

Ärztliches Berufsethos – Grundlagen und aktuelle Entwicklungen

Otto P. Hornstein (Erlangen)

Das heutige Arztum ist mehr denn je in der Gefahr, im Drang zum Helfenwollen über das Optimum hinaus auch das Maximum anzustreben: Unter der Voraussetzung unbegrenzter Finanzierbarkeit durch Kostenträger mit einem – möglichst noch steigerungsfähigen – Maximum an Informations- und Biotechnologie, mit immer spezialisierteren Instrumenten und Methoden, die kranken Menschen die Wiederherstellung der Gesundheit ermöglichen sollen. Diesem gigantischen Ziel – Gesundheit ist ein sehr hohes, für manche geradezu das höchste Gut – hat sich die Medizin seit dem 18. Jahrhundert im Zuge der Aufklärung und ihres zuversichtlichen Vernunftglaubens im Gefolge der aufstrebenden Naturwissenschaften mit großer Intensität gewidmet. In der Tat hat die medizinische Wissenschaft besonders im 20. Jahrhundert enorme Leistungen hervorgebracht. Fast selbstverständlich erscheint es, dass sich in den westlichen Industriestaaten die mittlere Lebenserwartung verdoppelt hat, die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau im gebärfähigen Alter jedoch auf rund ein Drittel gesunken ist (zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland im Mittel 4,1 geborene Kinder, jetzt 1,3). Heben sich also, mit kritischem Blick auf die demographische Entwicklung gefragt, viele Errungenschaften der modernen Medizin teilweise wieder auf?

Bereits seit Beginn einer wissenschaftlichen Heilkunde in der Menschheitsgeschichte – im griechisch-antiken Kulturraum die systematisch beobachtende, aufzeichnende und lehrende Hippokratische Medizin – besteht das Bedürfnis nach einem **ethisch-geistigen Fundament**, das dem ärztlichen Denken und Handeln einen festen Rahmen und der inneren Stimme des Gewissens zugleich eine klare Weisung gibt. Auf dieser Basis, beeinflusst von pythagoräisch-philosophischem Gedankengut, ist während des 4. bis 3. vorchristlichen Jahrhunderts der **Eid des Hippokrates** (460 – 375 v. Chr.), d.h. seiner berühmten Ärzteschule von Kos entstanden, der wegen seiner ethischen Stringenz und weitsichtigen Klarheit bis fast in unsere Zeit eine verbindliche Richtschnur für die Ärzteschaft der europäisch geprägten Alten und Neuen Welt geblieben ist. Wie konnte es dazu kommen, dass die eigentlich unumstößlichen Verpflichtungen dieses Gelöbnisses während der Ära des Nationalsozialismus, hauptsächlich in der Kriegszeit von manchen deutschen Ärzten massiv gebrochen worden sind?

Geistesgeschichtliche Voraussetzungen der NS-Medizin

Die von den NS-Machthabern propagierte und von ärztlichen Handlangern teilweise umgesetzte KZ- und Euthanasie-Medizin wollte in ideologischer Verblendung – so schaurig es klingt – das Bessere statt des Guten, gestützt auf eine abstruse Rastentheorie aus dem 19. Jahrhundert, auf das gleich 1933 in Kraft gesetzte Reichserbgesundheitsgesetz und auf die Nürnberger Rassengesetze von 1935, so dass – als entsetzlicher Höhepunkt – die serielle selektive Menschenvernichtung in bestimmten Konzentrationslagern im Krieg massentechnisch möglich wurde. Wieso das „Bessere“? Weil man aus eugenischer und euthanatischer Sichtweise zunächst die weibliche Sterilisation, dann auch die tödliche Ausmerzung „volkschädlicher“ und „lebensunwerter“ Menschen zugunsten des Volksganzen für biologisch-moralisch richtig und rassenpolitisch geboten hielt. Im Blick auf die Kriegslage schienen zudem für extrem lebensbedrohliche militärmedizinische Experimente die Randexistenzen der jüdischen und anderen KZ-Häftlinge

am leichtesten geeignet zu sein. Die Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses haben gezeigt, dass die grausam und gefühllos durchgeführten Unterkühlungs-, Höhenunterdruck-, Impf- und Infektionsexperimente ab 1943 – mit der Wende des Kriegsglücks – noch mehr forciert wurden. Nur das – ebenfalls geheim inszenierte – Euthanasieprogramm im Reichsgebiet, dem (ohne die Aufklärung einer restlichen Dunkelziffer) rund 70000 geistig und körperlich behinderte Kinder und Erwachsene in den zwei ersten Kriegsjahren zum Opfer fielen, wurde – vor allem dank dreier mutiger Kanzelreden des Münsteraner Bischofs Clemens August v. Galen – im Sommer 1941 weitgehend gestoppt. In Listen unvollständig erfasst waren mindestens noch 20000 Behinderte mehr.

Bis in die Gegenwart ist leider die kollektive Wahrnehmung der **einseitig-philosophischen bzw. ideologischen europäischen Wurzeln** vieler dieser der NS-Doktrin geschuldeten Verbrechen von einer peinlichen Verdrängung oder geistesgeschichtlichen Unkenntnis der utilitaristischen, rassistischen und teilweise auch sozialutopischen Ideen und Lehren getrübt, die vom 19. Jahrhundert ihren Ausgang nahmen. Genannt seien nur die Namen *Jeremy Bentham* (1746 – 1832, als englischer Nationalökonom und Philosoph bereits 1791 das „größtmögliche Glück der größtmöglichen Zahl“ fordernd), *Arthur Graf von Gobineau* (1816 – 1882, französischer Philosoph und Verfechter der Rassentheorie mit dem berühmten „Essai sur l'inégalité des races“) sowie besonders *Houston Stewart Chamberlain* (1855 – 1927, dem schottischen kulturphilosophischen Schriftsteller (Hauptwerk: Geschichte des 19. Jahrhunderts), der durch seine Apotheose der „nordisch-arischen Rasse“ als des einzigen schöpferischen Kulturträgers die NS-Ideologie stark beeinflusste. Zu nennen ist aber auch *Karl Marx* (1818 – 1883) als Begründer des Historischen Materialismus und, zusammen mit Friedrich Engels, des Wissenschaftlichen Sozialismus. Nicht ohne Grund trug Hitlers Gefolgschaft den Namen Nationalsozialistische Arbeiterpartei (NSDAP, wovon das Kürzel „Nazi“ abgeleitet ist).

Angesichts einer gewissen Einäugigkeit des schulischen Geschichtsunterrichts seit der Nachkriegszeit ist es nötig, an den **frühen europäischen biologistischen, sozial-utopischen und schließlich sozialdarwinistischen Wurzelgrund** der beiden großen konvergierenden Gewaltideologien seit der Zeit der Aufklärung und wachsenden Säkularisation zu erinnern, um die Anfälligkeit eines Teils der deutschen Ärzteschaft für den eugenisch-rassistischen Biologismus der NS-Propaganda überhaupt zu verstehen – was nicht zu entschuldigen heißt ¹⁾²⁾. Viele deutsche Ärzte wurden Mitglieder der NSDAP, größtenteils erst 1933. Die allgemeine

¹⁾ Der seinerzeit hoch angesehene Züricher Psychiater Auguste Forel, Vorkämpfer einer eugenischen Sozialpsychiatrie, vertrat um die Wende zum 20. Jahrhundert folgende Ansicht: „Wir bezwecken keineswegs, eine neue menschliche Rasse, einen Übermenschen zu schaffen, sondern nur die defekten Untermenschen allmählich.... durch willkürliche Sterilität der Träger schlechter Keime zu beseitigen, und dafür bessere, sozialere, gesündere und glücklichere Menschen zu einer immer größeren Vermehrung zu veranlassen“ (zit. bei K. Dörner, Tödliches Mitleid, S. 32, Gütersloh, 1988).

²⁾ Schon der berühmte Jenaer Zoologe Ernst Haeckel (gest. 1921), populistischer Propagandist Darwin'scher Theoreme und eigener Züchtungsvorstellungen hin zu einem höheren Kulturvolk, verteidigte die Tötung missgebildeter („verkrüppelter“) Neugeborenen: sie dürfe „vernünftigerweise nicht unter den Begriff des Mordes fallen, wie es noch in unseren modernen Gesetzbüchern geschieht. Vielmehr müssen wir dieselbe als zweckmäßige, sowohl für die Beteiligten als auch für die Gesellschaft nützliche Maßregel billigen“.

wirtschaftliche Notlage der Nachkriegszeit, grassierende Arbeitslosigkeit (auch unter jungen Ärzten) und andere Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise (1929) gegen Ende der „Weimarer Demokratie“ spielten zusätzlich eine verbitternde Rolle, deren rasche Behebung durch die auftrumpfende „Nationale Bewegung“ der NSDAP erhofft wurde. Aber nur eine kleine Minderheit, darunter Psychiater und Kinderärzte in Kliniken oder Anstalten sowie Amtsärzte, ließen sich später zu politisch motivierten Handlungen gegen die Menschlichkeit missbrauchen und wurden dadurch dem Hippokratischen Ärzte-Eid untreu.

