

heften, alphabetisch nach Handelsname oder Genericname oder Indikation. Der Ordner muß nach dem schwedischen Modell gestaltet sein, da man in diesem blättern kann und ihn aufgeschlagen liegenlassen kann im Gegensatz zum Ordnermodell Leitz oder Consilium Cedip, wo man umständlich herüberhebeln muß... Dieser unser Vorschlag hätte außerdem noch den Vorteil, daß sich vom Doktor Angestrichenes darin hält, da bei Neuerungen nur einzelne Blätter ausgetauscht werden...

Dr. med. Volker Weinmann
Max-Kolmsperger-Straße 19/1
8000 München 83

KOLLEGEN

Zu dem Artikel von Klaus Gehb: „Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“, Heft 19/1976:

Wer will in die Türkei?

Angesichts der Zahlen aus Tab. 7 und der Tatsache, daß es hier in Berlin (und wohl auch in anderen Städten?!) bereits Abteilungen gibt, die ganz (Chef- und Oberarzt) von Ausländern geleitet werden, stelle ich mir und der Kammer die Frage, wieweit und vor allem wie lange Regierung und Landesärztekammern den ausländischen Kollegen (oder bald Konkurrenten) noch entgegenkommen wollen, um im gelobten Westdeutschland zu bleiben.

Daß wir weder jetzt noch in Zukunft ausländische Ärzte brauchen, dürfte aus den vorgelegten Zahlen deutlich hervorgehen, vor allem wenn man die hiesige Arztdichte mit der anderer Länder vergleicht. Wohl nur wenige deutsche Kollegen werden dafür Verständnis haben, wenn man ihnen statt einer Niederlassungsmöglichkeit oder Oberarztstelle in Deutschland eine solche in Persien oder der Türkei anbieten wird.

Klaus G. Dahlke
Finckensteinallee 32 A
1000 Berlin 45

Das Recht auf Gesundheit und die Rechte des Arztes

3. Kongreß der Europäischen Vereinigung Katholischer Ärzte

In der ältesten und angesehensten medizinischen Institution Englands, dem Royal College of Physicians in London, trafen sich im Mai 1976 über 300 Ärzte aus England, Frankreich, Spanien, Dänemark, Schweiz, Belgien, USA, Indien und der Bundesrepublik Deutschland, um komplexe Probleme medizinischer Ethik und Moral im Zusammenhang mit der modernen Gesetzgebung, speziell in europäischen Ländern zu besprechen, mit dem Ziel, dafür zu sorgen, daß diese Gesetzgebung einheitlich und eindeutig gestaltet wird durch ausreichende Vertretung des Ärztestandes in allen staatlichen Ausschüssen, die mit der Formulierung neuer Gesetze befaßt sind. Grundlegende Änderungen von Gesetzen zum Schutze des ungeborenen Kindes und damit zur Achtung menschlichen Lebens überhaupt, die seit 1967 in England, USA und Deutschland in den Parlamenten entschieden wurden, widersprechen dem medizinisch-ethischen Kodex, auf den sich die verantwortungsbereiten Ärzte der Welt in Anlehnung an den „Eid des Hippokrates“ mit der Deklaration von Genf 1948 und dem „International Code of medical Ethic 1949“ im großen Rahmen der UN-Erklärung der Menschenrechte verpflichtet haben.

Die technische Entwicklung in der Medizin konfrontiert das Gewissen des Arztes mit dem Problem der Organtransplantation und in der Folge mit der Bestimmung des Todeszeitpunktes in seiner medizinischen und strafrechtlichen Relevanz, mit der Problematik des Schwangerschaftsabbruchs und der Sterilisation als Methoden der Familien- und Bevölkerungspla-

nung, mit der Legalisierung der Euthanasie und mit dem Problem der Einrichtung medizinischer Datenbanken in Kollision mit der ärztlichen Schweigepflicht. Der Versuch, die gewonnenen Einsichten dieses internationalen Forums sozusagen als Kongreßmeinung zu fixieren, kommt in einige Bedrängnis, die auch durch die Auswertung der Grundsatzreferate der Vorspanntagung (Katholische Ärztearbeit Deutschlands) nicht gemindert wird.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert die Gesundheit als „vollkommenes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ und deklariert, daß jeder Mensch auf eine so definierte Art von Gesundheit ein Anrecht habe. Die Frage stellt sich sofort: Gibt es nach dieser Definition von Gesundheit überhaupt noch gesunde Menschen? Und bei welcher Instanz wäre dieses Recht auf Gesundheit einklagbar? Das „Recht auf Gesundheit“ ist minimalistisch gesichert, wenn sich der Staat auf unumgängliche gesundheitspolizeiliche Interventionen beschränkt und massive sozial schädliche Handlungen strafrechtlich sanktioniert werden. Optimal gesichert scheint es für viele unserer Zeitgenossen, wenn der Staat einen totalen Gesundheitsservice zum Nulltarif anbietet. Zweifellos drängt heute ein starkes Gefälle in diese Richtung. Doch meldet sich weithin bereits die Einsicht, daß auf diesem Weg das Recht, das durchgesetzt werden soll, am Ende mit Sicherheit verwirkt wird.

Nach den Prinzipien einer vernünftigen gesundheitspolitischen Ge-

samtkonzeption muß der Staat das Solidaritätsprinzip durchsetzen. Von Solidarität kann allerdings nicht die Rede sein, solange die sieben reichsten Länder der Welt 10–15mal mehr für die Gesundheit ausgeben als alle armen Länder in Afrika, Lateinamerika, Süd- und Ostasien zusammen. Der Pro-Kopf-Aufwand ist in den reichen Ländern 50mal höher als in den armen. Neben dem Solidaritätsprinzip muß der Staat das Subsidiaritätsprinzip durchsetzen. Er darf dem einzelnen nicht jede Mitsorge abnehmen, weil er sonst vom Sozialstaat zum Wohlfahrtsstaat degeneriert. Die Bürger müssen sich bewußt werden, daß die Gesundheit wie das Glück und das Leben zu jenen Gütern gehört, die letztlich unverfügbar sind und darum auch nicht eingeklagt werden können.

Geburtenregelung

Das Problem der Geburtenregelung hat heute durch neue Methoden der Kontrazeption, die Verhinderung der Nidation und die operative Sterilisation, nicht nur für den Arzt, sondern auch für den Theologen und Juristen erneut Aktualität bekommen. Zur gleichen Zeit bestätigt Papst Paul VI. bekanntlich in seiner Enzyklika „Humanae vitae“ die traditionelle Lehre der Kirche, wonach jeder direkte Eingriff in das Zeugungsgeschehen unerlaubt sei. Nach der Rechtsauffassung in der Schweiz, in Österreich, Schweden und jetzt auch in der Bundesrepublik Deutschland ist der Begriff „Leibesfrucht“ an die Nidation gebunden. Die strafrechtliche Konsequenz ist demnach, daß die Intrauterinspirale und die morning after pill nicht mehr als Abortivum, sondern als Antikonzeptivum anzusehen sind. Da beide Methoden die Einnistung des befruchteten Eis verhindern, menschliches Leben aber mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle beginnt, widersprechen sie der ethischen Grundnorm von der Unantastbarkeit menschlichen Lebens. Ansonsten besteht ein ärztli-

cher Meinungskonsens in allen Ländern, daß keine Methode der Geburtenregelung von vornherein bevorzugt oder abgelehnt werden kann. Einige Untersuchungen in Österreich, Australien und zuletzt in England (Medical centre Birmingham) legen die Aufwertung der natürlichen Methoden nahe. Als wie genau und sicher jedoch

ZITAT

„Sozialisierung auf Raten“

„Bei alledem werden wir auf der Hut sein müssen, daß nicht gleichsam durch die Hintertür eine ‚Sozialisierung auf Raten‘ erfolgt. Denn wir kennen den Trend zur gesetzlichen Einheitsversicherung mit anderen unverhohlenen ideologisch begründeten Forderungen, etwa nach dem ‚Klassenlosen Krankenhaus‘. Die Praxis sozialisierter Gesundheitssysteme mit ihrer unpersönlichen Fließbandbehandlung in Ambulatorien und Polikliniken, dem Wegfall des Hausarztsystems und der Hausbesuche, monatelangen Wartezeiten auf Behandlung und nicht zuletzt mit ihrer wirtschaftlichen Unwirksamkeit müssen uns warnen.“

Dr. Gerhard Stoltenberg, schleswig-holsteinischer Ministerpräsident, anlässlich des 50jährigen Bestehens der „Landeskrankenhilfe“ in Lüneburg am 24. August 1976

die präovulatorische Schleimbeforschau, die Temperaturmethode oder die Amalgamierung beider Methoden gelten können, ist noch nicht erwiesen.

