

Otfried Höffe

Braucht die Medizin eine eigene Berufsethik?

**Engadiner Fortbildungstage
Vulpera/Tarasp, 8. Sept. 2012**

**Prof. em. Dr. Dr. h.c. mult. Otfried Höffe, Leiter der *Forschungsstelle
Politische Philosophie*, Philosophisches Seminar der Universität
Tübingen, Bursagasse 1, 72070 Tübingen, Tel: 07071-29 74549; Fax: 29
5052; e-mail: sekretariat.ohoeffe@uni-tuebingen.de**

Ein Mediziner, der meinen Titel liest, wird erstaunt sein oder sogar den Kopf schütteln. Eine derartige Frage kann nur ein Nichtmediziner stellen, typischerweise ein Philosoph, also der Vertreter einer Disziplin, von der man Merkwürdigkeiten gewohnt ist. Erstaunt oder sogar verwirrt wird ein Mediziner sein, weil er sich denkt: Wir haben doch eine eigene Berufsethik. Und wir haben sie seit langem, zumindest seit dem Hippokratischen Eid. Überdies finden sich andere feierliche Gelöbnisse in vielen anderen Kulturen, etwas in Indien (ca. 1. Jh. n. Chr.), Israel (7. Jh. n. Chr.), Persien (10. Jh.) und Japan sowie China (beiden 17. Jh.). Und in jüngerer Zeit gibt es zum Beispiel das „Genfer Arztgelöbnis“ von 1948 (mit späteren Ergänzungen), das den Hippokratischen Eid von unzeitgemäßem Ballast wie der patriarchalischen Einbettung, dem Standesdünkel und dem religiösen Hintergrund befreit.

Warum also etwas Selbstverständliches infrage stellen? Im Rahmen dieser Werkstatt will ich Sie für eine Frage hellhörig machen – und die Frage zu beantworten helfen: Warum genügte Ihnen früher ein Berufsethos, ein medizinisches Ethos, und warum brauchen Sie heute – nicht stattdessen, aber zusätzlich – eine veritable Berufsethik, eine medizinische Ethik? Warum haben früher Ärzte nur erfahrene Kollegen um Rat gefragt, allenfalls noch einen befreundeten Geistlichen, und warum braucht es heute auch Philosophen, Theologen und Juristen?

Ich gliedere meine Überlegungen in vier Schritte, und schlage vor, daß wir schon zwischendurch und selbstverständlich am Ende miteinander diskutieren.

Ich beginne mit einer Beobachtung, an die ich eine These anschließe. Ihretwegen unterscheide ich ein medizinisches Ethos, also Berufsethos, von einer veritablen medizinischen Ethik und bringe sukzessive, also in den Schritten drei und vier, für beide eine Erläuterung und führe Beispiele an.

Also:

1. Eine Beobachtung

Schon des längeren erfreut sich die medizinische Ethik einer Konjunktur, um die jeder Wirtschaftsminister sie nur beneiden kann. Während er nämlich mit Konjunkturschwankungen rechnen muß, wächst der Bedarf an medizinischer Ethik stetig an. Die brandaktuellen Themen wechseln zwar, die ständigen, sich fast überschlagenden Fortschritte sorgen aber für immer neue Probleme. Wir erinnern uns: Im Zusammenhang der Organtransplantationen erörterte man die Frage, wann genau der Mensch als tot zu gelten hat; Stichwort: Hirntod. Später ging es um Experimente mit den Grundbausteinen der Erbsubstanz (DNA), ferner um In-vitro-Befruchtungen und die Geburt des ersten sogenannten Retortenbabys. Und neuerdings debattiert man über Präimplantationsdiagnostik (PID), über verbrauchende Embryonenforschung, auch therapeutisches Klonen genannt, dabei vornehmlich über die Frage, wann genau das menschliche Leben beginnt.