Der Hippokratische Eid als Grundgesetz des ärztlichen Ethos

Die Frage, ob es generell ein für alle Menschen oder nur für die Ärzte maßgebliches Ethos geben soll, wird seit der Umbruchzeit von Aufklärung, Französischer Revolution und Säkularisation kontrovers diskutiert. Sie hat sich – zuerst im angelsächsischen Kulturraum – eine allgemein utilitaristische und scheinbar autonome Bahn gebrochen, die auch im Diskurs über berufsethische Standespflichten mitunter dominiert und aktuell in höchst prekären Themen kulminiert: Euthanasie, Hilfe zur Selbsttötung, Präimplantationsdiagnostik nach künstlicher Eizellbefruchtung, Freigabe der Abtreibung nach „Beratungspflicht“, Organtransplantation nach Hirntod des Spenders, umstrittene Genomanalyse zur Gewährung oder zum Ausschluss von Krankenversicherungsleistungen, embryonale Stammzellforschung oder Klonexperimente zu denkbaren „therapeutischen“ Zwecken, oder (noch verbotene) molekulargenetische Eingriffe in embryonale „Keimzellen“ unter Erzeugung neuer Mischwesen (sog. Chimären). Alle diese propagierten Aspekte medizinisch-biotechnischen Denkens, Handelns oder sogar Sollens können kollidieren mit der tradierten Richtschnur des Hippokratischen Eides, der mehr als zwei Jahrtausende lang über kulturelle, soziale und religiöse Völkergrenzen hinweg eine innere Verpflichtung für den ärztlichen Berufsstand geblieben ist. Mit diesem Eid ist dem humanitären Ziel des Arzttums, Kranke zu heilen, Leiden zu lindern und menschliches Leben möglichst zu erhalten, eine ethisch unverzichtbare überkonfessionelle Grundlage gegeben. Es ist daher wichtig, seine **fundamentalen Grundsätze** zu kennen (siehe Textkasten 1, besonders brisante Sätze kursiv hervorgehoben).

Es handelt sich um ein durch die feierliche Anrufung griechisch-antiker Heilgötter bezugtes Gelübde, das für den Arzt das ganze Leben verbindlich bleibt. Ist auch mancher Passus längst obsolet – die extrem patriarchalische Lehrer-Schüler-Abhängigkeit, die Exklusivität der Standeszugehörigkeit, die strikte Vermeidung des Blasenschnitts (als damals äußerst riskanter chirurgischer Eingriff bei Blasensteineiden) -, so sollten wir uns doch in die Zeit der Antike versetzen: Freie Wanderärzte ohne ortsfeste „Praxis“, teils noch theurgisch-mythisches, teils aristotelisch geprägtes griechisches Ordnungsdenken.

Besonders eindrucksvoll ist die geforderte Sittenstrenge (*„heilig und rein werde ich mein Leben bewahren“*) und sind die Konsequenzen: Verbot jeder Ausschweifung oder sexuellen Berührung (*„in alle Häuser, die ich betrete, werde ich eintreten zum Nutzen der Kranken, frei von jedem absichtlichen Unrecht, von sonstigem verderblichen Tun und von sexuellen Handlungen an weiblichen und männlichen Personen, sowohl Freien wie Sklaven“*), das Verbot der Abtreibung (*„Ich werde keiner Frau ein fruchtabtreibendes Mittel geben“*) und der aktiven Sterbehilfe (*„auch werde ich niemandem, auch nicht auf Bitten, ein tödlich wirkendes Mittel geben, noch werde ich einen solchen Rat erteilen“*). Beachtlich bis zur Gegenwart ist auch die schon damals starke Betonung der ärztlichen Schweigepflicht (*„was auch immer ich bei der Behandlung oder auch unabhängig davon im Leben der Menschen sehe und höre, werde ich, soweit es niemals*

nach außen verbreitet werden darf, verschweigen“). Erstaunlich für die damalige Zeit ist die aufgehobene soziale Trennung zwischen freien Menschen und Sklaven. Das Christentum hat diese Postulate aufgegriffen und durch die Gesinnung der Barmherzigkeit und Nächstenliebe ergänzt. Auch zwei Kurzformeln der spätrömischen Antike – *Salus aegroti suprema lex* und der nicht minder wichtige Satz *Primum nil nocere* wurzeln im Hippokratischen Eid.

Es wäre zynisch zu behaupten, die Ärzte der vergangenen Jahrhunderte hätten es angesichts ihrer vergleichsweise geringen therapeutischen Erfolgsmittel leicht gehabt, sich an diesen Eid zu halten. Vielmehr erhebt er **zeitlose sittliche Forderungen**, die im kollektiven Gewissen der Ärzteschaft verankert geblieben sind. Natürlich war es immer möglich, einzelne Verpflichtungen – in aller Heimlichkeit – zu umgehen. Sprachliche Umformulierungen an einigen Universitäten haben am zwischenmenschlichen und lebensschützenden Kern des Eides nichts geändert. Erst im 20. Jahrhundert – teils unter dem diktatorischen Einfluss rassistischer oder sozialistischer Ideologie, teils im Banne fortschrittlich-wissenschaftlichen Nützlichkeitsdenkens – bröckelte die Wirkmächtigkeit der strengen Forderungen mehr und mehr ab.

Zwar wird der Eid bei manchen medizinischen Promotionsfeiern (z.B. in Erlangen) noch feierlich rezitiert, aber man muss sich kritisch fragen, ob sein ethisches Erbe wirklich noch maßgebende Bedeutung im Medizinbetrieb der Gegenwart hat – etwa wenn täglich das Verbot der Abtreibung missachtet wird. Darf es also – politisch gewollt oder nicht – heute totgeschwiegen werden? Nein, denn es spricht elementar unser ärztliches Gewissen an, dessen Stimme selbst bei den in Nürnberg angeklagten Ärzten – wie einzelne Protokolle erweisen – nicht völlig erloschen war. Und nicht zuletzt – der Hippokratische Eid ist ein die Weltanschauungen, Konfessionen und Religionen überwölbendes **ethisches Erbe der Menschheit und für die Menschheit**, das nicht blindlings aufgegeben werden darf.

Analysen des Nürnberger Ärzteprozesses und Deklarationen des Weltärztebundes

Wie sehr hippokratische Pflichten mit der Ideologie des Nationalsozialismus in Konflikt gerieten, ist gemäss manchen Biographien und Psychogrammen der in Nürnberg wegen schwerer Verbrechen gegen die Menschlichkeit 23 Angeklagten, davon 20 SS-Ärzte, in zahlreichen Buchpublikationen und medizinischen Artikeln nachzulesen. Ich erwähne hier nur den deutsch-amerikanischen Psychiater Leo Alexander – einer der drei vom Militärtribunal eingeladenen Sachverständigen, der 1948 im American Journal of Psychiatry über sozio-psychologische Aspekte der Kriegsverbrechen schrieb, ferner die Auswertung der Prozessdokumente durch den Psychoanalytiker Alexander Mitscherlich und seinen Schüler Fred Mielke, die bereits 1947 und 1949 als Delegierte der damaligen „Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern“ unter dem Generaltitel „Das Diktat der Menschenverachtung“ bzw. „Wissenschaft ohne Menschlichkeit“ über die medizinischen und eugenischen Irrwege dieser Zeitepoche berichteten. Aus späterer Zeit ist besonders das Buch des Psychiaters Klaus Dörner „Tödliches Mitleid“ (1988) beachtlich, ferner die unter dem Titel „Medizin und Gewissen“ erschienene Dokumentation eines Kongresses über den Nürnberger Ärzteprozess (1996) sowie das von der Historikerin und Psychotherapeutin Angelika Ebbinghaus und wiederum Klaus Dörner 2002 herausgegebene Sammelwerk mit dem vielsagenden Titel „Vernichten und Heilen – Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen“. Die Handlungsweisen der Täter an KZ-Häftlingen (Höhen- und Unterkühlungsversuche, artefizielle Infektionen mit den Erregern von Hepatitis, Fleckfieber und Malaria zur versuchten Entwicklung von Impfstoffen, grausame

Sterilisierungsmethoden und das berüchtigte Euthanasieprogramm) als ärztliches Tun zu begreifen, machen die Lektüre mitunter fast unerträglich.