Nach ärztlicher Meinung sollte man der Methode den Vorzug geben, die neben Verlässlichkeit und Unschädlichkeit sich dadurch aus-

zeichnet, daß sie der menschlichen Würde gerecht wird. Weder juristisch noch moraltheologisch gibt es ernsthafte Einwände gegen die therapeutische oder indirekte Sterilisation als Nebenwirkung von operativen Eingriffen zur Verhütung oder Heilung von Krankheiten. Die prophylaktische Sterilisation mit strenger medizinischer Indikation ist theologisch und juristisch problemlos. Auch die soziale Indikation ist nach strengsten Kriterien vertretbar, während die sogenannte Gefälligkeitssterilisation grundsätzlich abgelehnt werden muß. Die Problematik der eugenischen Indikation, die eine makabre Hypothek aus jüngster Vergangenheit belastet, ist in allen Kulturstätten erkannt und Gegenstand interdisziplinärer Erwägungen, die in einigen Sterilisationsgesetzen eine sinnvolle Lösung gefunden haben.

Euthanasie

Daß die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs aus anderen als medizinischen Gründen in fast allen Ländern gegen das Votum der Ärzte erfolgte, gab diesem Kongreßbeitrag und dessen Diskussion offensichtlich den Charakter eines Epilogs. Um so wichtiger scheint die weltweite Aufnahme der ärztlichen Diskussion über den Versuch einer Legalisierung der Euthanasie, wie sie sich schon in manchen Ländern deutlich abzeichnet. In keinem Land ist Euthanasie gestattet. In manchen Ländern hat sie jedoch einen eigenartigen pseudohumanitären Erlaubnisstatus. Wehret den Anfängen! Seit Jahrzehnten schon bemüht sich das englische Oberhaus in wiederholten Gesetzesvorschlägen um eine Legalisierung der Euthanasie. In der Motivation zu diesen Gesetzesvorlagen wird sogar Sir Thomas Morus bemüht, der im zweiten Buch seiner „Utopia“ das Euthanasieproblem kurz, aber mißverständlich erwähnt hat. Gegen alle Versuche einer Legalisierung der Euthanasie muß die christliche Ärzteschaft in ihrer Einstellung un-

beirrbar bleiben: Nicht Lebensverlängerung um jeden Preis und mit allen technischen Mitteln ist die Forderung ärztlicher Ethik, sondern die Achtung vor dem Recht des Todkranken auf ein würdiges Sterben, das allerdings in christlichem Sinn jegliche aktive Euthanasie auf Verlangen des Kranken oder dessen Umgebung ausschließt.

In diesen Zusammenhang gehört die prekäre Definition des Todeszeitpunktes, von dem der Jurist sagt, daß man seine Feststellung, die juristisch von so eminenter Tragweite sein kann, nicht allein dem Arzt überlassen dürfe. Rein medizinisch von erheblicher Bedeutung ist dieser Zeitpunkt für die moderne Organtransplantationschirurgie, die sich mit ihren medizinisch durchaus berechtigten Bedingungen an die Organspende einstweilen noch auf der Grenzscheide zwischen Legalität und Illegalität bewegt. Gleichfalls in ethisch-juristische Konflikte sieht sich der Arzt gedrängt, dem die operative Behandlung angeborener Anomalien aufgegeben ist. Auf die Frage: Soll operiert werden? kann man sich auf die Antwort einigen, daß eine strenge Indikation sich nur ergibt aus dem Kriterium einer voraussichtlich möglichen postoperativen menschlichen Beziehung des anomalen Kindes.

Schweigepflicht

Eine fast unerwartete rechtliche Gefährdung erwächst dem Arzt in allerjüngster Zeit durch die Bedrohung seiner Schweigepflicht. Die moderne Informationssucht erstreckt sich neuerdings auch auf die Erfassung aller Krankenakten in Datenbanken. Damit wäre trotz vorgesehener Datenschutzgesetze der mißbräuchliche Abruf intimer Lebens- und Krankheitsfakten von jedermann für Unbefugte möglich gemacht.

Ein wenn auch unvollständiger Katalog moderner Konfliktmöglich-

keiten des Arztes mit dem Gesetz – das Experiment am Menschen in der Medizin, Organtransplantation, Euthanasie, Geburtenverhütung und Schwangerschaftsunterbrechung, Sicherung der Geheimhaltung – sowie eine immer mehr anwachsende, von manchen Medien geförderte Mißtrauenswelle gegen die Ärzte in aller Welt (im USA-Staat Kalifornien sind derzeit sechs Millionen Fälle sogenannter ärztlicher Kunstfehler mit einem Streitwert von 400 Millionen Dollar gerichtlich anhängig, ein einträgliches Geschäft für die darauf schon spezialisierten Juristen) zeigen überdeutlich, wie in der modernen Medizin sich Legalität und Illegalität berühren und überschneiden. Vom wissenschaftsfeindlichen Verbot des Leichenschneidens im Mittelalter bis zur modernen Transplantation von Organen ist ein weiter Weg. Die juristische Problematik mancher ärztlichen Handlungen heute ähnelt in manchem Bereich noch der vorwissenschaftlichen Situation. Der erreichte Stand medizinischer Technik fordert den Arzt zu einer ethischen Haltung, die sogar contra legem sein kann, indes niemals gegen das Gewissen als Garant des Humanum. Sosehr die Meinungen in Einzelfragen der Gesamthematik gelegentlich auseinandergehen können, so einhellig ist aber auch der Konsens, daß vordringlich der Ärzteschaft aufgegeben ist, an einer Meinungsbildung über diese hochaktuellen Probleme mitzuwirken, einer Meinungsbildung aus dem Gewissen, das nach dem Genius loci des Kongresses, dem berühmten Kirchenlehrer der Neuzeit und großen Anwalt des Gewissens, Kardinal John Henry Newman, „göttliches Gesetz ist, also Regel der sittlichen Wahrheit, der Maßstab für Recht und Unrecht, eine erhabene unwiderrufliche absolute Autorität.“

Referenten des Kongresses: Dr. Flemming-Kieler, Dänemark, Sir John Richardson, England, Dr. K. F. Pole (England), Bischof J. M. Breitenbeck (USA), Prof. Dr. Hans L. Schreiber (Deutschland), Dr. J. Gould (England), Dr. Richard Lescoe (USA), Prof. Dr. R. Zachary (England), Prof. Dr. H. B. Wuermeling (Deutschland), Dr. M. White (England), Dr. Clemens Henrich (Deutschland), Dr. Seymour Spencer (England), Dr.

Die Bundesärztekammer

in Köln mit allen ihren Einrichtungen erhält am Montag, dem 4. Oktober 1976, die neue Telefon-Durchwahlsammelnummer

(02 21) 47 28-1

Über dieselbe Sammelnummer sind, ebenfalls vom 4. Oktober an, telefonisch zu erreichen:

- Gemeinsame Informationsabteilung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung;
- Pressestelle der deutschen Ärzteschaft;
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (die Geschäftsstelle Heidelberg der Arzneimittelkommission – Rufnummer 0 62 21 / 2 90 92 – bleibt voraussichtlich bis zum Ende dieses Jahres bestehen).

L. Libbrecht (Belgien), Dr. Noel Curran (England), Prof. Dr. A. Rummel (Deutschland), Dr. J. Kelly (England), Prof. Dr. Fresneau (Frankreich), Dr. J. Massons (Spanien), Dr. Rene (Frankreich), Dr. C. J. Vas (Indien), Dr. K. M. Jensen (Dänemark), Prof. Dr. A. Auer (Deutschland)

Kongreßleitung: Dr. T. P. Lineham, Master of Guild of Catholic Doctors of GB (London), Dr. Mary Reynolds, Secretary-General of the Congress, Prof. Dr. Jean Lereboullet, Vorsitzender der Europäischen Vereinigung kath. Ärzte (Paris)

Leitung der deutschen Delegation: Prälat Dr. St. E. Szydzik (Bonn), Dr. Schulte-Beckhausen (St. Goar) und Dr. H. H. Kurth (Bonn)

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Hannes Sauter-Servaes
7700 Singen