Daneben, aber nicht nebenbei kennt die medizinische Ethik Dauerthemen, beispielsweise die Frage des Schwangerschaftsabbruchs und der Sterbehilfe und Fragen der sogenannten Apparatemedizin. Nicht zuletzt stellt sich die Frage, was das Gesundheitswesen insgesamt kosten darf. Infolgedessen spielt die medizinische Ethik im weiten Sinn, also die Ethik im Gesamtbereich der Vorbeugung (Prävention), der Heilung (Kuration) und der Wiederherstellung (Rehabilitation), der Therapie unheilbarer Krankheiten und der Betreuung (Fürsorge) von Therapieresistenten und von Sterbenden, nicht zuletzt die Ethik der damit zusammenhängenden klinischen Forschung, also die Ethik des gesamten Gesundheitswesens, schon seit Jahrzehnten eine sowohl akademisch als auch politisch zunehmend wichtigere Rolle.

Weil die Fragen ein existentielles Gewicht haben – geht es doch um den Beginn und das Ende menschlichen Lebens, um Gesundheit, Krankheit, Leid und Tod – ist die Konjunktur der medizinischen Ethik mehr als bloß die anhaltende Konjunktur einer relativ neuen Fachdisziplin. Vor allem in einer funktionierenden Demokratie bildet sie zugleich eine bleibende Konjunktur der entsprechenden öffentlichen Debatte.

Damit komme ich schon zum zweiten Schritt:

2. *Eine These*

Über der skizzierten Erfolgsgeschichte darf man aber nicht vergessen, daß der Ruf nach einer veritablen Ethik ungewöhnlich ist, so auffallend und zugleich besorgniserregend wie für einen bislang gesunden Menschen der Besuch beim Arzt. Gewiß, die Ärzteschaft hat sich schon in der Frühzeit organisiert und sich gegen den Mißbrauch, der bei der ärztlichen Kunst wie bei jeder Kunstfertigkeit droht durch feierliche Selbstverpflichtungen gebunden. Der vermutlich aus dem 5. Jahrhundert stammende Eid des Hippokrates ist der berühmteste, nach bisheriger Kenntnis auch älteste Text, aber keineswegs das einzige Gelöbnis. Bedeutende ärztliche Verpflichtungen sind auch aus dem Alten Indien, aus dem Hebräischen, aus Persien und aus China bekannt. Heute gehört die Ärzteschaft (zusammen mit dem Pflegepersonal, auch der medizinischen Forschung) zu den wenigen Berufen, die noch eine eigene Berufsethik kennen. Andere Berufsgruppen sind die Anwälte und die Wissenschaftler. Und zu den Berufsgruppen, für die wir uns eine Berufsethik wünschen, gehören Unternehmer, Bankiers, Lehrer, Medienschaffende, nicht zuletzt Politiker.

In all diesen Fällen handelt es sich aber genaugenommen erst um ein Berufsethos, mithin die Haltung, seinen Beruf sach- und fachgerecht und redlich auszuüben. Wir müssen bei unserem Thema also unterscheiden zwischen einem medizinischen Ethos und jener methodischen Überlegung, die den Namen der Ethik, in meinem Fall der philosophischen Ethik, verdient.

In Andeutung dieser Unterscheidung komme ich zum dritten Schritt:

3. *Medizinisches Ethos*

Das medizinische Ethos umfaßt all die Üblichkeiten: die Gewohnheiten, Sitten und Eigenschaften, die den guten Arzt bzw. Pfleger oder medizinischen Forscher auszeichnen. Sie beginnen mit der selbstverständlichen Verpflichtung, die übernommene Aufgabe gewissenhaft zu erfüllen, deshalb sein Handwerk zu beherrschen und es

sorgfältig auszuüben. Kein Arzt muß allwissend und in seinem (diagnostischen und therapeutischen) Urteil fehlerfrei sein. Wie alle Menschen, so dürfen auch die Ärzte sich gelegentlich irren. Ein Recht auf mangelnde Sorgfalt haben sie aber nicht. Im Gegenteil erhält die generelle Sorgfaltspflicht bei ihnen deshalb ein besonderes Gewicht, weil es um Leben und Tod geht und bereits kleine Fehler großen Schaden anrichten können.

Da sich das medizinische Wissen und Können ständig erweitert, unterwirft sich der gewissenhafte Arzt auch der Aufgabe, sich gründlich fortzubilden und dabei gegenüber neuen Methoden und Erfahrungen offen zu sein, nicht zuletzt die Grenzen des eigenen medizinischen Könnens, aber auch die der ärztlichen Möglichkeiten insgesamt einzusehen.

Da Krankheit und Unfälle eine existentielle Bedrohung darstellen, muß ein guter Arzt auch psychologische Fähigkeiten und Bereitschaften entwickeln, die im Arbeitsstreß gern verkümmern und im Funktionswandel des Mediziners vom (Quasi-)Priester zum medizinischen Techniker zu Unrecht als überholt erscheinen. Man muß nicht wie Paracelsus behaupten, um den Patienten heilen zu können, müsse der Arzt ihn lieben. Aber folgendes dürfte unverzichtbar sein: Verständnis und Einfühlungsvermögen, Gesprächsbereitschaft und Geduld, ferner die Fähigkeit zuzuhören und Mut zu machen sowie die Bereitschaft, menschlich-seelische Probleme nicht bloß zu „somatisieren“, also Angst und Hoffnungslosigkeit als Depression zu etikettieren, die nur mit Psychopharmaka zu behandeln ist. Auch darf sich der Arzt nicht durch den hohen Technisierungsgrad der modernen Medizin verführen und zum Einsatzleiter von Apparaten degradieren lassen.

Mit dem Berufsethos befaßt sich nun üblicherweise der Praktiker, in der Medizin vor allem der erfahrene und in seiner Erfahrung oft leidgeprüfte Arzt. Der Theoretiker dagegen, der überdies eine medizinfremde Disziplin vertritt, der Philosoph, ist hier seiner Fachkompetenz nach nicht allein-, nicht einmal mitzuständig. Denn solange sich die Grundsätze von selbst verstehen, werden sie schlicht praktiziert. Verstöße werden durch Sanktionen der Standesorganisation, gegebenenfalls sogar des Strafrichters geahndet; Philosophie oder philosophische Ethik braucht es jedenfalls nicht.

Gegen den Gedanken eines medizinischen Ethos könnte man einwenden, es würde, was einer demokratischen Gesellschaft widerspricht, Sonderverpflichtungen aufbauen. Indem die philosophische Ethik das Bedenken entkräftet, entfaltet sie gegenüber dem Ethos eine gewisse Kompetenz denn doch. Sie verweist auf ein analoges Ethos in anderen Berufen und zeigt, daß es hier wie dort das Gewicht einer Funktionsbedingung hat: Ein Richter, dem es an Unparteilichkeit mangelt, verfehlt seine Aufgabe; er spricht nicht Recht, sondern Unrecht. Ähnlich gehören zum Beamten Unbestechlichkeit, zum Sportler Fairneß und zum Handwerker das redliche Bemühen, seine Aufgabe sach- und fachgerecht zu erfüllen.

Wie in einem demokratischen Rechtsstaat nicht anders zu erwarten, setzt sich das medizinische Ethos nicht aus außergewöhnlichen Pflichten zusammen. Es wendet lediglich allgemeingültige moralische Grundsätze auf die besondere Aufgabe von Ärzten, Pflegepersonal und medizinischer Forschung an. Es besteht aus aufgaben- und funktionspezifischen Verbindlichkeiten, die zudem moralisch unstrittig sind:

Die beiden wichtigsten Grundsätze finden sich schon in der hippokratischen Tradition. Deren erster Grundsatz, das Gebot, Notleidenden zu helfen, zählt in der allgemeinen Ethik zwar zu den freiwilligen Tugend-, nicht zu den geschuldeten Rechtspflichten. Im Fall des Arztes gehört es aber zu seiner selbstgewählten, insofern denn doch geschuldeten Grundaufgabe. Es besteht dann aber nicht in einer generellen, sondern der berufsspezifischen Hilfspflicht. Nach dem Grundsatz „salus aegroti suprema lex“ bildet das Wohlergehen (nicht bloß das physische Überleben) des Kranken das oberste Gesetz. Infolgedessen ist das medizinische Ethos wesentlich ein Ethos des Helfens und Heilens. Und das moralische Minimum – so der zweite Grundsatz – besteht in dem (rechtsethischen) Gebot, keinesfalls zu schädigen: *primum nil nocere*.

Auch für die Ergänzung um ein drittes Prinzip, die aufgeklärte Zustimmung, braucht es eine genuin philosophische Ethik. Denn die Autonomie des Patienten, das einem ärztlichen Paternalismus entgegentretende Recht, selber zu entscheiden, was mit ihm geschieht, folgt aus zwei längst

anerkannten Grundsätzen des modernen Rechtslebens, aus dem Recht auf die Integrität von Leib und Leben und dem Recht auf Selbstbestimmung. Die hippokratische Grundaufgabe, das Wohlergehen des Kranken zu befördern, steht daher unter der einschränkenden Bedingung: nicht ohne dessen aufgeklärte Zustimmung. Keinesfalls darf ein Arzt gegen den Willen seines Patienten handeln.

Am Patientenwohl und Patientenwillen als medizinischen Leitprinzipien läßt sich also nicht rütteln. Die Prinzipien sind aber Binsenwahrheiten, deren Rechtfertigung keiner philosophischen Ethik bedarf. Besser als der Ethiker sprechen über das medizinische Ethos vorbildliche Ärzte, Pfleger und Forscher. Und noch besser ist ihr Vorbild selbst, wie man es teils aus der eigenen Erfahrung, teils aus der Geschichte und der Literatur kennt. Allerdings muß man sich das Vorbild einverleiben („internalisieren“) und zu diesem Zweck das entsprechende Handeln immer wieder neu einüben. Nur dort, wo das Ethos zu einer Einstellung, sogar einem Charaktermerkmal, jedenfalls zum Bestandteil einer Persönlichkeit, geworden ist, setzt sich das entsprechende Handeln auch gegen unvermeidbare Gefährdungen durch.

Vor Gefährdungen von der Art des Euthanasie-Programms im Nationalsozialismus, von der Art der japanischen Experimente mit Kriegsgefangenen, vom Mißbrauch der Psychiatrie in der Sowjetunion und von nordamerikanischen Versuchen mit Gefangenen, Schwarzen und Armen, vor derartigen kriminellen Zumutungen dürfte die Medizin von heute glücklicherweise verschont bleiben. Trotzdem ist es sinnvoll, das ärztliche Ethos angesichts derartiger Gefährdungen in Texten festzuhalten. Bei ihnen handelt es sich aber immer noch nicht um die medizinische Ethik, sondern erst um Deklamationen zum ärztlichen oder medizinischen Ethos.

Für die medizinische Ethik ergibt sich daraus folgende Zwischenbilanz: Solange das medizinische Personal seine moralischen Grundsätze wie selbstverständlich anerkennt und bei ihrer Anwendung nur medizinischen, nicht moralischen Problemen gegenübersteht, ist sein Ethos in den Regeln der ärztlichen und pflegerischen Kunst als deren Zweckrichtung enthalten und wird nur aus Anlaß standespolitischer Selbstverständigung, etwa bei Festreden, aktuell. Die lange Konjunktur einer genuin medizinischen Ethik

zeigt jedoch, daß die sich von selbst verstehenden Grundsätze, das Patientenwohl und der Patientenwille, heute nicht mehr genügen. Und genau diese Situation ist befremdlich, eben so ungewöhnlich, wie für einen bislang gesunden Menschen der Besuch beim Arzt.

Damit komme ich zum vierten und letzten Schritt:

4. *Genuine Medizinethik?*

Die veritable Ethik wird generell dort aktuell, wo die überkommenen Lebensweisen, Grundsätze und Institutionen ihre Geltung, zumindest ihre Orientierungskraft verlieren. Aus diesem Grund sind echte medizinethische Debatten ein Krisensymptom. Sie drücken Unsicherheit aus; bisweilen sind sie sogar ein Alarmzeichen. Denn nur dort, wo sich die Moral nicht mehr von selbst versteht, muß man über sie nachdenken. Wo die Ethik aufblüht, steht es schlecht um die Sitten der Gesellschaft. Diese Diagnose muß aber nicht in dem dramatischen Sinn zutreffen, den selbsternannte Propheten gern heraufbeschwören: daß die Gesellschaft schlechten Sitten folge. Gegen diese Befürchtung, die übrigens seit Menschengedenken, mindestens seit dem Alten Orient immer wieder laut wird, ist zumindest im Gesundheitswesen Skepsis erlaubt. Denn die genauere Diagnose sagt jedenfalls: Das überlieferte Berufsethos bleibt gültig, es reicht aber nicht aus. Nur insofern versagen die überlieferten Sitten, als neue Fragen auftauchen, zu deren sachgerechter Antwort die bisherigen Sitten nicht genügen. Diese Situation, so meine Leitthese, trifft für große Bereiche der zeitgenössischen Medizin zu: Mehr als nur eines medizinischen Ethos, tatsächlich einer veritablen Ethik bedarf die Medizin deshalb, weil sie mit grundlegend neuartigen Entscheidungsaufgaben konfrontiert wird.

Da die Konjunktur medizinischer Ethik ein Krisensymptom ist, dessen Konjunktur schon lange anhält, könnte man die beliebte These wiederholen, die moralischen Ressourcen der heutigen Gesellschaft würden knapp. Im Sinne des Goethe-Wortes: „Wer philosophiert, ist mit den Vorstellungen seiner Zeit nicht einig“, folge ich aber weder einem verbreiteten Moralismus, der die Bereitschaft zur Moral schwinden sieht, noch einem Skeptizismus, der unseren längst pluralistischen Gesellschaften keine

Anerkennung moralischer Grundsätze mehr zutraut. Denn in Wahrheit erweist sich bei der Medizin nicht die Ressource „Moral“, wohl aber die Ressource „überliefertes Berufsethos“ als zu knapp. Erst dieser Ressourcenknappheit wegen kehrt sich eine lang vorherrschende Beziehung um:

Jahrhundertlang hat die Medizin keine philosophische Ethik gebraucht; eher ging die Philosophie bei Medizinern in die Lehre. Den legendären Hippokrates nehmen sich so große Denker und Forscher wie Bacon und Galilei zum Muster, weil sie der scholastischen Disputation eine experimentelle Naturforschung entgegensetzen, wie Leibniz, weil er die Harmonie aller Dinge bekräftigt sieht, und wie Kant, weil er bemerkenswerte Verhaltensregeln entdeckt. Und Voltaire rühmt den Verzicht auf leere, das heißt hier: unnütze Metaphysik.

Daß neuerdings die Medizin den Rat der (philosophischen) Ethik sucht, folgt aus den enormen medizinischen Fortschritten. Die neuen Möglichkeiten, menschliches Leben zu verlängern oder es beginnen zu lassen, schaffen bislang unbekannte Entscheidungssituationen. In ihnen würden es sich die Medizin leicht machen, wenn sie entweder, mit Berufung auf ihre Forschungsfreiheit und das Selbstbestimmungsrecht der Patienten, eine unbegrenzte Verfügung über menschliches Leben beanspruchten oder aber mit Hinweis auf die Unantastbarkeit menschlichen Lebens die neuen Möglichkeiten schlechthin verwürfen.

In Wahrheit ist die Unverletzlichkeit menschlichen Lebens ein unbestrittener Grundsatz von Ethik und Recht. Andererseits sind weder der Beginn noch das Ende des menschlichen Lebens einfachhin Naturereignisse, so daß die Mediziner sich hier für allein zuständig erklären konnten. Außerdem gibt es Konflikte, beispielsweise zwischen dem Leben der Mutter und dem des Fötus. Auch stellt sich die Frage, ob eine verbrauchende Embryonenforschung erlaubt ist, weil sie zwar menschliches Leben vernichtet, längerfristig aber auch therapeutischen Zwecken dienen kann. Ferner ist zu überlegen, ob man an der menschlichen Keimbahn Untersuchungen mit dem Ziel der Manipulation vornehmen darf, obwohl sie zwar schwer abschätzbare Gefahren bergen, aber auch Anlaß zu

diagnostischen und therapeutischen Hoffnungen geben. Nicht zuletzt drängen sich Fragen zum Lebensende auf: Das sogenannte Hirntodkriterium erlaubt, wogegen Hans Jonas seit seinem Gutachten von 1968 (1987) Bedenken äußert: die Entnahme lebensfrischer vitaler Organe aus Patienten, die sich in einem unumkehrbaren Sterbeprozess befinden, aber noch nicht rundum tot sind.

Erst weil man bei derartigen Fragen nicht umstandslos sagen kann, was das selbstverständliche Leitziel der Ärzte- und Pflegerschaft, das Patientenwohl und der Patientenwille, verlangt, braucht es, was über das ärztliche und pflegerische Ethos hinausreicht: eine Ethik für medizinische Grundfragen, eine medizinische Ethik. Nicht primär wegen krimineller Zumutungen entsteht sie, auch nicht aus dem Grund, den Moralisten befürchten, wegen offensichtlichen Mißbrauchs, sondern wegen der Frage, wo denn der Mißbrauch beginnt.

Ein weiterer Typ von Fragen ergibt sich aus der Begrenztheit medizinischer Ressourcen: Ist vertretbar, was Großbritannien kennt, eine strenge Altersbegrenzung beispielsweise bei Karzinomoperationen oder bei Organtransplantationen? Oder auch: Welchen Anteil am Bruttosozialprodukt verdient das Gesundheitswesen; darf der Anteil im Verhältnis zu dem des Bildungswesens überproportional steigen?

Belanglos sind die Probleme sicherlich nicht, geht es doch um Güter, die in jeder Rechtsordnung höchsten Schutz verdienen, vor allem um den Schutz des menschlichen Lebens, ferner um die Gerechtigkeit angesichts knapper Ressourcen. Was genau die Rechtsgüter und die Gerechtigkeit besagen, ist aber zu klären, und dieser Klärungsbedarf läßt sich weder durch die medizinischen Kompetenzen allein beheben noch durch deren Ergänzung um das berufsspezifische Ethos.

An dieser Stelle darf ich meine Bilanz ziehen:

Der modernen Medizin stellen sich Fragen, die sie durch ihre angestammten Kompetenzen, durch naturwissenschaftliche Kenntnisse und technische

Fertigkeiten, verbunden mit dem überlieferten Berufsethos, allein nicht beantworten kann.

Die Notwendigkeit medizinischer Ethik folgt also nicht, was alarmierend wäre, aus eklatanten Moralverstößen. Sie ergibt sich auch nicht, was offensive Naturwissenschaftler andeuten: aus mangelnder Kenntnis der modernen Naturwissenschaft seitens „der“ Gesellschaft oder „der“ Geistes- und Kulturwissenschaftler. Der Grund liegt vielmehr darin, daß die selbstverständlich gültigen Leitprinzipien unmittelbar keine klare Orientierung mehr geben. Eine Folgelast der Aufklärung, ihres immens gewachsenen Wissens und Könnens, besteht nicht in dem, was zwei ehemals vielgerühmte Autoren, Horkheimer und Adorno, in der hochgelobten Dialektik der Aufklärung (1947) behaupten: „Die vollends aufgeklärte Erde strahlt im Zeichen triumphalen Unheils.“ (1981, 19). Die wirkliche Folgelast besteht nicht in einem ungewollten Unheil, sondern in der Notwendigkeit einer von Philosophie und Nachbardisziplinen wie Moralthologie und Rechtswissenschaft inspirierten medizinischen Ethik. Hier wie andernorts trifft zu, was ich zum Titel einer Studie über Wissenschaft, Technik und Umwelt gemacht habe: „Die Moral als Preis der Moderne“.

Die einschlägigen Themen sind auch für die „professionelle Ethik“ grundlegend neu. Weder die großen Moralphilosophen der Antike, Platon und Aristoteles, noch mittelalterliche Denker wie Thomas von Aquin noch der säkulare Denker der Neuzeit, Immanuel Kant, haben beispielsweise die Frage vor Augen: Sind so unstrittige Prinzipien wie die Menschenwürde auch auf Embryonen eines sehr frühen Entwicklungsstadiums unstrittig anzuwenden? Die medizinische Forschung schickt daher die Ethik in Neuland. Es ist freilich nicht jenes „pathosbeladene Neuland“, das nach neuen Prinzipien oder sogar, wie schon Hans Jonas (1979, 35ff.) zu Unrecht, nach einem neuen kategorischen Imperativ verlangt. Und mit der Gegenthese schließe ich meine Überlegungen: Längst bekannte Prinzipien sind auf neue Handlungsmöglichkeiten anzuwenden.

Literatur:

Horkheimer M./Adorno Th. W. 1947: Dialektik der Aufklärung.
Philosophische Fragmente, hrsg. v. R. Tiedemann, Frankfurt/M., 1981.

Jonas, H. 1979: Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die
technologische Zivilisation, Frankfurt/M.