Klaus Dörner leitet die Beweggründe und das Menschenbild der Täter besonders vom geistigen Umfeld des Biologismus und Neo-Darwinismus ab. Ihnen schwebte eine abstruse „Soziologisierung“ der Medizin vor, die den Einzelnen zu Gunsten der Utopie einer umfassenden gesellschaftlichen Gesundheit psycho-physisch trainieren und „positiv-eugenisch“ über einige Generationen höherzüchten müsse. Die „gesundheitsunfähigen“ und somit „lebensunwerten“ Bevölkerungsgruppen müssten - da für den Kampf ums Dasein unfähig – um den barbarischen Preis unterbundener Fortpflanzung, strikter Ausgrenzung und ggf. heimtückischer Vernichtung im Sinne „negativer Eugenik“ eliminiert bzw. letztlich ausgerottet werden. Dazu täuschte das sog. Erbgesundheitsgesetz - quasi ein Grundgesetz der NS-Ideologie – die rechtliche Legitimation aller biopolitischen Grausamkeiten vor.

Die **pseudo-idealistische Fiktion einer möglichst gesunden Volksgemeinschaft**, kaltblütig erreichbar ohne ethische Prüfung der Methoden - sogar zur „Expertenpflicht“ pervertiert - und die innere Weigerung, die humane Existenz ihrer Opfer zu sehen, charakterisieren nach Dörner die verblendete Moral der in Nürnberg Angeklagten.

Als wesentliche Frucht des Ärzteprozesses entstand daher 1947 der sog. **Nürnberger Kodex**, der nicht die Wissenschaft, nicht den Fortschritt, nicht das Wohl der Gesellschaft, sondern den **menschenrechtlichen Schutz des Einzelnen** in den Mittelpunkt der Medizin rückte. Es dauerte aber noch 17 Jahre, bis 1964 mit der sog. **Helsinki-Deklaration** des Weltärztebundes die informierte Zustimmung der Versuchspersonen („*informed consent*“), also auch bei klinischen Arzneiprüfungen die volle Zustimmung der Patienten, beschlossen wurde. Es waren hauptsächlich die enormen, aber nicht nebenwirkungsfreien Fortschritte der Arzitherapie, die zu dieser Deklaration über die ethischen Grundsätze bei wissenschaftlichen Versuchen am Menschen führten. Erstmals wurde zwischen therapeutischen und nicht-therapeutischen Versuchen differenziert und jeweils die **Aufklärung und freie Zustimmung** von rechtlich handlungsfähigen Versuchspersonen bzw. Patienten vorgeschrieben (bei rechtlich Handlungsunfähigen die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters). Gleichwohl wurde schon an der Helsinki-Deklaration zunehmend kritisiert, dass sie die Grundlagenforschung und die Forschung an Nichteinwilligungsfähigen behindere.³⁾ Schließlich wurde 1996 und erneut im Oktober 2000 in Edinburgh eine neue Version beschlossen, die sich – außer an Ärzte – auch an alle in der medizinischen Forschung Tätigen wendet.

Die insgesamt 32 Bestimmungen der neu gefassten Deklaration (Untertitel: „Ethische Prinzipien für die medizinische Forschung am Menschen“) enthalten keine neuen ethischen Richtlinien, sondern katalogisieren ethisch gestützte Anforderungen an die biomedizinische Forschung bei Menschen unter **Hinzufügung strenger administrativer Empfehlungen**, z.B. für mehr finanzielle Transparenz möglicher Interessenkonflikte bzw. vertraglicher Bindungen von Forschern an Sponsoren (meist Pharma-Industrie).

³⁾ Hierzu gibt es auch eine angloamerikanische Vorgeschichte: 1941 gründete die US-Regierung das Committee on Medical Research, um militärmedizinisch wichtige Forschungen zu koordinieren und voranzutreiben. Für „notwendige“ Menschenversuche zur Bekämpfung kriegsbedingter Seuchen (experimentelle Impfstoffe, potenzielle Medikamente gegen Ruhr etc.) wurden vielfach Insassen von Anstalten für geistig Behinderte „rekrutiert“. Zur gleichen Zeit fanden unfreiwillige Versuche mit radioaktiven Substanzen an Soldaten der US Army statt, die erst 1994 durch eine Untersuchungskommission aufgedeckt wurden (H. Schrott, Menschenversuche und Menschlichkeit. Dt. Ärztebl. C 877 – 880, Jg. 100 (2003).

Zu den wichtigsten Zielen der aktuellen Deklaration gehören – neben der nun auch das ***nachteilsfreie Recht auf Abbruch der Versuchsteilnahme*** einschließenden Einwilligung der Probanden – die Präzisierung der Nutzen- und Risikoabwägung, der Erlass ***klarerer Richtlinien für oder gegen Forschung an Einwilligungsunfähigen*** sowie ***versicherungsrechtliche Verbesserungen des Risikoschutzes*** aller Versuchspersonen.

Auch bei diesen durchaus positiv einzuschätzenden Postulaten stecken die Probleme im Detail. Etwa die Frage, ob bei sog. doppelblinden klinischen Arzneiprüfungen (d.h. weder der behandelnde Arzt noch der Patient bzw. Proband können das zu testende Verum vom Vergleichspräparat unterscheiden, die spätere Entschlüsselung zur Auswertung der therapeutischen Ergebnisse obliegt der autorisierten Prüfperson) immer nur ein „bestmögliches“ Vergleichspräparat oder ggf. auch ein Scheinpräparat (Placebo) verwendet werden darf. Der Placebo-Vergleich wird aus methodisch exakten Gründen meist von den staatlichen Regulierungsbehörden gefordert, da diese über die Marktzulassung der Substanz als neues Medikament zu entscheiden haben und hierzu wissenschaftlich anerkannte Evaluierungen benötigen.

Der Weltärztebund kann richtungweisende Deklarationen für die forschende Medizin und die forschende Pharma-Industrie verabschieden, doch liegt deren Umsetzung in nationales Recht im Ermessen der einzelnen Staaten. In Deutschland hält man sich streng an diese Bestimmungen. Jedoch sind übernationale Gesetzesregelungen, wie sie die sog. Bioethik-Konvention des Europaparlaments seit 1991 anstrebt, nötig. Dass in diesem Gremium divergente nationale, wirtschafts- und forschungspolitische Interessen mit ethischen Prinzipien zusammenstoßen, zeigt sich bei der heftig umstrittenen Frage der embryonalen Stammzellforschung oder bei der uneinheitlichen Bewertung des sog. Forschungsklonens (zunächst als „therapeutisches Klonen“ angepriesen).

Beispiele biologistischen und utilitaristischen Denkens seit der NS-Epoche

Vor zwei Jahren forderte der amerikanische Nobelpreisträger und Mitentdecker der molekularen DNS-Struktur James D. Watson (geb. 1928) in einer Rede vor Stammzellexperten die deutsche Forschungspolitik auf, sie solle „Hitler vergessen“, um Deutschland uneingeschränkte Teilnahme am internationalen biotechnologischen Wettbewerb zu ermöglichen. Er zielte damit auf das ihm unverständliche und daher aus seiner Sicht abzuschaffende deutsche Embryonenschutzgesetz seit 1991. Bei anderer Gelegenheit äußerte Watson, die Menschheit müsse ihre Evolution durch eine bessere „zweite Schöpfung“ in die eigenen Hände nehmen, wozu sie seit 2000 die Entzifferung des humangenetischen Code prinzipiell befähige.

Bereits 1962 waren beim Aufsehen erregenden Ciba-Symposium in Los Angeles ähnliche Utopien geäußert worden, trotz noch weitgehend fehlender molekular-biologischer Methodik. Doch erst seit Beginn der erfolgreichen ***in vitro-Fertilisation*** (IVF) menschlicher Eizellen - 1978 gelang in Glasgow nach zwei Jahrzehnten vergeblich unternommener IVF-Technik erstmals die Geburt eines gesunden IVF-erzeugten Kindes - wurde von der biotechnologischen Forschung „der Rubikon überschritten“, wie es der amtierende Präsident der DFG Prof. Ernst-Ludwig Winnacker ausdrückte. Denn seither können auch Klonierungsexperimente (Inokulation des Kerns von adulten Körperzellen in eine fremde entkernte Eizelle) und Keimbahn-Experimente (Chimärenbildung von Embryonen durch Übertragung fremder Erbsubstanz in sog. Ur-Keimzellen) mit dem Endziel sog. Keimbahntherapie zur erhofften molekularen Ausmerzung von Erbfehlern in Angriff genommen werden.

Wie ein biologistisches Menschenbild das medizinische Denken beeinflussen kann, wird in der Antwort des amerikanischen Sachverständigen Prof. Ivy beim Nürnberger Prozess auf die Frage eines deutschen Anwalts zweier Angeklagter zu der gemäß Ivy ethischen Zulässigkeit „freiwilliger“ Versuche an zum Tode verurteilten Verbrechern deutlich: *„Steht ein solcher Versuch nicht im Gegensatz zum folgenden Satz im hippokratischen Eid: „Ich würde keinem Menschen ein tödliches Gift geben, auch nicht auf dessen Verlangen?“ Ivy: „Das bezieht sich auf die Funktion des Arztes als Therapeut und nicht als Experimentator.....“.* Anwalt: *„Sie glauben also, unterscheiden zu müssen, Herr Professor, zwischen dem Arzt als Therapeuten und dem Arzt als Forscher und geben damit zu, dass für jeden von Ihnen andere Gesetze bzw. andere Abschnitte des hippokratischen Eides gelten?“ Ivy: „Ja, das tue ich ganz eindeutig“.*

Auch dem Physiologen Ivy war noch die grundlegende Bedeutung der ethischen Selbstbindung der Ärzte aus vorchristlich-antiker Zeit bewusst – aber nur mit gespaltener Gültigkeit für den praktizierenden Arzt oder den medizinischen Forscher. Inzwischen gilt diese Gewissensspaltung unter demokratisch „legalisierten“ Voraussetzungen auch bei jenen Ärzten, die mit gesetzlicher Duldung Abtreibungen – also Tötungen gesunder wehrloser Ungeborener – aus „sozialer Indikation“ durchführen. Eine ähnlich schiefe Bahn, in bestimmten Nachbarländern bereits seit Jahren legalisiert, könnte eines Tages auch bei uns als „aktive Sterbehilfe“ betrieben werden: Etwa wenn der Gesetzgeber unter dem Eindruck steigender Pflegekosten für altersschwache Menschen, der drastischen Verschlechterung der demographischen Entwicklung und sich anbahnender wirtschaftlicher Generationenkonflikte bereit sein sollte, diesen trügerisch-pragmatischen Ausweg zu billigen. Gelegentlich wird derzeit bereits (wieder) versucht, mit Angst vor qualvollem und einsamem Sterben oder mit dem zwiespältigen Argument „Selbstbestimmung“ eine permissive Stimmung in der Gesellschaft für „Tötung aus Mitleid“ herbeizuführen.

Jedenfalls wollte schon 1941 eine raffinierte NS-Propaganda die Bevölkerung mit filmischen Mitleidseffekten auf „Euthanasie“ bei nutzlosen und unheilbar Kranken einstimmen ⁴⁾. Unter den damaligen politischen Verhältnissen war es umso mutiger, dass ein angesehener deutscher Arzt und Forscher, Professor Franz Büchner, in öffentlicher Rede den Hippokratischen Eid als „Grundgesetz der ärztlichen Ethik“ ins Feld führte und geistigen Widerstand leistete. Nur kriegsbedingte „wehrpolitische“ Zurückhaltung der erbosten Machthaber verhinderte damals seine sofortige Amtsenthebung an der Freiburger Universität. An diesen vorbildlichen Mann hier zu erinnern halte ich für meine Pflicht.

⁴⁾ Es handelte sich um den von Wolfgang Liebeneiner faszinierend gedrehten Spielfilm „Ich klage an“, der Ärzte angesichts des als hoffnungslos dargestellten Leidens einer jungen Patientin mit Multipler Sklerose als kaltherzige Prinzipienreiter brandmarken sollte.

Die Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft – ein gemeinsamer ethisch-pragmatischer Nenner

1948 beschloss der nach dem Zweiten Weltkrieg gegründete Weltärztebund (World Medical Association, WMA) bei seiner Generalversammlung in Genf eine verkürzte und modifizierte Neufassung des Hippokratischen Eides, die als „Genfer Gelöbnis“ bisher Bestand hat. Geblieben ist jedoch das Problem der Mehrdeutigkeit bei strittigen ethischen Textauslegungen (z.B. sind „Ehrfurcht“ und „Beginn des Lebens“ verschieden interpretierbar). Andererseits ist die Soll-Bestimmung (Kolleginnen und Kollegen als „Schwestern und Brüder“) so naiv und realitätsfern, das eine Revision dieses der Glaubwürdigkeit schadenden Satzes als sinnvoll erscheint.

Das inhaltlich ähnliche, aber nüchterner formulierte Gelöbnis als Einleitung zur „Berufsordnung für deutsche Ärzte“ sei im Wortlauf zitiert:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen, weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Geschlecht, Partezugehörigkeit oder sozialer Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meiner ärztlichen Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.“

Des weiteren werden in den neugefassten Berufsordnungen der verschiedenen Landesärztekammern (für die Ärzte Bayerns in der Bekanntmachung vom August 2005) eine Fülle von Ausführungsbestimmungen gelistet, die z.B. im Bayerischen Ärzteblatt 12/2005 im einzelnen nachzulesen sind ⁵⁾. Es werden hauptsächlich Regeln zur Berufsausübung (B) unterteilt in 35 §§ sowie Verhaltensregeln (Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung, C) sowie Ergänzende Bestimmungen (D) aufgeführt. Viele §§ dürften nur für die ärztliche Berufsgerichtsbarkeit von größerem Interesse sein. Unter den Pflichten gegenüber Patienten (B. II § 7, 2) sei herausgestellt: Die Ärzte achten das Recht ihrer Patienten, den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln. Andererseits sind – von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen – auch die Ärzte frei, Behandlungen abzulehnen.

⁵⁾ Laut Präambel (A) wird in der Berufsordnung die Bezeichnung „Arzt“ („Ärzte“) einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet.

In Verbindung mit B. III § 14 (Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch) steht unter (1): Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. *Der Arzt kann nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen* (vom Verf. hervorgehoben).

(2) Der Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch durchführt oder eine Fehlgeburt betreut, hat dafür Sorge zu tragen, dass die tote Leibesfrucht keiner missbräuchlichen Verwendung zugeführt wird. Unter § 16 (Beistand für den Sterbenden) heißt es: *Der Arzt darf – unter Vorrang des Willens des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen* (vom Verf. hervorgehoben).

Da alle Bestimmungen der in Deutschland gesetzlich zugelassenen Berufsordnung rechtlich bindend sind, begründen sie einen ggf. einklagbaren **Anspruch auf Schutz für ärztliche Gewissenskonflikte** bei ethisch umstrittenen, aber dienstrechtlich geforderten „Pflichten“. Typische Beispiele sind: Abtreibung eines Embryos aus sog. „sozialer Indikation“; oder eines Föten (= ab der 13. Lebenswoche) aus sog. „medizinischer Indikation“, sofern eine absolut lebensbedrohliche, nur durch Tötung des Kindes abzuwendende Komplikation bei der Mutter besteht. Ferner bei sog. „Sterbehilfe“, die sich auf fragwürdig propagierte oder zweifelhaft eruierte „Selbstbestimmung“ sterbenskranker Menschen beruft. Auch die gesetzliche Duldung von Abtreibungen (§ 218 StGB) darf Arbeitgeber/Dienstvorgesetzte nicht veranlassen, mit Drohung oder sonstigen Nachteilen die ärztliche Teilnahme an aus eindeutigen Gewissensgründen abgelehnten Tötungshandlungen zu verlangen. Nur bei tatsächlicher, anders nicht abwendbarer Lebensgefahr der Mutter fordert also das ärztliche Berufsrecht die medizinisch notwendige Hilfeleistung durch Spätabtreibung des Kindes. Solche rechtliche Unterscheidungen zu kennen, ist für Ärzte gerade heute – in einem Klima gesteigerter Bürokratie und relativistischer Moral – wichtiger denn je, um nicht zu Zynikern oder ethischen Nihilisten zu werden.

Wenn aber unter Dauerdruck forschende Ärzte möglichst rasche Erfolge zum Erwerb externer Drittmittel und zum Erhalt ihrer zeitlich befristeten Position benötigen, praktizierende Ärzte ebenso zu hektischen „Leistungserbringern“ im Auftrag gewinnorientierter „Leistungsanbieter“ (Krankenkassen) für zunehmend anspruchsvolle „Leistungsempfänger“ umfunktioniert werden – bleibt ihnen da noch Zeit für ethische Reflexionen? Wie soll ein schon im Medizinstudium kaum gelehrtes Gelöbnis den überforderten Ärzten helfen? Angesichts der mehr der EDV-gestützten Bürokratie als den Patienten dienenden Papierflut wäre es wenigstens ein nachhaltiger Denkanstoß, das Gelöbnis bei der Aufnahme in die jeweilige Landesärztekammer feierlich mündlich ablegen zu lassen. Auch bei Richtern und Rechtsanwälten, ebenso bei der Verteidigung von Soldaten ist dies Brauch, warum nicht auch bei Ärzten? ⁶⁾

⁶⁾ Diesen Vorschlag hat bereits vor zwei Jahren der Essener Chirurg Prof. F.W. Eigler im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 100, A 2203-2204 (2003) gemacht, mit ähnlicher Begründung.

Ärzte als „Leistungserbringer“, Patienten als „Kunden“ – eine sprachliche Perversion mit Folgen

Der Paradigmenwechsel vom freien, seiner fachlichen Kompetenz und Verantwortung verpflichteten, persönlich an eine amtlich festgelegte Gebührenordnung gebundenen Arzt zum betriebswirtschaftlich kalkulieren müssenden „Leistungserbringer“ in eigener Praxis oder im Krankenhaus hat auf das berufliche und ethische Selbstverständnis der Ärzteschaft enorme, in ihrer gesellschaftlichen Tragweite von den „Gesundheitspolitikern“ noch kaum erkannte negative Auswirkungen. Unser von seinen diagnostischen und therapeutischen Erfolgen zunächst wie berauschte Medizinalsystem ist aus Kostengründen auf dem Weg zu einer **staatlichen gesteuerten Zuteilungsmedizin**, der mit finanztechnischen Umverteilungen nicht mehr beizukommen ist, wie allmählich auch einem Teil der Bevölkerung deutlich wird. Einerseits ist der Korb der möglichen medizinischen Leistungen immer größer geworden, andererseits hat das gesellschaftliche Anspruchsdenken – mitunter gipfelnd in einem vermeintlichen „Recht auf Gesundheit“ – geradezu utopische Ausmaße erreicht.

Mit großem Werbeaufwand und politischen Zwängen werden verschiedene Rationalisierungsmaßnahmen ausprobiert: Sog. **Disease Management-Programme** bzw. „Leitlinien“, sog. **Diagnosis-related-groups** (DRG's), d.h. finanziell restriktive „Fallpauschalen“ pro „Hauptdiagnose“ im Krankenhaus; sog. **Integrierte Versorgung** (durch Beteiligung von Kliniken an der ambulanten Patientenversorgung). Alle diese Neuerungen haben für die Krankenkassen den Vorteil der Finanzhoheit und Verwaltungsmitsprache bei Klinikern und – via Kassenarztsystem – niedergelassenen Ärzten. Für die Ärzte in Klinik und Praxis aber bedeuten sie einen riesigen Zeitaufwand an PC-gestützter Bürokratie für interne und externe Datenverwaltung sowie schematisierte, dem individuellen Erkrankungsfall nicht gemäße Dokumentationsarbeit. Entsprechend kurz ist die verbleibende Zeit für ärztliche Zuwendung am Krankenbett oder in der sog. Sprechstunde (oft mehr eine von Wartephase begleitete „Apparatestunde“).

Zweifellos verdankt die Medizin seit eineinhalb Jahrhunderten ihre fulminanten, statistisch belegbaren Erfolge der strikten, inzwischen radikalen Einbeziehung naturwissenschaftlicher Methoden in das ärztliche Krankheitsverständnis. Eine Kehrseite dieser Entwicklung ist die zwangsläufige Divergenz in immer kleinere wissenschaftliche Fach- und Teilgebiete, die immer noch weitere Subspezialitäten hervorbringen. Zur Zeit meines 1950 abgelegten Staatsexamens gab es 14 klinische Prüfungsfächer, zwei Jahrzehnte später wurden in der neuen, die studentische Ausbildung reglementierenden Approbationsordnung daraus bereits 34 Fächer. Diese Approbationsordnung wurde seither 9-mal novelliert, was gleichwohl nicht zu einer Verbesserung der fachübergreifenden Kommunikation geführt hat. Auch das klassische ärztliche „Konsil“ am Krankenbett scheint unwiederbringlich vorbei zu sein, weil die meisten Diagnosen oft nur mit fachspezifischen Apparaturen gestellt werden.

An sich ist die enge Verbindung von Medizin und Technik sinnvoll und legitim, doch steigert sie die Kosten immer rapider. Auch für die Patienten kann es schwierig sein, sich im Labyrinth der jeweils zuständigen Spezialgebiete zurecht zu finden. Nötig wäre eine Kompensation der Spezialisierung. Diese Riesenaufgabe können aber auch die Ärzte für Allgemeinmedizin kaum leisten. Denn wir haben – in der Medizin wie in unserer informationsüberladenen High tech-Zivilisation – **zuviel zersplittertes Faktenwissen** und zu wenig übergeordnete Bezugssysteme.

Finanzpolitisch erdachte, vermeintliche Qualitätsverbesserungen – z.B. die „Diagnosis-related-groups“ (DRG's) mit jeweils pauschalem Kostenrahmen - werden sicherlich nicht dadurch erreicht, dass Patienten von einem Versorgungssektor zum nächsten geschickt – oder wegen der festgelegten Pauschalierung der „Fallkosten“ vorzeitig aus der Klinik entlassen werden. So entsteht ein „Drehtür-Effekt“, der gerade entlassene Patienten wieder in das gleiche oder in ein anderes Krankenhaus führt, wenn ambulante Nachbehandlungen die zulässigen Kosten (zu Lasten des Arztes) überschreiten oder jede weitere organbezogene DRG die klinische Behandlung (mit wiederum pauschal feststehenden Kosten) in einer anderen Spezialabteilung erfordert. Die Unzufriedenheit der so gleichsam als Datenträger behandelten „Kassenpatienten“ schlägt wiederum auf die frustrierten Ärzte zurück, die sich trotz ihrer Verantwortung als nicht sonderlich gut bezahlte Manager/in einem chronisch kranken Versorgungssystem empfinden. Muss die „klinische Liegezeit“ pro DRG infolge zusätzlich zu begründender Apparatediagnostik oder einer „einzelfallbezogenen“ Komplikation überschritten werden, ist wiederum ärztliche Schreiarbeit nötig („Papierkrieg“). Enttäuscht durch solche und andere Maßregeln ziehen es rund 30 Prozent der jungen Ärzte/innen vor, in ruhigere – und außerdem besser bezahlte – Sparten des „Medical care management“ (Pharma-Industrie, medizinischer Kontrolldienst der Krankenkassen, medizinische Informatik) auszuweichen, eventuell ein zusätzliches Kurzstudium in medizinischer Betriebswirtschaft (Aufgabenwechsel) zu absolvieren, oder ins Ausland abzuwandern.

Gesundheitsdefinitionen und medizinische Realität

Beherrschten im Zweiten Weltkrieg die Versuche zur exzessiven Steigerung der **militärischen** Leistungskraft bei allen beteiligten Staaten die Ziele der Medizin, so gilt seither die **individuelle Erreichbarkeit möglichst dauerhafter Gesundheit**, gepaart mit jugendlich wirkender Schönheit und uneingeschränkter Genussfähigkeit in der Gesellschaft als „*non plus ultra*“. Eine aufdringliche multimediale Werbung befiehlt permanent – und (fast) alle gehorchen. Dieses massenpsychologische Phänomen zieht leider die nötige Unabhängigkeit der Ärzte – als Teil der Gesellschaft zugleich auch Projektionsfläche für deren gesteigerte Erwartungen – in ethische Mitleidenschaft.

Ungeachtet der gigantischen naturwissenschaftlichen Fortschritte der Medizin in den letzten 60 Jahren lassen sich manche soziologische Parallelen zwischen damals und heute erkennen. Gemeinsam ist eine das Wesen des Arztberufs gefährdende **Unfreiheit**, seinerzeit in Deutschland durch totalitär-repressive, derzeit durch zunehmend sozialbürokratische Zwänge bedingt. Nicht die eigenständige, vom hippokratisch geprägten ärztlichen Gewissen qualifizierte Verantwortung für das Wohl der Patienten, sondern ein Gewirr von immer neuen administrativen Vorschriften kennzeichnet die Modalitäten des *sog. Gesundheits- bzw. GKV-Modernisierungsetzes*. Die Vielzahl der medizinischen Spezialgebiete gewährleistet zwar deren hohe fachwissenschaftliche Qualität, aber innerdisziplinäre Kommunikationsbarrieren und Gerangel um den ökonomischen Stellenwert behindern die wichtige Zusammenarbeit – die schon im Medizinstudium kaum gelehrt wird.

Wenn praktizierende Ärzte bei ihren Entscheidungen immer zugleich betriebswirtschaftliche Aspekte (variable kassenärztliche „Honorarverteilungsmaßstäbe“) und weit mehr Zeit als früher auf die Abrechnung mit den Krankenkassen verwenden müssen („**Zuteilungsmedizin**“), wirkt sich dies auf die nötige personale Arzt-Patient-Beziehung („**Zuwendungsmedizin**“)

zwangsläufig ungünstig aus. Das zu Bismarck's Zeiten vorbildliche System gesetzlicher Krankenkassen im Rahmen der Reichsversicherungsordnung (RVO) hat seit Jahrzehnten ein Anspruchsdenken der Versicherten gefördert, das statt eigenverantwortlicher Gesundheitsvorsorge immer mehr Leistungen fordert. Ein „Recht auf Gesundheit“ aber kann es schon aus biologischen Gründen nicht geben.

Kommt es in der allgemeinen Hektik und Zeitnot des Medizinalbetriebs zu (vermeintlichen oder echten) Fehlleistungen, so wird meist den Ärzten die Schuld gegeben, praktisch nie beim administrativen System der in wirtschaftlichen Kategorien denkenden und handelnden Gesundheitspolitik. Eine Konsequenz ist eine mentale „**Defensivmedizin**“ der Ärzte (besonders in den Krankenhäusern), die sich durch technisch „objektivierende“, aber kostenträchtige – und eigentlich diagnostisch oft unnötige – Zusatzuntersuchungen vor Haftpflichtansprüchen schützen wollen. Sich „mediko-legal“ abzusichern, ist jedoch nicht gleichbedeutend mit Übernahme ethischer Verantwortung für sein Handeln. Aber die höchstrichterliche Rechtsprechung fällt mitunter Ärzten in den Rücken, etwa wenn bei den makabren „Kind als Schaden-Urteilen“ des Bundesgerichtshofs wegen übersehener, fraglicher oder ungenügend diagnostizierter Fehlbildungen des Ungeborenen die Aufklärung – sprich dringliche Empfehlung zur Spätabtreibung – als ungenügend oder nicht rechtswirksam bezeugt angesehen wird. Solche Urteile, die von Ärzten ggf. ruinösen materiellen Ersatz für den „Schaden“ – Geburt eines ggf. nur gering fehlgebildeten Kindes statt dessen verlangte vorgeburtliche Tötung – erzwingen, haben dazu geführt, dass die ärztliche Hemmschwelle gegen Abtreibungen aus vorgeblich „medizinischer Indikation“ drastisch gesunken ist. Ähnlich sind die Folgen der 1995 erneut vom Gesetzgeber geänderten Beschlüsse zum § 218 StGB, die es Gynäkologen erlauben, ab der 23. Schwangerschaftswoche – wenn das Kind in vielen Fällen bereits extruterin lebensfähig ist – medikamentöse Spätabtreibungen oder gezielte intrauterine Tötung (Fetozid) vorzunehmen. Bei dieser ebenfalls als „medizinisch“ bemäntelten Indikation handelt es sich meist um (ggf. postnatal oder neuerdings mitunter schon intrauterin behandelbare) kindliche Organstörungen oder Fehlbildungen.

Nur extrem selten kommen derzeit noch lebensbedrohliche, therapeutischen Interventionen nicht zugängliche Schwangerschaftskomplikationen der Frau vor, die dann ausnahmsweise allein durch Beseitigung des Kindes abwendbar sind.

Trotz dieser barbarischen und humanitär untragbaren Situation der Spätabtreibung sind bislang wiederholte Anträge der CDU/CSU-Bundestagsfraktion auf (zumindest) ärztliche Beratungspflicht und dreitägige Bedenkzeit der Schwangeren im Parlament mehrheitlich abgelehnt worden, meist mit der stereotypen Begründung: „Bevormundung der Frau“ (?). Eine Einschränkung ärztlicher Haftung bei (ggf. fehlerhafter oder methodisch fehleranfälliger) Diagnostik wird zusätzlich abgelehnt. Ärzte als willfähige Leistungserbringer für sich unter fremden Druck setzende oder setzen lassende Patienten - dies ist eine Perversion honoriger Medizin. Wollen ideologisch voreingenommene Parlamentarier die sowohl individuell als auch gesellschaftlich destruktiven Konsequenzen ihrer Beschlüsse zynisch ignorieren?

Wenn das „Gesundheitssystem“ bzw. die Gesundheit von der Politik reformiert werden soll bei den Ärzten ständig kollektiv eingefordert wird – was verstehen die meisten Menschen eigentlich darunter? Würden wir uns auf die vor einem halben Jahrhundert von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierte Definition verlassen („Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“), so wäre kaum jemand

gesund bzw. im Umkehrschluss fast jeder mehr oder minder ständig krank. Dieser märchenhafte utopische Glückszustand ist aus ärztlicher Sicht nicht nur unreal, die abstruse Definition ignoriert auch die grundsätzliche existenzielle Gefährdung des Menschen. Sie ist, würde sie politisch missbraucht, sogar lebensgefährlich: Jede zur Abtreibung aus „sozialer Indikation“ entschlossene bzw. gedrängte Schwangere könnte sich darauf berufen ⁸⁾.

Anzuerkennen ist die Definition in der Einleitung zum „Gesundheitspolitischen Programm der deutschen Ärzteschaft“, beschlossen 1994 beim 97. Deutschen Ärztetag in Köln: „Gesundheit ist die aus der Einheit von subjektivem Wohlbefinden und individueller Belastbarkeit erwachsende körperliche, seelische und soziale Leistungsfähigkeit des Menschen“. Jedoch vermeidet die Präambel eine Definition von Krankheit und spricht nur von einem „weiten Feld fließender Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit“, die beide von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einschließlich des sozialen und ökologischen Umfelds beeinflusst werden, und sie schließt: „Ärztliche Tätigkeiten müssen frei von persönlichem Gewinnstreben nach dem Gebot der Menschlichkeit sowie nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen ausgelegt werden“.

Zur Betonung der Leistungsfähigkeit möchte ich aber fragen: Schließt ein vertiefter Gesundheitsbegriff nicht auch ein, dass weniger die Abwesenheit körperlicher Störungen oder emotionaler Belastungen als vielmehr die – im seelischen Wollen sich stabilisierende und erneuernde – Kraft zur Bewältigung der Suche nach Sinn und Ziel zum personalen Kern der Gesundheit gehört?

Dietrich Rössler, Tübinger Arzt und Theologe, definierte Gesundheit als Kraft, mit den Störungen des Lebens zurecht zu kommen, schließt Beeinträchtigungen also weitblickend mit ein. Aufmerksame Menschen wissen, mit welcher seelischer Kraft oft gerade Schwerbehinderte ihr Leben meistern, während sog. Gesunde unter den Misslichkeiten des täglichen Daseins nicht selten in Arbeitsunlust, Neurosen oder chronische Klagen regredieren. Was wäre, wenn wir in unserer materiell verwöhnten Gesellschaft keine körperlich oder geistig behinderten Mitmenschen, beispielsweise keine Kinder und Erwachsene mit Down-Syndrom mehr hätten? Ich wage eine Prognose: Wir würden humanitär und sozial verarmen, während wir an der wohlwollenden Begleitung geistig behinderter (bei achtsamer Förderung oft erstaunlich kreativer) Menschen innerlich wachsen, zusammen mit ihnen dankbar, und vielleicht frohgemuter werden können.

⁸⁾ Schon seit mehr als drei Jahrzehnten umgeht die ideologisch beeinflusste Strafrechtspolitik des Gesetzgebers zu § 218 StGB die vom Bundesverfassungsgericht wiederholt geforderte Schutzpflicht des Staates auch für noch ungeborenes menschliches Leben mit rechtspolitischen Winkelzügen (1974 „Fristenlösung“ bis zur 12. Schwangerschaftswoche, 1995 „straffrei nach Pflichtberatung“). Die Mehrheit der Bundestagsabgeordneten ermöglicht somit – neben der Auslöschung diesbezüglichen Unrechtsbewusstseins in der Gesellschaft – auch eine ethische Korruption eines Teils der Ärzteschaft und macht sich der Mitwisserschaft bzw. indirekten Anstiftung zur millionenfachen Tötung frühkindlichen Lebens historisch schuldig.

Hier sehe ich eine tiefe Bedeutung der verborgene Talente weckenden und fördernden „Beschützenden Werkstätten“ sowie auch karitativer Fürsorgeheime – in kirchlicher oder privater Trägerschaft – nicht nur für die umsorgte Klientel, sondern besonders auch für die Förderung eines besseren und stabileren „Sozialklimas“ in unserer selbstsüchtig gewordenen, zu immer mehr oberflächlichen Ansprüchen neigenden Gesellschaft. Freundlicher Zuspruch und ehrliche zwischenmenschliche Anerkennung erleichtert den zweifellos viel Geduld erfordernden Dienst an verlangsamten und behinderten Menschen, während Anspruchshaltung des auf tarifliche Arbeitszeitverkürzung fixierten Personals eher ungeduldig, hektisch und innerlich unzufrieden macht. Zuviel Vorschriften und Dienstzeitüberwachung fördern nämlich eine „Stechuhrmentalität“ und behindern eher die Freude an der Arbeit⁹⁾.

Erschwerte ärztliche Pflichten im biotechnologischen Zeitalter

Es wäre durchaus zu wünschen, dass das Potential der modernen Biotechnologie unter ethisch einwandfreien Bedingungen irgendwann zur regenerativen Therapie bestimmter Defekt- und Degenerationskrankheiten herangezogen werden kann. Man sollte sich aber über die davorliegende lange Zeitspanne und über die Unwägbarkeiten der exo- und endogenen Einflussfaktoren keiner Täuschung hingeben. Selbst die Folgeprobleme der propagierten Anwendung embryonaler Stammzellen (EZ) – vor allem das hohe Risiko maligner Tumorbildung aus den in fremdes Gewebsumilieu transplantierten Zellen – sind vielfach ungelöst. Wahrscheinlich sind nur aus dem eigenen Körper gewonnene sog. „adulte“ Stammzellen (AZ) diesbezüglich und hinsichtlich Immuntoleranz (keine Abstoßung der Zelltransplantate) risikoarm. Auch sog. „therapeutisches Klonen“ – nach mikromanipulierter Einbringung eines körpereigenen Zellkerns in eine entkernte fremde Eizelle – würde molekularpathologische Risiken für den Empfängerorganismus keineswegs ausschließen.

Andererseits wird *Zweckoptimismus* der molekularbiologischen Forschung und der davon profitierenden Biotech-Industrie verbreitet. In wenigen Jahrzehnten seien erfolgversprechende „Gentherapien“ bei einigen Krankheiten möglich, erweitert durch gezielte Versuche zur Verlängerung des gesunden Lebens. Ab 2040 (so die Meinung des Molekularbiologen Detlev Ganten, Direktor des Molekularbiologischen Zentrums in Berlin-Buch) sei mit individualisierter Krankheitsprävention zu rechnen, da das Gesundheitswesen dann „genombasiert“ sei. Der Mensch als sein gentechnischer Neuschöpfer, der Langsamkeit der biologischen Evolution entwachsend, von körperlichem Leid immer mehr befreit ?

⁹⁾ Bei den durch fachfremde EDV-Tätigkeiten mit Datenmanagement, Krankenkassen- oder Forschungsanträgen überlasteten Klinikärzten sind die tariflichen Bedingungen eher umgekehrt: Unbezahlte Überstunden durch (meist nächtlichen) Bereitschaftsdienst (wenn möglich, mit teilweisem Freizeitausgleich). Gemeinsam ist dem ärztlichen wie dem Pflegepersonal die zeitliche Verknappung der zum beruflichen Selbstverständnis gehörenden persönlichen Zuwendung zu den Patienten.

Viel näher liegt allerdings das Problem, ob Staat und Gesellschaft die Erforschung und Verwirklichung utopischer Massengesundheit überhaupt bezahlen können. Die moderne Medizin ist – eigentlich Thematik eines eigenen Symposiums – in der Gefahr einer gigantischen Fortschrittsfalle, eingeklemmt zwischen Wunschdenken, finanziellen Schulden auf Kosten nachfolgender Generationen, und immer neuen teils unvorhersehbaren oder ignorierten technischen Risiken. Eine in fragwürdigen Güterabwägungen erdachte „Ethik des Heilens“ – als Schlagwort von manchen Philosophen und einzelnen Theologen gebraucht – basiert bei der versuchsweisen Anwendung der Stammzellen von Embryonen auf deren unrechtmäßiger Tötung, wobei es keinen prinzipiellen Unterschied macht, wenn dies nach etablierter IVF-Technik oder nach Erzeugung von geklonten Embryonen geschieht. In beiden Fällen werden zur Gewinnung differenzierungsfähiger Stammzellen Embryonen getötet, die das ganze Entwicklungspotential menschlichen Lebens in sich tragen.

Warum äußern sich praktizierende Mediziner zu diesem umstrittenen Thema relativ selten? Ein wesentlicher Grund: Derzeit sind die meisten unter dem ständigen Druck eingeschränkter Ausgabenbefugnis bei steigenden Arznei- und Nebenkosten – und entsprechend schwieriger zu behandelnden Patienten – in solche Praxissorgen verstrickt, dass ihnen für bioethische Diskussionen kaum Zeit bleibt. Auch misstrauen viele den euphorischen Verheißungen theoretischer Wissenschaftler, die staatliche Finanzmittel für den Forschungswettbewerb benötigen, weil – bei ausbleibender Erfüllung der hochgezüchteten Erwartungen – die Ärzte unter der Wolke unerfüllbarer Bringschuld leben müssen. Der verstorbene Kölner Soziologe Erwin Scheuch hat diese Sündenbock-Funktion der Ärzte schon vor Jahrzehnten diagnostiziert und geäußert, dies sei im politischen Geschäft nicht unwillkommen, weil es vom eigenen gesundheitspolitischen Versagen ablenken kann. Wie aber wollen Politiker die öffentliche Meinung korrigieren, wenn sie für die jeweils nächste Wahl davon abhängig sind ?

In der Wirklichkeit des ärztlichen Alltags stellt sich die **Situation des Gesundheitswesens** sehr ernüchternd dar: Zunahme von „Zivilisationskrankheiten“ infolge Überernährung, Bewegungsmangel, ständiger Hektik, von seelischen Depressionen, von Suchtanfälligkeit (Alkohol und Zigaretten eingeschlossen), dazu Anstieg der Herz-Kreislauf-Krankheiten und altersabhängigen Verschleißleiden der Bewegungsorgane bei sich umkehrender „Alterspyramide“ der Bevölkerung. Zugleich wachsende Ansprüche an die scheinbar unermesslichen Chancen der Zukunftsmedizin, gepaart mit naiver Wissenschaftsgläubigkeit und angeheizt von rosig ausgemalten Verheißungen künftiger Bioregeneration, steigender Genussfähigkeit (ohne Reue) und expandierender Langlebigkeit.

Zunehmend bietet der hohe Stand der medizinischen Versorgung unserer nun schon lange Zeit mit materiellen und sozialen Wohltaten verwöhnten Gesellschaft ein janusköpfiges Bild: Einerseits kostspielige, von der schrumpfenden Solidargemeinschaft der Sozialsysteme kaum noch finanzierbare Therapie- und Pflegeleistungen, andererseits eine Fülle neuer, auch psychosozialer und geriatrischer Probleme, deren Auswirkungen viele Erfolge der Hochleistungsmedizin indirekt zunichte machen. Man denke an die Zunahme psychosozialer Verhaltens- und Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen, an das unter Heranwachsenden grassierende Drogenproblem, an die therapeutisch und präventiv unbefriedigende AIDS-Situation, die Multimorbidität der alternden Bevölkerung, die ansteigende Quote von Allergien, psychischen Depressionen, Angststörungen, altersabhängigen Demenzkrankheiten – schließlich die zu einer Wohlstandsgesellschaft eigentlich schlecht passende hohe Selbstmordrate.

Die geistig-seelische Konstitution des Menschen neigt – wohl glücklicherweise – dazu, ein Zuviel an erkennbaren Schwierigkeiten auszublenden oder teilweise zu verdrängen, leider aber auch den tieferen Ursachen nicht auf den Grund zu gehen. Dies gilt, wenn sie nicht das eigene Fachgebiet betreffen, oft auch für uns Ärzte. Würden manche von Betriebsökonomen und anderen nicht-ärztlichen „Experten“ praxisfern kreierte, dann oberflächlich nachgebesserten oder jäh gewechselten Maßstäben heutiger Gesundheitspolitik blindlings auf ärztliches Handeln übertragen, die Patienten liefen scharenweise davon oder man bekäme haftungsrechtliche Probleme. Ein von der Öffentlichkeit noch kaum bemerktes Beispiel sind die seit 2004 in den Kliniken eingeführten DRG's (= gesetzliche Diagnosis related groups) von inzwischen mindestens 700 sozio-ökonomisch definierten Krankheiten. DRG's bedeuten, am grünen Tisch als „wirtschaftliche Überlebensstrategie“ mit „exakter Leistungsplanung“ ersonnen, eine standardisierte Pauschalabgeltung der Vertragskrankenkassen für zeitlich limitierte Behandlung bei nach schematisiertem Verlauf und Kostenaufwand definierten Krankheiten. Im Hinblick auf, aus wirtschaftlichen Gründen häufig zu erwartende vorzeitige Entlassungen von Patienten sind gegenseitige Schuldvorwürfe sowie Konkurrenzkämpfe um Budgets, Leistungsstatistiken und Personal leider vorprogrammiert. Nicht nur die Patienten werden die Konsequenzen der sich nach dem „*Divide et impera-Prinzip*“ anbahnenden *Staatsmedizin* erleiden, auch die Ärzteschaft wird ihrem humanitären Auftrag entfremdet und als wirtschaftlicher Befehlsempfänger schleichend entmündigt. Solche Fehlentwicklungen werden das überforderte „Gesundheitssystem“ **schwerlich wirksam rationalisieren** können, sondern die Leistungen über kurz oder lang **rationieren** müssen. Informationstechnisch zeitraffende Innovationen durch Mobiltelefon, Internet etc., Tendenz zur „Vergleichzeitigung“ verschiedener Aufgaben prägen den Alltag. Ihr Übermaß dürfte aber der psycho-somatischen Natur des Menschen auf Dauer unbecömmlich sein.

Die Gefährdung der ärztlichen Verantwortung nicht hinnehmen !

Ob die Weiterentwicklung der zellulären und molekularen Biotechniken sowie die forcierte Analyse des menschlichen Genoms ein künftiges Zeitalter „leidensfreien Lebens“ für die Gesellschaft herbeiführen, soll hier nicht spekuliert werden. Wer in solchen Kategorien denkt und wirbt, dem ist der Hippokratische Eid folgerichtig ein fortschritthemmender Anachronismus aus der Rumpelkammer der Medizingeschichte. Dies würde konsequent und schrittweise – jedoch in Deutschland wegen der noch erinnerten historischen Entstehungsbedingungen schwerer durchsetzbar – auch für das Genfer Ärztegelöbnis gelten. Im übrigen meint sinngemäß der Philosoph Odo Marquardt – meines Erachtens nicht zur Unrecht -, dass die Menschen bei einer möglichst umfassend betriebenen Elimination menschlicher Leiden am quantitativ reduzierten Leid umso mehr zu leiden hätten. Denn wir haben es dann vielleicht verlernt – so möchte ich als Arzt hinzufügen -, Mitleid mit chronisch Kranken und Schwachen, Mitverantwortung für pflegebedürftige Betagte und Liebe zu scheinbar „unzumutbaren“ ungeborenen Kindern zu haben.

Die Misere der seit Jahrzehnten wiederholt gescheiterten „Gesundheitsreformen“ kann weder mit finanztechnischen „Verschiebebahnhöfen“ zwischen den Kranken- und Pflegeversicherungen noch mit biofuturistischen Vertröstungen auf „Gentherapien“ behoben werden. Den Ärzten muss es primär um das therapeutisch Sinnvolle im Hier und Jetzt gehen – auch um die Vorbeugung von Krankheiten. Die Gesundheit des Menschen ist nicht nur von seinen genetischen Anlagen, sondern auch von seiner gesellschaftlichen Umwelt und seiner eigenen, durch Erziehung (möglichst in einer intakten Familie) mitgeprägten Lebensführung abhängig. Statt illusionären

Wunschdenkens muss die entscheidende Frage sein: Wie kann unsere Gesellschaft mit menschlichem Leid human umgehen, das künftig noch komplexer von säkularen Ängsten, Enttäuschungen und ungelösten Sinnfragen belastet sein wird? Und nicht zuletzt: Wie werden die medizinisch unterversorgten Bevölkerungsmilliarden der verarmten „Dritten Welt“ (und in den bevölkerungsreichen islamischen Ländern) auf unsere vor Embryonenverbrauch nicht zurückschreckende Ressourcenverschwendung reagieren? Schon heute sehen Fanatiker in unserer biotechnokratischen Gigantomanie einen zusätzlichen Grund für ihren Hass auf unsere „gottlos“ gewordene westliche Welt.

Ich möchte an den deutsch-amerikanischen Philosophen Hans Jonas (1903 -1993), Autor des berühmten, aber wenig befolgten „Prinzips Verantwortung“ erinnern, der in seiner letzten Rede „Philosophie – Gedanken und Rückschau am Ende des Jahrhunderts“ (Suhrkamp 1993) Mahnungen ausspricht, die dem „Paradox des übergroßen Erfolges, der sich durch Zerstörung seiner eigenen Naturbasis in Katastrophe zu verwandeln droht“ gelten. Der menschliche Geist, so fährt er fort, *„der in seinem Selbstwert das Sein des Menschen ins Metaphysische erhöht, wird in seinem Nutzwert das Instrument brutalsten biologischen Erfolges... hat aber auch ureigene Motivationen aus der Wahrnehmung von Werten. In ihm formen sich die Begriffe des Guten, der Pflicht und der Schuld“*. Hans Jonas schließt mit dem Aufruf, *„an der Idee eines **Friedens zwischen Geist und Natur** zu arbeiten, dem zuliebe der Übermut des Menschen auf vieles verzichtet, worauf die Gewohnheit ein Recht zu haben scheint“*. Aus der Verantwortung *„für die gefährdete Sache..... kommen Antworten des Handelns, wo es keine des Wissens gibt. So kann der Schauer der letzten Frage – der einer Entmenschung zur Rettung der Menschheit – die Philosophie in ihrer Richterrolle über das Unverzichtbare verstärken, wo sie selbst zum **Fürsprecher großer Verzichte** werden muss“*.

Zwischen den Kategorischen Imperativen Kant'scher und Jonas'scher Prägung liegen zwei Jahrhunderte grandioser technisch-industrieller wie medizinischer Höchstleistungen, deren Grenzen noch längst nicht erreicht scheinen, deren sozio-kulturelle und mikro- wie makrobiotische Auswirkungen auf die Menschheit aber im Ungewissen liegen. Es bleibt die **anthropologische Frage nach dem „Unverzichtbaren“**. Sie fragt nach dem tiefsten Sinn des Lebens, ist also keine medizinische, sondern eine über uns hinausweisende theologische Frage. In diese Richtung geht auch die altrömische, hippokratisch geprägte Forderung an uns Ärzte **„Salus aegroti suprema lex“**. *Salus* ist umfassender als *sanitas*.

Der **demographische Wandel** – Verschmälerung der Bevölkerungsbasis durch Entjüngung (auch eine Folge 30-jähriger Liberalisierung der Abtreibung), Verbreiterung der Spitze durch höhere statistische Lebenserwartung – wird die bioethischen Herausforderungen an die Ärzteschaft noch weiter dramatisch steigern. Künftig noch ärztliche Ethik oder „managing-Monetik“? Jedenfalls ist höchste Wachsamkeit, auch Mut zu gesellschaftlich ggf. schonungsloser Aufklärung geboten, individuell aber noch mehr einfühlsame Beratung und Stärkung kranker, schwacher und hilfloser Menschen unsere ärztliche Pflicht. Ferner ist entscheidendes Festhalten an den – auch früher in schweren Zeiten bewährten – sittlichen Prinzipien ärztlichen Handelns und Entscheidens notwendig. Was konkret heißen kann, dass kein Ärzte/Ärztinnen – ebenso Pflegepersonen – gegen ihr Gewissen zu Tätigkeiten dienstrechtlich politisch gezwungen werden sollen, die das Verbot der Tötung ungeborenen oder geborenen Lebens jeder Altersstufe verletzen. Gerade die deutsche Ärzteschaft hat wegen der vor mehr als 60 Jahren geschehenen Menschenrechtsverbrechen eine **besondere Verpflichtung kompromisslosen Schutzes für die Schwachen, also die Ungeborenen, chronisch Leidenden und die Sterbenskranken**. Diese Grundhaltung sollte

anderen Staaten, die von einer vergleichbaren historischen Last gnädig verschont geblieben sind, ein striktes Beispiel verantwortungsbewusster ärztlicher Selbstverpflichtung sein und bleiben – gegenüber geschichtsblinder Vergesslichkeit oder vielleicht ethischer Fahrlässigkeit.