

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 18 · Heft 2 · 2011

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

# Imago Hominis

**Hippokrates  
heute I**

**Hippocrates Today I**

IMABE

# Imago Hominis

## Herausgeber

Johannes Bonelli  
Friedrich Kummer  
Enrique Prat

## Schriftleitung

Susanne Kummer

## Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)  
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)  
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)  
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)  
Christoph Gisinger (Geriatric, Wien)  
Martin Glöckler (Chirurgie, Wien)  
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)  
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)  
Gunther Ladurner (Neurologie, Salzburg)  
Reinhard Lenzofer (Innere Medizin, Schwarzach)  
Wolfgang Markt (Physiologie, Wien)  
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)  
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)  
Heinrich Resch (Innere Medizin, Wien)  
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

## IMABE

Das IMABE-Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 auf Initiative von Medizinern, Juristen und Geisteswissenschaftlern in Wien gegründet. Ziel des Instituts ist es, den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlichen Menschenbildes zu fördern. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz des Vereins. Die wichtigste Aufgabe des Institutes ist eine interdisziplinäre und unabhängige Forschung auf den Gebieten von Medizin und Ethik. Darüber hinaus sollen Werte und Normen in der Gesellschaft durch Entwicklungen in Medizin und Forschung kritisch beleuchtet werden.

Editorial	79	
Aus aktuellem Anlass	82	Friedrich Kummer <b>Kehrtwende: Keine ärztliche Assistenz beim Suizid</b>
Schwerpunkt	85	Gabriela Schmidt-Wyklicky <b>Der Hippokratische Eid und das Corpus Hippocraticum: Ein medizinhistorischer Wegweiser</b>
	93	Dietrich v. Engelhardt <b>Ars longa, vita brevis: Historischer Hintergrund und aktuelle Bedeutung des hippokratischen Aphorismus</b>
	103	Axel W. Bauer <b>Der ärztliche Heilauftrag im Wandel: Vom Paternalismus zur partnerschaftlichen Sorgspflicht</b>
	113	Jan Stejskal <b>Ansätze der Palliativmedizin in der hippokratischen Tradition</b>
	121	Markus Enders <b>Das Schicksal in der Antike und seine Bedeutung für das Machbarkeitsdenken heute</b>
Nachrichten	137	
Zeitschriftenspiegel	142	
Buchbesprechungen	145	

## Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,  
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

## Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und  
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,  
T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4  
eMail: [postbox@imabe.org](mailto:postbox@imabe.org) · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: *Imago Hominis* ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout: QARANTE, Schloßgasse 13, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Mag. Monika Deak

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Deak

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Mag. Monika Deak

## Bankverbindung:

Bank Austria, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800,  
IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

## Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen Sachexperten begutachtet.

IMABE gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl. Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Redaktionsschluss: 14. Juni 2011

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Allgemeine  
Unfallversicherungs-  
anstalt



Hauptverband der Österreichischen  
Sozialversicherungsträger



ÖSTERREICHISCHE  
ÄRZTEKAMMER

Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Seit Jahrtausenden hat sich die Ärzteschaft – wie kein anderer Berufszweig – immer wieder um eine standesgemäße Berufsethik bemüht. Die Ärzte haben stets ihren Beruf nicht nur als Herausforderung für ein rein naturwissenschaftlich ausgerichtetes Wissen und Können angesehen, sondern sie haben ihr ärztliches Tun darüber hinaus auch immer unter den Aspekt der sittlich-ethischen Verantwortung für den Patienten in seiner Person gestellt. Auch in der heutigen Zeit sind es vor allem Ärzte, die sich bemühen, ihre berufliche Arbeit an ethischen Gesichtspunkten zu orientieren. In der medizinischen Literatur findet man – im Vergleich mit anderen Berufsgruppen – einen erstaunlich hohen Anteil, der sich mit ethischen Fragen auseinandersetzt. Repräsentativ für diese traditionelle Berufsauffassung kann der sog. Hippokratische Eid bzw. die hippokratische Ethik gelten. Der antike Text ist als Gelöbnisformel kaum noch in Verwendung und im Wortlaut den meisten Ärzten nicht präsent. Wohl aber besitzt er eine gewisse innerliche Aktualität im ärztlichen Bewusstsein. Angesichts des Fortschritts in der Medizin fragen sich immer mehr Ärzte, ob sie denn wirklich alles tun dürfen, was sie medizinisch können und wo die Grenzen des ethisch Verantwortbaren zu ziehen sind. Ein Ausdruck für dieses Dilemma ist z. B. die Etablierung von Ethikkommissionen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens. Die zeitlose Aktualität der hippokratischen Ethik zeigt sich auch darin, dass ihre Grundsätze, bewusst oder unbewusst, viele Deklarationen ärztlicher Verhaltensnormen beeinflusst haben, wie z. B. die Deklarationen von Genf, Helsinki und Oslo, aber auch das Österreichische Ärztegesetz oder das Österreichische Krankenanstalten- und Arzneimittelgesetz. Konstanten ärztlicher Ethik seit den Tagen der Antike sind die grundsätzliche Hilfsbereitschaft, das *Primum non nocere*, der Schutz des menschlichen Lebens, die Achtung des Patienten aufgrund seiner menschlichen Würde und die Treue zur eigenen Schule, um nur die wichtigsten zu nennen – mit all den daraus resultierenden Konsequenzen. Solche Grundsätze und Haltungen haben ein großes normatives Gewicht, da-

mit in akuten und konkreten Entscheidungskonflikten nicht erst alle Gegebenheiten, Umstände und Möglichkeiten jeweils neu durchdacht werden müssen und – insbesondere der junge Arzt, die junge Ärztin – schnell Sicherheit im Handeln gewinnen kann. Denn es ist gefährlich allzu vieles der Beschränktheit und Willkür des einzelnen zu überlassen, ohne das durch Jahrhunderte durchdachte und bewährte gemeinsame Fundament ärztlicher Ethik vermittelt bekommen zu haben.

Das Anliegen dieser und einer weiteren Ausgabe von *Imago Hominis* ist es, diese Fundamente ärztlicher Ethik wieder bewusst zu machen. Können und Machbarkeit nehmen den Arzt in der heutigen Zeit mitunter so in Anspruch, dass die Reflexion über den Sinn des ärztlichen Handelns, über medizinische Wertprinzipien und über das Wesen des Menschen und seiner Krankheit leicht in den Hintergrund gedrängt werden. Dann aber kann es leicht passieren, dass die primäre Zweckbestimmung ärztlichen Handelns und des Gesundheitswesens überhaupt, nämlich der Dienst am Kranken, aus den Augen verloren wird und ökonomisches Denken, Eitelkeiten, Karrieresucht, Bequemlichkeit usw. vor die Interessen des Patienten gestellt werden, wie dies heute schon vielfach der Fall ist. Dann freilich wird die Krankenversorgung zu einem Profitunternehmen, bei dem der Patient nur mehr als Kunde betrachtet und die medizinische Behandlung als Ware gehandelt wird. Eine solche Entwicklung hätte sich dann allerdings zentrifugal vom Kerngedanken einer karitativen Sorge um unsere kranken Mitmenschen verabschiedet und würde das traditionelle Selbstverständnis des Arztes als Helfer in der existenziellen Not seiner Mitmenschen verraten. Dies umso mehr, als viele Werte, die über Jahrhunderte hinweg als unantastbar gegolten haben, heute ins Wanken geraten sind, wie z. B. der uneingeschränkte Schutz des Lebens, Kollegialität unter den Ärzten, das unerschütterliche Vertrauen des Patienten in die Integrität seines Arztes (siehe Patientenanwalt, Schadenersatzansprüche, Patientenverfügungen usw.). Gabriela Schmidt-Wyklicky beschäftigt sich in ihrem Beitrag mit der historischen Entwicklung des hippokratischen Eides und des *Corpus Hippocraticum* und deren Einfluss auf spätere ärztliche Gelöbnisse bis in die Gegenwart. Dietrich von Engelhardt analysiert in seinem Beitrag den hippokratischen Aphorismus „Die Kunst ist lang, das Leben kurz, der günstige Augenblick ist flüchtig, die Erfahrung trügerisch, die Entscheidung schwierig“. Er zeigt dabei auf, dass diese Einsichten zeitlose und so auch für das moderne Selbstverständnis des Arztes zentrale Fragen berühren. Axel W. Bauer schreibt über das

Rollenverständnis des Arztes im Laufe der Geschichte und verweist auf dessen Abhängigkeit und Rücksichtnahme vom jeweiligen Zeitgeist. Jan Stejskal setzt das Corpus Hippocraticum in Zusammenhang mit aktuellen Fragen der Palliativmedizin und fragt, ob die hippokratische Medizin eine Orientierungshilfe für oft schwierige Entscheidungen zwischen kurativer und palliativer Medizin am Krankenbett liefern kann.

Eine permanente Herausforderung, die natürlich in erster Linie die Patienten, aber auch den Arzt auf Grund der Natur seines Berufes im Umgang mit dem Kranken trifft, ist das unerklärliche und das undurchschaubare Schicksal, das über den Menschen hereinbricht, wenn er plötzlich krank wird und dem er verständnislos gegenüber steht. Wie rätselhaft der Menschheit von Urzeiten an das Zusammenspiel von genetischer Determiniertheit, Vorsehung, zufälliger Verkettung unglücklicher Umstände, Umwelteinflüssen, sozialer Verhältnisse und Eigenverantwortung immer gewesen ist und wie eindringlich sich der Mensch seit der Antike mit seinem unausweichlichen Schicksal beschäftigt hat, zeigt Markus Enders in seinem Beitrag über das Verständnis von Schicksal in der antiken Welt und dessen Bedeutung für das Machbarkeitsdenken unserer Zeit.

**J. Bonelli**

Friedrich Kummer

## Kehrtwende: Keine ärztliche Assistenz beim Suizid

Turn Back: no physician-assisted Suicide

„Ärztinnen und Ärzten ist es verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ So lautet die Neuformulierung des §16 (Beistand für Sterbende“) der Deutschen Musterberufsordnung, die Anfang Juni 2011 vom Deutschen Ärztetag – der jährlichen Hauptversammlung der Deutschen Bundesärztekammer – mit großer Mehrheit angenommen wurde. Dem Beschluss war eine über Monate kontrovers geführte öffentliche Debatte vorangegangen, die der scheidende Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe ausgelöst hatte. Im Februar 2011 hatte Hoppe für eine Aufweichung des ärztlichen Berufsethos plädiert, indem er meinte, dass Beihilfe zum Suizid zwar „keine ärztliche Aufgabe“ sei, die Gewissensentscheidung im Einzelfall aber jedem Arzt selbst überlassen sein sollte. Knapp vor dem Deutschen Ärztetag in Kiel ruderte der Vorstand der Deutschen Bundesärztekammer in letzter Sekunde zurück – wohl aufgrund der Proteste aus den eigenen Reihen. Eine knappe und klare Neuformulierung wurde vorgelegt, die mit deutlicher Mehrheit von den obersten Medizinern in Kiel angenommen wurde. Fortan wird in ihrer Berufsordnung nicht nur stehen, dass es verboten ist, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Es folgt auch der unmissverständliche Zusatz, dass Mediziner „keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ dürfen. Federführend war dabei der neugewählte Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery.

Strafrechtlich ist Beihilfe zum Suizid in Deutschland – im Gegensatz zu Österreich – nicht verboten, womöglich wird es daher für die Kammer nicht einfach, zuwider handelnde Kollegen zu sanktionieren. Die Debatte wird also weitergehen, meinen Beobachter: Die Musterberufsordnung muss jetzt in jedem Bundesland in die rechtsver-

bindlichen Landesberufsordnungen umgesetzt werden. Anders als es in der öffentlichen Debatte dargestellt wird, sei auch damit nur ein Rahmen vorgegeben, schreibt Oliver Tolmein in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (12.06.2011). Denn „was geschieht, wenn tatsächlich bekannt wird, dass ein Arzt Beihilfe zum Suizid geleistet hat, wird durch die Berufsordnungen nicht vorgegeben“. In weniger wichtigen Fällen entscheide der Kammervorstand, ansonsten werden Berufsgerichte tätig, die ein weites Spektrum von Sanktionsmöglichkeiten haben, „darunter so harmlose wie die Verwarnung“.

Die der Kehrtwende vorangegangene Debatte darf aber dennoch als Lehrstück betrachtet werden.

Am 18. Februar 2011 hatte die deutsche Bundesärztekammer bekannt gegeben, dass „eine Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe“ sei. Damit sollte die seit 2004 gültige Formulierung ersetzt werden. Diese lautete: „Die Mitwirkung bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein“ – eine Formulierung, die für die heikle Materie des Lebensendes sensibilisieren sollte und Ärzten die Vielschichtigkeit ihres Tuns eindringlich bewusst machen. Der scheidende Präsident der Deutschen Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, sprach hingegen von einem „Widerspruch“ zwischen Strafrecht und ärztlichem Berufsethos, den man nun „auflösen“ sollte.

Hinter der neuen, radikalen Umformulierung stand eine schon seit Mitte 2010 anhaltende Diskussion, die sich einerseits an Urteilen des Deutschen Bundesgerichtshofs (BGH) in Fällen von strittigen Kompetenzüberschreitungen im Rahmen der End-of-Life-Care, und andererseits am Inkrafttreten des Gesetzes zur Patientenverfügung entzündet hatte.

Die Unverbindlichkeit der neuen Formel war



bemerkenswert. Hoppe wand sich in den darauffolgenden Monaten durch die Interviews mit der deutschen Presse: Es sei weiterhin wichtig darauf hinzuweisen, dass die Mitwirkung des Arztes beim Suizid dem ärztlichen Ethos widerspreche; er selbst strebe ja keineswegs eine Liberalisierung der Position der Bundesärztekammer in dieser schwierigen Frage an; außerdem solle jeder Arzt nach seinem Gewissen entscheiden, und er, Hoppe, würde aber natürlich selbst keine Suizidbeihilfe leisten.

Ende 2010 hatte die Bundesärztekammer im Zuge einer Allenbachstudie erhoben, dass 62% der befragten Ärzte die ärztliche Hilfestellung beim Suizid ablehnen gegenüber 30% Befürwortern. Dieses Umfrageergebnis wurde – wie üblich – von Befürwortern („... über ein Drittel der Ärzte sieht im assistierten Suizid kein ethisches Problem!“) und Gegnern („massive Mehrheit der Ärzte gegen Beihilfe zum Suizid“) als Erfolg gewertet. Noch gewichtiger war aber der Beschluss der Landesärztekammer von Hessen und jener von Westfalen-Lippe, in dem sie ihre Zustimmung zu der geplanten Änderung verweigerten. In Österreich liegt die Sache anders – und einfacher: Hier ist jegliche Mitwirkung am Selbstmord strafrechtlich pönalisiert (§78 StGB), sodass schon allein auf dieser Basis kein Spielraum für eine Umdeutung des ärztlichen Ethos besteht.

Es gibt so manche Fortschritte, die in Wahrheit Rückschritte sind: Es beginnt mit der „Sterbehilfe“ als Recht auf Autonomie, dann ertönte der Ruf nach Euthanasie für jene, die ohnehin schon ein „mensenunwürdiges“ Leben führen und wo Ärzte „aus Mitleid“ inzwischen auch ungefragt töten. Länder wie Holland und Belgien haben vorgezeigt, dass das alles offenbar lupenrein ist, weil ja auch entsprechende Gesetze geschaffen wurden, die die Tötung auf Verlangen (auch der Angehörigen?) legalisieren.

Vor Monaten bereits hatten die beiden Professoren, der Mediziner Christoph Student (Leiter des Deutschen Instituts für Palliative Care) und der Jurist Thomas Klie (bis 2008 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie) festgehalten, dass menschenunwürdige Pflegesitu-

ationen den Ruf nach dem Giftbecher provozieren, während durch eine differenzierte Schmerztherapie mit Ausbau der Palliativmedizin eine nachhaltigere Besserung der Lage zu erreichen sei.

Die Palliativmedizin spielt hier wohl eine wichtige Rolle. Sie bietet die besten Konzepte für den Ausweg aus dem Suizid-Dilemma an. Tatsächlich sind die dort tätigen Ärzte dem menschenfreundlichen Paternalismus der verantwortlichen Obsorge verpflichtet, die sehr wohl zwischen „Nachhelfen“ (Euthanasie) und echter Sterbebegleitung zu differenzieren weiß.

Zurecht weist aber Tolmein auch darauf hin, dass unerträgliche Schmerzen zwar oft in den Medien als oberstes Suizid-Motiv dargestellt werden, in der Praxis es jedoch andere Probleme sind, die Menschen dazu bringen, den Arzt um Beihilfe zum Suizid zu bitten. So würden Zahlen aus dem amerikanischen Bundesstaat Oregon belegen, dass, wo ärztlich assistierter Suizid legal ist, das beherrschende Motiv für den Suizid der „Verlust von Autonomie“ ist, genauer der „Verlust der Fähigkeit etwas zu unternehmen, was das Leben lebenswert macht“. Selbst die Angst, Angehörigen zur Last zu fallen, rangiert weit vor einer tatsächlichen oder befürchteten unzureichenden Schmerzbehandlung.

Fazit: Wenn Menschen aber nicht aus medizinischen Gründen den schnellen Tod suchen: Warum sollen dann gerade Ärzte hier „helfend“ einspringen? Ärzte stehen in einer besonderen Verantwortung: Helfen sie Patienten bei der Selbsttötung, ist das auch ein Expertenurteil über den Wert menschlicher Existenz. Das aber kann und darf sich niemand anmaßen – ein Arzt, der sich zum Helfen verpflichtet hat, am allerwenigsten. Selbst die Feuerwehr hat ihr „Bergen, Retten, Löschen, Schützen“, analog dazu die Ärzte ihr Helfen, Heilen, Lindern. Es ist klüger, sie nicht vom „Schützen“ zu entbinden.

Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer  
IMABE  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien  
fkummer@aon.at



Gabriela Schmidt-Wyklicky

# Der Hippokratische Eid und das Corpus Hippocraticum: Ein medizinhistorischer Wegweiser

Hippocratic Oath and Corpus Hippocraticum: a Roadsign in Medical History

## Zusammenfassung

Nach Wiedergabe des Originaltextes des Hippokratischen Eides, seiner späteren christlichen Fassung und des Gelöbnisses des Weltärztebundes (Genf 1948) werden Quellen, Entstehung, Bedeutung, Inhalte und Interpretationen dieses Eides im historischen Zusammenhang besprochen. Ebenso werden die Grundelemente der hippokratischen Schriftensammlung, die wichtigsten Charakteristika der Humoralpathologie und das Arztbild der griechischen Antike illustriert. Zweck dieser Darstellung ist es, eine Diskussionsgrundlage zur vertieften Einsicht in die überzeitliche Bedeutung dieses historisch wirkmächtigsten ärztlichen Gelöbnisses zu bieten. Unter Einbeziehung medizin- und kulturhistorischer Aspekte soll die Relevanz der ethischen Forderungen dieses Eides auch für die Erfordernisse des Arztes der Gegenwart hervorgehoben werden.

**Schlüsselwörter: Hippokratischer Eid, Corpus Hippocraticum, ärztliche Ethik**

## Abstract

After a presentation of the original text of the Hippocratic Oath, its Christian version and the International Code of Medical Ethics (World Medical Association, Geneva 1948) source material, origin, meaning, contents and interpretations of this oath are historically reflected. Furthermore, the main characteristics of the Hippocratic Collection, of humoral pathology and of the Hippocratic physician in Greek Antiquity are depicted. This paper wants to offer a basis for a discussion aiming at a deeper insight into this historically most relevant medical oath independent from its particular period of origin. By integrating aspects of medical as well as of cultural history emphasis is laid on the relevance of this oath' ethic demands also for the contemporary physician.

**Keywords: Hippocratic Oath, Hippocratic Collection, Medical Ethics**

Univ.-Doz. Dr. Gabriela Schmidt-Wyklicky  
 Institut für Geschichte der Medizin  
 Department und Sammlungen für Geschichte  
 der Medizin der Medizinischen Universität Wien  
 Währinger Straße 25, A-1090 Wien  
 josephinum@gmx.at

## Der Hippokratische Eid

### Die antike Fassung

Der mit dem Namen des griechischen Arztes Hippokrates von Kos aus dem fünften vorchristlichen Jahrhundert verbundene ärztliche Eid nimmt in der abendländischen Geschichte der Heilkunde für das Berufs- und Berufungsverständnis des Arztes seit der Antike die zentrale Stellung schlechthin ein. Exakter historischer Ursprung, genaue Abfassungszeit und eindeutige Autorschaft der historisch nur bruchstückhaft belegbaren Persönlichkeit des Arztes Hippokrates und seiner Schule lassen sich trotz intensiver bis in die heutige Zeit anhaltender Forschungen nicht mit letzter Sicherheit belegen. Im Allgemeinen gilt der Hippokratische Eid<sup>1</sup> als Schwur, den die Mitglieder der Ärzteschule von Kos im Sinne eines Lehrvertrages zu leisten hatten. Folgende ethische Maximen für die Persönlichkeit des Arztes und sein Handeln sind im Hippokratischen Eid festgelegt: Handeln zum Nutzen der Kranken, Vermeidung von Schaden für den Kranken, Schutz des menschlichen Lebens von der Zeugung bis zum natürlichen Tod (Verbot der aktiven und passiven Sterbehilfe sowie der Abtreibung), Verbot sexueller Beziehungen zu Patienten, sittliche Reinheit des ärztlichen Charakters und Schweigepflicht gegenüber Unbeteiligten während einer Behandlung. Diese ethischen Kernaussagen des Hippokratischen Eides gelten historisch als erstes tradiertes sittliches Grundgesetz für die ärztliche Berufsausübung und begründeten im Laufe der medizinischen Kulturgeschichte ein ideales und zuweilen auch idealisiertes Arztbild.

„Ich schwöre bei Apollon, dem Arzt, bei Asklepios, bei Hygieia und bei Panakeia, bei allen Göttern und Göttinnen und ich nehme sie zu Zeugen, dass ich diesen Eid und diesen Vertrag nach Kräften und entsprechend meinem Urteilsvermögen vollständig erfüllen werde. Dass ich denjenigen, der mich in dieser Kunst unterwiesen haben wird, meinen Eltern gleich achten werde; dass ich mein Leben mit ihm teilen, dass ich ihm, wenn er etwas braucht, abgebe, dass ich sein Geschlecht wie eige-

ne Brüder gleich achten werde. Dass ich sie in dieser Kunst ohne Bezahlung und ohne Vertrag unterrichten werde, wenn bei ihnen der Bedarf besteht, sie zu erlernen; dass ich an den Vorschriften, an der Vorlesung und an der gesamten übrigen Unterweisung Anteil geben werde meinen eigenen Söhnen, den Söhnen meines Lehrers, und den Schülern, die durch den Vertrag und den Eid nach der ärztlichen Satzung gebunden sind, sonst aber keinem. Die Regeln zur Lebensweise werde ich zum Nutzen der Kranken einsetzen, nach Kräften und gemäß meinem Urteilsvermögen; vor Schaden und Unrecht werde ich sie bewahren. Ich werde niemandem ein todbringendes Mittel geben, nicht einmal nachdem ich gebeten worden bin, noch werde ich keiner Frau einen abtreibenden Tampon verabreichen. In reiner und heiliger Weise werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren. Ich werde nicht schneiden, und zwar auch nicht bei solchen, die ein Steinleiden haben, sondern ich werde den Männern Platz machen, die in diesem Handwerk beschäftigt sind. In alle Häuser, die ich betrete, werde ich zum Nutzen der Kranken gehen, wobei ich mich von jeglichem willentlichen, zerstörerischen Unrecht fernhalten werde, insbesondere von lustvollen Handlungen sowohl an Frauen und Männern, seien sie nun Freie oder Sklaven. Was ich aber während einer Behandlung vom Leben der Menschen sehen oder hören werde, oder auch ohne Behandlung, was nicht nötig ist, dass man es verbreitet, werde ich es verschweigen, im Glauben, dass derartiges heilige Geheimnisse sind. Wenn ich also diesen Eid vollständig erfülle und nicht breche, dann möge ich die Früchte meines Lebens und meiner Kunst ernten und auf ewige Zeit bei allen Menschen Ruhm genießen. Wenn ich den Eid aber übertrete und einen Meineid schwöre, soll das Gegenteil davon der Fall sein.“<sup>2</sup>

### Die christliche Fassung

Die früheste historische Evidenz des Hippokratischen Eides findet sich bei Scribonius Largus, einem Arzt zur Zeit des römischen Kaisers Claudius

um 50 n. Chr. Aus dem Gelöbnis leitete Scribonius bereits allgemeingültige ethische Normen wie Erbarmen und Menschlichkeit ab, die der Arzt allen Hilfesuchenden ohne Ansehen der Person entgegenbringen solle. Die religiöse Bindung an die griechischen (Heil-)Götter wurde seit der christlichen Spätantike durch die Veränderung der Präambel hin zu einem christlichen Gottesbezug adaptiert. Hippokrates galt etwa seit dem 4. Jahrhundert als Prototyp einer idealen Arztpersönlichkeit.<sup>3</sup> Vor allem seit der Rückwendung zur griechisch-römischen Antike durch die humanistisch geprägte Gelehrsamkeit der frühen Neuzeit etablierte sich der Hippokratische Eid – ohne religiöse Präambel – als Codex zeitlos gültiger Arztethik. Zumindest in Teilstücken fand er etwa seit Beginn des 16. Jahrhunderts nicht wörtlich, sondern in unterschiedlich abgewandelten „zeitgemäßen“ Formulierungen, Eingang in die Fakultätsstatuten und Promotionszeremonien für angehende Ärzte an vielen Universitäten (z. B. Wittenberg 1508, Basel 1570). Einzig an der Universität Montpellier wurde der Hippokratische Eid erstmals im Jahre 1804 zur Gänze vorgetragen. Eine juristische Verbindlichkeit wie bei der Leistung eines Eides vor Gericht war damit für den angehenden Arzt allerdings zu keiner Zeit zwingend verbunden.<sup>4</sup>

„Gepriesen sei der Gott und Vater unseres Herrn Jesus Christus, der gepriesen ist bis in alle Ewigkeit, dass ich nicht meineidig werde. Ich werde die Ausbildung in der Heilkunst nicht beflecken. Noch werde ich jemandem ein todbringendes Mittel geben, nachdem ich gebeten worden bin, noch zu einem solchen Rat anleiten. Gleichermaßen werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben, weder von oben noch von unten. Vielmehr werde ich diejenigen in dieser Kunst unterrichten, die sie zu lernen wünschen, ohne Missgunst und ohne Vertrag. Ich werde die Regeln zur Lebensweise einsetzen zum Nutzen der Kranken nach Kräften und gemäß meinem Urteilsvermögen. In reiner und heiliger Weise werde ich meine Kunst bewahren. In alle Häuser, die ich betrete, werde ich zum Nutzen

der Kranken gehen, wobei ich mich von jeglichem willentlichen oder unwillentlichen Unrecht, zerstörerisch oder anderweitig schädigend, fernhalten werde und auch von lustvollen Handlungen sowohl an Freien oder Sklaven wie auch an Männern oder Frauen. Was immer ich während einer Behandlung oder außerhalb im menschlichen Zusammenleben sehen oder hören werde, was nicht nötig ist, dass man es verbreitet, werde ich verschweigen, im Glauben, dass derartiges heilige Geheimnisse sind. Wenn ich also diesen Eid vollständig erfülle und nicht breche, möge mir Gott im Leben und in der Kunst ein Helfer sein und möge ich auf ewige Zeit bei allen Menschen Ruhm genießen. Wenn ich diesen Eid halte, soll es mir gut ergehen, wenn ich meineidig werde, das Gegenteil davon.“<sup>5</sup>

#### Das Genfer Gelöbnis

Der Weltärztebund hat bei der erforderlichen Neugestaltung ethischer Normen nach dem Ende der NS-Schreckensherrschaft, als Zeichen des moralischen Neubeginns einer durch eine menschenverachtende Diktatur befleckten Ärzteschaft, im Genfer Ärztegelöbnis von 1948 und bei dessen Ergänzung im Jahr 1968 die hippokratische Tradition zwar nicht *expressis verbis*, wohl aber in Teilen des Inhalts als ideelle Bezugsquelle und Markstein einer universalen ärztlichen Ethik herangezogen.<sup>6</sup> Bei der Promotion wird von jedem zukünftigen Arzt in feierlicher Form lediglich ein persönliches Gelöbnis abgelegt, in welchem er sich verpflichtet, die Reinheit der medizinischen Lehre und der Wissenschaft zu bewahren und der Universität, an welcher er studiert hat, Ehre zu erweisen. Sämtliche juristische Normen, an die die ärztliche Tätigkeit gebunden ist, sind im Rahmen nationaler Ärztesetze, die keine ethische Normenskala vorgeben, geregelt. Allerdings hat sich in der öffentlichen Meinung bis heute, zumeist bei der Diskussion über konkrete ärztliche Fehler und Versäumnisse, die Bezugnahme auf den Hippokratischen Eid als gültige und allgemein verpflichtende ethische Norm des Arztes weitgehend erhalten.

„Wenn ich nun als Mitglied in den Ärztestand aufgenommen werde, so verpflichte ich mich feierlich, mein Leben dem Dienste der Menschheit zu weihen. Ich werde meinen Lehrern die Achtung und Dankbarkeit entgegenbringen, die ich ihnen schuldig bin. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Gesundheit meiner Patienten wiederherzustellen und zu erhalten, wird mein erstes Gebot sein. Ich werde Geheimnisse, die mir anvertraut werden, auch über den Tod des Patienten hinaus, bewahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten. Meine Kollegen werde ich achten. Ich werde nicht zulassen, dass Religion, Nationalität, Rasse, Parteipolitik oder sozialer Stand zwischen meine Berufspflicht und meine Kranken treten. Ich werde die äußerste Achtung vor dem menschlichen Leben von der Empfängnis an bewahren und selbst unter Bedrohung meine ärztlichen Kenntnisse nicht in Widerspruch zu den Gesetzen der Menschlichkeit anwenden. Dies verspreche ich feierlich und auf meine Ehre.“<sup>7</sup>

Wie Leven bemerkt, spielt der Hippokratische Eid in der gegenwärtigen medizinethischen Debatte allerdings kaum eine Rolle, „... da er einer überwunden geglaubten 'paternalistischen Epoche' zugeordnet wird, womit die moderne Medizinethik ihren geschichtslosen Standpunkt eindrucksvoll unterstreicht.“ Die Rezeptionsgeschichte des Hippokratischen Eides spiegle jedoch in einzigartiger Weise das Selbst- und Fremdbild des ärztlichen Berufsstandes wider und ist, so Leven, „... ein zentraler Aspekt der Medizingeschichte überhaupt.“<sup>8</sup>

### Das Corpus Hippocraticum

Über die historische Persönlichkeit des Hippokrates gibt es nur eine begrenzte Zahl historisch gesicherter Fakten. Er wurde 460 v. Chr. auf der Insel Kos geboren und starb um 375 v. Chr. in Larissa/Thessalien. Platon erwähnte Hippokrates als Zeitgenossen des Sokrates. Der als Asklepiade – also Nachkomme des Heilgottes Asklepios – täti-

ge Arzt Hippokrates unterwies Schüler und war in seinen Heilverfahren auf die Berücksichtigung einer ganzheitlichen – Leib und Seele – gleichermaßen integrierenden Sicht des Menschen bedacht. Eigene Schriften des historischen Hippokrates werden bei Platon nicht angeführt, er würdigte Hippokrates aber als außerordentlich bedeutenden Arzt seiner Zeit.<sup>9</sup> Diese Einschätzung wurde von Aristoteles uneingeschränkt übernommen, sodass Hippokrates seither als der berühmteste Arzt der Antike gilt.

Die gegenwärtig gültige medizinhistorische Lehre versteht im Corpus Hippocraticum<sup>10</sup> eine medizinische Schriftensammlung, die rund 60 Texte in ionischem Dialekt enthält. Der überwiegende Teil ist etwa zwischen 430 und 350 v. Chr. entstanden. Zu etwa einem Viertel sind darin aber auch Texte aus hellenistischer und römischer Zeit beinhaltet. Aus dieser Zeitspanne, die sich aufgrund der historisch-kritischen Textanalyse ergibt, lässt sich erkennen, dass nur ein geringer Anteil dem historischen Hippokrates selbst zugeschrieben werden kann. Etwa ab dem 3. Jh. v. Chr. wurden diese Schriften v. a. in der damals bedeutendsten Bibliothek der Antike in Alexandria in Papyrus-Rollen zusammengetragen. Der in Rom wirkende Galenos von Pergamon hat im zweiten nachchristlichen Jahrhundert durch das Studium dieser Schriften den entscheidenden Beitrag zur Kodifizierung der hippokratischen Schriften und ihrer ethischen Maximen geleistet. Galen war es auch, der Hippokrates zum Idealbild des Arzt-Philosophen und zu seinem persönlichen Vorbild erkor. Die im Corpus Hippocraticum kodifizierte Humoralpathologie ist als erstes wissenschaftlich fundiertes, tragfähiges Konzept der abendländischen Heilkunde zu verstehen, das Jahrhunderte lang Gültigkeit besaß und in vielfachen Ausgaben bis in die Gegenwart tradiert, kommentiert und diskutiert wird. Die sogenannte Echtheitskritik, die Frage also, welche Traktate von Hippokrates selbst stammen, ist noch immer Gegenstand medizinhistorischer Forschung und Diskussion: „Zwischen unserem

Wissen vom Leben des Hippokrates und dem umfangreichen Werk, das unter seinem Namen erhalten geblieben ist, besteht eine Kluft, die zu füllen der modernen Forschung nicht gelungen ist, weil die Gesamtheit der Traktate, bei aller unleugbaren Einheit, die vor allem auf dem Geist einer von jedem Rückgriff auf die Magie befreiten Medizin beruht, nicht von einem einzigen Mann geschrieben worden sein kann.“<sup>11</sup>

Im folgenden seien die wesentlichsten Schriften des Corpus Hippocraticum genannt: Über die Kopfverletzungen; Über die Knochenbrüche; Über die Gelenke; Über die Werkstatt des Arztes; Epidemien I-III; Über die Säfte; Über die Lufte, die Wasser und die Örtlichkeiten; Über die heilige Krankheit; Prognostikon; Über die Diät bei akuten Erkrankungen; Aphorismen (Aspekte der ärztlichen Praxis, Darstellung der sogenannten „kritischen Tage“, die zur Prognose der individuellen Krankheitsentwicklung dienen); Über die Krankheiten; Über die inneren Erkrankungen; Über die Natur der Frauen; Über die Frauenkrankheiten; Über die Unfruchtbarkeit; Über den Leib; Über die Diät; Über die Natur des Menschen; Über die alte Heilkunde; Über das rechte Verhalten; Vorschriften; Über den Arzt.

Im Corpus Hippocraticum wurde das Konzept der Humoralpathologie („Vier-Säfte-Lehre“) exemplarisch entwickelt. Diese Lehre determinierte durch das jeweilige Mischungsverhältnis der vier Körpersäfte Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle Gesundheit oder Krankheit des Patienten. Sie behielt bis ins frühe 19. Jahrhundert, als sie allmählich durch die naturwissenschaftlich-experimentell fundierte Medizin abgelöst wurde, sowohl als medizinische Theorie als auch in der ärztlichen Praxis uneingeschränkte Gültigkeit. Bis dahin wurden das Corpus Hippocraticum und andere antike medizinische Autoren als Referenzwerke wie diejenigen der jeweiligen Zeitgenossen jeder historischen Epoche zitiert.

### **Medizin als rationale Wissenschaft**

Historisch relevant ist das neue, rational

geprägte Menschenbild, das sich in den hippokratischen Schriften widerspiegelte. Der Mensch reflektierte seine eigene Existenz innerhalb der ihn umgebenden Welt, er wurde sich seiner Geschichte allmählich bewusst und vollzog damit aufgrund der ihm gegebenen Vernunft den Übergang von der Natur zur Kultur. Krankheit wird nicht mehr als übernatürliche Erscheinung betrachtet, sondern als rational erfassbarer Prozess, der einer auf der griechischen Naturphilosophie basierenden Analyse unterzogen werden kann. Daraus resultierte für die hippokratisch geprägte Heilkunde, die überwiegend von Wanderärzten ausgeübt wurde, die genaue Beobachtung des kranken Menschen in seiner Ganzheit: seiner körperlichen und seelischen Verfassung und seiner äußeren Umgebung. Darüber hinaus verstand sich die hippokratische Medizin als Kunst und wird daher in der historischen Interpretation als Markstein auf dem Weg zu einer rational begründeten Wissenschaftstheorie gesehen. Große Bedeutung hatte daher das genaue Erheben der individuellen Anamnese des Patienten sowie die Beobachtung und Untersuchung des äußeren Zustands und der körperlichen Krankheitszeichen des Patienten mittels Inspektion, Palpation sowie der „Succussio Hippocratis“, einem Schütteln des Patienten, um Plätschergeräusche aufgrund von Flüssigkeitsansammlungen im Körper festzustellen. Diese diagnostische Maßnahme kann als einfacher Vorläufer der späteren anatomisch fundierten physikalischen Diagnostik mittels Perkussion und Auskultation angesehen werden. Der leidende Gesichtsausdruck des Todgeweihten wird seither als „facies hippocratica“ bezeichnet.

### **Ganzheitlicher therapeutischer Ansatz**

Charakteristisch für die hippokratische Medizin ist der Vorrang der individuellen Prognose gegenüber einer genauen Diagnose. In der Behandlung des Patienten dominierten neben Heilmitteln v. a. Diäten, Bewegungstherapie und Änderung der Lebensführung. Im Zentrum der Therapie durch den Arzt hippokratischer Prägung stand der indi-

viduelle Patient, der Kranke und nicht „die Krankheiten“ wurden behandelt. Auch nicht ein isolierter Einzelteil oder ein Teilaspekt waren Gegenstand der ärztlichen Zuwendung, sondern der Patient mit Leib und Seele. Oberstes Ziel der Therapie war es, die dem Körper innewohnenden Selbstheilungskräfte zu stärken und nicht zu stören. In den Epidemiebüchern findet sich die ethische Maxime: „Wo Menschenliebe ist, da ist auch Liebe zur Kunst.“ Der Arzt sollte ein Begleiter des Patienten in allen Phasen seiner Krankheit sein. Die Richtlinie, als unheilbar eingestufte Kranke nicht zu therapieren, stellt dazu keinen ethischen Widerspruch dar. Sie bedeutete nämlich nicht, diese unversorgt zu verlassen, sondern die ärztliche Zuwendung auf das für den Patienten möglichst Sinnvolle zu konzentrieren.

### Schlussfolgerung

Die Grundsätze der hippokratischen Medizin und ihre ethischen Normen hatten eine entscheidende Bedeutung für die Entwicklung einer über Jahrhunderte tragfähigen medizinischen Theorie. Sie bildeten das erste von magischen Elementen losgelöste wissenschaftliche System einer Heilkunde, der die ganzheitliche Sicht des Menschen als einer Einheit von Leib und Seele zugrunde lag. Die im Hippokratischen Eid zusammengefassten klaren ethischen Maximen zum Lebensschutz, der Dienst am Patienten zu seinem Wohle sowie die Festlegung der notwendigen sittlichen Eigenschaften eines guten Arztes in Verbindung mit der religiösen Gebundenheit seiner hohen Verantwortlichkeit haben das Ethos des Arztes über Jahrhunderte geprägt. Somit stellt die hippokratische Heilkunde und ihre ethische Grundlage aus medizinhistorischer Sicht ein immanentes Kulturerbe dar.<sup>12</sup>

Diesen Schatz zu pflegen, lebendig zu erhalten, an jede Ärztegeneration immer wieder neu weiterzugeben und in praxisnaher, lebendiger Diskussion in Beziehung zu den ethischen Fragen der gegenwärtigen Heilkunde zu setzen, sollte gerade in unserer Zeit, wo eine geschichtslose medizinische Ethik in Lehre, Forschung und Praxis im Vormarsch

begriffen ist, eine zentrale Aufgabe in der Arztausbildung und somit eine unverzichtbare Grundlage der persönlichen Gewissens- und Bewusstseinsbildung jedes Arztes darstellen. Die historische Betrachtung des Anschauungswandels der medizinischen Theorien, der Entwicklung des Arztbildes und der ärztlichen Ethik von der Antike bis zur Gegenwart im Rahmen eines in das Studium obligat integrierten medizinhistorischen Unterrichts wäre nämlich ein wertvoller Beitrag, um durch eine Rückbesinnung auf die Wurzeln der abendländischen Medizin und deren Kultivierung eine höchst notwendige Neuorientierung der gegenwärtigen Heilkunde mitzugestalten. Als Frucht seitens der auf diese Art historisch und ethisch fundiert ausgebildeten Ärzte würde eine größere Ehrfurcht vor dem Leben und Sterben, mehr Zuwendung und Einfühlungsvermögen in die individuellen Bedürfnisse der Leidenden sowie ein menschenwürdiger Einsatz der vorhandenen technischen und materiellen Ressourcen resultieren. In Analogie zu der biologischen Tatsache, dass ein Baum ohne Wurzeln nicht gedeihen und keine Früchte hervorbringen kann, sei es abschließend gestattet, dieses Bild auch auf die Medizin als Wissenschaft und auf die ausübenden Ärzte zu übertragen. Denn medizinische Forschung und Praxis ohne historisch gefestigtes Fundament führen, wenn sie weiterhin unreflektiert am materialistisch geprägten Fortschritts- und Machbarkeitsglauben und an der Übertechnisierung festhalten, letztlich an ihrem eigentlichen Sinn und Ziel – dem Heil und dem Trost der Kranken – vorbei in die Fruchtlosigkeit.

### Referenzen

- 1 Edelstein L., *Der hippokratische Eid. Mit einem forschungsgeschichtlichen Nachwort von Hans Diller*, Artemis-Verlag, Zürich (1969); Deichgräber K., *Der hippokratische Eid, Text griechisch und deutsch – Interpretation – Nachleben*, 4. Auflage, Hippokrates-Verlag, Stuttgart (1983); Lichtenthaler Ch., *Der Eid des Hippokrates. Ursprung und Bedeutung*, Dt. Ärzteverlag, Köln (1984); Leven K.-H., *Hippokratischer Eid*, in: Gerabek W. E., Haage B. D., Keil G., Wegener W. (Hrsg.),



- Enzyklopädie Medizingeschichte*, De Gruyter, Berlin/New York (2005), S. 598-600; Balkenohl M., *Der Eid des Hippokrates*, Griechischer Urtext, Übersetzung, Interpretation, Wirkungsgeschichte, heutige Problemlage und moderne Dokumente, Derscheider, Abtsteinach (2007)
- 2 Schubert Ch., *Der hippokratische Eid. Medizin und Ethik von der Antike bis heute*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt (2005), S. 9-11
  - 3 Temkin O., *Hippocrates in a World of Pagans and Christians*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore-London (1991)
  - 4 Roth G., *Die Eide und Gelöbnisse an der medizinischen Fakultät der Universität Wien*, in: *Studien zur Geschichte der Universität Wien*, Bd. 1. Böhlau, Graz-Köln (1965), S. 218-258
  - 5 Schubert Ch., siehe Ref. 2, S. 13
  - 6 Wolff U., *Abschied von Hippokrates. Ärztliche Ethik zwischen Hippokratischem Eid und Genfer Gelöbnis*, Colloquium Verlag Otto H. Hess, Berlin (1981); Riha O., *Kodifizierung ärztlicher Ethik. Vom hippokratischen Eid zum Genfer Gelöbnis*, in: *Sitzungsberichte der Sächsischen Akademie der Wissenschaften zu Leipzig, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Klasse* Bd. 131/4. Stuttgart/Leipzig, Hirzel (2010)
  - 7 Schubert Ch., siehe Ref. 2, S. 88 f.
  - 8 Leven K.-H., siehe Ref. 1, S. 599
  - 9 Jouanna J., *Die Entstehung der Heilkunst im Westen*, in: Grmek M. D. (Hrsg.), *Die Geschichte des medizinischen Denkens*, C. H. Beck, München (1996), S. 31 f. und 77 f.
  - 10 Golder W., *Hippokrates und das Corpus Hippocraticum. Eine Einführung für Philologen und Mediziner*, Königshausen & Neumann, Würzburg (2007)
  - 11 Jouanna J., siehe Ref. 9, S. 38
  - 12 Beck M., *Hippokrates am Scheideweg. Medizin zwischen naturwissenschaftlichem Materialismus und ethischer Verantwortung*, Schönigh, Paderborn (2001); Ausfeld-Hafter B., *Der hippokratische Eid und die heutige Medizin (=Komplementäre Medizin im interdisziplinären Diskurs 7)*, Lang, Bern (2003); Steger F., *Das Erbe des Hippokrates. Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (2008)

# e-card auch im Spital



## e-card: Spitäler fit für die e-card

Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist die e-card bereits unentbehrlicher Teil des Alltags. Nun werden schrittweise auch die Spitäler und ihre Ambulanzen quer durch Österreich für die e-card fit gemacht. Das gestaltet Abläufe rascher und sicherer und verringert den Verwaltungsaufwand. Selbstverständlich gelten auch hier die gleichen Anforderungen an Sicherheit für Ihre persönlichen Daten, wie sie für den Einsatz der e-card in den Ordinationen vorgeschrieben sind.

**Sicher, modern, immer dabei: Ihre e-card.**



Dietrich v. Engelhardt

# Ars longa, vita brevis: Historischer Hintergrund und aktuelle Bedeutung des hippokratischen Aphorismus

Ars longa, Vita brevis: historical Background and actual Relevance of the Hippocratic Aphorism

## Zusammenfassung

Der hippokratische Aphorismus über die Länge der Kunst und Kürze des Lebens, den günstigen und zugleich flüchtigen Augenblick, die trügerische Erfahrung und schwierige Entscheidung besitzt heute wie in der Antike Gültigkeit für die Medizin, das ärztliche Denken und Handeln wie ebenfalls für den Umgang des Kranken und seiner Angehörigen mit der Krankheit und Therapie. Konkrete Beispiele belegen diese überzeitliche Bedeutung nicht nur in der Medizin, sondern allgemein im Leben des Menschen.

**Schlüsselwörter:** Hippokratischer Aphorismus, historischer Hintergrund, moderne Bedeutung

## Abstract

The Hippocratic aphorism about the length of art and shortness of life, the fleeting opportunity, the fallacious experience and difficult judgment is like in Antiquity of value for modern medicine, the thinking and activity of the physician as well as for the coping of the sick person and his relatives with disease and therapy. Concrete examples illustrate the time-transcending meaning of this aphorism not only in medicine, but in general in the life of human beings.

**Keywords:** Hippocratic Aphorism, Historical Context, Modern Meaning

Univ.-Prof. em. Dr. phil. Dietrich v. Engelhardt  
Institut für Medizingeschichte und Wissenschafts-  
forschung der Universität zu Lübeck  
Königstrasse 42, D-23552 Lübeck  
v.e@imgwf-uni-luebeck.de

## I. Situation - Kontext

Mit diesem berühmten und immer wieder zitierten wie vielfältig interpretierten hippokratischen Aphorismus, bald zweieinhalbtausend Jahre alt, werden zeitlose und so auch für die aktuelle Medizin und moderne Lebenssituation des Menschen zentrale Einsichten berührt, die weiterhin zu grundsätzlichen Reflexionen, Beurteilungen und praktischen Konsequenzen einladen.<sup>1</sup>

Ärztliche Kunst ist stets auf die Kürze des Lebens bezogen, hängt vom günstigen und flüchtigen Augenblick ab, basiert nicht selten auf trügerischer Erfahrung und steht deshalb nur zu oft vor schwierigen Entscheidungen. Ärztliche Kunst, so fährt der Aphorismus fort, muss aber nicht nur vom Arzt bewältigt, sondern auch vom Kranken, seiner Familie und Freunden sowie der Gesellschaft begriffen und akzeptiert werden: „Nicht allein der Arzt muss in seinem Tun diese Bedingung einsehen, auch der Patient, seine Angehörigen und die Umwelt müssen sich an diese Wahrheit halten.“<sup>42</sup>

Der hippokratische Aphorismus hat bis in die Gegenwart verbreitete Resonanz gefunden, zu seiner Zeit und bis zum Mittelalter mehr als der sogenannte Eid des Hippokrates, der heute nur selten noch abgelegt wird, aber in Teilmomenten in ethischen Orientierungen, juristischen Gesetzen, in Deklarationen der medizinischen Forschung weiterhin Geltung besitzt.

Zur Resonanz hat die Hippokrates zugeschriebene, aber – wie beim hippokratischen Eid – nicht belegbare Autorschaft wesentlich beigetragen. Kommentare stammen aus der Antike von Galen, die im Mittelalter und in der Neuzeit fortgeführt werden und nicht allein auf medizinische Autoren begrenzt sind. Seneca erinnert an die ihn allerdings nicht überzeugende Klage vieler Menschen, auch von Philosophen und dem herausragenden Arzt Hippokrates: „Das Leben ist kurz, lang die Kunst.“<sup>43</sup> Goethe stellt an den Anfang des Lehrbriefes für den zukünftigen Chirurgen Wilhelm den hippokratischen Aphorismus in abgewandelter und verkürzten Form: „Die Kunst ist lang, das Leben kurz, das

Urteil schwierig, die Gelegenheit flüchtig.“<sup>44</sup>

Übersetzungen sind bekanntlich immer schon Interpretationen. Die Wendungen des hippokratischen Aphorismus bieten viele Möglichkeiten, die stets mit dem jeweiligen Stand der Medizin und sozialkulturellen Wirklichkeit zusammenhängen.

## II. Die Kunst ist lang

Medizin ist Kunst und hat Geschichte (lat. „ars longa“). Dauer und Wandel gehören auch in der Medizin zusammen. Denken, Wissen und Handeln sind auf jeweils spezifische Weise von diesem komplexen Verhältnis bestimmt. Neben zeitlosen Einstellungen stehen rasante Fortschritte der Praxis. Verschiedene empirische Beobachtungen haben sich bis heute bewahrt, andere mussten aufgegeben werden. Die Institution Krankenhaus geht – wie die Universität – auf das Mittelalter zurück und wird in ihrer weiteren Entwicklung durch die Momente der Medikalisierung, Konzentration auf Krankheiten, Spezialisierung und soziale Ausweitung auf Kranke aus allen Schichten charakterisiert.

Medizin wird im hippokratischen Aphorismus als Kunst bezeichnet. Seit der Antike wird über die Position der Medizin zwischen Wissenschaft und Kunst nachgedacht. Jede Epoche setzt ihre eigenen Akzente, in der Gegenwart dominiert das Prinzip objektiver Wissenschaftlichkeit. Medizin verbindet Kunst und Wissenschaft, verbindet auch Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften und kann als Handlungswissenschaft bezeichnet werden, die allerdings – im Gegensatz zur Technik mit ihren unbelebten Gegenständen – auf Menschen mit Bewusstsein, Sprache und sozialen Beziehungen gerichtet ist.

In Praxis und Theorie, in Diagnostik und Therapie, in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient können künstlerische Momente eine Rolle spielen. Chirurgische Eingriffe, ärztliche Therapie und medizinische Forschung sind auf Intuition angewiesen, über deren Wert und Grenzen bis in die Gegenwart die Meinungen auseinander gehen. Für jede positivistische Wissenschaftstheorie

stellt die Intuition ein Ärgernis dar. Der Mediziner Theodor Brugsch sieht dagegen in der Intuition ein „Schnellverfahren für die Erkennung verwickelter Vorgänge anstelle eines weitschweifigen Denkverfahrens“; Diagnosen auf „Antrieb“ widersprechen nicht dem kausalanalytischen Verstehen, seien weder Mystik noch ein Raten, sondern ein verkürzter geistiger Vorgang.<sup>5</sup>

Kunst verlangt auch die Kommunikation des Arztes mit dem Kranken. Acht Aspekte verdienen besondere Beachtung: 1. Empathie und freundliches Klima, 2. Authentizität und Selbstkritik, 3. verbale und nonverbale Fähigkeiten, zu Fragen anregen, zuhören und schweigen können, 4. Sach- und Situationswissen, 5. Menschenkenntnis, 6. kulturelle Bildung, 7. Phantasie und 8. Beachtung des allgemeinen Bedeutungsraums der Sprache. Empathie meint nicht nur ein Hineinversetzen in die Gefühle, sondern auch in die Gedanken und Wünsche des Kranken, muss sich von Sympathie und Antipathie freihalten, darf nur zu einer partiellen und nicht vollständigen Identifizierung mit dem Kranken führen, sollte sich in der aktuellen, retrospektiven und prospektiven Zeitdimension verwirklichen.

Kunst zeigt sich in der Medizin auch in Krankheitsbezeichnungen oder anderen Begriffen der Diagnostik und Therapie. Der Bogen spannt sich vom Ödipus-, Elektra- und Kassandrakomplex zum Münchhausen-, Rapunzel- und Oblomowsyndrom. Das Münchhausen-Syndrom bezeichnet eine psychische Störung, bei der physische Beschwerden und Verletzungen erfunden oder auch künstlich hervorgerufen werden, um pflegerische und ärztliche Zuwendung zu erlangen. Mit Rapunzelsyndrom werden das Herunterschlucken von Haaren und die Bildung von Haarklumpen im Magen benannt. Das Oblomowsyndrom geht auf den Roman *Oblomow* des russischen Schriftstellers Iwan Alexandrowitsch Gontscharow aus dem Jahre 1859 zurück und meint den Verlust aller Aktivität und Lebenslust.

Therapie ist Kunst, Kunst aber auch Therapie. Vielfältig sind die Auffassungen über den möglichen Beitrag der Künste zur Diagnostik und Therapie, zur

Arzt-Patienten-Beziehung und zum Umgang des Kranken mit der Krankheit, auch zur Einrichtung der Hospitäler. Apollo ist der Gott der Künste und der Heilkunde. Vom Besuch der Tragödie verspricht sich Aristoteles eine kathartische Wirkung: „Durch Mitleid (éleos) und Furcht (phóbos) bewirkt sie eine Reinigung dieser Gefühle.“<sup>6</sup> Die Differenz von Medizin und Kunst ist zugleich nicht zu übersehen. Malen, musizieren und schreiben werden chirurgische Operationen nicht ersetzen können.

Alle Künste können produktiv und rezeptiv aufgegriffen werden: malen und Bilder betrachten, musizieren und Musik hören, schreiben und lesen. Abweichend fallen Produktion und Rezeption in Gesundheit und Krankheit aus. Ebenso wirken sich spezifisch die einzelnen Krankheiten und Therapieformen aus. Stets müssen Persönlichkeit und Interessen des Kranken berücksichtigt und die Vermittlung des Kunstwerkes begleitet werden; Kunstwerke wirken nicht wie Medikamente. Bei aller Nähe und allen Überschneidungen zielt die Kunst aber auch in eine den Bereich der Medizin überschreitende Tiefe. Nach Kafka soll das Buch „wie die Axt für das gefrorene Meer in uns“<sup>7</sup> sein. Die Werke der Kunst überdauern das kurze Leben des Menschen, aber nur aus Leben entstehen Kunstwerke.

### III. Das Leben ist kurz

Das Leben des Arztes wie des Kranken ist zeitlich begrenzt. Der Länge der medizinischen Kunst steht die Kürze des Lebens gegenüber (lat. „vita brevis“). Die Geschichte der Medizin reicht in die Anfänge der Menschheitsgeschichte zurück und hat noch keineswegs ihr Ende erreicht; weiterhin wird mit Erfolg nach neuen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie gesucht, immer wieder müssen auch neue ethische und juristische Antworten auf die Fortschritte der Medizin – Präimplantationsdiagnostik, Organtransplantation, Euthanasie, gerechte Mittelverteilung, Aufklärung und Patientenverfügung, Stammzellforschung, Forschung mit Nichteinwilligungsfähigen – gefunden werden.

Aller Fortschritt der Medizin wird die zeitliche

Begrenztheit des menschlichen Lebens nicht aufheben können; der Tod gehört zum Leben, Steine sterben nicht. Philosophie konnte in der Antike der Sinn zugesprochen werden, sterben zu lernen („mori discere“). Epikurs Auffassung: „Der Tod geht uns nichts an; denn solange wir existieren, ist der Tod nicht da, und wenn der Tod da ist, existieren wir nicht mehr“,<sup>8</sup> entspricht zwar auch heute der Einstellung vieler Menschen, kann aber kaum überzeugen, da der Mensch anders als das Tier den eigenen und fremden Tod vorwegnimmt und sich an den Tod anderer Menschen erinnert.

Die Kunst der Medizin („ars assistendi“) besitzt ihr Pendant in der Lebenskunst. Auch und besonders im christlichen Mittelalter sollte Lebenskunst („ars vivendi“) immer zugleich Sterbekunst („ars moriendi“) einschließen. Die Verheißung in der *Offenbarung des Johannes* „Der Tod wird nicht mehr sein, keine Trauer, keine Klage, keine Mühsal“<sup>9</sup> gilt für das paradiesische Jenseits, aber nicht für das irdische Diesseits.

Die Säkularisierung der Neuzeit bedeutet Weltlichung des Paradieses, Renaissance Wiedergeburt im Diesseits. Die Menschen der Gegenwart verfolgen die Ideale der Lebensverlängerung, der Jugend, Schönheit und Gesundheit, die dem naturwissenschaftlich-medizinischen Fortschritt eine machtvolle und grenzenlose Dynamik verliehen haben. Utopien der Wissenschaft, Philosophie und Kunst haben seit Beginn der Neuzeit diese Ideale wiederholt dargestellt und beschworen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht in dieser Perspektive unter Gesundheit den „Zustand vollständigen physischen, sozialen und geistigen Wohlbefindens.“ („a state of complete physical, social and mental well-being“).<sup>10</sup> Diese berühmte und weltweit verbreitete Definition überzeugt einerseits durch ihren ganzheitlichen Standpunkt, ihre Beachtung und Verbindung biologischer, psychologischer, soziologischer und kultureller Dimensionen, ist andererseits aber unrealistisch, weckt illusionäre Hoffnungen und Ansprüche. Eine derartige Gesundheit kann nicht er-

reicht, sollte auch als Ideal nicht vertreten werden.

Angemessener lässt sich wohl sagen: „Gesundheit ist die Fähigkeit des Menschen, mit Krankheit und Behinderung und selbst dem Tod leben zu können.“ Medizin kann dann als Paradoxie bezeichnet werden, wenn das überhaupt eine Paradoxie ist, heilen zu wollen, was letztlich nicht zu heilen ist. Medizin kennt nur transitorische Erfolge, Medizin ist die Disziplin lebensbejahenden Scheiterns. Der Macht und Ohnmacht der Ärzte ist die grundsätzliche Begrenztheit der menschlichen Existenz zu- und vorgeordnet.

In der hippokratischen Medizin wird dagegen zwischen Gesundheit und Krankheit noch ein dritter Zustand unterschieden, ein Zustand der Neutralität zwischen Gesundheit und Krankheit (lat. ne-utrum = keins von beiden). Der Mensch ist in dieser Sicht weder ganz gesund (= unsterblich) noch ganz krank (= tot), sondern befindet sich immer in diesem neutralen Zwischenzustand. Medizin wird deshalb in der Antike auch als Wissenschaft der Gesundheit, Krankheit und Neutralität bezeichnet. Die sozialen und ethischen Konsequenzen sind offensichtlich: Zwischen Gesunden, Behinderten und Kranken existiert kein fundamentaler Unterschied. Der moderne Ansatz der Salutogenese (A. Antonovsky, 1987) steht ebenso in dieser Tradition wie der Gedanke der Kunst des Krankseins („ars aegrotandi“) der romantischen Medizin (C. G. Carus, 1843).<sup>11</sup>

Der Mensch trägt mit der Geburt den Keim des Todes in sich, das Leben ist auf sein Ende hin angelegt, auch die Medizin steht unter diesem Gesetz. Im Mittelalter hat für diese fundamentale Bedeutung der Zeit Petrus Hispanus – als Johannes XXI. der einzige Arzt auf dem Papststuhl – in aristotelischer Tradition die tiefe Einsicht formuliert: „Die Zeit ist die Ursache des Verfalls“ („tempus est causa corruptionis“),<sup>12</sup> was nicht politisch, sondern grundsätzlich gemeint ist. Die Zeit trägt zum Verfall des Lebens, der Natur und der Welt bei, ist aber auch die Ursache der Schöpfung, der wissenschaftlichen und künstlerischen Produktivität, des medizinischen Fortschritts. Carson McCullers gibt

ihrem Roman über die tödliche Krebserkrankung des Apothekers Malone den symbolischen Titel *Uhr ohne Zeiger* (engl. 1961). „Der Tod ist gewiß, die Stunde ungewiß“ („mors certa, hora incerta“) lautet eine alte entsprechende Einsicht aus dem Mittelalter.

Der hippokratische Aphorismus bietet mehrere Möglichkeiten der Übersetzung und damit auch der Interpretation. Ein Heidelberger Medizinstudent hat vor 30 Jahren in einer Klausur des ersten vorklinischen Semesters die beiden Anfangssätze auf die folgende Weise übertragen: „Die Medizin ist die schwierige Kunst (= ars longa), das Leben zu verkürzen (= vita brevis)“ und damit die prüfenden Professoren in eine gewisse Bedrängnis bei der Entscheidung über die Note gebracht. Das – sicher auch provokant gemeinte – Ergebnis wurde aber mit Recht anerkannt, da die Übersetzung nicht nur philologisch überzeugte, sondern auch inhaltlich Sinn machte, der dem Studenten damals wohl nicht bewusst war. Moderne Medizin ist in der Tat heute mehr denn je nicht selten die schwierige Kunst, einen Menschen sterben zu lassen, eine sinnlose Therapie abzubrechen oder gar nicht erst zu beginnen.

#### IV. Der günstige Augenblick ist flüchtig

In der modernen Medizin wie allgemein im Leben des Menschen hat die hippokratische Einsicht über die Flüchtigkeit des günstigen Augenblicks (lat. „occasio fugax“) an Gültigkeit nichts verloren; das griechische Wort „Kairos“ ist in die europäischen Sprachen, so auch ins Deutsche eingegangen und bedeutet ursprünglich Schermesser oder Schneide. Reich sind die überlieferten Zeugnisse aus den Künsten und Wissenschaften, eindrucksvoll die Beispiele in Geschichte und Politik der Vergangenheit und Gegenwart, nachvollziehbar von jedem Menschen in seinem persönlichen Leben.

Wort und Tat bringt Sophokles in Elektra in ein beachtenswertes Spannungsverhältnis, wenn er Orest zu Elektra sagen läßt: „Im Reden geht die Gunst (kairos) der Stunde (chronos) dir vorbei.“<sup>13</sup> Mephisto konstatiert in Goethes *Faust*: „Doch der den Augenblick ergreift, das ist der rechte Mann.“<sup>14</sup>

Eine spätantike bildliche Darstellung dieses Satzes findet sich auf einem Halbrelied in der Basilika auf der Insel Torcello vor Venedig. Zu sehen ist auf der linken Seite ein Mann, auf den sich ein anderer Mann gleitend zubewegt, der ihm die Möglichkeit eröffnet, im wörtlichen Sinn die „Gelegenheit beim Schopf“ zu ergreifen. In der Mitte steht ein dritter Mann, der diese Gelegenheit verpasst hat, am rechten Rand des Reliefs trauert eine Frau in der Gestalt der Fortuna, dass die Menschen immer wieder günstige Gelegenheiten nicht nutzen, sondern verstreichen lassen. An diesen Chancen und Risiken hat sich bis heute nichts geändert.

Für Ärztinnen und Ärzte geht es, verbunden stets mit ethischen und juristischen Dimensionen, im medizinischen Alltag immer wieder um günstige Gelegenheiten, die flüchtig sind, die gelingen oder misslingen. Mehrfach wird im Corpus Hippocraticum auf die Bedeutung des flüchtigen Augenblicks hingewiesen – im Blick auf Diagnose und Prognose, bei der Beachtung der Jahreszeiten, bei akuten und chronischen Krankheiten, bei Infektionskrankheiten und allgemein bei Fieberkrankheiten. In der Neuzeit hat Paracelsus nicht nur die meteorologischen und klimatischen Abhängigkeiten von Gesundheit und Krankheit, sondern vor allem auch den Zeitcharakter der Krankheit hervorgehoben. Krankheiten haben eine Verlaufsgestalt, der ontologische Krankheitsbegriff wird bei Paracelsus temporalisiert; Krankheiten entwickeln sich wie unabhängige Wesenheiten. Rudolf Virchow versteht unter Krankheit die „Insuffizienz der regulatorischen Apparate“<sup>15</sup> mit dem Charakter der Gefährdung des Lebens in den Dimensionen der Heterotopie (Ort), Heterometrie (Maß) und nicht zuletzt der Heterochronie (Zeit).

Kairos und Chronos oder der günstige Augenblick und die Zeit sind auch in der modernen Medizin aufeinander bezogen: die richtige Diagnose im richtigen Augenblick stellen, einen operativen Eingriff zum richtigen Zeitpunkt machen, eine Therapie beginnen oder abbrechen, medikamentöse Dosierung nach der Tageszeit richten, bei der Herztherapie den

zeitlichen Zusammenhang von Kontraktion der Vorhöfe und Kammern berücksichtigen, um nur einige konkrete Beispiele anzuführen.

Entscheidend ist die Feststellung des Todeszeitpunktes, wesentlich auch für die postmortale Organspende. Ebenso spielt die Zeit bei der Empathie und Kommunikation, bei der aufgeklärten Zustimmung zur diagnostischen Untersuchung und ärztlichen Behandlung, bei den verschiedenen Formen der Sterbehilfe und vor allem der Sterbegleitung als Hilfe im Sterben oder als „innere Euthanasie“ („*euthanasia interior*“)<sup>16</sup> im Sinne von Francis Bacon (1623) eine wichtige Rolle.

## V. Die Erfahrung ist trügerisch

Evidenzbasierte oder auf Erfahrung beruhende Medizin (EbM) ist mit Recht ein zentrales Stichwort unserer Zeit, das zugleich in mehrfacher Hinsicht Fragen aufwirft, die bereits im hippokratischen Aphorismus thematisiert werden (lat. „*experientia fallax*“). Neben Erfahrung ließe sich auch Versuch sagen. Good clinical practice (GCP) ist die entsprechende Forderung der Gegenwart, gültig für die Therapie wie medizinische Forschung.

Mit der Rezeption naturwissenschaftlicher Methoden soll die Medizin eine umfassende Metamorphose erlebt, soll sie eine wirklich wissenschaftliche Gestalt erlangt haben. Immer wieder wird aber auch vor einer einseitigen Anwendung physikochemischer Methoden und Erkenntnisse gewarnt. Medizin gilt als eine naturwissenschaftliche Disziplin und soll zugleich eigenen Prinzipien folgen, soll in der naturwissenschaftlichen Perspektive nicht gänzlich aufgehen, soll auf Geisteswissenschaften, auf Soziologie, auf Psychologie, Ethik, Recht und Kunst angewiesen sein.

In zahlreichen Schriften wird seit dem 18. Jahrhundert bis in die Gegenwart von Medizinern die „Gewissheit der Medizin“ erörtert und ihr Verhältnis zu den Naturwissenschaften zu bestimmen gesucht. Sichere Erfahrung in der Medizin soll auf praktischen wie theoretischen Fähigkeiten beruhen: Umgang mit Instrumenten und Apparaten, physi-

sche Kräfte, Beobachtungsgabe, theoretische Neugier, Phantasie, klares Denken, Literaturkenntnis, Empathie, Kommunikation, Verantwortung. Erfahrung und Vernunft sollen gleichermaßen beachtet werden, nur über die Verbindung von Beobachtung und Verstand, „*observatio*“ und „*ratio*“, sollen sich gesicherte Erkenntnisse gewinnen lassen.

Induktion und Deduktion gelten auch in der Medizin als notwendige Formen wissenschaftlicher Erkenntnis. Ohne Hypothesen und ihre empirische Überprüfung mit den Methoden der Beobachtung und des Experiments ist eine Erweiterung des Wissens mit entsprechenden diagnostisch-therapeutischen Fortschritten nicht möglich. Die Bewährung an der Empirie ist eine zentrale Bedingung der modernen Medizin, über die sich Psychosomatik und Anthropologische Medizin ebensowenig hinwegsetzen können wie Akupunktur, Homöopathie oder Anthroposophische Medizin. Wirksamkeitsnachweise können unterschiedlich ausfallen; auch subjektive Aussagen lassen sich objektivieren, auch die Beziehung zwischen Arzt und Patient kann wissenschaftlich beschrieben, analysiert und beurteilt werden. Der medizinische Wissenschaftsbegriff darf sich nicht nur an Mechanik und Physik orientieren; Biologie und noch mehr die Geisteswissenschaften, die für die Medizin zentral sind, verlangen nach einer ihnen gemäßen Wissenschaftstheorie.

Unsicherheit und Grenzen müssen in der Medizin anerkannt werden. Keine Erscheinung der Natur soll so vielseitig wie der Mensch und vor allem in seiner Krankheit sein. Die empirisch-statistischen Forschungsergebnisse der Medizin müssen auf den einzelnen Kranken angewandt, müssen interpretiert werden. Die sogenannte „individualisierte Medizin“ oder „personalisierte Medizin“ versucht in der Gegenwart dieser Situation gerecht zu werden, wobei allerdings nicht übersehen werden sollte, dass es sich hierbei um individualisierte oder personalisierte Biologie handelt und keineswegs um den Kranken in seiner psychischen, sozialen und geistigen Lage.



Die programmatische „Einführung des Subjekts in die Medizin“ bezieht der Neurologe und anthropologische Mediziner Viktor von Weizsäcker in expliziter Kritik an der naturwissenschaftlichen Grundlegung der Medizin während des 19. Jahrhunderts auf den Kranken, den Arzt und die Medizin. Zwei Entsprechungen sind für die Medizin konstitutiv; die sachliche Entsprechung: Krankheit und Medizin, sowie die personale Entsprechung: Kranker und Arzt. In der Arzt-Patienten-Beziehung begegnen sich ein Mensch in Not und ein Mensch als Helfer. Neben dem objektiven Erklären und dem subjektiven Verstehen gibt es das „transjektive Verstehen“ als ein Verstehen, wie der Kranke sich selbst versteht.<sup>17</sup> Die Verbindung der Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften in der Medizin schlägt sich nach dem Psychiater und Philosoph Karl Jaspers in dem grundlegenden Methodendualismus von naturwissenschaftlichem Erklären und geisteswissenschaftlichem Verstehen nieder. Erklären heißt Seelisches auf Körperliches zurückführen, Verstehen dagegen Seelisches auf Seelisches. Das Verstehen untergliedert Jaspers noch einmal in verschiedene Unterformen: statisches Verstehen (psychopathischer Zustand), genetisches Verstehen (psychische Entwicklung), rationales Verstehen (logische und theoretische Zusammenhänge), geistiges Verstehen (Bedeutung, Bilder, Ideen), existentielles Verstehen (Freiheit, Umgang mit Grenzsituationen), metaphysisches Verstehen (psychische Krankheit als Weise des In-der-Welt-Seins).<sup>18</sup>

Medizin muss die Objektivität der Krankheit wie die Subjektivität des Kranken stets gleichermaßen beachten und zu einem Ausgleich bringen. Beobachtung und Beschreibung richten sich auf Krankheiten und Kranke, sind Krankheitsgeschichte (Objektivität) und Krankengeschichte (Subjektivität). Der Gegensatz von Krankheitsgeschichte und Krankengeschichte durchzieht die Medizin seit der Antike und ist bis heute gültig geblieben – mit der Beachtung der seelisch-geistigen Seite neben der physischen Seite des Krankseins. Auseinanderzuhalten sind jeweils zwei Formen der

Objektivität und der Subjektivität: die allgemeine Objektivität (Natur) und individuelle Objektivität (Körper) sowie die individuelle Subjektivität (Seele) und allgemeine Subjektivität (Kultur). Evidenz besitzt im Prinzip zwei Bedeutungen: empirischer Nachweis, unmittelbare Einsicht. Auch subjektive Empfindungen des Kranken sind Objektivitäten.

Gefahren im Spektrum zwischen Nachlässigkeit und Betrug ergeben sich auf den Ebenen der Erhebung, Auswertung und Veröffentlichung medizinischer Forschungsergebnisse. Aktuelle Bedeutung besitzt auch heute noch die Beobachtung des Physikers Georg Christoph Lichtenberg: „Es gibt kein größeres Hindernis des Fortgangs in den Wissenschaften, als das Verlangen, den Erfolg davon zu früh verspüren zu wollen.“<sup>19</sup> Zahlreiche Betrugsbeispiele und auch aus jüngster Zeit – keineswegs nur aus der Medizin – ließen sich anführen. Absolute Sicherheit ist nicht zu erreichen. Der Herausgeber Arnold S. Relman des renommierten *New England Journal of Medicine* weist mit Recht in einem Editorial aus dem Jahre 1983 auf die paradoxe Situation hin, dass keine menschliche Tätigkeit so sehr wie die des Wissenschaftlers auf Kritik und Skepsis angewiesen sei und doch zugleich fundamental vom Vertrauen abhänge. „But the fact is that without trust research enterprise could not function.“<sup>20</sup>

## VI. Die Entscheidung ist schwer

Der letzte Satz des hippokratischen Aphorismus zieht die Summe, formuliert ein Fazit, das zentral für die Medizin ist: diagnostische Untersuchungen, therapeutische Handlungen müssen begonnen oder unterlassen werden, Urteile müssen gefällt, Entscheidungen getroffen werden, auch wenn die empirische Basis noch oder vielleicht sogar grundsätzlich problematisch ist (lat. „*judicium difficile*“). Diagnostik, Therapie und Forschung sind stets mit Chancen wie Risiken verbunden.

Anders als in den Künsten und Geisteswissenschaften kann in der Medizin nicht gewartet werden, der Kranke verlangt ein Handeln; diese Notwendigkeit gilt ebenso für Jurisprudenz und

Theologie, die beiden anderen sogenannten oberen Fakultäten im Universitätsaufbau. Der Richter muss zu einem Urteil kommen, der Pfarrer in der Predigt das Wort finden oder bei der Abnahme der Beichte ein Urteil fällen.

In medizinischen Notfällen kann bekanntlich die aufgeklärte Zustimmung oft nicht oder nur begrenzt eingeholt werden. Die gegebene Situation und die therapeutischen Möglichkeiten können dem Patienten nicht erläutert werden. Dennoch muss über Sinn und Sinnlosigkeit der Therapie (Triage) entschieden werden. Behandlungs- und Transportdringlichkeit müssen ebenso beurteilt werden wie die Überlebenschancen. Nicht selten können notwendige und angebrachte diagnostische Untersuchungen nicht durchgeführt werden, fehlen vor Ort auch therapeutische Möglichkeiten, die in der Klinik gegeben sind. Den Selbstmörder wird man im Allgemeinen zu retten versuchen, wenn Patientenverfügungen nicht gefunden werden oder keine Zeit zu entsprechender Suche gegeben ist („in dubio pro vita“).

Eine aktuelle Herausforderung für Entscheidungen in der Medizin ist auch die gerechte Verteilung der Mittel (Allokationsethik). Medizin, Ethik und Ökonomie stoßen hierbei aufeinander. Auf der Makroallokationsebene muss das Bruttosozialprodukt auf die Bereiche: Gesundheit, Bildung, Straßenbau, Militär etc. verteilt werden. Dann müssen Entscheidungen im Gesundheitsbereich über innermedizinische Schwerpunkte gefällt werden, wohin sollen die Mittel fließen: in die Prävention, Kuration oder Rehabilitation? Schließlich muss über bestimmte diagnostische und therapeutische Verfahren nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin entschieden und schließlich der einzelne Patient der spezifischen Behandlung zugeordnet werden.

Stets haben bei diesen Entscheidungen in der Therapie und Forschung, Ethik und Recht großen Einfluss. Auch bei Entscheidungen, die nicht unvorhergesehen auftauchen und nicht unter Zeitdruck gefällt werden müssen, ist die theoretische Kenntnis ethischer Positionen und ethischer

Argumentationen eine Hilfe für den Arzt. Zu unterscheiden sind die Dimensionen: neutrales Verhalten – etablierte Sitte (Etikette) – sittliche Praxis (Ethos) – Pflichtenlehre (Deontologie) – ethische Begründung (Ethik) – Ausbreitung der Ethik.

Die Begründung sittlichen oder moralischen Verhaltens wie sittlicher oder moralischer Forderungen kann abweichend ausfallen, kann sich an verschiedenen Normen und Werten orientieren. Weltweit gelten zur Zeit in der Bioethik als zentral: Nutzen (beneficence), Schadensvermeidung (non-maleficence), Autonomie (autonomy), Gerechtigkeit (justice); aus europäischer Sicht und Tradition legt sich eine Erweiterung dieses Prinzipienquartetts um Würde (dignity) und Tugend (virtue) nahe.

Vollständige Voraussagen der Folgen des therapeutischen Handelns sind nicht möglich; deontologische und teleologische Perspektiven sollten einander in der Medizin ebenso ergänzen wie Prinzipienethik und Tugendethik. Gesinnungsethik und Verantwortungsethik müssen keine Alternative darstellen. Sittlichkeit erweist oder bewährt sich in der Medizin wie allgemein im menschlichen Leben im Übrigen oft mehr als Reaktion auf gegebene Situationen und weniger in der geplanten Hervorbringung oder Vermeidung dieser Situationen.

Letztlich müssen Ärztinnen und Ärzte ihre Entscheidungen und ihr Handeln vor ihrem eigenen Gewissen verantworten. Entscheidungen können auch falsch sein, Diagnostik und Therapie können misslingen. Irrtum und Schuld sind in der Medizin nicht vollständig zu vermeiden. Wer entscheidet und handelt, wird auch versagen, wird Fehler machen. Auch das ist mit der Wendung von der schwierigen Entscheidung gemeint.

## VII. Perspektiven

Der hippokratische Aphorismus soll, wie in ihm ausdrücklich festgestellt wird, nicht nur für Ärzte – heute auch Ärztinnen – gelten, sondern auch für den Kranken, seine Angehörigen und die Umwelt. Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit ist nicht nur eine Aufgabe der Medizin. Alle

Menschen sind für ihre Gesundheit, ihre Krankheit, ihre Weise des Sterbens im Rahmen ihrer Möglichkeiten verantwortlich. Nur zu oft sind Autonomie und Verantwortung im Alter und in der Krankheit eingeschränkt und nicht mehr gegeben; dann müssen Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige und Freunde zu einem humanen Umgang bereit sein.

Der Kranke und seine Angehörigen vertrauen auf Erfahrung und Können der Mediziner und müssen zugleich Grenzen jeder Diagnostik und jeder Therapie anerkennen. Begleitung und Behandlung können unzulänglich oder zu spät erfolgen. Auf weitere Fortschritte der Medizin wird gehofft, gelegentlich sogar von einem Recht auf Gesundheit gesprochen. Schicksal spielt für viele Menschen heute kaum noch eine Rolle. Übertriebene Hoffnungen können an die Stelle von Erfahrung treten. Autonomie als Selbstentscheidung wird gegenwärtig nicht selten überschätzt; Autonomie heißt vernünftige Selbstentscheidung (griech. *Autos* = selbst, *nomos* = Gesetz, Vernunft). Empfindungen, Gedanken und Wünsche bei chronischer Erkrankung, nach einem Schlaganfall oder bei Demenz können im gesunden Zustand aber nur sehr begrenzt antizipiert werden.

Aller Fortschritt der Medizin wird Krankheit und Tod nicht überwinden können; Unsterblichkeit wird es für den Menschen nicht geben („das Leben ist kurz“). Musik, Malerei und Literatur können mit ihren Darstellungen und Deutungen in der Bewältigung von Krankheit und Behinderung, Sterben und Tod Trost und Hilfe bieten, können stimulierende Beispiele und übergreifende Bedeutung bieten („die Kunst ist lang“). Nach Josef Conrad weckt Kunst „das in jedem vorhandene Gefühl für die Zusammengehörigkeit aller Geschöpfe dieser Welt, die zarte, doch unbesiegbare Gewissheit einer Gemeinsamkeit, die zahllose einsame Herzen verbindet – in ihren Träumen, in Freud und Leid, in ihren Sehnsüchten, Hoffnungen, und Ängsten, die Mensch mit Mensch, die die ganze Menschheit vereinigt: die Toten mit den Lebenden und die Lebenden mit den noch Ungeborenen.“<sup>21</sup> Im Gedicht *Stu-*

*fen* verleiht Hermann Hesse allen Abschieden und selbst noch dem Ende des Lebens einen bejahenden Sinn: „Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde uns neuen Räumen jung entgegen senden, des Lebens Ruf an uns wird niemals enden ... Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde.“<sup>22</sup>

Beglückend sind die Situationen, auf die, bevor sie vergangen sind, angemessen reagiert werden konnte („die günstige Gelegenheit ist flüchtig“): wenn der notwendige Verzicht auf eine berufliche Position selbst ergriffen und nicht erzwungen wird, wenn das Wort der Liebe gegenüber der geliebten Person nicht stumm bleibt, wenn der Mutter oder dem Vater vor ihrem Tod noch einmal für ihre Zuwendung gedankt wird, wenn Diktatoren selbst zurücktreten und nicht mit Gewalt zum Sturz gezwungen werden.

Persönliche Erfahrungen können zu Unrecht verallgemeinert und verabsolutiert werden („die Erfahrung ist trügerisch“). Im Wechsel der Generationen wird es zu einem Wechsel der Ideale, Stile und Regeln kommen. In den großen und kleinen Dingen des Lebens werden immer wieder Urteile gefällt, Pläne gemacht und Schritte unternommen werden müssen, die nicht leicht fallen („die Entscheidung ist schwierig“). Irrtümer und Fehler lassen sich nicht vermeiden, Korrekturen sind partiell, aber nicht unbegrenzt und beliebig möglich. Die Logik von Zeit und Raum muss akzeptiert werden. Schicksal und Schuld gehören zum menschlichen Leben.

Medizinische Wirklichkeit („*ars longa*“) und individuelle Existenz („*vita brevis*“) können sich auf der Basis des hippokratischen Aphorismus im Verständnis einer Lebenskunst („*ars vivendi*“) verbinden, die stets Krankheitskunst („*ars aegrotandi*“), Beistandskunst („*ars assistendi*“) und zuletzt auch Sterbekunst („*ars moriendi*“) umgreift.<sup>23</sup>

## Referenzen

- 1 Clasen G., *Die Geschichte des medizinischen Aphorismus. Seine Bedeutung für das Erlernen und Ausüben des ärztlichen Berufes*, med. Diss., Hannover (1982); Fricke H., *Aphorismus*, Metzler, Stuttgart (1984); Grenzmann W.,

- Probleme des Aphorismus*, JfÄ (1951): 177-208; Hartmann F., *Das Problem des rechten Augenblicks im Handeln des Arztes*, Jahresber. Ges. Freunde MHH (1968); 4: 21-43; Schalk F., *Aphorismus*, in: Ritter J. et al. (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd.1, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Basel (1971), Sp. 437-439; Spicker F., *Zwischen Medizin und Literatur. Der hippokratische Aphorismus und seine Tradition*, Sprachkunst (2009); 40: 101-126
- 2 Kapferer R., Sticker G. (Hrsg.), *Die Werke des Hippokrates*, Tl. 14, Hippokrates Verlag, Stuttgart (1934)
  - 3 Seneca, *Über die Kürze des Lebens* (um 49 n. Chr.), Philosophische Schriften, Bd.2, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt (1983), S. 177
  - 4 Goethe J. W. von, *Wilhelm Meisters Lehrjahre*, Werke, Bd.7, Christian Wegner Verlag, Hamburg (1968), S.496
  - 5 Brugsch. T., *Ganzheitsproblematik in der Medizin*, Urban & Schwarzenberg, Wien (1936), S. 271
  - 6 Aristoteles, *Poetik* (um 335 v. Chr.), Werke, Bd.5, Akademie Verlag, Berlin (2008), S. 9
  - 7 Kafka F., *Brief an Oskar Pollak*, 27.1.1904, in: Kafka F., *Franz Kafka: Briefe 1902-1924*, Fischer, Frankfurt a. M. (1958), S. 28
  - 8 Epikur, *Von der Überwindung der Furcht* (um 310 v. Chr.), Artemis Verlag, Zürich (1949), S.3
  - 9 Offb 21, 3-4
  - 10 World-Health-Organization, *Basic documents*, World-Health-Organization, Genf (1976, 2009), S. 1
  - 11 Antonovsky A., *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, a.d. Engl. (1987), Dgvt-Verlag Tübingen (1997); Carus C. G., *Einige Worte über das Verhältnis der Kunst, krank zu sein, zur Kunst, gesund zu sein*, August Weichardt, Leipzig (1843)
  - 12 Schipperges H., *Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte* (= Schriften der Mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Nr. 5), Springer, Berlin (1999), S. 73
  - 13 Sophokles, *Elektra* (413 v. Chr.), Tragödien und Fragmente, Heimeran, München (1966), S. 527
  - 14 Goethe J. W. von, *Faust* (1808), Werke, Bd.3, Christian Wegner Verlag, Hamburg (1967), S. 65
  - 15 Virchow R., *Über die heutige Stellung der Pathologie*, Tageblatt der 43. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Wagner, Innsbruck (1869), S. 193
  - 16 Bacon F., *De dignitate et augmentis scientiarum* (1623), Frommann-Holzboog, Stuttgart - Bad Cannstatt (1963), S. 594f.
  - 17 Weizsäcker V. von, *Der Arzt und der Kranke* (1926), Gesammelte Schriften, Bd.5, Suhrkamp, Frankfurt a. M. (1987), S. 20
  - 18 Jaspers K., *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin (1913, 1973), S. 250-288
  - 19 Lichtenberg G. Ch., *Sudelbücher II*, (1793-1796), Schriften und Briefe, Bd.2, Hanser, München (1971), S. 431
  - 20 Relman A. S., *Lessons from the Darsee affair*, N. Engl. J. Med. (1983); 308: 1415
  - 21 Conrad J., *Der Nigger von der ‚Narcissus‘*, a. d. Engl. (1897), Fischer, Frankfurt a. M. (1991), S. 8
  - 22 Hesse H., *Stufen* (1941), in Hesse H., *Gedichte*, Suhrkamp, Frankfurt a. M. (1977), S. 676
  - 23 Engelhardt D. von, *Lebenskunst (ars vivendi): Kunst des Krankseins (ars aegrotandi) und Kunst des Sterbens (ars moriendi)*, in: ZME (2006); 52: 239-248

Axel W. Bauer

# Der ärztliche Heilauftrag im Wandel: Vom Paternalismus zur partnerschaftlichen Sorgepflicht

The Doctor's Duty to heal in the Change from Paternalism to partnership-based Duty of Caring

## Zusammenfassung

Die Rolle des Arztes war stets zeitgebundenen Normen sowie den sozialen Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung unterworfen. Die im Corpus Hippocraticum beschriebenen Ärzte besaßen fachliche Expertise, mussten sich jedoch Vertrauen und Wohlwollen ihrer Patienten erwerben und erhalten. Dies führte zwar zu einer paternalistischen, nicht aber zu einer autoritären Verhaltensweise. Noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts mussten die Abhängigkeit von zahlungskräftigen Patienten und die Rücksichtnahme auf ärztliche Kollegialität berücksichtigt werden. Die naturwissenschaftliche Orientierung nach 1850 sowie autoritäre politische Strömungen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wirkten ebenfalls auf das Rollenverständnis des Arztes ein. Am Beginn des 21. Jahrhunderts droht die Gefahr einer Verrechtlichung der Arzt-Patient-Beziehung und deren Reduktion auf Schlagworte wie „Autonomie“ oder „Selbstbestimmung“.

**Schlüsselwörter:** Hippokratischer Eid, Paternalismus, Partnerschaft, Autonomie, Selbstbestimmung

## Abstract

The role of the correctly acting physician has always been a subject of varying normative standards and of the contemporary medical practice's social basic conditions. Although the physicians described in the Hippocratic Corpus were technical experts they had to achieve the confidence and sympathy of their patients. This strategic necessity led them to a paternalistic but not to an authoritarian behavior. Even at the beginning of the 19th century external basic conditions such as the dependence on wealthy patients or considerations of professional collegiality had to be taken into account. Scientific medicine since 1850 or right-wing authoritarian political ideologies in the first half of the 20th century likewise affected the physician's role. At the beginning of the 21st century we are confronted with the danger of juridificating the physician-patient relationship and reducing it to seductive terms like „autonomy“ or „self-determination“.

**Keywords:** Hippocratic Oath, Paternalism, Partnership, Autonomy, Self-Determination

Prof. Dr. med. habil. Axel W. Bauer  
Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin  
Universität Heidelberg  
Eichenwaldstraße 11, D-76332 Bad Herrenalb  
axbau@hotmail.com

## 1. Die Arztrolle als ein Ergebnis historischer Normierungsprozesse

Die Frage nach den erforderlichen Eigenschaften eines korrekt handelnden Arztes ist von zeitloser Aktualität. Wer ist ein guter Arzt, eine gute Ärztin? Welche Eigenschaften zeichnen ihn beziehungsweise sie aus? Welche Wandlungen haben sich durch den prägenden Einfluss der (Bio-)wissenschaften in der Medizin des 20. und 21. Jahrhunderts sowie durch das veränderte (Selbst-)verständnis der Patienten als zunehmend gleichberechtigte Partner („Shared Decision Making“) ergeben? Welche Rolle spielen hierbei die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen?<sup>1</sup>

Der Heilauftrag des Arztes und seine adäquate Erfüllung kann medizinhistorisch als ein durch die Jahrhunderte im Spiegelbild jeweils zeitbedingter Normen diskutiertes Thema dargestellt werden. Dabei erscheint der vorbildliche Arzt in vielen historischen Quellentexten weniger als ein realistisches Abbild der jeweiligen Gegenwart, sondern eher als eine dispositive, idealtypische Projektionsfigur, die ihren Reiz erst aus dem Kontrast mit der weit weniger eindrucksvollen zeitgenössischen Wirklichkeit gewinnt.

## 2. Der Arzt und sein Selbstverständnis im *Corpus Hippocraticum*

Eine frühe Beschreibung des Arztes und seiner Rolle findet sich im so genannten *Hippokratischen Eid*, der gegen Ende des 5. Jahrhunderts vor Christus möglicherweise im Umfeld des Hippokrates von Kos (460-377 v. Chr.) und seiner Schule entstanden sein dürfte:

„Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und bei Asklepios, Hygieia und Panakeia sowie unter Anrufung aller Götter und Göttinnen als Zeugen, dass ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil diesen Eid und diesen Vertrag erfüllen werde: Denjenigen, der mich diese Kunst gelehrt hat, werde ich meinen Eltern gleich stellen und das Leben mit ihm teilen; falls es nötig ist, werde ich ihn mit versorgen. Seine männlichen Nachkommen werde ich wie meine

Brüder achten und sie ohne Honorar und ohne Vertrag diese Kunst lehren, wenn sie sie erlernen wollen. Mit Unterricht, Vorlesungen und allen übrigen Aspekten der Ausbildung werde ich meine eigenen Söhne, die Söhne meines Lehrers und diejenigen Schüler versorgen, die nach ärztlichem Brauch den Vertrag unterschrieben und den Eid abgelegt haben, aber sonst niemanden.

Die diätetischen Maßnahmen werde ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil zum Nutzen der Kranken einsetzen, Schädigung und Unrecht aber ausschließen. Ich werde niemandem, nicht einmal auf ausdrückliches Verlangen, ein tödliches Medikament geben, und ich werde auch keinen entsprechenden Rat erteilen; ebenso werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel aushändigen. Lauter und gewissenhaft werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren. Auf keinen Fall werde ich Blasensteinkranke operieren, sondern ich werde hier den Handwerkschirurgen Platz machen, die darin erfahren sind. In wie viele Häuser ich auch kommen werde, zum Nutzen der Kranken will ich eintreten und mich von jedem vorsätzlichen Unrecht und jeder anderen Sittenlosigkeit fern halten, auch von sexuellen Handlungen mit Frauen und Männern, sowohl Freien als auch Sklaven. Über alles, was ich während oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre und das man nicht nach draußen tragen darf, werde ich schweigen und es geheim halten.

Wenn ich diesen meinen Eid erfülle und ihn nicht antaste, so möge ich mein Leben und meine Kunst genießen, gerühmt bei allen Menschen für alle Zeiten; wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, dann soll das Gegenteil davon geschehen“.<sup>2</sup>

Dieser Eid war ein zeitgebundenes medizinhistorisches Dokument, das normierende, rational und pragmatisch motivierte Leitlinien für die Mediziner Ausbildung, das Arzt-Patient-Verhältnis, den ärztlichen Beruf und dessen Handlungsstrategie anbot. Solche Leitlinien benötigte der Arzt, um medizinisch erfolgreich wirken und ökonomisch überleben zu können. Die Tatsache, dass die tech-

nischen Möglichkeiten der Medizin sehr begrenzt waren, hatte wesentliche Konsequenzen für das ärztliche Denken und Handeln: Die Hippokratiker betrieben keine *diagnostische* Medizin, sondern eine *prognostisch* orientierte Heilkunde, die vor allem auf der korrekten Deutung körperlicher Zeichen basierte.<sup>3</sup> Eigene Beobachtung und langjährige Erfahrung waren hierzu notwendig. Wer Arzt werden wollte, ging zunächst bei einem anerkannten Meister in die Lehre. Daher enthielt der Hippokratische Eid nach der Anrufung der (Heil-)Götter zunächst einen Vertrag, der die Rechtsbeziehung zwischen Lehrer und Schüler regelte. Sowohl das Honorar und die Altersversorgung des Lehrers als auch eine Art *Numerus clausus* für den Arztberuf wurden in diesem Vertrag vorgesehen. Daraus lässt sich ableiten, dass der Eid – wenn überhaupt – vor Beginn der Ausbildung abgelegt wurde und nicht erst nach deren Abschluss.

Die Vorschriften, die sich auf das Arzt-Patient-Verhältnis und die optimale Berufsstrategie bezogen, wurden im zweiten Teil des Textes behandelt. Für den Hippokratischen Arzt kam es nicht nur aus moralischen Gründen darauf an, jeglichen Schaden von seinen Patienten abzuwenden; es ging dabei auch um seine eigene berufliche Existenz. Angesichts der beschränkten therapeutischen Möglichkeiten konnte es in vielen Fällen sehr viel klüger sein, nichts zu tun und damit zusätzlichen Schaden zu vermeiden, als durch eine falsche Behandlung die Krankheit womöglich zu verschlimmern. Für das Ansehen des Arztes, der sich als Fachmann zur Erhaltung des gefährdeten Lebens verstand, wäre die Beihilfe zur Selbsttötung oder gar zur Tötung eines Menschen äußerst abträglich gewesen. Sie wurde deshalb im Eid ebenso abgelehnt wie die aktive Ausführung einer Abtreibung. Die Ablehnung der gefährlichen Blasensteinoperation mit dem Verweis auf die hierfür zuständigen Spezialisten war in ähnlicher Weise ein Teil der Hippokratischen Strategie der Risikominimierung.

Kaum etwas ist in seiner Entstehungszeit ganz selbstverständlich, das erst in einem Eid versprochen werden muss. Diese Erkenntnis lässt sich auch

auf die restriktiven Vorschriften über den Hausbesuch und dessen vom Hippokratischen Arzt geforderte Rahmenbedingungen anwenden; dazu zählte ebenso die Einhaltung der Schweigepflicht zum Schutz der Patienten und ihrer Familie. Nicht zuletzt das Ansehen des Arztes konnte unter einer im Dienst begangenen sexuellen Verfehlung oder unter seiner mangelnden Verschwiegenheit leiden.

Der letzte Passus des Eides benannte schließlich die Sanktionen, die dem Arzt drohten, wenn er die zuvor gegebenen Versprechungen nicht einhielt. Dabei wurden die beiden Triebkräfte besonders herausgestellt, die ihn wohl am ehesten zu motivieren vermochten, nämlich der materielle Erfolg im Leben und im Beruf sowie der dauerhafte Nachruhm bei allen Menschen für alle Zeiten. Wenn der Arzt seinen Eid brach, dann würde er freilich erfolglos bleiben und der Vergessenheit anheim fallen.

Das rationale Kalkül des Hippokratischen Eides beruhte auf der Tatsache, dass in seinen Vorschriften ärztlicher Eigennutz und ärztliches Ethos kompatibel zusammen trafen. Die Funktionalität der Hippokratischen Leitlinien resultierte gerade *nicht* aus einer idealistischen Überhöhung des Arztes, sondern aus der nüchternen, realistischen Einschätzung und Abwägung der tatsächlichen Interessenlage von Arzt und Patient. Bei allem Paternalismus, der sich aus der fachlichen Expertise des Arztes ergab, musste dieser dennoch dem Patienten als vorsichtiger und bescheidener (Geschäfts-)partner gegenüber treten, wenn er seinen materiellen Erfolg nicht aufs Spiel setzen wollte.

## 2.1. Der Arzt

Das folgende Anforderungsprofil findet sich in der wohl gegen Ende des 4. oder zu Beginn des 3. Jahrhunderts vor Christus entstandenen Schrift *Der Arzt*, die ebenfalls im Corpus Hippocraticum enthalten ist. Hier heißt es:

„Das Auftreten des Arztes denke ich mir so: dem Aussehen nach wird er gut von Farbe und wohl genährt sein, soweit es seine Natur zulässt. Denn bei der Masse stehen die Ärzte, die nicht in diesem

Sinne in gutem körperlichen Zustand sind, in dem Ansehen, dass sie auch für andere nicht gut sorgen können. Ferner soll seine Aufmachung reinlich sein; er trage anständige Kleidung und brauche gute und unaufdringliche Salben. Denn alles dieses empfinden die Kranken angenehm, und darauf muss man achten. Sein Charakter sei besonnen, was sich nicht nur in seiner Verschwiegenheit, sondern auch in seiner durchaus geordneten Lebensführung zeigen soll; denn das ist besonders vorteilhaft für ein gutes Ansehen. Er verhalte sich wie ein Ehrenmann. [...] Seine Miene sei nachdenklich ohne Strenge; denn ein allzu selbstbewusster Mensch erweckt den Eindruck, menschenfeindlich zu sein. Wer aber immer gleich zum Lachen geneigt und allzu vergnügt ist, wird für einen unfeinen Menschen gehalten; davor muss man sich nicht zum wenigsten hüten. In jedem Umgang mit Menschen zeige er sich als ein rechtlicher Mann, denn in vielen Fällen muss ihm Rechtlichkeit zur Seite stehen.“<sup>4</sup>

Der Autor dieses Textes ist nicht namentlich bekannt. Ihm ging es um die gesellschaftliche Anpassung des Arztes. Seine Schrift ordnete sich damit, so formulierte es einmal Hans Diller, in die Reihe mehr oder weniger absichtsvoller Reflexionen angemessenen Verhaltens ein, wie sie in den Einleitungen der Dialoge Platons (427 – 347 v. Chr.), der Ethik des Aristoteles (384 – 322 v. Chr.), den Charakteren Theophrasts (372 – 287 v. Chr.) oder der Neuen Komödie Athens zum Ausdruck kamen. Vom Ideal des guten Atheners aus der zweiten Hälfte des 4. Jahrhunderts war dieses Bild des guten Arztes nicht sehr fern. Es zeichnete sich dadurch aus, dass es an keinen außermenschlichen Maßstäben oder abstrakten Idealen gemessen wurde, sondern lediglich an jenen Forderungen, die man vernünftiger Weise an ein erträgliches Zusammenleben der Menschen stellen konnte. Daraus ergab sich allerdings auch die Notwendigkeit, dass der Arzt die Wirkung berücksichtigte, die er auf seine Patienten ausübte. Deshalb sprach der Hippokratische Autor immer wieder über den Eindruck, den der Arzt auf seine Umwelt machen könnte und machen sollte.<sup>5</sup>

Der Autor war sich durchaus darüber im Klaren, dass sein idealisiertes Arztbild von der Wirklichkeit abwich, was bereits in seinem Eingangssatz zum Ausdruck kam: „Das Auftreten des Arztes denke ich mir so“. Ob seiner normativen Beschreibung eine hinreichende empirische Basis zu Grunde lag, wird aus seinen Worten nicht deutlich.

## 2.2. Das Gesetz

Etwas direkter kommt der Autor der ungefähr zur gleichen Zeit verfassten Schrift *Das Gesetz* zur Sache, wenn er die Medizin gegen die Ärzte zu verteidigen scheint: „Die Heilkunst ist die vornehmste aller Künste; aber wegen der Unwissenheit derer, die sie ausüben, und derer, die leichtfertig über solche Ärzte urteilen, bleibt sie nun weit hinter allen Künsten zurück. [...] Über die Heilkunst als einzige unter den Künsten ist in den Staaten keine andere Strafe verhängt als der schlechte Ruf; dieser aber verletzt die Leute nicht, die ohnedies aus Ehrlosigkeit bestehen. Denn sie sind ähnlich den Statisten in den Tragödien; wie diese zwar Gestalt, Kostüm und Maske von Schauspielern haben, aber keine Schauspieler sind, so gibt es auch dem Namen nach zwar viele Ärzte, in Wirklichkeit aber nur ganz wenige.“<sup>6</sup>

Der Verfasser beschrieb im Folgenden die notwendigen Voraussetzungen für einen guten Arzt: Naturanlage, Unterweisung, eine förderliche Umgebung, gute Erziehung, Fleiß und Zeit. Wie das Wachsen einer Pflanze in der Erde, so müsse man auch das Erlernen der Heilkunst betrachten. Die Naturanlage sei wie das Land, die Lehrsätze der Lehrer seien wie die Samenkörner. Die Erziehung gleiche der rechtzeitigen Aussaat in den Acker, die Umgebung, in der man lernt, sei wie die Nahrung, die den Pflanzen aus der umgebenden Luft zuteil wird. Der Fleiß entspreche der Bearbeitung des Landes, und die Zeit gebe allem die Kraft, dass es zur Vollendung heran wächst.<sup>7</sup>

Diese Gedanken über das Zusammenwirken von Begabung, Lehre und Übung wurden zuerst in pädagogischen Schriften der Sophisten erörtert. Dass auch Umgebung und Zeit als entscheidende



Faktoren hinzu traten, war indessen eine Innovation des Hippokratischen Autors. Gleichwohl blieb der Text im Ganzen so unspezifisch, dass er letztlich nicht nur die Ausbildung zum Arzt betreffen, sondern auch jedes andere Fachgebiet (Téchne) mit einschließen konnte. Typisch für die Medizin war lediglich die Bemerkung, dass ein schlechter Arzt nur – aber immerhin – unter seinem schlechten Ruf zu leiden habe. Im Fall eines gravierenden Fehlers drohte dem Arzt der Verlust seines Ansehens und seiner Stellung. Der schlechte Ruf diskreditierte ihn unter Umständen so sehr, dass er seinen Beruf überhaupt nicht mehr ausüben konnte. Eine selbstgefällige oder allzu bevormundende Haltung gegenüber seinen Patienten konnte sich der Arzt also keinesfalls ohne Schaden für seine berufliche Existenz erlauben.

### 2.3. Das ehrbare (ärztliche) Verhalten

Im 1. oder 2. Jahrhundert nach Christus entstand die jüngste Schrift, die formal noch dem Corpus Hippocraticum zugerechnet wird; sie trägt den Titel *Das ehrbare (ärztliche) Verhalten*. Es handelt sich dabei um ein standesethisches Traktat, das vor allem durch eine höchst anmaßende Formulierung im 5. Kapitel bekannt geworden ist, nämlich den Satz: „Ein Arzt, der zugleich Philosoph ist, kommt einem Gott gleich“.<sup>8</sup> Das kleine Werk stellt den Arzt in einen polemischen Kontrast zum Scharlatan, der nur eigennützig und betrügerisch handelt. Die wahren Repräsentanten der Kunst erkenne man schon an ihrem Auftreten: Sie seien an der Wohlständigkeit wie an der Schlichtheit ihrer Kleidung zu erkennen, die nicht dazu gemacht sei, Aufsehen zu erregen, sondern vielmehr Ansehen zu verleihen und zum Ausdruck des gedankenvollen Wesens, der inneren Sammlung und des Auftretens.

Im Gegensatz zu dem Autor der Schrift *Das Gesetz* glaubte der Verfasser an den überwiegenden Einfluss der Begabung: „In der Wissenschaft wie in der Kunst ist nämlich die Ausübung nicht lehrbar. Bevor ein Unterricht erteilt wird, neigt die Anlage schon dazu, die Leitung zu übernehmen“.<sup>9</sup> Recht

skeptisch beurteilte er auch die tatsächlichen Fähigkeiten der Ärzte, Kranke gesund machen zu können. Nach Meinung des Autors hätten die Mediziner eher das Glück, dass viele Leiden von selbst wieder heilten. Soweit die ärztliche Kunst einen Vorteil habe, so stamme er aus eben dieser Quelle der Spontanheilung. Leider seien die Ärzte aber davon überzeugt, dass man nur dann von einem Heilerfolg sprechen könne, wenn man chirurgische oder diätetische Mittel angewendet habe.<sup>10</sup>

Da der Autor der Heilkunst selbst relativ wenig zutraute, kam es ihm umso mehr auf den Charakter sowie auf das formal korrekte Auftreten des Arztes an: „Der Arzt muss eine gewisse Umgänglichkeit an sich haben, denn ein mürrisches Wesen ist unzugänglich sowohl für Gesunde wie Kranke. Er muss so gut wie möglich auf sich selbst achten, er darf weder viel von sich selbst zu erkennen geben, noch viel sich mit Laien unterhalten, außer über das Notwendigste. Man hält dies für eine unbedingte Voraussetzung zur Förderung der Kur. Er tue ja nichts Überflüssiges, ebenso nichts Auffälliges“.<sup>11</sup>

Weit entfernt vom heutigen Ideal des partnerschaftlichen Arztes, der seinen Patienten vor allem rückhaltlose Aufklärung schuldet, damit deren Einwilligung in die Behandlung rechtlich wirksam wird, war die Auffassung des spätantiken Verfassers zur Prognose: „Von dem, was eintreten wird und den Kranken droht, lasse man nichts merken. Denn schon viele sind dadurch – ich meine durch vorerwähnte Voraussage der drohenden Zukunft und des folgenden Geschicks – zum Äußersten getrieben worden“.<sup>12</sup> Im Konfliktfall zwischen dem Wohltätigkeitsprinzip und dem Prinzip des Respekts für die Autonomie des Patienten entschied sich der Arzt der Römischen Kaiserzeit gegen das heute für zentral gehaltene Recht des Patienten auf informationelle Selbstbestimmung.

### 3. Der vorbildliche Arzt im 18. und frühen 19. Jahrhundert

Die Vergütung der Ärzte nach Einzelleistungen erregt nicht erst heute die Gemüter, sie wurde

bereits im 18. Jahrhundert zur Zeit der Aufklärung scharf kritisiert. Der Arzt und Schriftsteller Johann August Unzer (1727 – 1799) veröffentlichte 1769 in seinem Periodikum *Der Arzt* fiktive Leserbriefe, die sich dem Thema der Honorierung ärztlicher Leistungen widmeten. Unzer wollte die Ärzte dadurch mit der Denkweise ihrer Mitbürger und Patienten bekannt machen. So habe ein gewisser Poltrian Nährlich geschrieben:

„Sie und alle Welt sollen über die Unverschämtheit meines Arztes richten. Ich hatte ein wenig Blutspeyen, das in zwey Tagen kaum ein Eimerchen Blut betrug, welches ich aushustete. Darüber kam er ein Paarmal in der Nacht zugelaufen, weil es mir zu arg wurde, daß ich ihn rufen ließ. Für einen solchen Weg, der doch nur ein Katzensprung ist, setzt er mir einen Reichsthaler an, und läßt sich doch auch seine andern Besuche wie gewöhnlich bezahlen. Ey, wahrhaftig, dies Brodt ist leicht verdient! [...] Soll ich mich zum armen Manne doctern; so will ich lieber crepiren.“<sup>13</sup> Solche Äußerungen lassen erhebliche Zweifel daran aufkommen, dass die zahllosen Rollen normierenden Traktate der in stilistisch perfektem Neulatein schreibenden frühneuzeitlichen Gelehrten des 16. und 17. Jahrhunderts viel dazu beigetragen hätten, das Ansehen des ärztlichen Standes bei den Patienten – ihren Kunden – zu heben.

Der in Mannheim lebende Protagonist der medizinischen Volksaufklärung am Ende des 18. und am Beginn des 19. Jahrhunderts, Franz Anton Mai (1742 – 1814), bot in seinem ebenfalls in ironischem Tonfall gehaltenen Werk *Stolpertus, ein junger Arzt am Krankenbette*, das im Jahre 1800 in zweiter Auflage erschien, eine psychologische Erklärung für die Undankbarkeit der Patienten und deren Kritik am ärztlichen Honorar an: So wie die Zeit die Empfindungen der Freude, der Liebe und der übrigen Leidenschaften stumpf und gefühllos mache, vernichte sie auch das Gefühl der Dankbarkeit. „Kaum ist die Gefahr bei dem Kranken vorüber, in welchem Zeitpunkte man dem Arzte Ehrensäulen der Danksagung aufrichtet, so macht man sich schon

die Vorwürfe, daß man die Zahl der Visiten mit einer ökonomischen Kreide aufzuzeichnen vergessen hat. [...] Es ist bei vielen Kranken nicht genug, den Doktor schlecht bezahlt zu haben, sie schänden, sie schmähen noch. [...] Die Inwohner der Insel Cos waren aus Dankbarkeit entschlossen, lieber ihr Blut fließen zu lassen, als ihren Gesundheitsretter, den ehrlichen Hippocrat, der Wuth ihres feindlichen Nachbars, des Perser Königs Artaxerxes auszuliefern. Wo sind aber in unsern Zeiten Inwohner, die so denken, so fühlen, wie diese griechischen Insulaner?“, fragte Mai seine Leser rhetorisch.<sup>14</sup> Doch das von ihm als Kontrast zur dunklen Gegenwart beschworene „Goldene Zeitalter“ der Medizin in der griechischen Antike beruhte seinerseits nur auf einer Legendenbildung, denn die Rettung des Hippokrates vor den Persern durch seine Mitbürger ist keineswegs ein historisch verbürgtes Faktum.

Am Ende seines Lebens als praktizierender Arzt und Berliner Hochschullehrer veröffentlichte Christoph Wilhelm Hufeland (1762 – 1836) im Jahre 1836 das *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis*, ein Vermächtnis seiner 50-jährigen Berufserfahrung. An den Schluss dieses Werkes stellte Hufeland einen ärztlichen Verhaltenskodex, in dem er die Beziehungen des Arztes zu den Kranken, zur Öffentlichkeit und zu den Kollegen ansprach. Hufelands Text begann mit traditionalistischem Pathos, er entwarf ein übersteigertes Arzsideal, wie es wohl nur in der Fantasie eines staatlich besoldeten Professors gedeihen konnte: Leben für Andere, nicht für sich, das sei das Wesen des Arztberufs. Nicht allein Ruhe, Vorteile, Bequemlichkeiten und Annehmlichkeiten des Lebens, sondern Gesundheit und Leben selbst, Ehre und Ruhm müsse er dem höchsten Zweck, der Rettung des Lebens und der Gesundheit Anderer, aufopfern. Die Heilkunst sei demnach eine der erhabensten und göttlichsten, indem ihre Verpflichtungen mit den ersten und heiligsten Gesetzen der Religion und Menschenliebe genau zusammenflössen. Nur ein reiner moralischer Mensch könne Arzt im wahren Sinne des Wortes sein, und nur ein

solcher Arzt könne Glück in seinem Beruf finden.<sup>15</sup>

Hufeland kannte die Abhängigkeit des Arztes von der öffentlichen Meinung. Um diese günstig zu beeinflussen, empfahl er dem Arzt die klassischen Tugenden Mäßigkeit, Bescheidenheit, Klugheit, Besonnenheit und Verschwiegenheit. Die letzte Eigenschaft wollte er allerdings auch besonders dann gewahrt wissen, wenn es darum ging, über die Kunstfehler von Kollegen zu richten. Hier war Hufelands Maxime nicht die transparente Analyse und Kontrolle von Unzulänglichkeiten, sondern deren kollegiale Vertuschung. Eine öffentliche Mängelrüge widerstreite den Grundsätzen von Moral und Religion, die es geböten, die Fehler anderer nicht aufzudecken, sondern zu übersehen und zu entschuldigen. Außerdem müsse derjenige, der kritisch über Kollegen urteile, damit rechnen, später einmal ebenso behandelt zu werden.<sup>16</sup>

#### **4. