsichtnahme in die Krankenpapiere! *ÄM*, H. 23 (40) 1955, S. 653-654

*Ohne Verfasser:*

- Ein "eheähnliches" Verhältnis? *ÄM*, H. 31 (40), 1955, S.917-919

*Dr. Rahn, D. (Oberstaatsanwalt):*

- Von den Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht, *ÄM*, H. 7 (40), 1955, S. 187-191

*Dr. Spribille, M.:*

- Der Kranke als Person. Die achte religiös-wissenschaftliche Ärztetagung in Weingarten, *ÄM*, H. 28 (40), 1955, S. 850-852

*Dr. Voges, F:*

- Die vertraglichen Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen nach dem Gesetz. Vortrag auf der Hauptversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 29. September 1955 in Baden-Baden, *ÄM*, H. 32 (40), 1955, S. 947-951

*Volrad Deneke, J. F.:*

- Arzt und Laienpropaganda, *ÄM*, H. 27 (40), 1955, S. 807-812

## ***Ärztliche Mitteilungen 1956***

*Ohne Verfasser:*

- Berufsordnung der deutschen Ärzte, *ÄM*, H. 33 (41), 1956, S.943-950

*Dr. med. Schlögell, R.:*

- Die Freiheit des ärztlichen Berufes und Krankenversicherungs-Pläne\*), *ÄM*, H. 36 (41), 1956, S. 1016-1017

*Volrad Deneke, J. F.:*

- Freiheit und Bindung im freien Beruf. Gedanken über ein öffentliche Rundgespräch in Stuttgart, *ÄM*, H. 3 (41), 1956, S. 60-62

## ***Ärztliche Mitteilungen 1957***

*Dr. jur. Arens, A.:*

- Die Insemination aus strafrechtlicher Sicht, *ÄM*, H. 16 (42), 1957, S. 444-450

*Bösche, J. W.:*

- "Jeder Arzt muß sofort kommen", *ÄM*, H. 10 (41), 1956, S. 263-266

*Bösche, R. A.:*

- Schweigepflicht. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 22 (41), 1956, S. 585
- Haftpflicht des Arztes bei Nichtaufklärung des Patienten über möglicherweise eintretende Schadensfolgen nach der Anwendung einer bestimmten Therapie. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 28 (41), 1956, S. 808-809

*Dr. med. Demant:*

- Unvergängliches Arztum. Arzt und Arzneikunst von heute, *ÄM*, H. 1 (41), 1956, S. 1-5

*Dr. Fink, J.:*

- Die Schweigepflicht des Arztes und das Beamtenrecht, *ÄM*, H. 28(42), 1957, S. 826-831

*Dr. med. Genewein, C. M.:*

- Soll sich der Arzt positiv zur Beratung der Empfängnisverhütung einstellen? *ÄM*, H. 6 (42), 1957, S. 165-167

*Dr. med. Dr. phil. habil. Gent, W.:*

- Arzt und Kranker. Zur Frage der Wahrheitspflicht des Arztes. Eine Erwiderung (vgl. *ÄM* Heft 3/1956 S. 62f.), *ÄM*, H. 7 (41), 1956, S. 184-185

*Prof. Dr. Grote, L. R.:*

- Die Bedeutung der Anamnese für die ärztliche Arbeit, *ÄM*, H. 26 (41), 1956, S. 664-667

*Grüter, W.:*

- Recht und Pflicht der Herausgabe von Krankengeschichten und Untersuchungsunterlagen. Rechtsgrundlagen und herrschende Auffassungen, Fortsetzung und Schluß aus *ÄM* Heft 3, S. 64 ff, *ÄM*, H. 4 (41), 1956, S. 99-102

*Jäger, H.:*

- IV. Zur Bemessung des Schmerzensgeldes nach §847 BGB. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 2 (41), 1956, S. 50-51

*Prof. Dr. med. Knack, A. V., Dr. med. Pieper, W.:*

- Empfängnisverhütung als ärztliche Beratungsaufgabe (Bericht über die gelegentlich einer Meinungsforschung gewonnen Eindrücke), *ÄM*, H. 14 (41), 1956, S. 387-393

*Dr. Koerting, W.:*

- "Presse und Ärzte", *ÄM*, H. 7 (42), 1957, S. 190-191

*Körbling, A. H.:*

- Probleme der Laienpropaganda für Arzneimittel, *ÄM*, H. 34 (41), 1956, S. 965-969

*Dr. med. Lukowsky, A.:*

- Arzt und Kranker, Wahrheitspflicht und Führungsanspruch des Arztes in der Antinomie der sittlichen Werte, *ÄM*, H. 3 (41), 1956, S. 62-64

*Dr. Müller, P.:*

- Die personalen Rechte des Kranken als Grundlagen und Grenzen ärztlichen Handelns, *ÄM*, H. 4 (41), 1956, S. 87-91

*Naujoks, H.:*

- Werden die offiziellen Richtlinien zur Schwangerschaftsunterbrechung genügend beachtet? *ÄM*, H. 5 (42), 1957, S. 136-139



*Ohne Verfasser:*

- Richtlinien des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie für die Arzneimittelwerbung, ÄM, H. 10 (42), 1957, S. 286-288
- Soll sich der Arzt positiv zur Beratung der Empfängnisverhütung einstellen? Zuschriften zum Artikel Genewein, ÄM, H. 15 (42), 1957, S. 426-431
- Gerichtliches Verfahren bei Freiheitsentziehung. Die aktuelle Information, ÄM, H. 21 (41), 1956, S. 551
- Von der Verantwortung des Nachrichtenredakteurs, ÄM, H. 21 (41), 1956, S. 552
- Berufsordnung der deutschen Ärzte, ÄM, H. 33 (41), 1956, S.943-950

*Dr. Schieckel, H.:*

- Der Arzt in der Sozialgerichtsbarkeit, Schluß aus ÄM Nr. 2 v. 11. 1. 1957 S. 37 ff., E. Die ärztliche Schweigepflicht, ÄM, H. 3 (42), 1957, S. 66-71

*Dr. Sievers, E.-F.:*

- Psychotherapie - Lehrfach oder Wunderglaube? Zum Aufsatz Zirpel in ÄM Heft 16, S. 437, ÄM, H. 25 (42), 1957, S.745-747

*Prof. Dr. Schulten, H.:*

- Der praktische Arzt und seine heutige Bedeutung, ÄM, H. 30 (41), 1956, S. 853-857

*Med.-Rat Dr. Stoffels, H.:*

- "Neue Nasen in Sekundenschnelle". "Kölner Kosmetiker darf keine Schönheitsoperationen mehr durchführen". Bemerkenswerte Entscheidung des Oberverwaltungsgerichtes Münster, ÄM, H. 3 (41), 1956, S. 73-75

*Dr. Soening, R.:*

- Pfeffer, der zu stark würzte. Gegen medizinische Veröffentlichungen ohne Gendarstellungen in der Presse, ÄM, H. 9 (41), 1956, S. 241-242

*Prof. Dr. med. von Weizsäcker, V.:*

- Arzt und Patient, ÄM, H. 12 (41), 1956, S. 338-339

## **Ärztliche Mitteilungen 1958**

*Dr. Albrecht, G.:*

- Gerichtsärztliche Aspekte der künstlichen Samenübertragung, Stellungnahme des Deutschen Ärztinnenbundes, ÄM, H. 6 (43), 1958, S. 154

*Bonsels, H. G.:*

- Farbliche Raumgestaltung im Krankenhaus. Institut für Farbenpsychologie, ÄM, H. 37 (43), 1958, S. 1067-1068

*Dr. Burghard, C.:*

- Zur Typologie des Arztfilms, ÄM, H. 36 (43), 1958, S. 1026-1028

*Prof. Dr. Dovifat, E.:*

- Das Bild des Arztes im öffentlichen Leben. Festvortrag auf dem 61. Deutschen Ärztetag in Garmisch-Partenkirchen, ÄM, H. 28 (43), 1958, S. 796-798

*Prof. Dr. Fischer, A. W.:*

- Grenzen der Verantwortlichkeit des operierenden Arztes, *ÄM*, H. 8 (43), 1958, S. 210-211

*Dr. Fischer-Wasels, J.:*

- Das sogenannte "Recht auf Gesundheit", *ÄM*, H. 15 (43), 1958, S. 396

*Dr. jur. Dr. med. Göppinger, H.:*

- Die Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten und ihre Auswirkungen im Prozeß\*, *ÄM*, H. 45 (43), 1958, S. 1326-1329
- Die Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten und ihre Auswirkungen im Prozeß\*, (Fortsetzung und Schluß aus *ÄM* 45), *ÄM*, H. 46 (43), 1958, S. 1354-1356

*Hallermann, W.:*

- Gerichtsärztliche Aspekte der künstlichen Samenübertragung\*). Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Kiel. Direktor: Prof. Dr. Hallermann, *ÄM*, H. 3 (43), 1958, S. 66-70

*Dr. jur. Hess, A.:*

- Der Arzt kann die Einsicht in die Patientenakte auch dem Finanzprüfer verweigern, *ÄM*, H. 11 (43), 1958, S. 284-287
- Zwangsbehandlung Geisteskranker. IX. Öffentliches Gesundheitswesen. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 14 (43), 1958, S. 371-374

*Dr. Huebschmann, H.:*

- Der soziale Faktor in der Erkrankung (Aus der Abteilung für anthropologische Medizin an der Medizinischen Klinik Heidelberg), *ÄM*, H. 20 (43), 1958, S. 527-531

*Jores, A.:*

- Der Arzt als Arznei (aus der II. Mediz. Univ.-Klinik und Poliklinik Hamburg-Eppendorf, Direktor: Prof. Dr. A. Jores), *ÄM*, H. 4 (43), 1958, S. 94-96

*Dr. Mattern, G.:*

- Patientenakte und Finanzamt, *ÄM*, H. 16 (43), 1958, S. 430-431

*Nentwig, M.:*

- Einwilligung minderjähriger Kinder zu Operationen. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 32 (43), 1958, S. 917-918

*Prof. D. Dr. med. Neuffer, H.:*

- Gedanken über den Arzt in unserer Zeit, *ÄM*, H. 15 (43), 1958, S. 379-382
- Um die inneren Werte unseres Berufes kämpfen! *ÄM*, H. 27 (43), 1958, S. 765
- Prof. D. Dr. med. Neuffer, H.: Der praktische Arzt, *ÄM*, H. 47 (43), 1958, S. 1371-1375

*Dr. Niehues, H.:*

- Die Stellung des praktischen Arztes, *ÄM*, H. 41 (43), 1958, S. 1188-1189

*Ohne Verfasser:*

- Elastisches zum Thema "Laienwerbung", *ÄM*, H. 41 (43), 1958, S. 1187

*Dr. Reiss, M.:*

- Insemination und Sterilisation in katholischer Sicht. Die letzte große Rede des Papstes, ÄM, H. 39 (43), 1958, S. 1116

*Dr. med. Rist, O.:*

- Sozialversicherungsreform und ärztliche Freiheit, ÄM, H. 44 (43), 1958, S. 1295-1296

*Schreus, H. Th.:*

- Arzt und ästhetische Medizin\*). Aus der Hautklinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf, ÄM, H. 36 (43), 1958, S. 1035-1036

*Dr. jur. Schulz, G.:*

- Beschlagnahme und Vorlegung von Krankenunterlagen, ÄM, H. 40 (43), 1958, S. 1156-1158

*Dr. Sondermann, G.:*

- Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Eine Buchbesprechung und etwas mehr\*), ÄM, H. 38 (43), 1958, S. 1086-1088

## **Ärztliche Mitteilungen 1959**

*Dr. Bösche, J. W.:*

- Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen. Aus der Rechtspraxis, ÄM, H. 14 (44), 1959, S. 458-463

*Dr. Fromm:*

- Artificielle Insemination, Referat Dr. Fromm in der geschlossenen Sitzung des 62. Deutschen Ärztetages, ÄM, H. 28 (44), 1959, S. 989-992

*Prof. Dr. med. Dr. jur. Göbbels, H.:*

- Zur Frage der Haftung des Werks- oder Betriebsarztes, ÄM, H. 30 (44), 1959, S. 1063-1065

*Dr. Dr. Göppinger, H.:*

- Die Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten und ihre Auswirkungen im Prozeß. Schlusswort, ÄM, H. 19 (44), 1959, S. 638-639

*Dr. Hänsel, R.:*

- Die Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten und ihre Auswirkung im Prozeß. Aus der Rechtspraxis, ÄM, H. 15 (44), 1959, S. 493-494

*Dr. jur. Hanack, E.-W.:*

- Die Arbeitsteilung zwischen Arzt und Schwester im Strafrecht. Aus der Rechtspraxis, ÄM, H. 15 (44), 1959, S. 497-501

*Dr. jur. Koch, E.:*

- Werksärztlicher Dienst und ärztliche Schweigepflicht, ÄM, H. 13 (44), 1959, S. 414-416

*Prof. Dr. Mayer, A.:*

- Die heterologe künstliche Insemination in psychologisch-ethischer Sicht, ÄM, H. 11 (44), 1959, S. 341-345

*Ohne Verfasser:*

- Die ärztliche Schweigepflicht, Aus der Rechtspraxis, ÄM, H. 43 (44), 1959, S. 1590-1592
- Bekenntnis zur Einheit, ÄM, H. 27 (44), 1959, S. 945-948

*Dr. med. Rosenberger, P. E.:*

- Die ärztliche Schweigepflicht bei Einstellungsuntersuchungen. Aus der Rechtspraxis, ÄM, H. 19 (44), 1959, S. 641-643

*Schaetzing, E.:*

- Irrtümer, Widersprüche und Anachronismen bei dem Problem der "Geburtenregelung", ÄM, H. 14 (44), 1959, S. 443-446

*Sondermann, G.:*

- Zur Frage der Diagnoseerpressung als Teilproblem der ärztlichen Schweigepflicht. Oder: Vom Schicksal einer Eingabe, ÄM, H. 43 (44), 1959, S. 1568-1571

## **Ärztliche Mitteilungen 1960**

*Bösche, Dr. J. W.:*

- Kosmetische Chirurgie ist Ausübung der Heilkunde. Aus der Rechtspraxis, ÄM, H. 6 (45), 1960, S. 248-249
- 1. Zur Frage der Verpflichtung der Ärzte, sich stets nach dem Stand der ärztlichen Wissenschaft fortzubilden. 2. Eine weitere Entscheidung über die Zulässigkeit der Ausführung intramuskulärer Injektionen durch approbierte Krankenschwestern. Aus der Rechtspraxis, ÄM, H. 14 (45), 1960, S. 701-704

*Dr. Braun, R. N.:*

- Die Stellung des praktischen Arztes. Zum Artikel Dr. Hermann Niehues in ÄM 41/1958, S. 1188, ÄM, H. 5 (44), 1959, S. 140-142

*Dutte, Dr. K.:*

- Der praktische Arzt und sein Leitbild, ÄM, H. 34 (45), 1960, S. 1683-1684

*Dr. Fink, J.:*

- Das Tuberkulosehilfegesetz und die ärztliche Schweigepflicht. Aus der Rechtspraxis, ÄM, H. 32 (45), 1960, S. 1597-1600

*Grömig, H.:*

- Einsicht in die Krankenpapiere des Beschädigten bei Ärzten, Krankenhäusern usw. im Feststellungs- und Berichtigungsverfahren. Zu dem Aufsatz von H. Grömig in ÄM 10/1960, S. 458, Schlusswort, ÄM, H. 24 (45), 1960, S. 1218-1223
- Einsicht in die Krankenpapiere des Beschädigten bei Ärzten, Krankenhäusern usw. im Feststellungs- und Berichtigungsverfahren. Aus der Rechtspraxis, ÄM, H. 10 (45), 1960, S. 458-465

*Hennies, G.:*

- Das Verhältnis zwischen Kassenarzt und Kassenpatienten in rechtlicher Sicht, ÄM, H. 45 (45), 1960, S. 2335-2340

*Prof. Herxheimer, H.:*

- Das Arzneimittelgesetz - ein unmöglicher Entwurf, *ÄM*, H. 30 (44), 1959, S. 1061-1062

*Dr. med. Jacobi, R.:*

- Zwei ungleiche Welten - und die Therapie, *ÄM*, H. 11 (45), 1960, S. 515-516

*Joseph, Dr. G. R.:*

- Die Bedeutung ärztlicher Pressestellen, *ÄM*, H. 38 (45), 1960, S. 1950-1953

*Kaufmann, W.:*

- Der Arzt als Arznei. Zur Entpersönlichung des Verhältnisses Patient-Arzt, *ÄM*, H. 40 (44), 1959, S. 1449-1453

*Klitscher, G.:*

- Der Weltärztebund, Organisation und Tätigkeit, *ÄM*, H. 4 (45), 1960, S. 158-162
- Der Weltärztebund, (Fortsetzung und Schluß), *ÄM*, H. 5 (45), 1960, S. 202-204

*Dr. Koerting:*

- Ärztliches Ethos im modernen Krankenhaus, Referate und Diskussionen einer Tagung der "Katholischen Akademie in Bayern", *ÄM*, H. 23 (44), 1959, S. 777-780

*Dr. Mündel, F.:*

- Jetzt handeln, *ÄM*, H. 34 (45), 1960, S. 1696-1698

*Ohne Verfasser:*

- Stellungnahme der Ärzteschaft zur Reform der sozialen Krankenversicherung, *ÄM*, H. 1 (45), 1960, S. 1-2
- Protestbriefe an die "Frankfurter Allgemeine Zeitung", *ÄM*, H. 6 (45), 1960, S. 241-243
- USA: Der Ruf nach dem Allgemeinpraktiker, *ÄM*, H. 11 (45), 1960, S. 517-518
- Vorsätzlich und fahrlässig ..., Missbrauch der Pressefreiheit durch medizinische Sensationsmache, *ÄM*, H. 18 (44) 1959, S. 581-582
- Regierungsentwurf eines Bundesseuchengesetzes (IV), *ÄM*, H. 18 (45), 1960, S. 888-896
- Keine "besondere ärztliche Schweigepflicht" für Werksärzte, *ÄM*, H. 19 (45), 1960, S. 940
- In Erfüllung der Aufklärungspflicht. Presseseminare über die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen in der sozialen Krankenversicherung, *ÄM*, H. 28 (45), 1960, S. 1385-1386

*Dr. med. Otto:*

- Die Stellung des praktischen Arztes. Zum Aufsatz Dr. H. Niehues in *ÄM* 41/58, Seite 1188, *ÄM*, H. 1 (44), 1959, Seite 18-19

*Prof. Dr. Schmidt, E.:*

- Die ärztliche Schwangerschaftsunterbrechung und die Rechtsprechung des BGH. Aus der Rechtspraxis, *ÄM*, H. 18 (45), 1960, S. 926-933

*Dr. Stroh, H.:*

- Die Bemühungen der Bundesärztekammer zur Förderung von Ausbildung und Fortbildung des praktischen Arztes, *ÄM*, H. 34 (45), 1960, S. 1691-1696

*Dr. Stupening, W.:*

- Zur Hilfspflicht des Arztes, *ÄM*, H. 14 (45), 1960, S. 690-691

## ***Ärztliche Mitteilungen 1961***

*Bonsels, H. G.:*

- Farbe im Krankenhaus. Öffentliches Forum im Rahmen der Ausbildungs- und Informationskurse in Farbenpsychologie der IACC (International Association of Colour-Consultants, Paris) in Salzburg, veranstaltet von Institut für Farbenpsychologie, Marquartstein, *ÄM*, H. 11 (47), 1961, S. 612-615

*Dr. Cremer, M.:*

- Charakterbildung und lebensnahe Philosophie als Rüstzeug für die praktizierenden Ärzte, *ÄM*, H. 32 (46), 1961, S. 1786-1788

*Dr. med. Dobler, T.:*

- Die Weiterbildung zum praktischen Arzt. Referat bei der Arbeitssitzung des Plenums des 64. Deutschen Ärztetages, *ÄM*, H. 25 (46), 1961, S. 1416-1422

*Prof. Dr. Haacke, W.:*

- Massen-Medien und Medizin, *ÄM*, H. 2 (46), 1960, S. 71-76

*Prof. Dr. Harmsen, H.:*

- Antikonzeption durch orale Mittel, *ÄM*, H. 3 (46), 1961, S. 145-148

*Prof. Dr. Kepp, R.:*

- Die Abtreibung und ihre Gefahren, *ÄM*, H. 3 (46), 1961, S. 130-132

*Mayer, A.:*

- Noch einmal ein Wort zur heterologen Insemination, *ÄM*, H. 8 (47), 1961, S. 418-420
- Mayer, A.: Vom Geist der Medizin, vom Ungeist der Zeit und vom Wanken der Arztthrone, *ÄM*, H. 10 (46), 1961, S. 549-559

*Mehlan, K.-H.:*

- Abortprobleme in Europa unter besonderer Berücksichtigung der Volksdemokratien\*). Aus dem Institut für Hygiene der Universität Rostock, *ÄM*, H. 11 (46), 1961, S. 613-620

*Dr. med. Morgenthum, H.:*

- Die Aufklärungspflicht des Arztes. Herrn Dr. med. Robert Gollwitzer †, Oberarzt der Städtischen Nervenlinik Bamberg, zum Gedächtnis, *ÄM*, H. 13 (46), 1961, S. 723-728

*Müller, H. W., Scheurle, G., Temming, P.:*

- Gedanken zu einem Fürsorgegesetz für psychisch Kranke. Aus der Abteilung Gesundheitspflege des Landschaftsverbandes Rheinland (Leiter: Landesrat Dr. med. H. W. Müller), *ÄM*, H. 40 (46), 1961, S. 2247-2253

*Prof. D. Dr. med. Neuffer, H.:*

- Der Platz des praktischen Arztes in der Massengesellschaft, *ÄM*, H. 9 (46), 1961, S. 481-486

*Ohne Verfasser:*

- Entwurf eines neuen Strafgesetzbuches. Die für den Arzt und die ärztliche Berufsausübung wichtigsten Bestimmungen, ÄM, H. 4 (46), 1961, S. 187-194
- Entwurf eines neuen Strafgesetzbuches. Die für den Arzt und die ärztliche Berufsausübung wichtigsten Bestimmungen (Fortsetzung), ÄM, H. 5 (46), 1961, S. 245-254
- Entwurf eines neuen Strafgesetzbuches. Die für den Arzt und die ärztliche Berufsausübung wichtigsten Bestimmungen, 2. Fortsetzung, ÄM, H. 6 (46), 1961, S. 308-317
- Entwurf eines neuen Strafgesetzbuches. Die für den Arzt und die ärztliche Berufsausübung wichtigsten Bestimmungen. 3. Fortsetzung und Schluß, ÄM, H. 7 (46), 1961, S. 366-374
- Die Bundesärzteordnung im Deutschen Bundestag, ÄM, H. 26 (46), 1961, S. 1466-1476

*Pauleikhoff, B.:*

- Zur Frage des Studiums der Psychologie im Rahmen des Medizinstudiums, ÄM, H. 28 (46), 1961, S. 1575-1578

*Rardin, T. E.:*

- Neuer Spezialist in den USA: der Hausarzt, ÄM, H. 34 (46), 1961, S. 1909-1911

*Dr. med. Sievers, E.-F.:*

- Praktischer Arzt, Patient und Psychotherapeut. Ein Beitrag zur Indikation in der analytischen Psychotherapie, ÄM, H. 4 (46), 1961, S. 211-216

*Dr. med. Stolze, H.:*

- Psychotherapie in der Praxis? Eine Fragen an jeden Arzt, ÄM, H. 44 (46), 1961, S. 2502-2503

*Volrad Deneke, J. F.:*

- Der Arzt, mitverantwortlicher Mittler zwischen dem Kranken und der Gesellschaft, ÄM, H. 21 (46), 1961, S. 1227-1234

## **Ärztliche Mitteilungen 1962**

*Dr. Albrecht, G.:*

- Stellungnahme des Deutschen Ärztinnenbundes zur Frage der "ethischen Indikation", ÄM, H. 44 (47), 1962, S. 2260-2261

*Dr. med. Bittner, G.:*

- Die Verantwortung des Patienten für seine Gesundheit und Gesundheit. Vortrag gehalten auf der Jahreshauptversammlung des Saarländischen Ärzte-Syndikates am 7. April 1962 in Saarbrücken, ÄM, H. 15 (47), 1962, S. 815-820

*Dr. Braun, R. N.:*

- Die Arbeit des Praktischen Arztes in der Gesellschaft. 1. Symposium der Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der ärztlichen Allgemeinanzpraxis vom 21. bis 23. 4. 1962 zu Salzburg, ÄM, H. 31-32 (47), 1962, S. 1614-1615

*Dipl.-Psych. Dr. med. Hau, T. F.:*

- Krankheitsbereitschaft auf seelischer Grundlage - Psychogenie, *ÄM*, H. 16 (47) 1962, S. 880-885

*Kirchhoff, H.:*

- "Prophylaktische Sterilisation". Aus der Univ.-Frauenklinik Göttingen (Direktor: Prof. Dr. H. Kirchhoff), *ÄM*, H. 35 (47), 1962, S. 1743-1747

*Dr. Klasen, H. H.:*

- Das Recht zu schweigen, *Aussprache*, *ÄM*, H. 16 (47), 1962, S. 885-886

*Dr. Kleinewefers, H. (Bundesrichter):*

- Ärztliche Aufklärungspflicht und Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes, *ÄM*, H. 18 (47), 1962, S. 987-989

*Lukowsky, A.:*

- Gedanken zur Ganzheitsmedizin als Wissenschaft, *ÄM*, H. 6 (47), 1962, S. 297-301

*Miktat, B., Wandt, H.:*

- Ärztliche Schweigepflicht und Leichenschauschein, *ÄM*, H. 1 (47), 1962, S. 16-22

*V. Nottbeck, A.:*

- "Wer ohne Schuld handelt", Schwangerschaftsbeendigung bei Notzuchtverbrechen, *ÄM*, H. 41 (47), 1962, S. 2083-2084

*Ohne Verfasser:*

- Der 65. Deutsche Ärztetag, *ÄM*, H. 27 (47), 1962, S. 1481-1486
- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft Göttingen: Orale Schwangerschaftsverhütung, Mitteilung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, *ÄM*; H. 47 (47), 1962, S. 2451

*Dr. med. Pannhoff, M.:*

- Arzt und Staat, Planung und Freiheit in der Gesundheitspolitik, *ÄM*; H. 17 (47), 1962, S. 911-912

*Dr. Rabl, C. R. H.:*

- Von der Ethik des Arztes und der Ethik des Richters, *ÄM*, H. 34 (47), 1962, S. 1724

*Dr. med. v. Rohden, F.:*

- Entwicklung der legalen Schwangerschaftsunterbrechung im Bundesgebiet der Nachkriegszeit, *ÄM*, H. 21 (47), 1962, S. 1139-1150

*Dr. med. Sondermann, G.:*

- Über die sogenannte "ethische Indikation", *ÄM*, H. 44 (47), 1962, S. 2257-2260

*Dr. med. Stockhausen, J.:*

- Tätigkeitsbericht 1961/62 der Bundesärztekammer. Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, dem 65. Deutschen Ärztetag auf Norderney im Juni 1962 vorgelegt von Dr. med. Josef Stockhausen, *ÄM*, H. 25 (47), 1962, S. 1371-1432

*Volrad Deneke, J. F.:*

- Medizinische Aufklärung und Gesundheitswesen in den ersten deutschen Wochen-Illustrierten. Aufsätze und Referate, *ÄM*, H. 43 (47), 1962, S. 2209-2219



## ***Ärztliche Mitteilungen 1963***

*Dr. med. Binder, H.:*

- Die psychoreaktiven Störungen in der Alltagspraxis. Zu dem Beitrag von Dr. med. W. Nieschke in ÄM 43/1962, Seite 2236, ÄM; H. 16 (60), 1963, S. 916-918

*Dr. Bösche, . J. W.:*

- Aus dem Haftpflichtrecht des Arztes. Aus der Rechtspraxis, ÄM, H. 40 (60), 1963, S. 2051-2056

*Prof. Dr. med. Hellbrügge, T.:*

- Ärztliche Gesichtspunkte zu einer "begrenzten" Euthanasie, ÄM, H. 25 (60), 1963, S. 1428-1440

*Dr. med. Miktat, B.:*

- Ärztliche Schweigepflicht und Leichenschauchein. Weitere Fortschritte auf diesem Gebiet, ÄM, H. 15 (60), 1963, S. 820-825

*Prof. D. Dr. med. Neuffer, H.:*

- Behandlung und ärztliche Führung unheilbar Krebskranker durch den praktischen Arzt. Aufsätze und Referate, ÄM, H. 41 (60), 1963, S. 2077-2080

*Prof. Dr. med. Rausch, F.:*

- Die Rationalisierung im Krankenhaus, ÄM, H. 12 (60), 1963, S. 680-682

*Dr. med. Rausche, W.:*

- Schwangerschaftsbeendigung bei Notzuchtverbrechen. Aussprache, ÄM, H. 18 (60), 1963, S. 1030-1031

*Dr. med. Renzel, C.:*

- Schwangerschaftsbeendigung bei Notzuchtverbrechen, ÄM, H. 1 (60), 1963, S. 29-32

*Dr. med. v. Rohden, F.:*

- Schwangerschaftsunterbrechungen in anderen Kulturländern. Aufsätze und Referate, ÄM, H. 15 (60), 1963, S. 831-838

*Dr. med. Sauter-Servaes, H.:*

- Patient oder Service-Kunde. Gesundheitsplanung und der Hausarzt, ÄM, H. 45 (60), 1963, S. 2326-2327

*Dr. med. Sondermann, G.:*

- Über die sogenannte ethische Indikation. Zu dem Aufsatz von Dr. med. G. Sondermann in ÄM 44/1962, Seite 2257, Schlusswort, ÄM, H. 7 (60), 1963, S. 371-373

*Dr. Woesner, H.:*

- Der Ruf nach dem Sterilisationsgesetz. Bemerkungen zu den Ausführungen von Prof. Dr. Dr. Nachtsheim in ÄM 1962, S. 1640, ÄM, H. 14 (60); 1963, S. 788-791

## *Deutsches Ärzteblatt 1964*

*Dr. med. Bräutigam, W.:*

- Psychotherapeutische Weiterbildung in der Klinik. Aus dem Institut für allgemeine klinische Medizin der Universität Heidelberg (Leiter: Prof. Dr. P. Christian) und der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg (Leiter: Prof. Dr. W. v. Baeyer), DÄ, H. 11 (61), 1961, S. 626-631

*Dr. Hess, A.:*

- Die Selbstgefährlichkeit eines Geisteskranken kann darin bestehen, dass er sich der Behandlung seines Leiden widersetzt, obwohl er ohne Behandlung in nicht nur vorübergehendes Siechtum verfallen würde. Aus der Rechtspraxis, DÄ, H. 15 (61), 1964, S. 876-877

*Prof. Dr. Kepp:*

- Die gegenwärtige rechtliche Beurteilung der Sterilisation. Themen der Zeit, DÄ, H. 39 (61), 1964, S. 2023-2025

*Dr. med. Maaß, F.:*

- Die "Anti-Baby-Pillen", DÄ, H. 52 (61), 1964, S. 2803

*Dr. med. Müller-Wallraf, H.:*

- Sensation um den Arzt, DÄ, H. 10 (61), 1964, S. 556

*Dr. Oe:*

- Beratung bei der Empfängnisverhütung als ärztliche Aufgabe. Ärzteabend in Frankfurt/Main, DÄ, H. 48 (61), 1964, S. 2558-2559

*Ohne Verfasser:*

- Lektüre im Wartezimmer, DÄ, H. 15 (61), 1964, S. 833-834
- Arbeitsergebnisse des 67. Deutschen Ärztetages. Pflichtvorlesung über medizinische Psychologie, DÄ, H. 24 (61), 1964, S. 1381-1389
- "Bamfolin". Die Grenzen der Unterhaltungspresse, DÄ, H. 41 (61), 1964, S. 2123-2124
- Dr. Hamm fordert Gesetz über Sterilisation, DÄ, H. 47 (61), 1964, S. 2472
- Die Deklaration von Helsinki, DÄ, H. 48 (61), 1964, S. 2533-2534

*Dr. Sauter-Servaes, H.:*

- Der Patient: Fall oder Person. 16. Deutsche Ärztetagung für medizinisch-theologische Gemeinschaftsarbeit, DÄ, H. 36 (61), 1964, S. 1862-1863

*Dr. med. Schreiber, G.:*

- Medizin und Massenpresse, Themen der Zeit, DÄ, H. 52 (61), 1964, S. 2794-2799

*Dr. med. Stockhausen, J.:*

- Tätigkeitsbericht 1963/64 der Bundesärztekammer. Dem 67. Deutschen Ärztetag in Augsburg im Mai 1964 vorgelegt, von Dr. med. Josef Stockhausen, 3. Teil, Ärztliche Schweigepflicht und Privatversicherungen, DÄ, H. 23 (61), 1964, S. 1315-1360

*Volrad-Deneke, F.:*

- Schweigepflicht und Aufklärungspflicht des Arztes. Themen der Zeit, DÄ, H. 40 (61), 1964, S. 2091-2097

W. V. :

- Meldung Geschlechtskranker unter Wahrung ärztlicher Schweigepflicht? DÄ, H. 11 (61), 1964, S. 605

*Dr. med. Dr. jur. Wille, R.:*

- Kosmetische Operationen, Beurteilung nach dem Landesrecht und nach dem Strafgesetzentwurf (E 1962). Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Kiel (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Hallermann), DÄ, H. 43 (61), 1964, S. 2250-2252

## ***Deutsches Ärzteblatt 1965***

*Dr. med. Baader, O.:*

- Modelle zur Antikonzeptionsberatung, DÄ, H. 30 (62), 1965, S. 1625-1627

*Dr. med. Ernst, S.:*

- Ulmer Denkschrift. Zur Frage der Geburtenbeschränkung, DÄ, H. 40 (62), 1965, S. 2138-2141

*Dr. Hess, A.:*

- Ärztliche Schweigepflicht im Prüfverfahren. Kassenarztrecht, DÄ, H. 44 (62), 1965, S. 2421-2423
- Der Bundesgerichtshof zur freiwilligen Sterilisation. Aus der Rechtspraxis, DÄ, H. 9 (62), 1965, S. 520-522

*Dr. Hirschberg, E.:*

- Probleme bei der Unterbringung psychisch Kranker. Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin (Direktor: Professor Dr. med. Helmut Selbach), DÄ, H. 4 (62), 1965, S. 198-200

*Prof. Dr. Kepp, R.:*

- Fragen der Geburtenregelung. Zu einer mißglückten Berichterstattung aus Tutzing, DÄ, H. 12 (62), 1965, S. 676-677

*Dahl, G., Lempke, K.:*

- Was hat der Arzt in einer Illustrierten zu suchen? Diskussionsbeitrag zum Thema "Medizin und Massenpresse", DÄ, H. 20 (62), 1965, S. 1118-1119

*Ohne Verfasser:*

- Aus der Fragestunde des Bundestages. Bamfolin .- Pflegesatz - Arbeitsmedizin - Multiple Sklerose, DÄ, H. 1 (62), 1965, S. 12-13
- Zum Abortproblem. Zur Fortbildung - Aktuelle Medizin, DÄ, H. 2 (62), 1965, S. 67
- Ärztliche Fortbildung und öffentliches Fernsehen. Verzicht aus ärztlicher Verantwortung, DÄ, H. 10 (62), 1965, S. 545-546
- Pillen für Studentinnen, Aus aller Welt, DÄ, H. 24 (62), 1965, S. 826
- Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht bei betrieblichen Einstellungsuntersuchungen, DÄ, H. 25 (62), 1965, S. 1332
- Aus der Sicht des praktischen Arztes. Baden-Württemberg, DÄ, H. 30 (62), 1965, S. 1616

*Dr. Worré, F., Dr. Schlöggel, R.:*

- Der praktische Arzt, Ein Beitrag zur Diskussion über seine Zukunft, DÄ, H, 35(62), 1965, S. 1840-1841

## ***Deutsches Ärzteblatt 1966***

*Pater Dr. David S. J., J.:*

- Geburtenregulierung aus der Sicht der katholischen Moraltheologie heute. Aus einem Podiumsgespräch beim Internationalen Fortbildungskurs der Bundesärztekammer in Davos, DÄ, H. 18 (63), 1966, S. 1214-1215

*Dr. med. Eicke, D.:*

- Funktionelle Störungen und Untersuchungstechnik in psychosomatischer Sicht. Aus der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg (Direktor: Professor Dr. A. Mitscherlich), DÄ, H. 39 (63), 1966, S. 2249-2252

*Prof. Dr. med. Kirchhoff, H.:*

- Zum umstrittenen Problem der Kontrazeption durch intrauterine Pessare. Aus der Universitäts-Frauenklinik Göttingen (Direktor: Professor Dr. med. H. Kirchhoff), DÄ, H. 37 (63), 1966, S. 2137-2140

*Methfessel, H. D.:*

- Krimineller Abort. Für Sie gelesen und referiert, DÄ, H. 30 (63), 1966, S. 1828

*Ohne Verfasser:*

- Zwang oder Einsicht - eine Stilfrage der Demokratie. Ärztliche Meldepflicht bei missgebildeten Kindern, DÄ, H. 3 (63), 1966, S. 117-126
- "Revue" verleumdet deutsche Chirurgie, DÄ, H. 11 (63), 1966, S. 687-688
- Keine gesundheitlichen Gefahren nachzuweisen. Neuer Bericht über die Brauchbarkeit der Ovulationshemmer, DÄ, H. 39 (63), 1966, S. 2237-2238
- Aus der Fragestunde des Deutschen Bundestages, DÄ, H. 51 (63), 1966, S. 2970-2972

*Onckels-Ruthe, I.:*

- Das Krankenhaus von morgen. Internationaler Erfahrungsaustausch in Düsseldorf mit rund 900 Teilnehmern, DÄ, H. 14 (63), 1966, S. 940-941

*Dr. Schweisheimer, W.:*

- Kunstfehlerprozesse in den USA. Blick über die Grenzen, DÄ, H. 1 (63), 1966, S. 30-32

## ***Deutsches Ärzteblatt 1967***

*Döring, E. K.:*

- Empfängnisverhütung durch Kontrolle der Basaltemperatur, DÄ, H. 51 (64), 1967, S. 2784-2785

*Prof. Dr. med. Döring, G. K.:*

- Warum gehört die Aufklärung über Empfängnisverhütung zur optimalen ärztlichen Schwangerschaftsbetreuung? DÄ, H. 31 (64), 1967, S. 1628

*Dr. Hess, A.:*

- Ärztliche Sorgfaltspflicht. Aus der Rechtspraxis, DÄ, H. 8 (64), 1967, S. 430

*Pfarrer Dr. Dr. Hunger, H.:*

- Zum umstrittenen Problem der Kontrazeption durch intrauterin Pessare. Zum Artikel von Prof. Dr. med. H. Kirchhoff in Heft 37/1966, Seite 2137 und 40/1966, Seite 2322, DÄ, H. 3 (63); 1967, S. 146-147

*Ohne Verfasser:*

- Ärztliche Schweigepflicht, Blick auf den Bildschirm, DÄ, H. 2 (64), 1967, S. 57
- Aus der Arbeit der Bundesärztekammer. Fragen der Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik, DÄ, H. 3 (63), 1967, S. 131-134
- Kindesmisshandlung und ärztliche Schweigepflicht. Änderung gesetzlicher Vorschriften nicht notwendig, DÄ, H. 16 (64), 1967, S. 837-838
- Zum Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer, DÄ, H. 23 (64), 1967, S. 1265-1277
- Erster Lehrauftrag für Allgemeinmedizin, DÄ, H. 36 (64), 1967, S. 1835
- Schweigepflicht muß auch bei Geschlechtskrankheiten erhalten bleiben. Bundesärztekammer gegen namentliche Meldungen an das Gesundheitsamt, DÄ, H. 39 (64), 1967, S. 2004
- Ovulationshemmer: Verschreibung und Überwachung nur durch den Arzt. Verlautbarung der Bundesärztekammer zur "Pille", DÄ, H. 48 (64), 1967, S. 2605

*Prof. Dr. Schaefer, H.:*

- Die Wiederherstellung der Beziehung von Arzt und Patient als Forderung der Sozialmedizin. Aus dem Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin, arbeitspsychologisch-experimentelle Abteilung, der Universität Heidelberg, DÄ, H. 44 (64), 1967, S. 2350-2356

*Dr. med. Sievers, E.-F.:*

- Das ärztliche Gespräch. Grundsätzliches und Erfahrungen mit sogenannten "Balint-Seminaren. Herrn Dr. med. Ludwig Sievers zum 80. Geburtstag gewidmet, DÄ, H. 12 (64), 1967, S. 637-639
- Das ärztliche Gespräch, Grundsätzliches und Erfahrungen mit sogenannten "Balint-Seminaren. Herrn Dr. med. Ludwig Sievers zum 80. Geburtstag gewidmet, DÄ, H. 13 (64), 1967, S. 701-705

*Dr. med. Sturm, E.:*

- Hat der praktische Arzt noch eine Zukunft? Aussprache, DÄ, H. 33 (64), 1967, S. 1723-1725

*Dr. med. Thäle, E.:*

- Gesundes Standesbewusstsein. Das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient nicht stören, DÄ, H. 8 (64), 1967, S. 417-418

## ***Deutsches Ärzteblatt 1968***

*Dr. H.:*

- Die Erklärung von Sydney. Zur Bestimmung des Todeszeitpunktes, DÄ, H. 35 (65), 1968, S. 1865-1870

*Ohne Verfasser:*

- Schweigepflicht bleibt gewahrt. Der Arzt in Europa, DÄ, H. 5 (65), 1968, S. 246-247
- Hormonale Kontrazeption, Wirkungsdauer, Applikationsmodus und Erfolgsquoten routinemäßig verwendeter Präparate, DÄ, H. 6 (65), 1968, S. 315-316
- Transplantations-Konferenz. Der Arzt in Europa, DÄ, H. 9 (65), 1968, S. 480-481
- Noch keine Herztransplantationen. Aus den Bundesländern, DÄ, H. 12 (65), 1968, S. 664
- Extrakorporale Nierentransplantationen. Notizen, DÄ, H. 17 (65), 1968, S. 961
- Wann ist der Mensch tot? Für Sie gelesen, DÄ, H. 17 (65), 1968, S. 982
- Kriterien des Todes. Tagungen und Kongresse, DÄ, H. 19 (65), 1968, S. 1111-1114
- Organtransplantation im Experiment. Für die klinische Organtransplantation müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, DÄ, H. 27 (65), 1968, S. 1539-1540
- Probleme der Organtransplantation. Aus der Sicht des Chirurgen und des Juristen, DÄ, H. 32 (65), 1968, S. 1741-1742
- Die Grenzen der Meldepflicht. Keine namentliche Meldung aller Behinderten an das Gesundheitsamt, DÄ, H. 41 (65), 1968, S. 2223-2224
- Keine namentliche Meldung bei Geschlechtskrankheiten. Wahrung des Arzt-Patienten-Geheimnisses unerlässlich, DÄ, H. 43 (65), 1968, S. 2371

*Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. Pribilla, O.:*

- Juristische, ärztliche und ethische Fragen zur Todesfeststellung. Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Kiel (Direktor: Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Dr. jur. h. c. W. Hallermann), DÄ, H. 43 (65), 1968, S. 2396-2398

*Dr. med. Stockhausen, J.:*

- Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern) Deutscher Ärztetag. Tätigkeitsbericht, DÄ, H. 20 (65), 1968, S. 1143-1205
- Tätigkeitsbericht 1967/68 der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern). Fortsetzung aus Heft 20/1968\*, DÄ, H. 21 (65), 1968, S. 1231-1237

*Dr. med. Zittel, R. X., Dr. med. Heinze, V.:*

- Die Nierentransplantation. Aus der Chirurgischen Universitätsklinik (Direktor Prof. Dr. H. Krauss) und der Medizinischen Universitätspoliklinik Freiburg im Breisgau (Dir.: Prof. Dr. H. Sarre), DÄ, H. 30 (65), 1968, S. 1673-1674

## ***Deutsches Ärzteblatt 1969***

*Dr. med. Biermann, H. B.:*

- Probleme einer Soziologie der praktischen Allgemeinmedizin, DÄ, H. 41 (66), 1969, S. 2825-2828

*Fromm, E.:*

- Quo vadis, Bundesärztekammer? DÄ, H. 19 (66), 1969, S. 1303-1308

*Dr. jur. Herbst, L.:*

- Das Arztgeheimnis im Gerichtssaal. Bei der Erstattung von Gutachten sollte die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden, DÄ, H. 39 (66), 1969, S. 2713-2715

*Mandt, P.:*

- Geltendes und geplantes Strafrecht. Eine Bestandsaufnahme im Hinblick auf die ärztliche Tätigkeit, DÄ, H. 47 (66), 1969, S. 3335-3339
- Geltendes und geplantes Strafrecht. Eine Bestandsaufnahme im Hinblick auf die ärztliche Tätigkeit, DÄ, H. 48 (66), 1969, S. 3419-3423
- Geltendes und geplantes Strafrecht. Eine Bestandsaufnahme im Hinblick auf die ärztliche Tätigkeit, DÄ, H. 48 (66), 1969, S. 3489-3493

*Mohl, H.:*

- Das Image des Arztes. Ergebnis einer Repräsentativerhebung, DÄ, H. 25 (66), 1969, S. 1867-1869

*Prof. Dr. Drs. h. c. Nachtsheim, H.:*

- Interruptio: ja oder nein? DÄ, H. 21 (66), 1969, S. 1633-1637

*Dr. Nienhaus:*

- Auskunftspflicht. Auskunftserteilung der Ärzte gegenüber den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, DÄ, H. 20 (66), 1969, S. 1435

*Ohne Verfasser:*

- Allein im Interesse des Patienten. Ärzteschaft gegen umfassenden Meldezwang bei Behinderten, DÄ, H. 1 (66), 1969, S. 1-2
- Nicht Ärzte durchbrachen die Schweigepflicht, DÄ, H. 5 (66), 1969, S. 241-242
- Patienten-Geheimnis unbedingt wahren, DÄ, H. 6 (66), 1969, S. 312
- Aus der Fragestunde des Deutschen Bundestages, DÄ, H. 10 (66), 1969, S. 654-655
- Freiwillige Euthanasie vorgeschlagen. Der Arzt in Europa, DÄ, H. 13 (66), 1969, S. 858
- Aus rechtlicher Sicht: Todeszeitbestimmung, Reanimation und Organtransplantation. Professor Dr. jur. Ernst-Walter Hanack, DÄ, H. 19 (66), 1969, S. 1320-1331
- Patientengeheimnis bei Geschlechtskrankheiten gefährdet! DÄ, H. 27 (66), 1969, S. 1970
- Kompromiß um Meldepflicht für Behinderte. Pflicht alle Ärzte zu chiffrierten Meldungen an das Gesundheitsamt eingeführt, DÄ, H. 29 (66), 1969, S. 2080-2081
- Familienplanung - ärztliche Aufgabe in aller Welt. Notizen von einer internationalen Konferenz in Budapest, DÄ, H. 49 (66), 1969, S. 3494-3497

*Dr. Preuss, K.:*

- Lebertransplantation in Bonn, Der dringendste Wunsch des Operateurs: Wir brauchen mehr Organspender, DÄ, H. 27 (66), 1969, S. 1971-1972

*Schütze, W.:*

- Interruptio - ja oder nein? Zum Beitrag von Professor Dr. Dres. h. c. Hans Nachtsheim, DÄ, H. 21 (66), 1969, S. 1633

*Sieveking, W.:*

- Schein und Wahrheit im "Abtreibungsparadies". Erhebliche Bedenken der Ärzteschaft gegen das britische Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch, DÄ, H. 38 (66), 1969, S. 2618-2620

*Prof. Dr. med. Stockhausen, J.:*

- Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik 1968/69, zugleich Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer an den 72. Deutschen Ärztetag, DÄ, H. Sondernummer (66), 1969, S. 1449-1586
- Formen und Finanzierung der Krankenhilfe ("Medical Care"), DÄ, H. 29 (66), 1969, S. 2097-2104

*Wawersik, J.:*

- Todeszeitpunkt und Organtransplantation. Aus der Abteilung für Anästhesiologie (Vorstand: Prof. Dr. O. H. Just) an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg, DÄ, H. 19 (66), 1969, S. 1315-1319

## ***Deutsches Ärzteblatt 1970***

*Dr. Albers, D.:*

- Die Zukunft beginnt in diesem Augenblick. Der ärztliche Berufsstand muß sich aktiv anpassen, DÄ, H. 6 (67), 1970, S. 426-429

*Dr. Coudray, P.:*

- Das Rauchen - eine Sucht unserer Zeit. World Medical Journal, DÄ, H. 33 (67), 1970, S. 2486-2488

*Pater Dr. David SJ, J.:*

- Gibt es sittliche Normen der Sexualität? II. Einzelfragen der Ordnung des sexuellen Lebens, DÄ, H. 38 (67), 1970, S. 2779-2781

*Erhardt, H.:*

- Gegen Registrierpflicht für psychisch Kranke. Erste Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde zum geplanten Bundeszentralregistrierengesetz, DÄ, H. 37 (67), 1970, S. 2696

*Dr. med. Hellmann, R., Prof. Dr. med. Rose, G.:*

- Die heterologe Insemination als therapeutische Maßnahme androgen unfruchtbarer Ehen. Grundsätzliche Überlegungen und Erfahrungen aus zwanzigjähriger Anwendung des Verfahrens in der gynäkologischen Praxis, DÄ, H. 13 (67), 1970, S. 997-1002

*Prof. Dr. med. Kirchhoff, H.:*

- Künstliche heterologe Insemination, DÄ, H. 5 (67), 1970, S. 335-337

*Ohne Verfasser:*

- Meldepflicht der Ärzte für behinderte Patienten. Bundesärztekammer plädiert für praktikable Lösungen, DÄ, H. 12 (67), 1970, S. 893
- Schweigepflicht beamteter Ärzte bleibt unangetastet. Aus den Bundesländern, DÄ, H. 13 (67), 1970, S. 979
- Schwangerschafts-Abbruch praktisch freigegeben. Aus aller Welt, DÄ, H. 18 (67), 1970, S. 1358
- Transplantationsgesetze in US-Bundesstaaten geändert. Aus aller Welt, DÄ, H. 27 (67), 1970, S. 2141
- Heterologe Insemination. Blick auf den Bildschirm, DÄ, H. 27 (67), 1970, S. 2142
- Aus der Fragestunde des Deutschen Bundestages, DÄ, H. 27 (67), 1970, S. 2166-2169



- Aus der Fragestunde des Deutschen Bundestages, DÄ, H. 28 (67), 1970, S. 2224-2226
- Die "Deklaration von Oslo". Stellungnahme des Weltärztebundes zur therapeutischen Schwangerschaftsunterbrechung, Ergebnisse und Beschlüsse der XXIV. World Medical Assembly, DÄ, H. 37 (67), 1970, S. 2688-2695
- Ovulationshemmer für junge Mädchen? Medizinische und rechtliche Gründe: Nicht unter sechszehn Jahren. Leitsätze der Bundesärztekammer für die Verordnung, DÄ, H. 40 (67), 1970, S. 2970-2908
- Empörung und Protest. Kritisierte Bremer Fernsehsendung: Ein Höhepunkt in der Hetze gegen die Chefärzte, DÄ, H. 41 (67), 1970, S. 2989-2990
- Der Kampf gegen Rauschmittelmissbrauch. Glaubt das Gesundheitsministerium auf die Hilfe der Ärzteschaft verzichten zu können? DÄ, H. 41 (67), 1970, S. 3011-3016
- Freiheit für Arzt und Patient muß erhalten bleiben. Gesundheitspolitischer CSU-Kongreß in Bayreuth, DÄ, H. 46 (67), 1970, S. 3429
- "Verwerfliche Praktiken". Papst verurteilt jede Form der Abtreibung und Euthanasie, DÄ, H. 48 (67), 1970, S. 3604

*Dr. Poettgen, H.:*

- Über den Ursprung der Aggressionen gegen die Pille. Psychologische und theologische Probleme der Kontrazeption mittels Ovulationshemmer, DÄ, H. 44 (67), 1970, S. 3294-3297

*Dr. Preuss, K.:*

- Wir essen wie Schwerstarbeiter. Energische Warnung der Ernährungswissenschaftler, DÄ, H. 36 (67), 1970, S. 2660-2665

*Prof. Dr. med. Schadewaldt, H.:*

- Freiheit im Krankenhaus - Freiheit fürs Krankenhaus. Themen der Zeit, DÄ, H. 41 (67), 1970, S. 3017-3022

*Prof. Dr. med. Stockhausen, J.:*

- Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik 1970. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1969/70 an den 73. Deutschen Ärztetag, DÄ, H. Sondernummer (67), 1970, S. 1745-1849

*Dr. Tylden, E.:*

- Cannabis und Halluzinogene. World Medical Journal, DÄ, H. 39 (67), 1970, S. 2862-2867

## ***Deutsches Ärzteblatt 1971***

*Dr. Diepersloot, J.:*

- Der therapeutische Abort in den Niederlanden, DÄ, H. 5 (68), 1971, S. 310-313

*Döring, G. K.:*

- Wann beginnt die Schwangerschaft? Aus der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Harlaching (Chefarzt: Professor Dr. G. K. Döring), DÄ, H. 11 (68), 1971, S. 787-788
- Das Abtreibungsproblem heute. Aus der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching (Chefarzt: Professor Dr. G. K. Döring), DÄ, H. 12 (68), 1971, S. 864-866

- Morning-after-pill: Die postkoitale hormonelle Schwangerschaftsverhütung. Aus der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching (Chefarzt: Professor Dr. med. G. K. Döring), DÄ, H. 35 (68), 1971, S. 2395-2396

*Prof. Dr. jur. Dütz, W.:*

- Gefährdungshaftung für Ärzte? Freie Universität Berlin, DÄ, H. 11 (68), 1971, S. 828-833

*Dr. Goldmark jr., C.:*

- Das Problem der Abreibung in den USA. World Medical Journal, DÄ, H. 7 (68), 1971, S. 479-481

*Dr. Gosset, J. R.:*

- Neue Aspekte der Eugenik. World Medical Journal, DÄ, H. 45 (68), 1971, S. 3026-3028

*Holtmeier, H. J.:*

- Zu viel Fett in unserer Ernährung. Aus der Abteilung für Ernährungsphysiologie der Universität Hohenheim (Leiter: Abteilungsvorsteher Dozent Dr. med. H. J. Holtmeier), DÄ, H. 41 (68), 1971, S. 2743-2751

*Husslein, H.:*

- Gedanken zum Abortusproblem. Aus der II. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Professor Dr. med. H. Husslein), DÄ, H. 32 (68), 1971, S. 2247-2254

*Jachertz, N.:*

- Klischees, die sich allzu gut verkaufen. Wider die Schlagworte und Halbwahrheiten in der Diskussion um den § 218, DÄ, H. 31 (68), 1971, S. 2201-2205

*Prof. Dr. Kirchhoff, H.:*

- Stellungnahme deutscher Frauenärzte zum Problem der Schwangerschaftsunterbrechung im Rahmen der Strafrechtsform. Direktor der Universitäts-Frauenklinik Göttingen und Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, DÄ, H. 20 (68), 1971, S. 1481-1484

*Dr. Menzerath, M.:*

- Rauschgiftsucht - "Letalfaktor" unserer Zivilisation? Probleme der ärztlichen Praxis: Eine Podiumsdiskussion in Montecatini Terme, DÄ, H. 28 (68), 1971, S. 2097-2100

*Ohne Verfasser:*

- Bedenken gegen Registrierung psychisch Kranker bleiben bestehen. Nicht alle ärztlichen Einwände gegen Bestimmungen des Bundeszentralregistergesetzes berücksichtigt, DÄ, H. 2 (68), 1971, S. 51-52
- Keine Meldepflicht bei Kindesmisshandlungen. Von Woche zu Woche, DÄ, H. 2 (68), 1971, S. 53
- Dänische Erfahrungen zum therapeutischen Abort. World Medical Journal, DÄ, H. 7 (68), 1971, S. 481-482
- Mehr legale Aborte als Geburten. Kritik an der Praxis der Schwangerschaftsunterbrechungen in Ungarn, DÄ, H. 8 (68), 1971, S. 568-569
- 9,3 Millionen DM für schwerbehinderte Kinder. Fragestunde des Bundestages, DÄ, H. 18 (68), 1971, S. 1330-1331

- Entschließungen und Beschlüsse. 74. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 23 (68), 1971, S. 1801-1809
- Kindesmisshandlungen: Schweigepflicht gelockert. Der Arzt in Europa, DÄ, H. 36 (68), 1971, S. 2416
- Vom ärztlichen Berufsethos bis zum Drogen-Abusus. XXV. Generalversammlung des Weltärztebundes in Ottawa, DÄ, H. 42 (68), 1971, S. 2791-2797
- Die "Pille" im politischen Raum. Nachrichten, DÄ, H. 47 (68), 1971, S. 3123
- Die Freiheit für Arzt und Patient gemeinsam wahren. Präsidium des Deutschen Ärztetages, erweiterter Vorstand der Bundesärztekammer, Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erörtern die Bedrohung der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit, DÄ, H. 52 (68), 1971, S. 3429-3435

*Dr. Pöldinger, W.:*

- Der ängstliche Patient in der ärztlichen Praxis. Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel (Direktor: Professor Dr. P. Kielholz), DÄ, H. 3 (68), 1971, S. 133-137

*Dr. Stanley S. B. Gilder:*

- Therapeutischer Abort in Großbritannien. London, DÄ, H. 1 (68), 1971, S. 30-33

*Prof. Dr. Stockhausen, J.:*

- Das Risiko der "Pille". Bundesärztekammer fordert von Bonn die finanzielle Unterstützung einer Langzeitstudie über Nebenwirkungen von Ovulationshemmern, DÄ; H. 39 (68), 1971, S. 2579-2580

*Weise, R.:*

- Zum Nutzen der Kranken, zum Schutze der Gesunden. Jahrestagung des "Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung", DÄ, H. 7 (68), 1971, S. 443-446

## ***Deutsches Ärzteblatt 1972***

*Prof. Dr. med. Döring, G. K.:*

- Empfängnisverhütung mit Hilfe der Temperatur-Methode. Die Messung der Basaltemperatur als natürliche Methode zur Empfängnisverhütung spielt auch im Zeitalter der "Pille" eine erhebliche Rolle, DÄ, H. 16 (69), 1972, S. 963-966

*Dr. med. Faber, F. R.:*

- Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung. Zur Begrenzung des Indikationsbereichs, DÄ, H. 40 (69), 1972, S. 2549-2555

*Dr. Gosset, I. R.:*

- Ärztliche Ethik: Idealismus oder Pragmatismus? World Medical Journal, DÄ, H. 17 (69), 1972, S. 1067-1068

*Hess, A.:*

- Strafprozessuale Beschlagnahmefugnis und ärztliche Schweigepflicht. Rechtspraxis, DÄ, H. 24 (69), 1972, S. 1714-1716

*Jahn, G.:*

- Der Bundesjustizminister zur künstlichen Insemination. Zu einer Stellungnahme in Heft 36/1970, Seite 2641, DÄ, H. 6 (69), 1972, S. 309-313

*Dr. med. Jungmann, G.:*

- Von der Fürsorge zur Vorsorge, DÄ, H. 14 (69), 1972, S. 831-835

*Prof. Dr. med. Krauß, P.:*

- Aktuelle Probleme der ärztlichen Schweigepflicht. Rechtspraxis, DÄ, H. 18 (69), 1972, S. 1156-1163

*Dr. jur. Lhotová, O.:*

- Organverpflanzung ohne Gesetz, Richtlinien gefordert "damit vor allem die Bevölkerung beruhigt wird", DÄ, H. 6 (69), 1972, S. 321

*Krull, P., Lindemann, F. W., Kunitsch, G.:*

- Dem Todkranken die Wahrheit sagen? Zum Problem des offenen Gesprächs am Krankenbett, DÄ, H. 21 (69), 1972, S. 1373-1375

*Dr. med. Mölling, E.:*

- Der antiautoritäre Patient, DÄ, H. 45 (69), 1972, S. 2962-2964

*D. Morgan:*

- Abtreibung - wie ein Gang zum Friseur. Schwangerschaftsabbruch in den osteuropäischen Ländern, DÄ, H. 42 (69), 1972, S. 2734-2738

*Dr. med. Niehues, H.:*

- Das Bild des Allgemeinarztes wird schärfer. Impressionen aus dem Berliner Seminar anlässlich einer Tagung der "Deutschen Akademie der praktischen Ärzte", DÄ, H. 16 (69), 1972, S. 998-999

*Ohne Verfasser:*

- Presse beeinflusst "Pillen"-Einnahme. Australien, DÄ, H. 9 (69), 1972, S. 468
- "Nötigung" zum Schwangerschaftsabbruch. Großbritannien, DÄ, H. 10 (69), 1972, S. 541
- Abtreibungslizenz entzogen. Großbritannien, DÄ, H. 11 (69), 1972, S. 608
- Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation, Bedenken zur Rechtsstellung des Arztes, DÄ, H. 13 (69), 1972, S. 729-735
- Stärkere Förderung von Ärzten für Allgemeinmedizin - Keine "Fachärzte" mehr. Tagesordnungspunkt "Forschung, Lehre und Berufsbildung in der Allgemeinmedizin der Arbeitssitzungen des 75. Deutschen Ärztetages, DÄ, H. 24 (69), 1972, S. 1694-1696
- Schlechte Beratung bei Abbruch der Schwangerschaft. Tschechoslowakei, DÄ, H. 27 (69), 1972, S. 1856
- Gesetzesentwurf über die Abtreibung. Luxemburg, DÄ, H. 34 (69), 1972, S. 2186

*Dr. med. Poettgen, H.:*

- Aspekte und Kriterien der medizinisch-sozialen Indikation. Berücksichtigung psychosomatischer Aspekte bei der Reform des § 218, DÄ, H. 14 (69), 1972, S. 840-843

*Prof. Dr. med. Stockhausen, J.:*

- Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik 1972. Fakten Tendenzen Probleme. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1971/72, DÄ, H. 23a (69), 1972, S. 1507-1645

*Prof. Dr. med. Vasterling, H. W.:*

- Sterilisiert und doch zeugungsfähig. Eine neue Möglichkeit der Familienplanung, DÄ, H. 8 (69), 1972, S. 426-427

### ***Deutsches Ärzteblatt 1973***

*Prof. Dr. med. Bräutigam, W.:*

- Wie erkennt man psychosomatische Krankheiten? Zur Methodik des diagnostischen Gesprächs, Aus der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg (Leiter: Professor Dr. med. W. Bräutigam), DÄ, H. 4 (70), 1973, S. 206-208

*Burkart, G., Burkart, W.:*

- Computer und Arztgeheimnis in der Medizin. Bericht über die wissenschaftliche Tagung im Rahmen der XXVII. Generalversammlung des Weltärztebundes, München, 17./18. Oktober 1973, Fortsetzung und Schluß, DÄ, H. 51 (70), 1973, S. 3503-3506

*Prof. Dr. med. Gostomzyk, J. G., cand. med. Heß, G., Prof. Dr. med. Leithoff, H.:*

- Die Aufklärungspflicht aus ärztlicher Sicht. Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Mainz (Direktor: Prof. Dr. med. H. Leithoff), DÄ, H. 1 (70), 1973, S. 25-32

*Häussermann, E.:*

- Euthanasie: Neues Thema in den Funk- und Fernseh-Studios. Blick auf den Bildschirm, DÄ, H. 34 (70), 1973, S. 2183-2184

*Dr. med. Müller, H.:*

- Die Stellung der Fristenlösung im ärztlichen Verhältnis zum menschlichen Leben. Aus der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. F. Kubli), DÄ, H. 18 (70), 1973, S. 1214-1217

*Ohne Verfasser:*

- Attacke der Jungliberalen auf das Abtreibungsgesetz. Großbritannien, DÄ, H. 2 (70), 1973, S. 63
- Transplantations-Paß. Großbritannien, DÄ, H. 2 (70), 1973, S. 63
- Sie hören nicht auf den Papst. Vereinigte Staaten, DÄ, H. 6 (70), 1973, S. 364
- Zum Nutzen von Patient und Arzt, Nachrichten, DÄ, H. 10 (70), 1973, S. 610
- Ersatzkassen gegen "Krankenschein-Pille". Nachrichten, DÄ, H. 11 (70), 1973, S. 667
- Pillenverschreibung ist Kassenleistung. Niederlande, DÄ, H. 13 (70), 1973, S. 815
- Zusammenwirken von Ärzten und Presse. Richtlinien über die Mitwirkung bei Publikationen, DÄ, H. 18 (70), 1973, S. 1212-1214
- Die Verantwortung auf die Ärzte abgeschoben? Aus der ersten Lesung des Bundestages über die Reform des Abtreibungsgesetzes, DÄ, H. 22 (70), 1973, S. 1452-1453
- CDU will Transplantationen gesetzlich regeln. Berlin, DÄ, H. 26 (70), 1973, S. 1719-1720
- Abtreibungs-Denkschrift der Ärzte. Norwegen, DÄ, H. 26 (70), 1973, S. 1721
- Zur Aufklärungspflicht des Arztes, Nachrichten, DÄ, H. 29 (70), 1973, S. 1902
- Bessere Information für den Patienten. DÄ, H. 30 (70), 1973, S. 1965
- Schwangerschaftsabbruch nur bei medizinischer Indikation. Westfalen-Lippe, DÄ, H. 32 (70) 1973, S. 2071

- Aufklärung der Öffentlichkeit ist Medizin heute. XXI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer in Grado, DÄ, H. 33 (70), 1973, S. 2149-2155
- Legale Abtreibung eingeschränkt, Bulgarien. Der Arzt in Europa, DÄ, H. 35 (70), 1973, S. 2234
- Gefahren für Arztgeheimnis überwinden. Wissenschaftliche Tagung aus Anlaß der XXVII. Generalversammlung des Weltärztebundes in München: "Computer und Arztgeheimnis in der Medizin", DÄ, H. 35 (70), 1973, S. 2236
- Computer und Arztgeheimnis in der Medizin. Wissenschaftliche Tagung des Weltärztebundes, XXVII. Weltärztertäg, DÄ, H. 44 (70), 1973, S. 3032-3034

*Dr. med. Runge, H.:*

- Komplikationen beim legalen Schwangerschaftsabbruch. Zur Leserschrift der "Frauenaktion 70" in Heft 4/1973, Seite 213, DÄ, H. 17 (70), 1973, S. 1125

*Prof. Dr. med. Sewering, H. J.:*

- Das Gesundheitswesen als ideologisches Experimentierfeld. Nach hundert Jahren Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 41 (70), 1973, S. 2638-2644

*Dr. med. Warkentin, B.:*

- Aufklärung der Patienten bei bösartigen Erkrankungen. Fortsetzung und Schluß, DÄ, H. 15 (70), 1973, S. 995-999

*Dr. Werner, G. T.:*

- Schwangerschaftsabbruch aus indischer Sicht. Umfassender Indikationskatalog - Keine "Fristenlösung", DÄ, H. 27 (70), 1973, S. 1811-1812

## ***Deutsches Ärzteblatt 1974***

*Prof. Dr. med. Bräutigam, W.:*

- Die "Schutzwürdigkeit des Lebens" in der Diskussion um die Fristenregelung, DÄ, H. 17 (71), 1974, S. 1262-1264

*Burkart, G.:*

- Computer in der Medizin. Journalistenseminar der Universität Münster, DÄ, H. 14 (71), 1974, S. 1027-1029

*Ehrhardt, H. E.:*

- Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie, DÄ, H. 23 (71), 1974, S. 1695-1705

*Gütgemann, A.:*

- Probleme der Organtransplantation. Biologische ärztlich-ethische und juristische Aspekte, DÄ, H. 21 (71), 1974, S. 1563-1568

*Hampel, K. E.:*

- Über den Tod, DÄ, H. 47 (71), 1974, S. 3411-3416

*Jachertz, N.:*

- Die große Freiheit? Bundesärztekammer betont: Gewissensentscheidung des Arztes muß unbedingt geachtet werden, DÄ, H. 19 (71), 1974, S. 1367-1368

*Jatho, K.:*

- Gedanken zur ärztlichen Sterbehilfe, DÄ, H. 36 (71), 1974, S. 2587-2590

*M.-M. jr. :*

- Meldepflicht - Hilfe für Behinderte, DÄ, H. 18 (71), 1974, S. 1295

*Nelson, H.:*

- Amerikas Ärzte verurteilen Euthanasie, DÄ, H. 1 (71), 1974, S. 14

*Ohne Verfasser:*

- Caritasverband gegen Meldepflicht für Behinderte. Bayern, DÄ, H. 6 (71), 1974, S. 347
- Votum der Bundesärztekammer zur Reform des § 218 StGB. Für legalen Schwangerschaftsabbruch als therapeutische Maßnahme ("Indikationslösung") - Gegen die völlige strafrechtliche Freigabe im Rahmen einer Frist von drei Monaten ("Fristenlösung"), DÄ, H. 15 (71), 1974, S. 1059
- Erklärung der Bundesärztekammer, DÄ, H. 19 (71), 1974, S. 1368-1369
- Indikationslösung bei der Sterilisation? Nachrichten, DÄ, H. 34 (71), 1974, S. 2459
- Alternativentwürfe für Transplantations- und Sektionsgesetz, DÄ, H. 35 (73), 1976, S. 2196
- Abtreibung bleibt noch strafbar. Aus den Bundesländern, DÄ, H. 36 (71), 1974, S. 2558-2559

*Dr. med. Poettgen, H.:*

- Reform des § 218: Ordnungsdenken allein reicht nicht aus. Humane und pragmatische Gründe für die "Fristenlösung", DÄ, H. 1 (71), 1974, S. 38-42

*Prof. Dr. Sewering, Dr. Voges, Dr. Muschalik:*

- Sachliche Aufklärung der Patienten. Zehn Millionen Informationsblätter der Aktionsgemeinschaft der deutschen Ärzteschaft zur Verteilung in den Wartezimmern, DÄ, H. 21 (71), 1974, S. 1521-1522

*Prof. Dr. med. Stoll, P.:*

- Schwangerschaftsabbruch und Familienplanung. Aus der Universitätsfrauenklinik Mannheim (Direktor Prof. Dr. Peter Stoll), Fakultät für klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg, DÄ, H. 2 (71), 1974, S. 67-68

## ***Deutsches Ärzteblatt 1975***

*Burkart, W.:*

- Freiheit in ethischer Verantwortung. Die XXIX. Generalversammlung des Weltärztebundes vom 6. bis 10. Oktober 1975 in Tokio, DÄ, H. 46 (72), 1975, S. 3161-3170

*Dr. med. Ernst, S.:*

- Karlsruhe - und was jetzt? Zu einem Bericht, DÄ, H. 27 (72), 1975, S. 1983

*Dr. Hess, R.:*

- Die Rechtslage beim Schwangerschaftsabbruch nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Rechtspraxis, DÄ, H. 41 (72), 1975, S. 2865-2866

*Dr. med. Höhn, N., Sievers, S.:*

- Erste Erfahrungen aus der Beratungs-Sprechstunde für Schwangerschaftsabbruch. Aus der Frauenklinik (Direktor: Professor Dr. med. Peter Stoll) im Klinikum Mannheim der Universität Heidelberg, DÄ, H. 14 (72), 1975, S. 969-970

*Dr. med. Meyer, E. Th.:*

- Die Herausforderung für den europäischen Arzt, DÄ, H. 18 (72), 1975

*Dr. jur. Matzke, H.:*

- Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Zu den medizinischen Maßnahmen nach dem Sterilisationsreform-Ergänzungsgesetz, DÄ, H. 50 (72), 1975, S. 3405-3407

*Ohne Verfasser:*

- Fünffacher Anstieg der Schwangerschaftsabbrüche. DDR, DÄ, H. 2 (72), 1975, S. 58
- Übernationale Aktion gegen Abtreibung, Nachrichten, DÄ, H. 3 (72); 1975, S. 117
- "Jeder hat das Recht auf natürlichen Tod". Baden-Württemberg, DÄ, H. 3 (72), 1975, S. 120
- Gesetz über Schwangerschaftsabbruch undurchführbar. Österreich, DÄ, H. 7 (72), 1975, S. 411
- Abtreibung in Italien: Indikationsmodell in Sicht. Aber die Gesundheitsreform wird dadurch in Frage gestellt, DÄ, H. 11 (72), 1975, S. 760-761
- Krankenhausbetten für Schwangerschaftsabbrüche sind knapp. Berlin, DÄ, H. 17 (72), 1975, S. 1183
- Transplantationsgesetz noch in dieser Legislaturperiode. Aus dem Bundestag, DÄ, H. 18 (72), 1975, S. 1293
- Breites Spektrum gesundheits- und sozialpolitischer Forderungen. Diskussion und Entschließungen zu Tagesordnungspunkt 4 der Plenarberatungen des 78. Deutschen Ärztetages, DÄ, H. 22 (72), 1975, S. 1689-1700
- Karlsruhe - und was jetzt? Eine Illustrierte zeigte die Möglichkeiten einer sachlichen Diskussion der (noch verbliebenen) Abtreibungsproblematik auf. Vorbereitung eines neuen § 218, DÄ, H. 27 (72), 1975, S. 1983-1985
- Kontrazeptiva auch künftig nicht kostenfrei. Aus dem Bundestag, DÄ, H. 28 (72), 1975, S. 2067
- Keine Gefährdungshaftung bei "Kunstfehlern". Aus dem Bundestag, DÄ, H. 28 (72), 1975, S. 2067-2068
- Krankenversicherung zahlt für Sterilisation und Abbruch einer Schwangerschaft. Nachrichten, DÄ, H. 33 (72), 1975, S. 2295
- Die "Pille" jetzt kostenlos. Großbritannien, DÄ, H. 35 (72), 1975, S. 2388
- Beratungsstellen nach § 218 c. Niedersachsen, DÄ, H. 38 (72), 1975, S. 2593
- Ausreichender Schutz durch eine Haftpflicht - Versicherung, DÄ, H. 42 (72), 1975, S. 2939-2942
- Widersprüchliche Entwürfe eines "§ 218". Nach SPD und FDP legten auch CDU und CSU einen Gesetzes-Vorschlag für die Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs vor, DÄ, H. 44 (72), 1975, S. 3017-3020
- Planbetten für Schwangerschaftsabbruch. Berlin, DÄ, H. 45 (72), 1975, S. 3095-3096

*Schaefer, H.:*

- Die medizinische Nemesis - eine Häresie, Bemerkungen zu einem Symposium "Grenzen der Medizin", DÄ, H. 25 (72), 1975, S. 1889-1892



*Dr. Schaetzing, E.:*

- Änderung des § 218: Fristen ohne Ende, DÄ, H. 40 (72), 1975, S. 2769-2771

*Dr. Schmitt, L.:*

- Gedanken zur ärztlichen Sterbehilfe. Zu dem Artikel von Prof. Dr. med. Kurt Jatho in Heft 36/1974. Definitionen, DÄ, H. 15 (72), 1975, S. 1061-1062

*Prof. Dr. Sewering, H. J.:*

- Jetzt notwendig: Grundsätze und Leitsätze für die Indikationsregelung. Zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts, DÄ, H. 12 (72), 1975, S. 789-791

*Dr. med. Sievers, S., Dr. med. Höhn, N.:*

- Sprechstunde für Schwangerschaftsabbruch. Ein zweiter Erfahrungsbericht. Aus der Frauenklinik des Klinikums Mannheim der Universität Heidelberg (Direktor: Professor Dr. med. Peter Stoll), DÄ, H. 43 (72), 1975, S. 2977-2981

*Stocksmeier, U., Weber, H.:*

- Im Ergebnis "gut", Welches Bild machen sich die Patienten von "ihren" Ärzten?, DÄ, H. 31 (72), 1975, S. 2221-2225

*Weissauer, W.:*

- Schmerz und Schmerzensgeld. Ein gemeinsames Problem für Arzt und Jurist, DÄ, H. 24 (72), 1975, S. 1838-1840

## **Deutsches Ärzteblatt 1976**

*Christian, W.:*

- Statistik der Schwangerschaftsabbrüche eingeführt. "Anzeigepflicht" für Ärzte, DÄ, H. 46 (73), 1976, S. 2956-2960

*Hellmann, M.:*

- Medizinberichterstattung in der Presse, DÄ, H. 45 (73), 1976, S. 2877-2882

*Dr. jur. Hess, R.:*

- Das neue Strafrecht zum Schwangerschaftsabbruch. Informationen über die Neufassung der §§ 218 ff des Strafgesetzbuches, DÄ, H. 25 (73), 1976, S. 1651-1654
- Neue Entscheidung des Bundesgerichtshofs zur Sterilisation, DÄ, H. 47 (73), 1976, S. 3056-3060

*Dr. Muschallik, H. W.:*

- Unser Schicksal ist eng verknüpft mit den krisenhaften Finanzierungsproblem. "Bericht zur Lage" vor der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 11. Dezember 1976 in Köln, DÄ, H. 52 (73), 1976, S. 3341-3350

*Ohne Verfasser:*

- Bundesärztekammer stimmt einem Transplantationsgesetz grundsätzlich zu. Regierungsentwurf: Brauchbare Kompromisslösung, DÄ, H. 2 (73), 1976, S. 39-40
- Jetzt setzen wir Ärzte uns zur Wehr, DÄ, H. 8 (73); 1976, S. 469-472
- Bundesweite Aktion zur Aufklärung der Patienten, DÄ, H. 9 (73), 1976, S. 543-547
- Die neuen 218-Bestimmungen. Beschlussfassung des Deutschen Bundestages über das 15. Strafänderungsgesetz, DÄ, H. 10 (73), 1976, S. 620-622

- Kunstfehler: Jetzt kommen die Anwälte dran. Vereinigte Staaten, DÄ, H. 10 (73), 1976, S. 632
- "Wir lassen uns nicht länger zum Buhmann der Nation machen!" 3000 Ärzte bei der Protestkundgebung in Dortmund, DÄ, H. 11 (73), 1976, S. 700-701
- Auch ohne Reform mehr Schwangerschaftsabbrüche. Liberale Handhabung in den meisten Bundesländern, DÄ, H. 11 (73), 1976, S. 703-704
- Der informierte Patient spart Kosten. Erster Internationaler Kongreß über Patientenberatung, DÄ, H. 27 (73), 1976, S. 1832
- Übergangsprobleme mit dem § 218, DÄ, H. 34 (73), 1976, S. 2147-2148
- Programm zur Durchführung des § 218. Berlin, DÄ, H. 35 (73), 1976, S. 2200
- Alternativentwürfe für Transplantations- und Sektionsgesetz, DÄ, H. 35 (73), 1976, S. 2196
- Empfehlungen der Kirchen über die Anwendung der §218-Bestimmungen, DÄ, H. 38 (73), 1976, S. 2387-2389

*Dr. med. Perret, W.:*

- Das medizinische Gutachten bei Arzt-Haftpflichtschäden, DÄ, H. 31 (73), 1976, S. 2033-2034

*Prof. Dr. Sewering, H. J.:*

- Der total entblößte Bürger, DÄ, H. 42 (73), 1976, S. 2630-263

## ***Deutsches Ärzteblatt 1977***

*Burkart, W.:*

- Ärztliche Hilfe für den Sterbenden. Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, DÄ, H. 31 (74), 1977, S. 1933-1937

*Dr. med. Franke, K.:*

- Exitus letalis. Ein kleines, aber überaus wichtiges Buch, DÄ, H. 29 (74), 1977, S. 1865-1867

*Dr. med. Dr. theol. Meinhardt, J.:*

- Der Arzt als Pädagoge, DÄ, H. 36 (74), 1977, S. 2177-2180

*Dr. Neumeister (CDU):*

- Transplantationsgesetz überfällig. Nachrichten, DÄ, H. 39 (74), 1977, S. 2310

*Ohne Verfasser:*

- "Patient muß Individuum bleiben", DÄ, H. 5 (74), 1977, S. 277-278
- Ernüchterung und Kritiklosigkeit gegenüber dem Medizin-Computer, Gedanken und Beobachtungen bei der "Medcomp 77" in Berlin, DÄ, H. 10 (74), 1977, S. 671-674
- Kein Gesetz für Organverpflanzungen. Nachrichten, DÄ, H. 13 (73), 1977, S. 857
- ... und abends Gäste in der Klinik, Einzigartiges Experiment in Bad Trissl: Talk-Show für Patientinnen, DÄ, H. 14 (73), 1977, S. 922-923
- Hysterie wegen vermeintlicher "Kunstfehler" breitet sich aus. Nachrichten, DÄ, H. 20 (74), 1977, S. 1359
- Vom 80. Deutschen Ärztetag beschlossene Neufassungen in der Berufsordnung, DÄ, H. 21 (74), 1977, S. 1441
- Abtreibung: 13 000 Fälle in sechs Monaten. Nachrichten, DÄ, H. 24 (74), 1977, S. 1577

- Auf drei Geburten eine Abtreibung. Vereinigte Staaten, DÄ, H. 38 (74), 1977, S. 2263
- Gesetz zur Ausführung des § 218. Hessen. Aus den Bundesländern, DÄ, H. 44 (74), 1977, S. 2611

*Petersen, P.:*

- Seelische Folgen nach legalem Schwangerschaftsabbruch, Ergebnisse einer Sammelstatistik der internationalen Literatur, DÄ, H. 18 (74), 1977, S. 1205-1212

*Dr. med. Poettgen, H.:*

- Schwangerschafts-Konfliktberatung bei der "Notlagen-Indikation", DÄ, H. 8 (74), 1977, S. 515-521

*Schreiber, H.-L., Müller-Dethard, G.:*

- Der medizinische Sachverständige im Strafprozeß, DÄ, H. 6 (74), 1977, S. 373-378

*Prof. Dr. med. von Troschke, J., Prof. Dr. phil. Siegrist, J.:*

- Das Krankenhaus-Patientenheft in der Erprobung. Befragungsergebnisse über die Anwendungsmöglichkeiten eines Patientenleitfadens, DÄ, H. 40 (74), 1977, S. 2393-2396

*Voigt, U.:*

- Das Rollenbild des Hausarztes, Bundesverband der Allgemeinärzte diskutierte Leitsätze über "Gesundheitssicherung", DÄ, H. 26 (74), 1977, S. 1739-1741

*Prof. Dr. jur. Wannagat, G.:*

- Arzt und Gesellschaft, DÄ, H. 28 (74), 1977, S. 1813-1817

## ***Deutsches Ärzteblatt 1978***

*Dr. jur. Hess, R.:*

- Datenschutzgesetz noch unzureichend. Die Auswirkungen des neuen Bundesrechts auf Arztpraxen, Krankenhäuser und Versicherungen, DÄ, H. 2 (75), 1978, S. 49-58
- Schutz von Patientendaten in arbeitsmedizinischen Diensten, DÄ, H. 18 (75), 1978, S. 1055-1057

*Dr. jur. Dr. rer. pol. Hiller, C., Prof. Dr. med. Hiersche, H.-D.:*

- Die Verfassungswidrigkeit der Notlage-Indikation. Zu § 218 a/II/Ziff. 3 StGB, DÄ, H. 13 (75), 1978, S. 781-785

*Dr. med. Jungmann, G.:*

- Der Arzt als Gesundheitserzieher, DÄ, H. 14 (75), 1978, S. 829-836

*Prof. Dr. med. Kuhlendahl, H.:*

- Die ärztliche Aufklärungspflicht oder der kalte Krieg zwischen Juristen und Ärzten, DÄ, H. 36 (75), 1978, S. 1984-2007

*Prof. Dr. med. Lau, H.:*

- Zwei Jahre "Reformparagraf 218": Was ist - was wird? DÄ, H. 40 (75), 1978, S. 2283-2290

*Prof. Dr. med. Murken, J.-D.:*

- Genetische Beratung und pränatale Diagnostik. Referat zur Tageordnungspunkt III, DÄ, H. 23 (75), 1978, S. 1379-1396

*Ohne Verfasser:*

- 12 700 Schwangerschaftsabbrüche im zweiten Quartal 1977. Nachrichten, DÄ, H. 2 (75), 1978, S. 51
- Schwangeren-Beratung ohne Namens-Registrierung. Berlin. Aus den Bundesländern, DÄ, H. 6 (75), 1978, S. 284
- Für "Widerspruchslösung" bei Transplantationsgesetz. Nordrhein-Westfalen. Aus den Bundesländern, DÄ, H. 16 (75), 1978, S. 971
- Ärztekammer fordert wirksamen Datenschutz. Niedersachsen, Aus den Bundesländern, DÄ, H. 18 (75), 1978, S. 1054
- Abtreibungen, In einem Satz. Nachrichten, DÄ, H. 21 (75), 1978, S. 1232
- Jede dritte Schwangerschaft wird legal abgebrochen. Berlin. Aus den Bundesländern, DÄ, H. 34 (75), 1978, S. 1881
- "Abtreibungs-Mekka" Niederlande. Nachrichten, DÄ, H. 39 (75), 1978, S. 2177-2178
  
- Die "Minimierung des Vertrauens in die ärztliche Sorgfalt". Es wäre sachdienlicher Klagen im einzelnen nachzugehen, statt sie anonym zu publizieren, DÄ, H. 49 (75), 1978, S. 2954-2955

*Prof. Dr. med. Petersen, P.:*

- Seelische Folgen nach endgültiger Kontrazeption. Ergebnisse internationaler Studien über freiwillige Sterilisation des Mannes und der Frau aus Gründen der Familienplanung, DÄ, H. 12 (75), 1978, S. 695-700

*Roemer-Hoffmann, H.:*

- Dringlicher als das Gesetz: Intensive Werbung für die Transplantationsmedizin! DÄ, H. 45 (75), 1978, S. 2641-2644

*Schiffner, K.:*

- Möglichkeiten psychosozialen Handelns in der ärztlichen Praxis, DÄ, H. 10 (75), 1978, S. 579-582

*Dr. med. Schlögell, R.:*

- Die Risiken für Patienten durch die Datenverarbeitung ohne ärztliche Überwachung. Richtlinien des Weltärztebundes, DÄ, H. 33 (75), 1978, S. 1843-1845

*Dr. Schweisheimer, W.:*

- Das Gesetz über Sterbehilfe in Kalifornien. Vereinigte Staaten, DÄ, H. 14 (75), 1978, S. 850

## ***Deutsches Ärzteblatt 1979***

*Dr. jur. Hess, R.:*

- Datensicherung in der Arztpraxis. Technische und organisatorische Maßnahmen, DÄ, H. 2 (76), 1979, S. 70-71

*Dr. med. Kienzle, H.-F.:*

- Die ärztliche Aufklärungspflicht. Gratwanderung zwischen Vertrauen und Vertrag. Themen der Zeit, DÄ, H. 40 (76), 1979, S. 2584-2588

*Ohne Verfasser:*

- Entwurf für ein Transplantationsgesetz. Schleswig-Holstein. Aus den Bundesländern, DÄ, H. 2 (76), 1979, S. 68
- Transplantationsgesetz: Keine "offene Erklärung". Nachrichten, DÄ, H. 3 (76), 1979, S. 132
- Organtransplantation: Die Kooperation verbessern, DÄ, H. 4 (76), 1979, S. 187-188
- Gesetzliche Regelung einer Organentnahme. Beschluß des Vorstandes der Bundesärztekammer, DÄ, H. 4 (76), 1979, S. 188-189
- Förderung der Organtransplantation. Aufruf der Bundesärztekammer an alle Ärzte, DÄ, H. 4 (76), 1979, S. 189
- Richtlinien für die Sterbehilfe. Bundesärztekammer, DÄ, H. 14 (76), 1979, S. 957-960
- Transplantationsgesetz: Kontroverse Auffassungen in allen Fraktionen. Themen der Zeit, DÄ, H. 21 (76), 1979, S. 1452-1454
- Einmündigkeit bei allen Grundsatzfragen. Bericht zum Tagesordnungspunkt VI: "Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer", DÄ, H. 23 (76), 1979, S. 1578-1589
- Ohne Verfasser: Große Nachfrage nach Organspendeausweisen. Nachrichten, DÄ, H. 30 (76), 1979, S. 1940
- "Pro Familia" - contra legem. Eigenwillige Auslegung des § 218 aus dem Bremer "Institut für Familienplanung und Schwangerschaftsabbruch", DÄ, H. 31 (76), 1979, S. 1985-1986
- "Abtreibung als grauenhafte Wirklichkeit gebrandmarkt". Pressestimme. Aus den Bundesländern, DÄ, H. 33 (76), 1979, S. 2079-2080
- Transplantationsgesetz: Ein dritter Weg. Nachrichten, DÄ, H. 38 (76), 1979, S. 2386
- Transplantationsgesetz: Anregungen der Bundesärztekammer. Nachrichten, DÄ, H. 43 (76), 1979, S. 2795
- § 218 StGB und Notarzt - Hauptthemen beim Bayerischen Ärztetag. Bayern. Tagungsbericht, DÄ, H. 46 (76), 1979, S. 3020-3021
- Schwangerschaftsabbruch ist keine "Heilung von Krankheit". Nachrichten, DÄ, H. 47 (76), 1979, S. 3101

*Luban-Plozza, B.:*

- Zehn Jahre Balint-Gruppen mit Studenten, DÄ, H. 9 (76), 1979, S. 585-590

*Dr. med. Wolnik, V, PD Dr. med. Hackelöer, J.:*

- Schwangerschaft in ärztlicher und gesellschaftlicher Verantwortung. Sonographie hilft bei der Beratung der Frau, DÄ, H. 12 (76), 1979, S. 812-814

## ***Deutsches Ärzteblatt 1980***

*Prof. Dr. theol. Böckle, F.:*

- Humanitas et scientia, Humanitas in der Medizin ein Lernprozeß. Themen der Zeit, DÄ, H. 51-52 (77), 1980, S. 3029-3033

*Brenner, G.:*

- Freiheit der Forschung durch Datenschutz begrenzt. Der Kommentar, DÄ, H. 18 (77), 1980, S. 1169-1170

*Prof. Dr. med. Franke, K.:*

- Gesundheitstraining - eine Form der "Selbstbeteiligung". Themen der Zeit, DÄ, H. 44 (77), 1980, S. 2631-2632

*Dr. jur. Hess, R.:*

- Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht durch den einen Eingriff empfehlenden, jedoch nicht durchführenden Arzt. Recht für den Arzt, DÄ, H. 44 (77), 1980, S. 2591-2592

*Dr. med. Kattentidt, B.:*

- Der Paragraph 218 im Vergleich mit der DDR. Aus der DDR, DÄ, H. 8 (77), 1980, S. 476-479

*Dr. med. Mayer, E. T.:*

- Aktuelle Fragen zur Abtreibung. Eine Dokumentation zum Jahr des Kindes, DÄ, H. 1 (77), 1980, S. 31-36

*Ohne Verfasser:*

- Alternative zur Abtreibung. Schleswig-Holstein. Aus den Bundesländern, DÄ, H. 11 (77), 1980, S. 648
- Programm gegen Abtreibungen. Baden-Württemberg. Aus den Bundesländern, DÄ, H. 13 (77), 1980, S. 802-803
- Schadenersatzpflicht des Arztes bei einer durch fehlerhafte Sterilisation herbeigeführten Schwangerschaft. Recht für den Arzt, DÄ, H. 20 (77), 1980, S. 1307-1308
- Entschließungen des Ärztetages zu aktuellen Fragen. 83. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 23 (77), 1980, S. 1495-1499
- Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft, Beschlossen vom 83. Deutschen Ärztetag in Berlin. Das "Blaue Papier", DÄ, H. 24 (77), 1980, S. 1568-1594
- "Das Blaue Papier" für den Patienten. Nachrichten, DÄ, H. 31 (77), 1980, S. 1890
- Wissenschaft ohne Menschlichkeit? Grenzen für die Freiheit der Forschung am Beispiel des Datenschutzes, DÄ, H. 43 (77), 1980, S. 2519-2521
- Fähigkeit zu Mitgefühl und Nächstenliebe. Statement des Präsidenten der Bundesärztekammer zu Fragen einer humanen Krankenversorgung, DÄ, H. 49 (77), 1980, S. 2892-2894
- Patientenaufklärung nach Dienstanweisung. Nachrichten, DÄ, H. 50 (77), 1980, S. 2951
- Datenschutz: Ein Haus der offenen Tür? Der Kommentar, DÄ, H. 51-52 (77), 1980, S. 3008

*Prof. Dr. med. Petersen, P., Dr. med. Retzlaff, I.:*

- Freiheit und Verantwortung in "Pro Familia". Forum, DÄ, H. 37 (77), 1980, S. 2192-2197

*Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. Pribilla, O.:*

- Arztrechtliche Fragen und Probleme in der Psychotherapie. Forum, DÄ, H. (38), 1980, S. 2250-2254

*Rieck, G.:*

- "Für jeden Leser ist die Medizin an sich sensationell". Bad Nauheimer Gespräch über die Rolle der "Medizin in den Medien", DÄ, H. 45 (77), 1980, S. 2679-2681

*Dr. med. Sauter-Servaes, H.:*

- Der katholische Arzt heute. Sein Wissen und Gewissen in der modernen wissenschaftlichen Medizin. Tagungsbericht, DÄ, H. 42 (77), 1980, S. 2497-2499

*Prof. Dr. med. Schaefer, H.:*

- Heilen und Heil oder: von der Selbstbeteiligung des Menschen. Fünf Thesen zu einer Theorie der Gesundheit, DÄ, H. 47 (77), 1980, S. 2807-2816

*Prof. Dr. med. Stoll, P.:*

- Arzt und Schwangerschaft. Überlegungen zur ärztlichen Ethik, DÄ, H. 10 (77), 1980, S. 607-616

*Volrad Deneke, J. F.:*

- Was ist Notlage? Was ist zumutbar? Gedanken anlässlich der Veröffentlichung des Berichtes der "Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB", DÄ, H. 10 (77), 1980, S. 569-571

*Zastrow, F., Buchholz, B., Lison, A.-E., König, H.-J.:*

- Voraussetzungen und Vorgehen bei der Nierenspende. Aus der Chirurgischen Klinik und Poliklinik - Allgemeinchirurgie (Direktor: Professor Dr. med. Hermann Bünte) und der Medizinischen Poliklinik (Direktor: Professor Dr. med. Heinz Losse) an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Übersichtsaufsatz, DÄ, H. 39 (77), 1980, S. 2291-2297

## ***Deutsches Ärzteblatt 1981***

*Dr. med. Berner, W., Prof. Dr. med. Trostdorf, E., Dr. jur. Vogel, R.:*

- Schlichtung in Arzthaftpflichtfragen. Aufgaben und Erfahrungen der norddeutschen Schlichtungsstelle, DÄ, H. 5 (78), 1981, S. 183-191

*Dipl.-Päd. Brauner, K.:*

- Gesundheitserziehung - ihre Realisierbarkeit aus pädagogischer Sicht. Fortsetzung von Heft 30/1981, Seite 1446 ff., und Schluß, DÄ, H. 31 (78), 1981, S. 1499-1504

*Dr. med. Furch, W.:*

- Medizinische Ethik - weltweit in Gefahr. Fortsetzung aus Heft 51 und Schluß, DÄ, H. 52-53 (78), 1981, S. 2495-2500

*Kauder, S.:*

- Ärztliche Schweigepflicht über die Behandlung Drogensüchtiger, DÄ, H. 44 (78), 1981, S. 2087-2092

*Ohne Verfasser:*

- Den Weg von der Wissenschaft in die Praxis verkürzen. Eröffnung des V. Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer. Tagungsbericht, DÄ, H. 5 (78), 1981, S. 159-162
- Bundesärztekammer lehnt Meldepflicht für Behinderte weiterhin ab. Nachrichten, DÄ, H. 9 (78), 1981, S. 384
- Jeder zweite will Organe für Transplantation spenden. Nachrichten, DÄ, H. 12 (78), 1981, S. 544
- Behindertenverbände fordern: Meldepflicht und Integration. Nachrichten, DÄ, H. 13 (78), 1981, S. 595

- Schlichtungsstellen haben sich bewährt, DÄ, H. 20 (78), 1981, S. 982
- 18 Resolutionen: Von "Ausbildung" bis "Weiterbildung". Ärztetag: Resolutionen, DÄ, H. 24 (78), 1981, S. 1187-1191
- BÄK-Ausschuß gegen Standard-Aufklärung der Krankenhaus-Patienten. Nachrichten, DÄ, H. 27 (78), 1981, S. 1326
- Der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer teilt mit: Empfehlung zur Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bei der Verarbeitung personenbezogener Daten in der medizinischen Forschung. Bekanntmachung der Bundesärztekammer, DÄ, H. 30 (78), 1981, S. 1443
- "Aktive Sterbehilfe": Für die Regierung nicht akut. Nachrichten, DÄ, H. 31 (78), 1981, S. 1480
- Auch die Leiche gehört dem Staat. Recht und Praxis in der DDR. Aus der DDR, DÄ, H. 41 (78), 1981, S. 1946-1947
- Protest gegen Abtreibung auf Krankenschein. Nachrichten, DÄ, H. 47 (78), 1981, S. 2216

*Reily, P.:*

- Die In-vitro-Befruchtung. Eine Beurteilung des gegenwärtigen Stands der Möglichkeiten. Forum, DÄ, H. 14 (78), 1981, S. 687-692

*Dr. med. Saurbier, B.:*

- Didaktische Grundsätze in der Gesundheitserziehung, Ein Erfahrungsbericht aus der Kurklinik Bad Oeynhausen, DÄ, H. 19 (78), 1981, S. 943-949

*Prof. Dr. med. von Troschke, J., Riemann, K.:*

- Gruppenveranstaltungen zur Patientenaufklärung durch den frei niedergelassenen Kassenarzt. Themen der Zeit, DÄ, H. 47 (78), 1981, S. 2248-2252

*Dr. med. Weber, K.-H.:*

- Sterben zu Hause. Aus der Sicht des Hausarztes. Forum, DÄ, H. 19 (78), 1981, S. 954-957

## ***Deutsches Ärzteblatt 1982***

*Dr. Beier, B., Lange, W.:*

- Medizinischer Datenschutz. Offenbarungsakte und Persönlichkeit. Themen der Zeit, DÄ, H. 19 (79), 1982, S. 80-84

*Prof. Dr. med. Bochnik, H. J.:*

- Einsicht des Patienten in seine Krankenpapiere. Folgen juristischer Umwertung persönlicher Gedächtnisstützen des Arztes in prozeßgeeignete Dokumente. Themen der Zeit, DÄ, H. 10 (79), 1982, S. 97-101

*Brühne, C.:*

- Gesundheitsberatung wird erprobt. Ärztliche Hilfe zur Selbsthilfe, DÄ, H. 37 (79), 1982, S. 69-72

*Dr. Clade, H.:*

- Beanstandungen und Mängelrügen. Vierter Datenschutzbericht, DÄ, H. 9 (79), 1982, S. 21-22



- "Organspende": Die Bedarfslücke wird kleiner. Tagungsbericht, DÄ, H. 43 (79), 1982, S. 69-70

*Dr. jur. Kleinewefers, H.:*

- Ärztliches Verhalten und seine Rechtsfolgen. Aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammern Hessen und Rheinland-Pfalz. Übersichtsaufsatz, DÄ, H. 17 (79), 1982, S. 51-56

*Küffner, C.:*

- Ärzte - Journalisten: "...Vertrauen ist besser", DÄ, H. 49 (79), 1982, S. 51-52

*Prof. Dr. med. Lawin, P., Dr. med. Huth, H.:*

- Prof. Dr. med. Lawin, P., Dr. med. Huth, H.: Grenzen der Aufklärungspflicht und Behandlungspflicht aus medizinischer und rechtlicher Sicht. Teil I: In Konflikt mit Umwelt und Zeitgeist. Bericht über ein Symposium im September 1980 in Münster. Kongress-Bericht, DÄ, H. 12 (79), 1982, S. 58-66

*Nicola, H., Werner, H.-P.:*

- Dilemma ohne Ende: Das Problem der Beipackzettel, DÄ, H. 6 (79), 1982, S. 75-85

*Ohne Verfasser:*

- Unternehmen "Gläsernes Sprechzimmer", DÄ, H. 5 (79), 1982, S. 21-23
- Empfehlungen zur Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bei der Verarbeitung personenbezogener Daten in der ärztlichen Berufsausübung. Resolution, DÄ, H. 21 (79), 1982, S. 20-21
- Datenschutz in der Sozialversicherung. Resolutionen, DÄ, H. 21 (79), 1982, S. 38-39
- Widerspruchslösung bei Transplantationen. Österreich. Aus Europa, DÄ, H. 26 (79), 1982, S. 19
- Vilmar wendet sich gegen reißerische Darstellung von Kunstfehlern. Nachrichten, DÄ, H. 35 (79), 1982, S. 22
- Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser! Erkenntnisse aus Gesprächen zwischen Patientinnen, Ärzten, Journalisten anlässlich der 100. Klinik-Talkshow in Oberaudorf. Themen der Zeit, DÄ, H. 36 (79), 1982, S. 57-62

*Osterwald, G.:*

- Datenschutz in der ärztlichen Praxis. Referat bei der Arbeitstagung des Plenums des 85. Deutschen Ärztetages in Münster, DÄ, H. 26 (79), 1982, S. 51-61

*Prof. Dr. med. Petersen, P.:*

- Unsere Verantwortung im Schwangerschaftskonflikt, DÄ, H. 38 (79), 1982, S. 53-59

*Dr. med. Schaefer, O. P.:*

- Die Prävention darf den Datenschutz nicht aufweichen, DÄ, H. 16 (79), 1982, S. 63-70

*Dipl.-Vw. Stobrawa, F. F.:*

- Therapiestudien - ein Feld interdisziplinärer Zusammenarbeit. 26. Jahrestagung der Gesellschaft für medizinische Dokumentation. Informatik und Statistik. Tagungsbericht, DÄ, H. 2 (79), 1982, S. 84-86

*Dr. med. Vilmar, K.:*

- Bericht zur gesundheits-, sozial und berufspolitischen Lage. Referat bei der Arbeitstagung des Plenums des 85. Deutschen Ärztetages. 85. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 21 (79), 1982, S. 47-68

## ***Deutsches Ärzteblatt 1983***

*Becker, H.:*

- Compliance und subjektive Krankheitstheorie des Patienten. Nicht-direktive Dialoge bessern das Arzt-Patienten-Verhältnis. Aus der Psychosomatischen Klinik (Direktor: Professor Dr. med. Walter Bräutigam) der Universität Heidelberg, DÄ, H. 50 (80), 1983, S. 25-28

*Burkart, W.:*

- Weltärztebund: Boxen verbieten! Bericht von der 35. Generalversammlung in Venedig. Nachrichten, DÄ, H. 45 (80), 1983, S. 18-20

*Dr. med. Dickhaut, H. H.:*

- "Ich habe den Mut zur Angst in der Balint-Arbeit gelernt". Kurzberichte, DÄ, H. 33 (80), 1983, S. 47-48

*Geissler, H., Vilmar, K., Blüm, M.:*

- Erneuter Appell zur freiwilligen Organspende. Nachrichten, DÄ, H. 42 (80), 1983, S. 19-20

*Jachertz N.:*

- Widerstreit zwischen Forschungsnutzen und Patienteninteresse, DÄ, H. 6 (80), 1983, S. 17-20

*Ohne Verfasser:*

- "Ungeborenes Leben besser schützen". Baden-Württemberg. Aus den Bundesländern, DÄ, H. 33 (80), 1983, S. 18

*Dr. med. Otto, F.:*

- Trimming nach Maß. Sport im höheren Lebensalter, DÄ, H. 3 (80), 1983, S. 60-61

*Dr. med. Popovi, M. F. R.:*

- Organtransplantationen: Ominöse Vereine untergraben Spendebereitschaft. Nachrichten, DÄ, H. 16 (80), 1983, S. 25-26

*Prof. Dr. Schloot, W.:*

- Menschlichkeit - Grenzen der Forschung in Biologie und Medizin (II). Fortsetzung von Heft 6/1983, DÄ, H. 7 (80), 1983, S. 66-70

*Prof. Dr. med. Siegfried, I.:*

- Trimming 130: Hinweise zur Durchführung des Trainings. Übersichtsaufsatz, DÄ, H. 24 (80), 1983, S. 48-52

*Prof. Dr. med. Tölle, R.:*

- Ärztliche Überlegungen zum Einsichtsrecht des Patienten. Zu zwei neueren Urteilen des Bundesgerichtshofes, DÄ, H. 18 (80), 1983, S. 39-43

*Prof. Dr. med. v. Troschke, J., Riemann, K.:*

- Verbesserung der Compliance durch Gruppenveranstaltungen in der ärztlichen Praxis. Themen der Zeit, DÄ, H. 20 (80), 1983, S. 65-70

*Jung, D., Prof. Dr. med. Ulmer, H.-V.:*

- Bewegungsmangel - Gefahr für die Volksgesundheit? Forum, DÄ, H. 37 (80), 1983, S. 68-71

## ***Deutsches Ärzteblatt 1984***

*Dr. jur. Bösche, W.:*

- Aufklärung des Patienten über das Für und Wider einer stationären Behandlung. Recht für den Arzt, DÄ, H. 11 (81), 1984, S. 829-830

*Burkart, G.:*

- "Retortenbabies" und "Leihmütter" noch im rechtsfreien Raum. Fakten und Argumente aus einem Seminar des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer. Tagungsbericht, DÄ, H. 30 (81), 1984, S. 2224-2226

*Dr. med. Dickhaut, H. H.:*

- Selbsthilfe in Balint-Gruppen. Bericht über die I. Bad Nauheimer Balint-Studientagung der Deutschen Balint-Gesellschaft e. V., Kongressbericht, DÄ, H. 35 (81), 1984, S. 2492-2494

*Prof. Dr. med. Gross, R.:*

- Der Arzt zwischen Technologie und Ethik. Übersichtsaufsatz, DÄ, H. 49 (81), 1984, S. 3660-3666

*Dr. med. Hagen, H.:*

- Kognitive ärztliche Leistungen werden vernachlässigt. Der Kommentar, DÄ, H. 38 (81), 1984, S. 2692-2694

*Prof. Dr. Horn, E.:*

- Strafbarkeit der Zwangssterilisation. Recht für den Arzt, DÄ, H. 14 (81), 1984, S. 1105-1107

*Dr. Kater, H.:*

- Kreisky wirbt um Nierenspender. Kurzberichte, DÄ, H. 28-29 (81), 1984, S. 2159

*Prof. Dr. Kindermann, W.:*

- Trimming 130. Zur Problematik der Richt-Frequenz 130. Stellungnahme der Kommission Gesundheit des Deutschen Sportbundes und des Deutschen Sportärztekamers. Übersichtsaufsatz, DÄ, H. 11 (81), 1984, S. 813-815

*Ohne Verfasser:*

- Transplantationszentren gründen Arbeitsgemeinschaft. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 7 (81), 1984, S. 408
- Ärztekammern für Schlichtungsstellen. Ausland. Nachrichten, DÄ, H. 20 (81), 1984, S. 1602
- Entschließungen vom Plenum verabschiedet am 18./19. Mai. 87. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 22 (81), 1984, S. 1764

- Regierung stoppt Organverpflanzungen. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 37 (81), 1984, S. 2614
- Patienteninformation vor einer Reanimation? Für Sie gelesen, DÄ, H. 42 (81), 1984, S. 3081
- Patientengeheimnis gilt auch gegenüber der Krankenkasse. Kurzbericht, DÄ, H. 43 (81), 1984, S. 3143
- Immer mehr Ärzte verstoßen gegen das Werbeverbot der Berufsordnung. Richtungsweisende Beschlüsse des 37. Bayerischen Ärztetages. Tagungsbericht, DÄ, H. 45 (81), 1984, S. 3319-3321

*Dr. med. Poettgen, H.:*

- Auf dem Wege zu einer ärztlichen Indikation, Notlagenindikation zum Schwangerschaftsabbruch aus der Sicht eines gewandelten ärztlichen Selbstverständnisses. Themen der Zeit, DÄ, H. 24 (81), 1984, S. 1918-1920

*Prof. Dr. med. Schlierf, G.:*

- Ernährung, Arteriosklerose und koronare Herzkrankheit. Aus dem Klinischen Institut für Herzinfarktforschung an der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg (Direktor: Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Gotthard Schettler), DÄ, H. 17 (81), 1984, S. 1365-1372

*Prof. Dr. med. Stoll, P.:*

- Embryotransfer: Reproduktionsmedizin für den Menschen? Editorial, DÄ, H. 51-52 (81), 1984, S. 3814

*Dipl.-Kaufm. Stolte, J.:*

- Feine Risse im Fundament. Vertrauensverhältnis Patient-Arzt. Themen der Zeit, DÄ, H. 48 (81), 1984, S. 3568-3572

*Dr. Till, G.:*

- Haftungsrisiko in der Weiterbildung. Recht für den Arzt, DÄ, H. 11 (81), 1984, S. 830-832

## ***Deutsches Ärzteblatt 1985***

*Dr. med. Bühler, K.-E.:*

- Präoperative Angst, Therapieaufklärung und Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung. Eine empirische Studie, Aus dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie (Vorstand: Dr. Dieter Wyss, Professor der Psychologie) der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg. Übersichtsaufsatz, DÄ, H. 6 (82), 1985, S. 339-343

*Burkart, W.:*

- Die ethischen Probleme der In-vitro-Fertilisation. 37. Generalversammlung des Weltärztebundes. Aktuelle Politik, DÄ, H. 45 (82), 1985, S. 3321-3322

*Deibl, A. K.:*

- Die Mehrheit lehnt die aktive Sterbehilfe ab. Ärzte befragen Ärzte (IX). Aktuelle Politik, DÄ, H. 4 (82), 1985, S. 157-159

*Dr. med. Dickhaut, H. H.:*

- Balint-Gruppenarbeit. Kurzbericht über die 5. Süddeutsche Balint-Studentagung in Würzburg 1984. Kongress-Bericht, DÄ, H. 20 (82), 1985, S. 1527-1528

*Ellermann, B.:*

- Haftpflicht: Ärzte sind öfter "dran". Leserdienst, DÄ, H. 19 (82), 1985, S. 1449-1450

*Dr. Maas, H.-J.:*

- Strenge Regeln für die Aufklärung vor ärztlichen Eingriffen. Krankenhauspatienten. Der Kommentar, DÄ, H. 17 (82), 1985, S. 1232

*Dr. med. Milz, H., Dr. med. Grassmann, A.:*

- Suche nach einem zeitgemäßen Verständnis ganzheitlicher Medizin. Themen der Zeit, DÄ, H. 48 (82), 1985, S. 3587-3591

*Ohne Verfasser:*

- Nierentransplantation: Aufwärtstrend. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 9 (82), 1985, S. 553
- Vertrauen untergraben. Seite eins, DÄ, H. 15 (82), 1985, S. 1037
- Justizminister: Aktive Sterbehilfe bleibt unethisch. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 18 (82), 1985, S. 1321
- Im Spannungsfeld zwischen Abtreibung und Fertilisation. Kurzbericht, DÄ, H. 19 (82), 1985, S. 1409
- Ärztliche, ethische, rechtliche Probleme der extrakorporalen Befruchtung. Berufsrechtliche Regelung soll sicherstellen, dass Ärzte nach den Richtlinien des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer verfahren. 88. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 22 (82), 1985, S. 1681-1690
- Der "Tätigkeitsbericht" ist immer für Überraschungen gut. Entschließungen des 88. Deutschen Ärztetages zu vielen aktuellen Fragen. Ärztetag in Lübeck-Travemünde, DÄ, H. 23 (82), 1985, S. 1751-1762
- Die Unsicherheit der Ärzte am Sterbebett. Kurzberichte, DÄ, H. 25-26 (82), 1985, S. 1931
- Klagen gegen Ärzte nehmen zu. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 30 (82), 1985, S. 2068
- Sterbebeistand - Sterbehilfe. Kurzberichte, DÄ, H. 31-32 (82), 1985, S. 2234-2235
- Prozessflut gegen Ärzte. Seite eins, DÄ, H. 34-35 (82), 1985, S. 2261
- Der Bundesrat muß die In-vitro-Fertilisation diskutieren. Kommentare, DÄ, H. 35 (82), 1985, S. 2458
- Rechtsfrieden? Seite eins, DÄ, H. 37 (82), 1985, S. 2589
- Ärzte sollen die Zustimmung für Organspende erbitten. Ausland. Nachrichten, DÄ, H. 37 (82), 1985, S. 2608
- Beunruhigung über Transplantate für Ausländer. Ausland. Nachrichten, DÄ, H. 40 (82), 1985, S. 2873
- Mehr als 200 000 Abtreibungen im Jahre 1984. Kurzbericht, DÄ, H. 41 (82), 1985, S. 2961

## ***Deutsches Ärzteblatt 1986***

*Brühne-Scharlau, C.:*

- Gesundheitsberatung - gezielt gegen die Risikofaktoren. Erfolgreicher Modellversuch in Hamburg und in der Pfalz, DÄ, H. 10 (83), 1986, S. 602-606

*Burkart, W.:*

- Ganzheit im Testlauf. Kurzberichte, DÄ, H. 28-29 (83), 1986, S. 2010
- Aufgabe der Ärzte ist Schutz der Patienten-Interessen. Aktuelle Politik, DÄ, H. 46 (83), 1986, S. 3165-3166

*Dr. med. Dropman, K.:*

- Motivation - wozu denn? Zum Thema Gesundheitserziehung (und zur Überprüfung des eigenen Verhaltens). Themen der Zeit, DÄ, H. 23 (83), 1986, S. 1676-1678

*Ohne Verfasser:*

- Bundesrat: Nur "Aufrufe" über Abtreibungen. Kurzberichte, DÄ, H. 3 (83), 1986, S. 82-83
- Organtechnik. Seite eins, DÄ, H. 7 (83), 1986, S. 357
- Dreckschleuder im Bundestag. Aktive Sterbehilfe. Seite eins, DÄ, H. 12 (83), 1986, S. 753
- AIDS-Hearing: Gegen Meldepflicht. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 15 (83), 1986, S. 1012
- Ethische Regeln zur In-vitro-Fertilisation. DDR. Nachrichten, DÄ, H. 18 (83), 1986, S. 1272
- Solide Basis für das "Blaue Papier". Aktuelle Politik, DÄ, H. 20 (83), 1986, S. 1413-1419
- Organspende, Katastrophenmedizin, Diagnosestatistik, Abtreibungen ... . Tätigkeitsbericht. 89. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 21 (83), 1986, S. 1515-1524
- Menschenwürde des Patienten. Das besondere Buch, DÄ, H. 27 (83), 1986, S. 1931
- Leitsätze zur Gesundheitspolitik und zur Sozialpolitik, DÄ, H. 38 (83), 1986, S. 2507-2509
- 56. Deutscher Juristentag zu künstlicher Befruchtung und Sterbehilfe. Meinungsbildung im Sinne der Bundesärztekammer-Richtlinien. Themen der Zeit, DÄ, H. 47 (83), 1986, S. 3272-3276

*Pflanz, E.:*

- Ethik in der Medizin: Keine Domäne eines einzelnen Faches. Das Wohl des Patienten hat einen höheren Stellenwert als die Forschung. Themen der Zeit, DÄ, H. 5 (83), 1986, S. 237-238

*Dr. med. Sauter-Servaes, H.:*

- Begegnung zwischen Arzt und Patient. Themen der Zeit, DÄ, H. 31-32 (83), 1986, S. 2150-2152

*Prof. Dr. med. Stoll, P.:*

- § 218 - Nach unserem Gewissen handeln! Der Kommentar, DÄ, H. 17 (83), 1986, S. 1185

*Prof. Dr. med. Tölle, R.:*

- Über den persönlichen Umgang mit dem Patienten. Editorial, DÄ, H. 40 (83), 1986, S. 2694-2696

*Prof. Dr. med. Wagner, H.-J.:*

- Allseitige Patienten-Aufklärung. Zur Mobilmachung der Patientenschutzverbände. Editorial, DÄ, H. 46 (83), 1986, S. 3198-3200

*Dr. med. Weisbach, W.-R.:*

- Thema Compliance: Denkanstöße zu einer besseren Beratung der Patienten. Forum, DÄ, H. 33 (82), 1986, S. 2212-2214

*Dr. jur. Zilkens, M.:*

- Verweigerte Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen. Anwendbarkeit des § 34 StGB. Recht für den Arzt, DÄ, H. 49 (83), 1986, S. 3447-3450

## ***Deutsches Ärzteblatt 1987***

*Burkart, W.:*

- Euthanasie, AIDS, Berufliche Freiheit. 39. Generalversammlung des Weltärztebundes. Aktuelle Politik, DÄ, H. 45 (84), 1987, S. B-2091-2093

*Dr. Clade, H.:*

- Ganzheitliche Medizin versus Schulmedizin? Plädoyer für den Abbau beiderseitiger Vorurteil. Themen der Zeit, DÄ, H. 1-2 (84), 1987, S. B-11-13

*Dr. jur. Hirsch, G.:*

- Bereitschaft zur Abtreibung - Einstellungsvoraussetzung für Chefärzte? Ein rechtlich höchst bedenklicher Vorgang. Themen der Zeit, DÄ, H. 10 (84), 1987, S. B-415-416

*Ohne Verfasser:*

- Schlichtungsstellen häufiger angerufen. Themen der Zeit, DÄ, H. 3 (84), 1987, S. B-57
- Not des Arztes. Notlagenindikation. Seite eins, DÄ, H. 5 (84), 1987, S. B-145
- Humanae vitae fortgeschrieben. Fortpflanzung. Seite eins, DÄ, H. 13 (84), 1987, S. B-577
- Organe Verstorbener sind Staatseigentum. Aus der DDR. Nachrichten, DÄ, H. 13 (84), 1987, S. B-598
- Entschließungen. 90. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 23 (84), 1987, S. B-1128-1134
- Unethisch. Euthanasie. Seite eins, DÄ, H. 24 (84), 1987, S. B-1165
- Kunst oder Pfusch? Fernsehen. Seite eins, DÄ, H. 39 (84), 1987, S. B-1737
- Reporters Sterbebeistand. Berufsethik. Seite eins, DÄ, H. 43 (84), 1987, S. B-1961
- Konsequenzen der Entmythologisierung. Der Arzt - Opfer der Entmythologisierung. Das besondere Buch, DÄ, H. 47 (84), 1987, S. B-2229

*Pflanz, E.:*

- Organ-Transplantation: Fortschritte auf freiwilliger Basis. Kurzberichte, DÄ, H. 20 (84), 1987, S. B-962

*Dr. med. Stunder, W. A.:*

- Die Asymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis bei der Visite. Aktuelle Medizin, DÄ, H. 15 (84), 1987, S. B-714-716

*Prof. Dr. jur. Uhlenbruck, W.:*

- Die ärztliche Nichtaufklärung. Aufklärungsverzicht bei eigenem Wissen des Patienten oder als "therapeutisches Privileg". Das Editorial, DÄ, H. 13 (84), 1987, S. B-610-612

*Dr. med. Wilmanns, W.:*

- Dem Patienten niemals die Hoffnung nehmen! Internistische Behandlung maligner Tumoren unter Berücksichtigung der Lebensqualität. Das Editorial, DÄ, H. 34-35 (84), 1987, S. B-1572-1574

## **Deutsches Ärzteblatt 1988**

*Dr. jur. Baur, U.:*

- Mit oder ohne Einwilligung? Probleme für Arzt und Patient. Aktuelle Politik, DÄ, H. 18 (85), 1988, S. B-883-885

*Prof. Dr. Dr. Bosse, K.:*

- Emotionales Lernen im Medizinstudium am Beispiel eines dermatologischen Propädeutikums. Kurzberichte, DÄ, H. 14 (85), 1988, S. B-672-673

*Clade, H.:*

- Krankenpflege: Humanisierung durch verstärkte persönliche Zuwendung. Aktuelle Politik, DÄ, H. 11 (85), 1988, S. B-483-484

*Prof. Dr. Geisler, L.:*

- Arzt und Patient im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. "Kommunikationsstörungen und -defizite sind eines der Kernprobleme der heutigen Medizin". Themen der Zeit, DÄ, H. 50 (85), 1988, S. B-2520-2526

*Häußler, M.:*

- Schwangerschaftsabbruch im Urteil der Gynäkologen. Themen der Zeit, DÄ, H. 23 (85), 1988, S. B-1167-1170

*Prof. Dr. med. Kruse, W.:*

- Pflegebedürftigkeit oder Kompetenz. Probleme chronisch Kranker und ihrer Angehörigen. Das Editorial, DÄ, H. 5 (85), 1988, S. B-182-183

*Ohne Verfasser:*

- Organentnahme bei hirngeschädigten Neugeborenen? ,DÄ, H. 4 (85), 1988, S. B-110
- Fehlschüsse mit Giftpfeilen. "Spiegel" - Archiv. Der Kommentar, DÄ, H. 6 (85), 1988, S. B-228-229
- Interdisziplinär, Recht und Medizin. seite eins, DÄ, H. 14 (85), 1988, S. B-657
- Verschärfung, Beratungsgesetz. seite eins, DÄ, H. 18 (85), 1988, S. B-869
- Entschließungen des 91. Deutschen Ärztetages in Frankfurt, DÄ, H. 21 (85), 1988, S. B-1061-1068
- Grundgesetz für die ärztliche Tätigkeit. Tagesordnung "Berufsordnung", DÄ, H. 21 (85), 1988, S. 1087-1092
- Symbolische Handlung. Schwangerschaftsabbruch. seite eins, DÄ, H. 39 (85), 1988, S. B-1825
- Kein Geschäft mit Adelman. Organ-Handel. seite eins, DÄ, H. 39 (85), 1988, S. B-1825
- Transplantationsgesetz. Ausland. Nachrichten, DÄ, H. 44 (85), 1988, S. B-2126
- AIDS-Meldepflicht abgelehnt. Ausland. Nachrichten, DÄ, H. 47 (85), 1988, S. B-2337



*Dr. med. Sauter-Servaes, H.:*

- Der Arzt darf niemals ein Komplize beim Suizid sein. Zeichen der Zeit. Tagungsberichte, DÄ, H. 38 (85), 1988, S. B-1787-1788

*Dr. phil. Ulrich, H.:*

- Zwischen Heilkunst und Heillehre. Wissenschaftsanspruch der Anthroposophie. Das Forum, DÄ, H. 42 (85), 1988, S. B-2010-2018

## ***Deutsches Ärzteblatt 1989***

*Dr. med. Allert, G.:*

- Das Selbstbestimmungsrecht und der Schutz der Betroffenen sind das Maß. Bioethik in den USA - eine kurzgefasste Übersicht. Blick ins Ausland, DÄ, H. 49 (86), 1989, S. B-2581-2583

*Dr. med. Bühler, K.-E.:*

- Balintgruppen im Interesse des Arztes. Eine empirische Studie zur psychosomatischen Medizin, DÄ, H. 25-26 (86), 1989, S. B-1378-1379

*Endrich, G.:*

- Hospize - Fürsorge, Geborgenheit und menschenwürdiges Sterben. Tagungsbericht, DÄ, H. 1-2 (86), 1989, S. B-20-21

*George, W.:*

- Sterben im Krankenhaus. Ergebnisse einer Befragung, DÄ, H. 39 (86), 1989, S. B-1918

*Prof. Dr. med. Lempp, R.:*

- Das Arzt-Patienten-Verhältnis im modernen Krankenhaus. Die Übersicht, DÄ, H. 27 (86), 1989, S. B-1422-1424

*Prof. Dr. med. Lennert, K.:*

- Auftrag des Arztes angesichts der Unausweichlichkeit des Todes. Themen der Zeit, DÄ, H. 8 (86), 1989, S. B-342-343

*Ohne Verfasser:*

- AIDS: Namentliche Meldung. Ausland. Nachrichten, DÄ, H. 10 (86), 1989, S. B-473
- § 218 - Datenschutzbeauftragter schlägt Erhebung bei Kven vor. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 11 (86), 1989, S. B-532
- Wahre ärztliche Sterbehilfe. Richtlinien der BÄK. Seite eins, DÄ, H. 12 (86), 1989, S. B-581
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt II. 92. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 21 (86), 1989, S. B-1120-1122
- Entschließungen zum Tagespunkt V. 92. Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 21 (86), 1989, S. B-1126-1135
- Embryonenschutz-Gesetz: strenge Regeln. Aktuelle Politik, DÄ, H. 31-32 (86), 1989, S. B-1559-1560
- Lücken beim Datenschutz. Krankenhäuser. Seite eins, DÄ, H. 33 (86), 1989, S. B-1601

- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes in der medizinischen Forschung. Bekanntgabe der Bundesärztekammer. Aktuelle Medizin, DÄ, H. 40 (86), 1989, S. B-1991-1993
- Die sieben Themen von Hongkong. Weltärztebund. Kurzberichte, DÄ, H. 44 (86), 1989, S. B-2254-2255

*Dr. med. Voelker, K.:*

- Entscheidend: Die Motivierung des Patienten. "Gesundheitsuntersuchung". Der Kommentar, DÄ, H. 50 (86), 1989, S. B-2631-2632

## ***Deutsches Ärzteblatt 1990***

*Dr. med. Albrecht, E.:*

- Medizinische Sterbehilfe im Hospiz. Die Übersicht, DÄ, H. 1-2 (87), 1990, S. B-32-33

*Prof. Dr. med. Braun, O.:*

- Wahrhaftigkeit im Umgang mit dem kranken Menschen. Eine Lüge wird er seinem Arzt nicht verzeihen. Themen der Zeit, DÄ, H. 15 (87), 1990, S. B-881-883

*Brückner, J. J.:*

- Behandlungsfehler - Ratschläge für das Procedere. Tagungsberichte, DÄ, H. 1-2 (87), 1990, S. B-15-16

*Prof. Dr. DeMarinis, V.:*

- Braucht der Mensch Gott zum Sterben? Spirituelle Seelsorge in amerikanischen Hospizen. Themen der Zeit, DÄ, H. 51-52 (87), 1990, S. B-2838-2840

*Gelsner, K.:*

- Kernproblem: Sterben lassen, DÄ, H. 4 (87), 1990, S. B-144-145

*Dr. phil. Kuhse, H.:*

- Warum Fragen der aktiven und passiven Euthanasie auch in Deutschland unvermeidlich sind. Das Forum, DÄ, H. 16 (87), 1990, S. B-913-920

*Dr. med. Mayer, E. Th.:*

- Der Arzt ist kein Erfüllungsgehilfe. Paragraph 218. Das Forum, DÄ, H. 50 (87), 1990, S. B-2776-2777

*Ohne Verfasser:*

- Kompromiß zu Paragraph 218. SPD-Programm. Seite eins, DÄ, H. 1-2 (87), 1990, S. B-1
- Ehrenkodex. Gentechnik, DÄ, H. 5 (87), 1990, S. B-207
- Künstliche Befruchtung wird wieder bezahlt. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 8 (87), 1990, S. B-385
- Schwangerschaftsabbruch: Bayern zog vor das Bundesverfassungsgericht. Aktuelle Politik, DÄ, H. 14 (87), 1990, S. B-682
- Empfehlungen zur Patientenaufklärung. Bundesärztekammer. Bekanntmachungen, DÄ, H. 16 (87), 1990, S. B-940-942
- Fristenlösung, Müllverbrennung und Todesstrafe. 93. Deutscher Ärztetag. Aktuelle Politik, DÄ, H. 23 (87), 1990, S. B-1315
- §218. Gangbarer Weg. Seite eins, DÄ, H. 31-32 (87), 1990, S. B-1665

- Meldepflicht für Vergiftungen. Aktuelle Politik, DÄ, H. 36 (87), 1990, S. B-1840
- Kunstfehler. "Gefahreneneigt". Seite eins, DÄ, H. 37 (87), 1990, S. B-1889
- Organspende. Denkanstoß aus Stockholm. Seite eins, DÄ, H. 42 (87), 1990, S. B-2261
- Embryonenschutz, Im Zeichen des Misstrauens, Seite eins in Heft 44 (87), 1. 11. 1990, S. B-2385
- § 218-Diskussion in Bayern. Zwischen Hardlinern und Moderaten. Aktuelle Politik. DÄ, H. 45 (87), 1990, S. B-2475-2476

*Pflanz, E.:*

- Vorrangige Aufgabe ist der Schutz des Patienten. 7. Jahrestagung des Arbeitskreises medizinischer Ethik-Kommissionen. Tagungsbericht, DÄ, H. 28-29 (87), 1990, S. B-1566-1568

*Röhr, K.:*

- Leben bis zum Schluß. Hospizbewegung in Deutschland. Themen der Zeit, DÄ, H. 12 (87), 1990, S. B-681-683

*Dr. med. Vilmar, K.:*

- Qualitätssicherung. Eine ärztliche Daueraufgabe. Aktuelle Politik, DÄ, H. 27 (87), 1990, S. B-1505-1507

## ***Deutsches Ärzteblatt 1991***

*Dauth, S.:*

- Verrechnungsstellen, Praxisverkauf und andere umstrittene Punkte. Ärztliche Schweigepflicht. Aktuelle Politik, DÄ, H. 49 (88), 1991, S. B-2821-2822

*Klinkhammer, G.:*

- Sechs Entwürfe zur Reform des § 218. Schwangerschaftsabbruch. Themen der Zeit, DÄ, H. 41 (88), 1991, S. B-2269

*Prof. Dr. med. Land, W., Dr. jur. Baur, U.:*

- Organisation der postmortalen Organspende: Eine öffentliche Aufgabe. Themen der Zeit, DÄ, H. 48 (88), 1991, S. B-2760-2766

*Dr. med. v. Loe, W.:*

- Was kann getan werden, um die Abbruchrate dauerhaft zu senken? Schwangerschaftsabbruch. Themen der Zeit, DÄ, H. 18 (88), 1991, S. B-1048-1050

*Ohne Verfasser:*

- § 218. Keine Geheimsache. Seite eins, DÄ, H. 3 (88), 1991, S. B-53
- Schutz des Lebens im wiedervereinigten Deutschland. Kurzberichte, DÄ, H. 3 (88), 1991, S. B-67
- Paragraph 218: Ärztinnenbund zur Normenklage. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 7 (88), 1991, S. B-312
- § 218. Keine Kompromissbereitschaft. Seite eins, DÄ, H. 9 (88), 1991, S. B-437
- Haftungsrecht. Damokles-Schwert. Seite eins, DÄ, H. 10 (88), 1991, S. B-493
- Ärztinnenbund für kostenfreie Anti-Baby-Pille. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 12 (88), 1991, S. B-641
- Bundesärztekammer setzt auf umfassende ärztliche Beratung. Schwangerschaftsabbruch. Aktuelle Politik, DÄ, H. 13 (88), 1991, S. B-703-704

- Vergleichbare Probleme, ähnliche Lösungen. Medizinische Ethik international. Tagungsbericht, DÄ, H. 13 (88), 1991, S. B-709
- Kirchen warnen vor dem Handel mit Organen. Kurzberichte, DÄ, H. 17 (88), 1991, S. B-991
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt Vic, DÄ, H. 20 (88), 1991, S. B-1191-1192
- Neue Länder machen mit. Haftpflicht. Seite eins, DÄ, H. 22 (88), 1991, S. B-1273
- Ohne Verfasser: Gerda Hassfeldt für Indikationslösung. Tagungsbericht, DÄ, H. 24 (88), 1991, S. B-1422-1423
- Papst vergleicht Abtreibung mit Nazi-Völkermord. Ausland. Nachrichten, DÄ, H. 25-26 (88), 1991, S. B-1472
- "§ 218: Instrument der Unterdrückung". Evangelischer Kirchentag. Kurzberichte, DÄ, H. 27 (88), 1991, S. B-1566
- Entwurf eines Transplantationsgesetzes: Aufklärung der Angehörigen. Kurzberichte, DÄ, H. 33 (88), 1991, S. B-1810
- Grenzfall Paragraph 218. Ärztliche Kompetenz. Seite eins, DÄ, H. 37 (88), 1991, S. B-1977
- Psycho-soziale Indikation: Dissens zwischen Ärzten und Politik, Bayerischer Ärztetag. Aktuelle Politik, DÄ, H. 43 (88), 1991, S. B-2389
- Frauenunion zum § 218: "Instanz ist das Gewissen". Kurzberichte, DÄ, H. 44 (88), 1991, S. B-2452

*Prof. Dr. med. Petersen, P.:*

- Schwangerschaftsabbruch im Erleben des durchführenden Arztes. Themen der Zeit, DÄ, H. 4 (88), 1991, S. B-126-128

## ***Deutsches Ärzteblatt 1992***

*Bossmann, A.:*

- Datenschutz: Nicht nur eine "Formsache". Themen der Zeit, DÄ, H. 10 (89), 1992, S. B-508-511

*Dr. Clade, H.:*

- Länder favorisieren Kompromiß-Lösung. Transplantationsgesetz. Aktuelle Politik, DÄ, H. 49 (89), 1992, S. B-2649-2650

*Prof. Dr. med. Fuchs, C.:*

- Ethische Trends infolge medizinischen Fortschritts? Themen der Zeit, DÄ, H. 51-52 (89), 1992, S. B-2782-2785

*Prof. Göpfert, W.:*

- Medizin im Bild der Medien. Themen der Zeit, DÄ, H. 39 (89), 1992, S. B-1988-1989

*Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hollmann, W.:*

- Altern, Leistungsfähigkeit und Training. Die Übersicht, DÄ, H. 38 (89), 1992, S. B-1930-1937

*Prof. Dr. Jörns, K.-P.:*

- Organentnahme. Eingriff in das Sterbegeschehen. Ein Diskussionsbeitrag aus theologischer Sicht. Kurzberichte, DÄ, H. 28-29 (89), 1992, S. B-1516-1517

*Klinkhammer, G.:*

- An der Widerspruchslösung scheiden sich die Geister. Diskussion um eine gesetzliche Regelung der Organspende. Aktuelle Politik, DÄ, H. 7 (89), 1992, S. B-307-308

*Prof. Dr. med. Kunze, H.:*

- Unzureichender Schutz für Patienten in klinischen Prüfungen. Aktuelle Medizin, DÄ, H. 18 (89), 1992, S. B-1005-1009

*Prof. Dr. med. v. d. Loo, J., Dr. med. Wörmann, B.:*

- Ärztliche Aufklärung über die Krankheit zum Tode. Themen der Zeit, DÄ, H. 16 (89), 1992, S. B-889-894

*Dr. med. Möhlen, S., Prof. Dr. med. Opitz, K.:*

- Selbstmedikation. Kurzbericht, DÄ, H. 3 (89), 1992, S. B-86-88

*Dr. med. Oesingmann, U.:*

- Kooperation mit Selbsthilfegruppen. Themen der Zeit, DÄ, H. 14 (89), 1992, S. B-775-776

*Ohne Verfasser:*

- Wachsender Markt. Selbstmedikation. Kurzberichte, DÄ, H. 9 (89), 1992, S. B-449
- Das Vertrauen bewahren, Transplantation, Seite eins, DÄ, H. 23 (89), 1992, S. B-1277
- Lösung in Sicht. § 218. Seite eins, DÄ, H. 25-26 (89), 1992, S. B-1389
- Mit der Frist leben. Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch, DÄ, H. 27 (89), 1992, S. B-1510-1512
- Patienten sollen Auskunft verweigern dürfen. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 42 (89), 1992, S. B-2161
- Hilfe zum Freitod: Unethisch. 44. Generalversammlung des Weltärztebundes, DÄ, H. 45 (89), 1992, S. B-2367-2368

*Pflanz, E.:*

- Keine Beeinträchtigung des Persönlichkeitsrechts. Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen. Tagungsbericht, DÄ, H. 45 (89), 1992, S. B-2370-2371

*Dr. med. Retzlaff, I.:*

- Eigenverantwortliche Indikationslösung, Fristenlösung mit Beratungspflicht. Der Kommentar, DÄ, H. 47 (89), 1992, S. B-2529-2530

*Schirmer, H. D.:*

- Ärztliche Schweigepflicht und Verfügbarkeit der Patientenunterlagen bei externer Abrechnung und Praxisverkauf. Themen der Zeit, DÄ, H. 40 (89), 1992, S. B-2031-2035

*Prof. Dr. med. Wagner, H.-J.:*

- Konsumgesellschaft und Tötungsdelikte an alten Menschen. Phänomen oder bedrohliche Entwicklung. Aktuelle Politik, DÄ, H. 14 (89), 1992, S. B-778-780

## **Deutsches Ärzteblatt 1993**

*Prof. Dr. med. Bourmer, H.:*

- Moralische Grenze. RU 486. Seite eins, DÄ, H. 47 (90), 1993, S. B-2285

*Dauth, S.:*

- Krebsregister: Pflicht für alle Bundesländer. Gesetzesentwurf, DÄ, H. 10 (90), 1993, S. B-508

*Gelsner, K.:*

- Einmütiges Votum für die Widerspruchslösung. Ein Treffen von 500 Transplantierten. Kurzberichte, DÄ; H. 5 (90), 1993, S. B-200-201

*Prof. Dr. med. Klaschik, E.:*

- Erfahrungen einer Palliativstation. Die Übersicht, DÄ, H. 48 (90), 1993, S. B-2382-2385

*Klinkhammer, G.:*

- Abtreibungen: Meistens rechtswidrig, aber straffrei. Urteil des Karlsruher Bundesverfassungsgericht. Politik, DÄ, H. 23 (90), 1993, S. B-1217-1218
- Einverständnis des Patienten vor klinischer Prüfung. Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen. Aufsätze, DÄ, H. 51-52 (90), 1993, S. B-2532

*Ohne Verfasser:*

- Vatikan kritisiert niederländisches Sterbehilfegesetz. Ausland. Nachrichten., DÄ, H. 12 (90), 1993, S. B-616
- Rückgang der Transplantationen, DÄ, H. 12 (90), 1993, S. B-618
- Europa-Parlament fordert Verbot des Organhandels. Blick ins Ausland, DÄ, H. 14 (90), 1993, S. B-736
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt II. Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung. Dokumentation des 96. Deutschen Ärztetages, DÄ, H. 20 (90), 1993, S. B-1087-1091
- Europaparlament gegen Freigabe der Abtreibung. Aus aller Welt. Nachrichten, DÄ, H. 25-26 (90), 1993, S. B-1336
- Vorstoß der Grünen. Transplantationsgesetz. Seite eins, DÄ, H. 42 (90), 1993, S. B-2033

*Pflanz, E.:*

- Die Rolle der Medizin und Pflege bei der Sterbebegleitung. Tagungsbericht, DÄ, H. 41 (90), 1993, S. B-1997-1998

*Prof. Dr. rer. nat. Pudiel, V.:*

- Ernährungsberatung. Die Übersicht, DÄ, H. 27 (90), 1993, S. B-1400-1402

*Dr. med. Retzlaff, I.:*

- RU 486: Angst vor der Autonomie der Frauen? Der Kommentar, DÄ, H. 5 (90), 1993, S. B-199-200

*Spielberg, P.:*

- Ein äußerst umstrittenes Thema. Euthanasie in den Niederlanden. Aktuelle Politik, DÄ, H. 8 (90), 1993, S. B-359-360

*Prof. Dr. med. Wolfram, G.:*

- Praktische Ernährungsmedizin als interdisziplinäre Aufgabe in Prävention und Therapie. Kongressbericht, DÄ, H. 17 (90), 1993, S. B-918-921

*Wollersheim, U.:*

- Konsequenzen für die Ärzte. Schwangerschaftsabbruch. Recht für den Arzt, DÄ, H. 25-26 (90), 1993, S. B-1337-1339

*Dr. med. Zylka-Menhorn, V.:*

- Ärztliche Betreuung weist Defizite auf. Immer mehr Krebskranke wenden sich alternativen Therapieverfahren zu. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 46 (90), 1993, S. B-2245-2246

## ***Deutsches Ärzteblatt 1994***

*V. Ackeren, M.:*

- Tödliche Giftdosis für "seelische Qualen". Euthanasie in den Niederlanden. Blick ins Ausland. Themen der Zeit, DÄ, H. 31-32 (91), 1994, S. B-1573

*Bördlein, I.:*

- Die Lebendspende rückt stärker in die Diskussion. Organmangel gefährdet Transplantationsmedizin. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 36 (91), 1994, S. B-1739

*Dr. Clade, H.:*

- Auf der Suche nach Markterweiterung. Apotheker. Aktuell. Politik, DÄ, H. 6 (91), 1994, S. B-271-272
- Neue Werbeordnung statt Werbeverbote. Symposium "Der mündige Patient" 2000. Aktuell. Politik, DÄ, H. 10 (91), 1994, S. B-493-494

*Gelsner, K.:*

- Geschäfte mit der Angst vor einem qualvollen Tod. Sterbehelfer Hans H. Atrott in Augsburg verurteilt. Aktuell. Politik, DÄ, H. 14 (91), 1994, S. B-722-723

*Prof. Dr. Dr. Hoerster, N.:*

- Beratung und Lebensrecht im Konflikt, das Abtreibungsurteil und die Rolle des Arztes. Forum. Themen der Zeit, DÄ, H. 12 (91), 1994, S. B-616-619
- Keine Euthanasie-Propaganda, Kuhse/Singer: Muß dieses Kind am Leben bleiben? Das besondere Buch. Themen der Zeit, DÄ, H. 31-32 (91), 1994, S. B-1573-1574

*Hohmann:*

- Rechtzeitige Aufklärung. Recht und Steuer. Varia, DÄ, H. 47 (91), 1994, S. B-2421

*Dr. med. Josten, K. U.:*

- Qualitätsmanagement ärztlichen Handelns. Ein interdisziplinärer Ansatz. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 5 (91), 1994, S. B-217-218

*Klinkhammer, G.:*

- Aktive Sterbehilfe bleibt grundsätzlich strafbar. Niederlande: Gesetz zu Euthanasie verabschiedet. Blick ins Ausland. Themen der Zeit, DÄ, H. 15 (91), 1994, S. B-790-791
- Erweiterung des Entscheidungsspielraums. Bundesgerichtshof-Urteil zur Sterbehilfe. Aktuell. Politik, DÄ, H. 39 (91), 1994, S. B-1904

*Dr. med. Kloiber, O.:*

- Weiterbildung ist Qualitätssicherung. Kommentar, DÄ, H. 4 (91), 1994, S. B-148

*Ohne Verfasser:*

- Kein Ende des Gerangels. Neufassung des Paragraphen 218. seite eins, DÄ, H. 4 (91), 1994, S. B-129
- Von der ethischen Pflicht zum formalen Nachweis. Fortbildung. Leitartikel. Politik., DÄ, H. 11 (91), 1994, S. B-543
- "Informationslösung" als Basis des Gesetztes? Organtransplantation. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 25-26 (91), 1994, S. B-1332
- Voreilig. Transplantationsgesetz. seite eins, DÄ, H. 30 (91), 1994, S. B-1501
- Informationslösung angestrebt. Transplantationsgesetz. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 36 (91), 1994, S. B-1738
- Arzt und Patient: Gestörte Kommunikation. Nachrichten. Politik, DÄ, H. 42 (91), 1994, S. B-2092
- BÄK gründet "Ständige Kommission Organtransplantation". Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 50 (91), 1994, S. B-2252
- Scharfe Kritik am Medizinproduktegesetz. Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen. Aktuell. Politik, DÄ, H. 50 (91), 1994, S. B-2554

*Pflanz, E.:*

- Gutes Einfühlungsvermögen ist notwendig. Patientenforum "Aufklärung und Einwilligung". Tagungsberichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 20 (91), 1994, S. B-1075-1076

*Dipl.-Volksw. Stobrawa, F. F.:*

- Die Sacharbeit kann beginnen. Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin. Aktuell. Politik, DÄ, H. 13 (91), 1994, S. B-666.668

*Prof. Dr. med. Wenderlein, J. M.:*

- Noten für das Hospital. Qualitätsbeurteilung per Fragebogen. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 40 (91), 1994, S. B-1980-1981

## ***Deutsches Ärzteblatt 1995***

*Klinkhammer, G., Dauth, S.:*

- Organentnahme bei Zustimmung der Angehörigen. Entwurf eines Transplantationsgesetzes. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 9 (92), 1995, S. B-411-412
- Akzeptanz vieler Anträge nach knappen Debatten. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. 98. Deutscher Ärztetag. Politik, DÄ, H. 23 (92), 1995, S. B-1218-1222
- Überraschende Einigung. Kompromißentwurf zum Abtreibungsrecht. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 27 (92), 1995, S. B-1389-1390
- Aktive Euthanasie bleibt verboten. Schweizer Richtlinien zur Sterbehilfe. Aktuell. Politik, DÄ, H. 38 (92), 1995, S. B-1814-1815
- Weiterführung der Beratungsstellen. Bischofskonferenz zum neuen Abtreibungsrecht. Aktuell. Politik, DÄ, H. 43 (92), 1995, S. B-2109
- Euthanasie-Gesetzgebung vor der Erweiterung? Sterbehilfe in den Niederlanden. Aktuell. Politik, DÄ, H. 44 (92), 1995, S. B-2160

*Ohne Verfasser:*

- "Tod auf Verlangen". TV-Dokumentation. seite eins, DÄ H. 3 (92), 1995, S. B-57



- Österreichische Ärzte lehnen aktive Sterbehilfe strikt ab. Ausland. Nachrichten , DÄ, H. 3 (92), 1995, S. B-72
- Jeder meint was anderes. Qualitätssicherung. Seite eins, DÄ, H. 13 (92), 1995, S. B-661
- "Frei von Tabak" mit ärztlicher Hilfe. Ärztliche Präventionswoche. Aktuell. Politik, DÄ, H. 19 (92), 1995, S. B-1007
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt IV. 98. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 23 (92), 1995, S. B-1239-1248
- Aufklärung des Patienten schafft Vertrauen. Kommission für ärztliche Behandlungsfehler. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 51-52 (92), 1995, S. B-2568

*Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Oksar, E.:*

- "Alles Verhalten ist Kommunikation ...". Arzt-Patient-Begegnung. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 45 (92), 1995, S. B-2213-2215

*Schirmer, H. D.:*

- Element der ärztlichen Sorgfaltspflicht. Fortbildung in Europa. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 27 (92), 1995, S. B-1398-1401

*Spielberg, P.:*

- Mythos Medien und die Macht der Medien. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 25-26 (92), 1995, S. B-1350-1351

*Wiehl, M.:*

- Detailfragen zur ärztlichen Aufklärung. Kolloquium in Jena. Tagungsberichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 16 (92), 1995, S. B-867

*Prof. Dr. jur. Wolfslast, G.:*

- Organtransplantationen. Gegenwärtige Rechtslage und Gesetzesentwürfe. Aktuell. Medizin, DÄ, H. 1-2 (92), 1995, S. B-28-31

## ***Deutsches Ärzteblatt 1996***

*Dr. med. Becker, J.:*

- Der Patientenrat, Interessenvertretung in stationären Einrichtungen. Aktuell. Politik, DÄ, H. 30 (93), 1996, S. B-1526

*Imhoff-Hasse, S.:*

- Apotheker sollen Spreu vom Weizen trennen. Selbstmedikation. Aktuell. Politik, DÄ, H. 10 (93), 1996, S. B-475

*Klinkhammer, G.:*

- Ethiktagung entfacht Euthanasie-Diskussion. Behandlung und Versorgung von Patienten mit PVS. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 1-2 (93), 1996, S. B-20-21
- Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht. Kontroverse um Buch von Mitterands Leibarzt. Blick ins Ausland. Themen der Zeit, DÄ, H. 8 (93), 1996, S. B-364-365
- Absage an aktive Euthanasie. Kirchen nehmen Stellung zur Sterbehilfe. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 20 (93), 1996, S. B-1021
- Wann beginnt das Lebensrecht? Abtreibung. Tagungsbericht. Themen der Zeit, DÄ, H. 34-35 (93), 1996, S. B-1690-1691

- Kontroverse um rechtliche Grauzone. Transplantation fötalen Gewebes bei Parkinson. Medizinreport. Politik, DÄ, H. 45 (93), 1996, S. B-2285-2286

*Maus, J.:*

- Öffentlich-rechtliche Täuscher unterwegs. Krankschreibung. Seite eins, DÄ, H. 41 (93), 1996, S. B-2025

*Dr. med. Meran, J. G.:*

- Prinzip der Unantastbarkeit des Lebens. Der Fall Anthony Bland. Bericht. Themen der Zeit, DÄ, H. 43 (93), 1996, S. B-2162

*Ohne Verfasser:*

- Absage an aktive Euthanasie. Neufassung der Sterbehilferichtlinien. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 6 (93), 1996, S. B-247
- Niederlande: Zunahme der Euthanasiefälle. Ausland. Nachrichten, DÄ, H. 15 (93), 1996, S. B-744
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt VI. 99. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 25 (93), 1996, S. B-1343-1348
- Abtreibung: Sondergesetze in Bayern. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 33 (93), 1996, S. B-1630
- Unterschriftenaktion: Zulassung von RU 486. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 41 (93), 1996, S. B-2038
- "Schenken Sie Leben". Aufklärungskampagne Organspende. Aktuell. Politik, DÄ, H. 46 (93), 1996, S. B-2342
- 60 Prozent der Fälle wurden nicht gemeldet. Euthanasie in den Niederlanden. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 50 (93), 1996, S. B-2588

*Dr. med. Schaefer, O. P., Dr. med. Herholz, H.:*

- Qualitätssicherung - eine Herausforderung für Ärzte. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 5 (93), 1996, S. B-195-197

*Dr. med. Schorre, W.:*

- Das Problem ist vom Tisch. ICD-10. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 6 (93), 1996, S. B-233-234

## ***Deutsches Ärzteblatt 1997***

*Dr. Clade, H.:*

- Auch Patientenurteil berücksichtigen. Qualitätssicherung. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 16 (94), 1997, S. B-840-841

*Prof. Dr. med. Fuchs, C.:*

- Medizinethik in der Berufsordnung. 50 Jahre Bundesärztekammer, DÄ, H. 43 (94), 1997, S. B-2281-2284

*Dr. med. Fuchs, T., Prof. Dr. med. Lauter, H.:*

- Kein Recht auf Tötung. Euthanasie. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 5 (94), 1997, S. B-186-188

*Dr. med. Gerlach, F. M.:*

- Das Leid mit den Leitlinien. Qualitätsförderung. Seite eins, DÄ, H. 22 (94), 1997, S. B-1157

*Dr. med. Hick, C., Prof. Dr. med. Hiddemann, W., Dr. rer. soc. Reiter-Theil, S.:*

- Integration des Patienten in die medizinethische Diskussion. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 4 (94), 1997, S. B-134

*Dr. med. Hohmann, C.:*

- Ein Manko. Aufklärungspflicht. Seite eins, DÄ, H. 34-35 (94), 1997, S. B-1757

*Jachertz, N:*

- Lauschangriff auf Praxen. Schweigepflicht. Seite eins, DÄ, H. 46 (94), 1997, S. B-2477

*Prof. Dr. rer. nat. Klar, R.:*

- Klassifikation und Datenübermittlung. Diagnoseverschlüsselung. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 16 (94), 1997, S. B-841-844

*Klinkhammer, G.:*

- Die Würde des Menschen wahren. Anfang und Ende menschlichen Lebens. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 13 (94), 1997, S. B-651-652
- Vorrang für die Schmerztherapie. Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid. Aktuell. Politik, DÄ, H. 18 (94), 1997, S. B-938-939
- Entschieden gegen eugenische Tendenzen. Kirchenwort zur pränatalen Diagnostik. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 22 (94), 1997, S. B-1180
- Endlich Rechtsklarheit. Transplantationsgesetz. Seite eins, DÄ, H. 27 (94), 1997, S. B-1481
- Bayerns Alleingang vorerst gestoppt. Abtreibungsurteil. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 28-29 (94), 1997, S. B-1543

*Dr. jur. Kreussler, H.:*

- Aufklärungspflicht von zunehmender Bedeutung. Haftungsrisiko für Ärzte. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 8 (94), 1997, S. B-360

*Dr. Mertens, S.:*

- Ergebnisse betreffen immer auch Dritte. Genetische Beratungsgespräche. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 20 (94), 1997, S. B-1061

*Ohne Verfasser:*

- Rechtsklarheit. Transplantationsgesetz. Seite eins, DÄ, H. 4 (94), 1997, S. B-113
- Finanzierung vorerst gesichert. Hospizeinrichtungen. Aktuell. Politik, DÄ, H. 4 (94), 1997, S. B-123
- Neue Entwürfe für ein Transplantationsgesetz. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 4 (94), 1997, S. B-125
- Euthanasie: Künftig zwei Fallgruppen in den Niederlanden. Ausland. Nachrichten, DÄ, H. 6 (94), 1997, S. B-236
- RU 486 kommt nicht auf den deutschen Markt. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 18 (94); 1997, S. B-937
- Sterbebegleitung. Bundesärztekammer. Seite eins, DÄ, H. 19 (94), 1997, S. B-977
- Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung. Dokumentation. Themen der Zeit, DÄ, H. 20 (94), 1997, S. B-1064-1065
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt II. Medizinethik in einer offenen Gesellschaft. 100. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 24 (94), 1997, S. B-1325-1327

- Hirntod-Konzept. Zentrale Ethikkommission. Seite eins, DÄ, H. 25 (94), 1997, S. B-1345
- Bundesrat: Transplantationsgesetz verabschiedet. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 42 (94), 1997, S. B-2204
- Schmerztherapie: Patienten mehr einbinden. Arzneimittelkommission und Techniker Krankenkasse. Medizinreport. Politik, DÄ, H. 45 (94), 1997, S. B-2419
- Das Leben nicht sinnlos verlängern. Kardinal Joachim Meisner im Gespräch mit Chefarzten. Aktuell. Politik, DÄ, H. 49 (94), 1997, S. B-2697

*Prof. Dr. med. Porzsolt, F.:*

- Zum Nutzen der Patienten. Qualitätssicherung. Kommentar. Politik, DÄ, H. 8 (94), 1997, S. B-356

## ***Deutsches Ärzteblatt 1998***

*Prof. Dr. med. Beleites, E.:*

- Wegweiser für ärztliches Handeln. Sterbebegleitung. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 39 (95), 1998, S. B-1851-1852

*Dr. Clade, H.:*

- Motivationsschub. Qualitätssicherung. Seite eins, DÄ, H. 15 (95), 1998, S. B-689

*Prof. Dr. med. Drexler, H., Dr. jur. Brandenburg, S.:*

- Pflichtwissen für jeden Arzt. Berufskrankheiten. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 21 (95), 1998, S. B-1037-1040

*Endres, A.:*

- Spektakuläre Prozesse sind die Ausnahme. Haftpflicht. Aktuell. Politik, DÄ, H. 38 (95), 1998, S. B-1806

*Felzer, P. E.:*

- Aufklärung im Sinne des Arztes. Medizin heute. Aktuell. Politik, DÄ, H. 26 (95), 1998, S. B-1330

*Prof. Dr. jur. Holznagel, B.:*

- Sicherheit, Transparenz und Kontrollierbarkeit. Rechtslage in der Transplantationsmedizin. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 27 (95), 1998, S. B-1384-1387

*Prof. Dr. med. Hoppe, J.-D.:*

- Konsequenzen für uns Ärzte. Bundesverfassungsgericht. Seite eins, DÄ, H. 1-2 (95), 1998, S. B-1

*Jachertz, N.:*

- Gefährdung der Arzt-Patienten-Begegnung. Lauschangriff. Aktuell. Politik, DÄ, H. 4 (95), 1998, S. B-108
- Bürgerrechte und Patientenschutz. Lauschangriff. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 12 (95), 1998, S. B-527-528
- Herzstillstand allein genügt nicht. Organentnahme. Seite eins, DÄ, H. 48 (95), 1998, S. B-2341

*Klinkhammer, G.:*

- Schwachstelle. Abtreibungsrecht. seite eins, DÄ, H. 3 (95), 1998, S. B-49
- Bundesärztekammer will Richtlinie nachbessern. Ärztliche Sterbebegleitung. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 5 (95), 1998, S. B-159
- Balanceakt der Bischöfe. Der Papstbrief. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 6 (95), 1998, S. B-225
- Keine Abtreibung nach der 20. Woche. Pränataldiagnostik. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 11 (95), 1998, S. B-475
- Kein Anspruch auf das Wunschkind nach Maß. Ethische Grenzfragen in der Medizin. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 14 (95), 1998, S. B-641
- Gleiche Chancen für alle Patienten. Transplantationsmedizin. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 24 (95), 1998, S. B-1207-1208
- Der (mutmaßliche) Wille des Patienten. Sterbehilfe. seite eins, DÄ, H. 31-32 (95), 1998, S. B-1521
- Achtung vor der Würde des Menschen. "Ethik-Charta". Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 34-35 (95), 1998, S. B-1652
- Grundsätze stoßen auf unterschiedliches Echo. Ärztliche Sterbebegleitung. Aktuell. Politik, DÄ, H. 41 (95), 1998, S. B-1973
- Mit dem Bundesrecht nicht vereinbar. Abtreibungsrecht in Bayern. Aktuell. Politik, DÄ, H. 45 (95), 1998, S. B-2190

*Maus, J.:*

- ICD-10 in die Schublade. Diagnosenverschlüsselung. seite eins, DÄ, H. 5 (95), 1998, S. B-149
- Nicht gegen die Ärzte. Patientenschutz. seite eins, DÄ, H. 40 (95), 1998, S. B-1897

*Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Pichlmeier, H.:*

- Palliativmedizin. Editorial. Medizin, DÄ, H. 33 (95), 1998, S. B-1603-1604

*Dr. med. Planz-Kuhlendahl, S.:*

- Die Gerichtsurteile sind durchaus angemessen. Fehlerhafte Sterilisation und genetische Beratung. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 47 (95), 1998, S. B-2309-2310

*Richter, E.:*

- Keine Abtreibung unter Zeitdruck. Pränataldiagnostik. Aktuell. Politik, DÄ, H. 22 (95), 1998, S. B-1088

*Rieser, S.:*

- Arzt im Strafrecht - heikle Themen. 21. Symposium für Juristen und Ärzte. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 10 (95), 1998, S. B-427-428
- Kritische Fragen zum Patientenschutz. Behandlungsfehler. Aktuell. Politik, DÄ, H. 27 (95), 1998, S. B-1377
- Der Patient als Kunde: Irrweg oder Chance? Gesundheitswesen. Tagungsbericht. Politik, DÄ, H. 44 (95), 1998, S. B-2140-2141
- Patientenrechte: Es tut sich was. Gutachten. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 50 (95), 1998, S. B-2471-2472

*Spielberg, P.:*

- Patienten wollen beraten werden. Arzneimittelverordnung. Aktuell. Politik, DÄ, H. 15 (95), 1998, S. B-703

*Strojnik, A.:*

- Wunsch nach Offenheit statt perfekter Inszenierung. Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten. Kommentar. Politik, DÄ, H. 20 (95), 1998, S. B-980

## ***Deutsches Ärzteblatt 1999***

*Prof. Dr. med. Bär, W.:*

- Lebensverlängernde Maßnahmen in der geriatrischen Langzeitpflege. Aktuell. Medizin, DÄ, H. 21 (96), 1999, S. B-1102-1105

*Prof. Dr. med. Beleites, E., Prof. Dr. med. Hoppe, J.-D.:*

- Handreichungen für Ärzte. Patientenverfügungen. Seite eins, DÄ, H. 43 (96), 1999, S. B-2177

*Berner, B.:*

- Rechtsfrieden durch eine gütliche Einigung sichern. Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 34-35 (96), 1999, S. B-1727-1730

*Dr. Clade, H.:*

- Freie Arztwahl - für den Patienten unverzichtbar, Gesundheitsreform/Bevölkerungsumfrage. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 11 (96), 1999, S. B-519

*Endres, A.:*

- Priorität für postmortale Spenden. Organspende. Aktuell. Politik, DÄ, H. 39 (96), 1999, S. B-1961

*Freye, R.:*

- Eine Stätte der Begegnung. Kinderhospiz. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 1-2 (96), 1999, S. B-26

*Dr. Gerst, T.:*

- Bundesärztekammer strebt öffentlichen Diskurs an. Ethische Grenzfragen in der Medizin. Aktuell. Politik, DÄ, H. 13 (96), 1999, S. B-637
- Wandel im Verhältnis von Arzt und Patient. Ärztliche Behandlungsfehler. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 50 (96), 1999, S. B-2600

*Dr. Glöser, S.:*

- Die ICD-10 kommt. Diagnosenverschlüsselung. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 30 (96), 1999, S. B-1559

*Jachertz, N.:*

- Patienten hoppen nicht. Freie Arztwahl. Seite eins, DÄ, H. 9 (96), 1999, S. B-397
- Vor dem Rollentausch. Mifegyne. Seite eins, DÄ, H. 28-29 (96), 1999, S. B-1489

*Klinkhammer, G.:*

- Neue Formen der Solidarität. Tod und Trauer. Tagungsbericht. Themen der Zeit, DÄ, H. 3 (96), 1999, S. B-99
- Nicht in Apotheken. Mifegyne. Seite eins, DÄ, H. 18 (96), 1999, S. B-901
- "Ein für Ärzte bedrückendes Dilemma". Pränatale Diagnostik. Bericht. Themen der Zeit, DÄ, H. 20 (96), 1999, S. B-1036-1038

- Gratwanderung. Schwangerenkonfliktberatung. seite eins, DÄ, H. 26 (96), 1999, S. B-1385

*Prof. Dr. med. Linden, M., Dr. med. Gothe, H., Dr. med. Ryser, M.:*

- "Was man schwarz auf weiß besitzt ...". Umfrage zu Patienteninformationen. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 14 (96), 1999, S. B-698-699

*Prof. Dr. med. Marx, H. H.:*

- Worauf Ärzte achten müssen. Behandlungsfehler. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 27 (96), 1999, S. B-1460-1461

*Ohne Verfasser:*

- Zulassung für RU 486 beantragt. Aus Bund und Länder. Nachrichten, DÄ, H. 13 (96), 1999, S. B-633
- Malteser sprechen sich entschieden gegen die Sterbehilfe aus. Aus Bund und Ländern. Nachrichten, DÄ, H. 17 (96), 1999, S. B-857
- KBV richtet Kooperationsstellen ein. Selbsthilfeorganisationen. Aktuell. Politik, DÄ, H. 22 (96), 1999, S. B-1155
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt I. Grundsätze der patientengerechten Gesundheitsreform - Antworten und Forderungen der Ärzteschaft zur Strukturreform. 102. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 24 (96), 1999, S. B-1304-1312
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt II. Fortbildungsnachweis. 102. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 24 (96), 1999, S. B-1312-1313
- Ein neues Formular. Patientenverfügung. Berichte. Themen der Zeit, DÄ, H. 47 (96), 1999, S. B-2436
- Katholische Bischöfe steigen aus Beratung mit Schein aus. Aus Bund und Länder. Nachrichten, DÄ, H. 48 (96), 1999, S. B-2482

*Pflanz, E.:*

- Patient im Mittelpunkt. Kommunikation in der Medizin. Aktuell. Politik, DÄ, H. 31-32 (96), 1999, S. B-1612

*Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Pichlmaier, H.:*

- Wahrheit und Wahrhaftigkeit am Krankenbett. Herausforderung für den Arzt. Aufsätze. Politik, DÄ, H. 9 (96), 1999, S. B-416-417

*Rieser, S.:*

- Ärztliche Schweigepflicht: Druck von allen Seiten. Symposium für Juristen und Ärzte. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 5 (96), 1999, S. B-209-210
- Stellungnahme zum Gutachten. Verbraucherverbände und Kassen sehen sich als Anwälte der Patienten. Charta der Patientenrechte. Aktuell. Politik, DÄ, H. 9 (96), 1999, S. B-407
- Mitarbeit ohne Happy-End. Dokument zu Patientenrechten. Aktuell. Politik, DÄ, H. 27 (96), 1999, S. B-1455-1456
- Offensive der Ärzteschaft: Charta der Patientenrechte: Leitartikel: Politik, DÄ, H. 44 (96), 1999, S. B-2245

*Dr. med. Roller, S.:*

- Der Arzt als Gesprächspartner. Patientenverfügungen. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 13 (96), 1999, S. B-641-642

*Prof. Dr. med. Dr. phil. Wiesing, U.:*

- Widersprüchliche Regelungen. Ungeborenes Leben. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 49 (96), 1999, S. B-2547-2549

## ***Deutsches Ärzteblatt 2000***

*Bühning, P.:*

- Zuhören statt Verhören. Ärztliches Gesprächsverhalten. Themen der Zeit, DÄ, H. 40 (97), 2000, S. B-2225
- Umstrittener Schein. Schwangerschaftsabbruch. Politik, DÄ, H. 46 (97), 2000, S. B-2590

*PD Dr. v. Ferber, L.:*

- Patienten erwarten nicht immer ein Rezept. Arzneimittelverordnungen. Aktuell. Politik, DÄ, H. 26 (97), 2000, S. B-1522-1524

*Dr. med. Filz, H.-P.:*

- Erfolgreiche Kooperation am Beispiel der Diabetologie. Ärzte/Selbsthilfegruppen/GKV 2000. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 9 (97), 2000, S. B-455-457

*Flintrop, J.:*

- Transparenz schaffen, Ärzte absichern. Euthanasie-Gesetzgebung in den Niederlanden. Blick ins Ausland. Themen der Zeit, DÄ, H. 3 (97), 2000, S. B-83-84

*Dr. Gerst, T.:*

- Bundesregierung plant weiteren Ausbau. Patientenrechte. Aktuell. Politik, DÄ, H. 8 (97), 2000, S. B-385

*Prof. Dr. med. Hoppe, J.-D., Prof. Dr. med. Sewing, K.-F.:*

- Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik. Bundesärztekammer. Dokumentation, DÄ, H. 9 (97), 2000, S. B-461-462

*Jachertz, N.:*

- An Rande der schiefen Bahn. Präimplantationsdiagnostik. Kommentar. Politik, DÄ, H. 9 (97), 2000, S. B-447
- Panische Angst. Sterbehilfe. Seite eins, DÄ, H. 50 (97), 2000, S. B-2837

*Kardinal Meisner, J.:*

- Mensch von Anfang an. Präimplantationsdiagnostik. Kommentar. Politik, DÄ, H. 14 (97), 2000, S. B-766-768

*Klinkhammer, G.:*

- Mehr Spielraum für Patienteninformationen. Berufsordnung. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 18 (97), 2000, S. B-1020
- Sterbehilfe für Demente. Euthanasie in den Niederlanden. Seite eins, DÄ, H. 45 (97), 2000, S. B-2509
- Unterschiedliche Schutzwürdigkeit. Präimplantationsdiagnostik. Politik, DÄ, H. 48 (97), 2000, S. B-2714

*Dr. med. Kloiber, O.:*

- Patienten sind keine Kunden. Kommentar. Politik, DÄ, H. 5(97), 2000, S. B-199



*Dr. med. Köster, R.:*

- Sprachlose Medizin. Politik, DÄ, H. 34-35 (97), 2000, S. B-1884

*Krüger-Brand, H. E.:*

- Sachliche Information des Patienten erhält Vorrang. TOP IIa: Novellierung der (Muster-)Berufsordnung. 103. Deutscher Ärztetag. Politik, DÄ; H. 20 (97), 2000, S. B-1152-1153

*Dr. med. Lenz, C., Dr. rer. nat. Brucksch, M.:*

- Die Zukunft gehört personalisierten Diensten, Therapie- und Patientenberatung im Internet. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 10 (97), 2000, S. B-522-524

*Dr. med. Matthes, N., Dr. med. Wiest, A.:*

- Stimme des Patienten. Krankenhaus-Evaluierung. Themen der Zeit, DÄ, H. 31-32 (97), 2000, S. B-1774

*Dr. jur. Mehrhoff, F., Prof. Dr. med. Ekkernkamp, A.:*

- Informationspflicht des Arztes, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Themen der Zeit, DÄ, H. 34-35 (97), 2000, S. B-1893

*Dr. Merten, A.:*

- Nutzen für die ärztliche Praxis. Gesundheitsratgeber. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 17 (97), 2000, S. B-956-958

*Dr. med. Montgomery, F. U.:*

- Muss man alles machen, was man kann? Schöne neue Welt. Kommentar. Themen der Zeit, DÄ, H. 18 (97), 2000, S. B-1026-1027

*Ohne Verfasser:*

- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt I. 103. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 20 (97), 2000, S. B-1176-1177
- Keine aktive Euthanasie. Sterbehilfe. Aktuell, DÄ, H. 34-35 (97), 2000, S. B-1876
- Geld für Hausärzte. Patientenverfügung. Aktuell, DÄ, H. 36 (97), 2000, S. B-1940

*Dr. med. Prönneke, R.:*

- Patienten bleiben beim Sterben nicht allein. Hospizidee im Krankenhaus. Themen der Zeit, DÄ, H. 33 (97), 2000, S. B-1832-1833

*Priv.-Doz. Dr. Reiter-Theil, S.:*

- Beratung bei Entscheidungsschwierigkeiten. Klinische Ethik. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 14 (97), 2000, S. B-777-778

*Dr. med. Richter, E. A.:*

- Der informierte Patient - ein gemeinsames Ziel. Patientenrechte. Aktuell. Politik, DÄ, H. 12 (97), 2000, S. B-650-651

*Riedel, U.:*

- Plädoyer für eine unvoreingenommene offene Debatte. Präimplantationsdiagnostik. Aktuell. Politik, DÄ, H. 10 (97), 2000, S. B-514-515

*Rieser, S.:*

- Präimplantationsdiagnostik: Auftakt des öffentlichen Diskurses. Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie der Bundesärztekammer. Leitartikel. Politik, DÄ, H. 9 (97), 2000, S. B-445-446
- Kein Blick aufs Ganze. Präimplantationsdiagnostik. Seite eins, DÄ, H. 16 (97), 2000, S. B-873
- Von Lebensfreude und unterbelichteten Themen. Gesundheitstag 2000 in Berlin. Tagungsbericht. Politik, DÄ, H. 25 (97), 2000, S. B-1465-1466
- Wie findet man die Richtigen? Patientenvertreter. Politik, DÄ, H. 49 (97), 2000, S. B-2777-2778

*Dr. med. Ripke, T.:*

- Chance zum besseren Verständnis des Patienten. Der kranke Arzt. Aufsätze. Themen der Zeit, DÄ, H. 5 (97), 2000, S. B-205-208

*Dr. med. Schlaudt, H.-P.:*

- Jeden Tag besser werden. Patient als Kunde. Kommentare. Politik, DÄ, H. 24 (97), 2000, S. B-1399-1400

*Prof. Dr. Dr. med. h. c. Schreiber, H.-L.:*

- Von richtigen rechtlichen Voraussetzungen ausgehen. Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer. Kommentar. Dokumentation, DÄ, H. 17 (97), 2000, S. B-967-968

*Prof. Dr. med. Sewing, K.-F.:*

- Präimplantationsdiagnostik als Verantwortung. Kommentar. Dokumentation, DÄ; H. 17 (97), 2000, S. B-969

## ***Deutsches Ärzteblatt 2001***

*Dr. med. Bartmann, P.:*

- Die Grenzen respektieren. Hospizarbeit. Politik, DÄ, H. 39 (98), 2001, S. B-2129

*Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Berger, M., Prof. Dr. med. Mühlhauser, I.:*

- Patienten müssen mehrstufig aufgeklärt werden. Präventiv-Therapien. Politik, DÄ, H. 6 (98), 2001, S. B-250-253

*Breder, C.:*

- Aktiv zuhören und effektiv informieren. Ärztliches Gesprächsverhalten. Politik, DÄ, H. 26 (98), 2001, S. B-1482

*Bühning, P.:*

- Ganzheitliche Therapie gewünscht. Meinungsforschung. Themen der Zeit, DÄ, H. 20 (97), 2001, S. B-1109

*Prof. Dr. theol. Eibach, U.:*

- Gesundheit ist nicht das höchste Gut. Embryonenforschung in Europa. Dokumentation, DÄ, H. 14 (98), 2001, S. B-765

*Gerst, T.:*

- Selbstverpflichtung. Fortbildung. Seite eins, DÄ, H. 13 (98), 2001, S. B-677

- Patientenrechte inbegriffen? Berufsrecht der Freien Berufe. Politik, DÄ, H. 51-52 (98), 2001, S. B-2880

*Klinkhammer, G.:*

- Weiterhin Diskussionsbedarf. Medizinische Ethik. Politik, DÄ, H. 1-2 (98), 2001, S. B-12
- Warnung vor Missbrauch der Gentechnik. Bischofskonferenz. Politik, DÄ, H. 11 (98), 2001, S. B-552
- Breite Ablehnung aktiver Euthanasie. Diskussion über Sterbehilfe. Politik, DÄ, H. 18 (98), 2001, S. B-985-986
- Informationsbedarf. Organspende. Seite eins, DÄ, H. 23 (97), 2000, S. B-1317
- Entscheidungen von einem Ärztekollegium. Spätabtreibungen. Politik, DÄ, H. 30 (98), 2001, S. B-1662

*Krüger-Brand, H. E.:*

- Der informierte Patient. Forum für Medizin und Telematik. Themen der Zeit, DÄ, H. 30 (98), 2001, S. B-1669-1670

*Kühn, B.:*

- Konkrete Vorschläge aus dem Norden. Patientenverfügungen. Politik, DÄ, H. 31-32 (98), 2001, S. B-1729

*Dr. jur. Laum, H. D., Prof. Dr. med. Beck, L.:*

- Im Interesse von Ärzten und Patienten. 25 Jahre Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Themen der Zeit, DÄ, H. 15 (98), 2001, S. B-815-816

*Dr. med. Lenz, C. F. W.:*

- Disease Management online. Internetbasierte Lösungen zur Gesundheitsversorgung. Themen der Zeit, DÄ, H. 36 (98), 2001, S. B-1934-1936

*Maus, J.:*

- Freiwillige Annäherung. Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen. Politik, DÄ, H. 45 (98), 2001, S. B-2493-2494

*Prof. Dr. Nagel, G. A.:*

- Kompetente Berater für kompetente Patienten. Pharmazeutische Betreuung. Themen der Zeit, DÄ, H. 9 (98), 2001, S. B-436

*Ohne Verfasser:*

- "Entschiedene Worte". Euthanasie. Aktuell, DÄ, H. 1-2 (98), 2001, S. B-4
- Sterbehilfe zugelassen. Zürich. Aktuell, DÄ, H. 12 (98), 2001, S. B-612
- Euthanasie erlaubt. Niederlande. Aktuell, DÄ, H. 16 (98), 2001, S. B-870
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt I. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik. 104. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 22 (98), 2001, S. B-1245-1247
- Internet-Führer für Patienten. Krankenhaus-Wahl. Medien, DÄ, H. 30 (98), 2001, S. B-1652
- Beratungsstellen in 140 Orten. Donum vitae. Politik, DÄ, H. 40 (98), 2001, S. B-2192
- Patient als Partner. Patientenrechte. Aktuell, DÄ, H. 41 (98), 2001, S. B-2240
- Anfang ohne Ende. Präimplantationsdiagnostik. Themen der Zeit, DÄ, H. 43 (98), 2001, S. B-2390

- Kein perfektes Wunschkind. BGH-Urteil. Aktuell, DÄ, H. 51-52 (98), 2001, S. B-2873

*Rabbata, S.:*

- Förderung für häusliche Sterbebegleitung. Hospizarbeit und Palliativmedizin. Politik, DÄ, H. 44 (98), 2001, S. B-2438

*Dr. med. Richter, E. A.:*

- Gleiche Chance für alle. Organtransplantation. Politik, DÄ, H. 6 (97), 2001, S. B-245-246
- Ganz am Anfang. Präimplantationsdiagnostik. Politik, DÄ, H. 12 (98), 2001, S. B-618

*Rieser, S.:*

- "Detaillierte Information hilft den Patienten". Grenzen der Werbung. Politik, DÄ, H. 28-29 (98), 2001, S. B-1601
- Vorsichtige Öffnung hin zu mehr Transparenz. Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Themen der Zeit, DÄ, H. 51-52 (98), 2001, S. B-2885-2886

*Dr. med. Rüter, G.:*

- Auf der Strecke bleibt die ärztliche Ethik. Disease Management. Themen der Zeit, DÄ, H. 46 (98), 2001, S. B-2569-2571

*Prof. Dr. med. Schlitt, H. J.:*

- Organmangel limitiert Erfolge der Transplantationsmedizin. Kongressbericht. Medizin, DÄ, H. 1-2 (98), 2001, S. B-43-44

*Dr. med. Weber, M.:*

- Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation. Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens. Themen der Zeit, DÄ, H. 48 (98), 2001, S. B-2697-2701

*Prof. Dr. med. Dr. phil. Wiesing, U., Prof. Dr. jur. Kamps, H.:*

- Prof. Dr. med. Dr. phil. Wiesing, U., Prof. Dr. jur. Kamps, H.: Aufklärung von Tumorpatienten. Onkologie. Politik, DÄ, H. 21 (98), 2001, S. B-1162

## ***Deutsches Ärzteblatt 2002***

*Firnkorn, H.-J.:*

- Ein Modell gewinnt an Konturen. Patientenautonomie. Politik, DÄ, H. 44 (99), 2002, S. B-2469

*Gerst, T.:*

- "Gläsernen DMP-Patienten verhindern. Datentransparenz. Politik, DÄ, H. 14 (99), 2002, S. B-753-754

*Hoc, S.:*

- Zwischen Informationsanspruch und gesetzlichen Risiken. Medizinkommunikation. Themen der Zeit, DÄ, H. 26 (99), 2002, S. B-1532-1534

*Jachertz, N.:*

- Der Preis fürs Mitmachen. Disease Management. seite eins, DÄ, H. 22 (99), 2002, S. B-1225

*Kieckbusch, D.:*

- Mehr Rechte für Patienten gefordert. Behandlungsfehler. Politik, DÄ, H. 37 (99), 2002, S. B-2037

*Klinkhammer, G.:*

- Ein Menschenrecht? Aktive Sterbehilfe. seite eins, DÄ, H. 13 (99), 2002, S. B-673
- Absage an PID. Kirchen. seite eins, DÄ, H. 16 (99), 2002, S. B-873
- Ethische Abwärtsspirale. 105. Deutscher Ärztetag. Politik, DÄ, H. 23 (99), 2002, S. B-1310
- Unzureichend finanziert. Palliativmedizin. seite eins, DÄ, H. 27 (99), 2002, S. B-1565
- "Das Gesetz muss reanimiert werden". Transplantationen. Themen der Zeit, DÄ, H. 34-35 (99), 2002, S. B-1909-1911

*Prof. Dr. med. Klaschik, E.:*

- Defizite in der studentischen Ausbildung. Palliativmedizin. Themen der Zeit, DÄ, H. 19 (99), 2002, S. B-1076-1078

*Lenze, S.:*

- AOK will Ärzte-Ranking. Patientenrechte. Politik, DÄ, H. 50 (99), 2002, S. B-2848

*Maus, J.:*

- Konflikt-Management. DMP. seite eins, DÄ, H. 24 (99), 2002, S. B-1369

*Merten, M.:*

- Ärzte sollen vom hohen Sockel steigen. Patientenrechte in Deutschland. Politik, DÄ, H. 43 (99), 2002, S. B-2405

*Ohne Verfasser:*

- Förderung der Palliativmedizin. Sterbehilfe. Aktuell, DÄ, H. 1-2 (99), 2002, S. B-5
- Gegen Primat der Ökonomie. Fachberufe. Aktuell, DÄ, H. 13 (99), 2002, S. B-677
- "Die Argumente sind auf dem Tisch". Präimplantationsdiagnostik. Politik, DÄ, H. 19 (99), 2002, S. B-1064
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt I. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik. 105. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 23 (99), 2002, S. B-1331-1340
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt II. Individualisierung oder Standardisierung in der Medizin? 105. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 23 (99), 2002, S. B-1341-1344
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt VI. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. 105. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 24 (99), 2002, S. B-1399-1404

*Rabbata, S.:*

- Gemeinsame Linie. Disease Management. seite eins, DÄ, H. 19 (99), 2002, S. B-1049

*Rieser, S.:*

- Differenzierte Meinung der Behinderten-Vertreter. Präimplantationsdiagnostik. Politik, DÄ, H. 51-52 (99), 2002, S. B-2902

*Thomas, K.:*

- Eine neue Dimension. Präimplantationsdiagnostik. Politik, DÄ, H. 4 (99), 2002, S. B-132

*Ulatowski, H.:*

- Patient bleibt sich selbst überlassen. Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Kommentar. Politik, DÄ, H. 5 (99), 2002, S. B-194

*Priv.-Doz. Dr. Wildner, M.:*

- Gute Noten für Ärzte, aber organisatorische Defizite. Patientenrechte. Themen der Zeit, DÄ, H. 13 (99), 2002, S. B-692-693

*Priv.-Doz. Dr. med. Zieger, A.:*

- Kein "Sterben in Würde". Patientenverfügungen. Themen der Zeit, DÄ, H. 14 (99), 2002, S. B-770-772

*Dr. med. Zylka-Menhorn, V.:*

- Brisante Forderung. Lebendorganspende. Medizinreport. Politik, DÄ, H. 25 (99), 2002, S. B-1460-1461

## **Deutsches Ärzteblatt 2003**

*Prof. Dr. med. Böker, W.:*

- Der fragmentierte Patient. Arzt-Patient-Beziehung. Themen der Zeit, DÄ, H. 1-2 (100), 2003, S. B-22-25

*Priv.-Doz. Dr. med. Borasio, G. D.:*

- Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt. Neuer Beschluss des Bundesgerichtshofs. Themen der Zeit, DÄ, H. 31-32 (100), 2003, S. B-1716-1719

*Dr. rer. pol. Clade, H.:*

- Plädoyer für einen Patientenbeauftragten. Verbraucher- und Patientenschutz. Politik, DÄ, H. 11 (100), 2003, S. B-574-575

*Flintrop, J.:*

- Der ehrliche Arzt ist der Dumme. Die "Krankheitserfinder". Politik, DÄ, H. 51-52 (100), 2003, S. B-2791

*Gerst, T.:*

- Pflicht für Vertragsärzte. Fortbildung. Politik, DÄ, H. 39 (100), 2003, S. B-2068

*Prof. Dr. med. Klemperer, D.:*

- Entscheidungen über Therapie muss gemeinsam getroffen werden. Arzt-Patient-Beziehung. Themen der Zeit, DÄ, H. 12 (100), 2003, S. B-640-642

*Klinkhammer, G.:*

- Ein neues Qualitätsbewusstsein. Ärztliche Behandlungsfehler. Themen der Zeit, DÄ, H. 18 (100), 2003, S. B-988-990
- Engere Grenzen für Spätabtreibungen. Pränatale Diagnostik. Politik, DÄ, H. 28-29 (100), 2003, S. B-1587
- Sterbehilfedebatte in der Schweiz. Betreuung von älteren Pflegebedürftigen. Politik, DÄ, H. 42 (100), 2003, S. B-2258-2259

*Dr. jur. König-Ouvrier, I.:*

- Festlegung ist häufig nicht möglich. Gerichtliche Gutachten. Themen der Zeit, DÄ, H. 10 (100), 2003, S. B-522

*Krüger-Brand, H. E.:*

- Mehr Qualität und Transparenz. Gesundheits-Websites. Themen der Zeit, DÄ, H. 28-29 (100), 2003, S. B-1596-1597
- Anschied vom "Halbgott in Weiß". Ärzteimage im Fernsehen. Themen der Zeit, DÄ, H. 45 (100), 2003, S. B-2426-2429

*Prof. Dr. med. Lennert, K.:*

- Eine Alternative zur aktiven Sterbehilfe. Palliativmedizin. Politik, DÄ, H. 17 (100), 2003, S. B-920

*Merten, M.:*

- Das letzte Wort hat der Arzt. Klinische Ethikkommission. Themen der Zeit, DÄ, H. 4 (100), 2003, S. B-151
- Auf gutem Wege. Arzt & Selbsthilfe. Themen der Zeit, DÄ, H. 20 (100), 2003, S. B-1113-1114
- Mehr Transparenz gefordert. Verbraucherschutz. Themen der Zeit, DÄ, H. 27 (100), 2003, S. B-1544
- Patienten sind die Leidtragenden. Patientenrechte. Politik, DÄ, H. 30 (100), 2003, S. B-1649

*Nagel, N.:*

- Kommunikation wird oft unterschätzt. Praxisführung. Wirtschaft. Varia, DÄ, H. 24 (100), 2003, S. B-1402-1403

*Ohne Verfasser:*

- Für mehr Patientenrechte. Krankenkassen. Aktuell, DÄ, H. 6 (100), 2003, S. B-260
- Intensive Begleitung. Hospize. Aktuell, DÄ, H. 12 (100), 2003, S. B-628
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt III. Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland. 106. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 22 (100), 2003, S. B-1262-1263
- Passive Sterbehilfe. Broschüre. Medien, DÄ, H. 38 (100), 2003, S. B-2010
- Arzt und Patient als Partner. Förderschwerpunkt. Aktuell, DÄ, H. 42 (100), 2003, S. B-2240
- Ein ungeliebtes Kind. Patientenrechte. Politik, DÄ, H. 44 (100), 2003, S. B-2357
- Behindertes ungeborenes Leben schützen. Spätabtreibungen. Aktuell, DÄ, H. 49 (100), 2003, S. B-2664

*Rabbata, S.:*

- Schnittstelle Arzt-Pflege. InterKiK und Case Management. Politik, DÄ, H. 5 (100), 2003, S. B-213-216
- Die Angst steht mit am Operationstisch. Arzthaftung. Politik, DÄ, H. 11 (100), 2003, S. B-570-572
- Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung. Patientenautonomie. Politik, DÄ, H. 26 (100), 2003, S. B-1483

*Terzioglu, P., Jonitz, B., Prof. Dr. Med. Schwantes, U., Prof. Dr. med. Burger, W.:*

- Vermittlung muss im Medizinstudium beginnen. Kommunikative und soziale Kompetenzen. Themen der Zeit, DÄ, H. 36 (100), 2003, S. B-1897-1899

*Dr. med. Witzel, K., Hipp, T., Kaminski, C.:*

- Dr. Stefan Frank hätte sich mehr Zeit genommen ... . Arztbild in den Medien. Themen der Zeit, DÄ, H. 45 (100), 2003, S. B-2431-2432

*Zypries, B.:*

- Mehr Transparenz im medizinischen Behandlungsverhältnis. Patientenrechte. Politik, DÄ, H. 13 (100), 2003, S. B-688-689

## ***Deutsches Ärzteblatt 2004***

*Bathelt, J.:*

- Kritik ist eine Form von Unternehmensberatung. Patientenbeteiligung. Politik, DÄ, H. 4 (101), 2004, S. B-132

*Prof. Dr. med. Beleites, E.:*

- Grundsätze zur Sterbebegleitung neu gefasst. Bundesärztekammer. Politik, DÄ, H. 19 (101), 2004, S. B-1075

*Elsner, A.:*

- Mangel nicht beseitigt. Organspende. Politik, DÄ, H. 40 (101), 2004, S. B-2241

*Prof. Dr. med. Elzer, M.:*

- Ganzheitliche Kompetenz erwerben. 50 Jahre Balint-Gruppen. Themen der Zeit, DÄ, H. 24 (101), 2004, S. B-1432-1433

*Dr. med. Jakob, A. H.:*

- Nil nocere. Arzt und Patient. Kommentar, DÄ, H. 24 (101), 2004, S. B-1422

*Merten, M.:*

- Manual als Wegweiser. Palliativmedizin. Politik, DÄ, H. 10 (101), 2004, S. B-511
- "Ein zartes Pflänzchen". Der Patient als Partner. Politik, DÄ, H. 17 (101), 2004, S. B-942-943

*Dr. med. Kaufmann, J., Kuhlen, R.:*

- Typische Versäumnisse. Risikoaufklärung. Themen der Zeit, DÄ, H. 40 (101), 2004, S. B-2248-2249

*Dr. phil. Kirsching, S.:*

- Offener Dialog gesucht. Der online informierte Patient. Themen der Zeit, DÄ, H. 46 (101), 2004, S. B-2617-2618

*Klinkhammer, G.:*

- Keine unkritische Ausweitung. Präimplantationsdiagnostik. Themen der Zeit, DÄ, H. 7 (101), 2004, S. B-339
- Altruismus und Freiwilligkeit. Transplantation. Politik, DÄ, H. 13 (101), 2004, S. B-689
- Bedenklicher Vorstoß. Sterbehilfe. Seite eins, DÄ, H. 16 (101), 2004, S. B-873
- Eine steigende Dunkelziffer. Sterbehilfe, Euthanasie und Sterbebegleitung. Politik, DÄ, H. 36 (101), 2004, S. B-1986-1987
- Geteilte Verantwortung. Spätabtreibungen. Politik, DÄ, H. 46 (101), 2004, S. B-2605
- Verbindlichkeit bekräftigt. Patientenverfügungen. Politik, DÄ, H. 46 (101), 2004, S. B-2606



*Prof. Dr. med. Kolkmann, F.-W., Prof. Dr. med. Dr. h. c. Vilmar, K., Dipl.-Volksw. Stobrawa, F.:*

- Entprofessionalisierung ärztlicher Berufsausübung. Qualitätssicherung. Themen der Zeit, DÄ, H. 20 (101), 2004, S. B-1172-1176

*Krüger-Brand, H. E.:*

- Risiken für die Versicherten. Datenschutz. Politik, DÄ, H. 13 (101), 2004, S. B-694-695
- Informationsbedarf. Patienten. Seite eins, DÄ, H. 14 (101), 2004, S. B-741
- "Screening ist wie eine Autoinspektion". Der involvierte Patient. Themen der Zeit, DÄ, Heft 31-32 (101), 2004, S. B-1812-1813

*Maus, J.:*

- "medizin heute" jetzt mit zwei Heften je Arztpraxis. Wartezimmerzeitschrift. Politik, DÄ, H. 51-52 (101), 2004, S. B-2924

*Prof. Dr. med. Müller-Busch, H. C.:*

- Eine Alternative zur aktiven Euthanasie. Palliativmedizin. Themen der Zeit, DÄ, H. 16 (101), 2004, S. B-893-894

*Prof. Dr. med. Nolte, R., Dr. Benz, G., Dr. du Bois, G., Priv.-Doz. Dr. Frank, C., Dr. Perl, F., Dr. Spatz-Zoellner, E., Dr. Stutte, H.:*

- Legalisierung aktiver Sterbehilfe auch in Deutschland? Ethikausschuss im Deutschen Ärztinnenbund. Themen der Zeit, DÄ, H. 7 (101), 2004, S. B-340

*Ohne Verfasser:*

- Beauftragte ernannt. Patientenrechte. Aktuell, DÄ, H. 3 (101), 2004, S. B-65
- Pflichtfach in München. Palliativmedizin. Aktuell, DÄ, H. 15 (101), 2004, S. B-813
- Entschließungen zum Tagesordnungspunkt VI. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. 107. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 22 (101), 2004, S. B-1313-1329
- Service für Privatpatienten. Internet-Portal. Medien, DÄ, H. 36 (101), 2004, S. B-1982
- Durchblick statt Einblick. Datenschutz. Politik, DÄ, H. 40 (101), 2004, S. B-2236

*Pflanz, E.:*

- Zur Eigenverantwortung. Stiftung Patientenkompetenz. Themen der Zeit, DÄ, H. 37 (101), 2004, S. B-2057-2058

*Prof. Dr. med. Richter, G.:*

- Möglichkeit zur Erfüllung des Kinderwunsches. Präimplantationsdiagnostik. Themen der Zeit, DÄ, H. 6 (101), 2004, S. B-280-281

*Dr. med. Richter-Kuhlmann, E. A.:*

- Enge Grenzen. Patientenverfügungen. Seite eins, DÄ, H. 37 (101), 2004, S. B-2037

*Dr. med. Rühmkopf, D.:*

- Erste Einsätze bewältigt. Patientenvertreter. Politik, DÄ, H. 11 (101), 2004, S. B-564

*Dr. med. Dipl.-Sozialw. Schlemm, S., Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Scriba, P. C.:*

- Leistungsberichte als "Patientenwegweiser". Stationäre und ambulante Versorgung. Themen der Zeit, DÄ, H. 8 (101), 2004, S. B-405-407

## *Deutsches Ärzteblatt 2005*

*Prof. Dr. med. Beine, K. H., Böttger-Kessler, G.:*

- Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma? Brisantes Forschungsprojekt. Themen der Zeit, DÄ, H. 30 (102), 2005, S. B-1756

*Prof. Dr. med. Bein, T.:*

- Hirntodbestimmung und Betreuung des Organspenders. Medizin, DÄ, H. 5 (102), 2005, S. B-226-231

*Prof. Dr. med. Beske, F.:*

- Aufwand kostet. Patientensicherheit. seite eins, DÄ, H. 16 (102), 2005, S. B-913

*Dr. jur. Doms, T.:*

- Transparenz als beste Vorsorge. Arzthaftungsrecht. Themen der Zeit, DÄ, H. 3 (102), 2005, S. B-94-95

*Dr. jur. Grams, H. A.:*

- Die Relevanz medizinischer Leitlinien nimmt zu. Arzthaftungsrecht. Themen der Zeit, DÄ, H. 12 (102), 2005, S. B-687-688

*Prof. em. Dr. med. Helmchen, H.:*

- Zwischen Individualisierung und Standardisierung. Arzt-Patienten-Verhältnis. Themen der Zeit, DÄ, H. 13 (102), 2005, S. B-748

*Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hoppe, J.-D.:*

- Mehr Vertrauen in die ärztliche Urteilskraft. Statt Programm-Medizin. Politik, DÄ, H. 14 (102), 2005, S. B-799-800

*Jachertz, N., Klinkhammer, G., Dr. med. Richter-Kuhlmann, E. A.:*

- Mutmaßlicher Wille, weitreichende Folgen, Betreuungsrecht. Themen der Zeit, DÄ, H. 17 (102), 2005, S. B-996-999

*Klinkhammer, G.:*

- Hilfe für die Angehörigen. Postmortale Organspende. Politik, DÄ, H. 12 (102), 2005, S. B-681
- Töten ist keine ärztliche Aufgabe. Euthanasie. Politik, DÄ, H. 33 (102), 2005, S. B-1869-1870

*Krüger-Brand, H. E.:*

- "Vertrauensbildung betreiben". Datenschutz. Politik, DÄ, H. 4 (102), 2005, S. B-140-142

*Merten, M.:*

- Einen Schritt weiter. Der Patient als Partner. Politik, DÄ, H. 22 (102), 2005, S. B-1310

*Ohne Verfasser:*

- Sterbehilfe an Säuglingen. Niederlande. Aktuell, DÄ, H. 5 (102), 2005, S. B-201
- Sterbehilfe bei Neugeborenen. Belgien. Aktuell, DÄ, H. 19 (102), 2005, S. B-1109
- Keine aktive Euthanasie. Sterbehilfe. 108.Deutscher Ärztetag, DÄ, H. 19 (102), 2005, S. B-1113

- Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt VII. Ärztliches Fehlermanagement/Patientensicherheit. 108. Deutscher Ärztetag. Dokumentation, DÄ, H. 19 (102), 2005, S. B-1154-1156
- Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt VIII. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. 108. Deutscher Ärztetag. Dokumentation , DÄ, H. 20 (102), 2005, S. B-1197-1203

*Rabbata, S.:*

- Eigene Akzente gesetzt. Patientenvertreter. Politik, DÄ, H. 5 (102), 2005, S. B-206

*Dr. med. Richter-Kuhlmann, E. A.:*

- Unter Kostendruck. Organspende. seite eins, DÄ, H. 5 (102), 2005, S. B-197
- Vorrang der Autonomie. Patientenverfügungen. Politik, DÄ, H. 23 (102), 2005, S. B-1373
- "Fast kulthafter Charakter". Pränataldiagnostik. Politik, DÄ, H. 24 (102), 2005, S. B-1449
- Geld und Gesetz. Palliativmedizin. seite eins, DÄ, H. 27 (102), 2005, S. B-1621

*Dr. med. Simon, S.:*

- Praktische Philosophie. Ärztliche Grundhaltung. Kommentar. Politik, DÄ, H. 7 (102), 2005, S. B-332

*Spielberg, P.:*

- Heikle Forderungen. Sterbehilfe. Politik, DÄ, H. 1-2 (102), 2005, S. B-20

*Univ.-Prof. Dr. med. Vogt, P. M.:*

- Schönheitsoperationen. Themen der Zeit, DÄ, H. 9 (102), 2005, S. B-476

*Prof. Dr. med. Dr. phil. Wiesing, U.:*

- Eine Frage der Ethik. Ärztliche Arbeitszeit. Themen der Zeit, DÄ, H. 39 (102), 2005, S. B-2206-2209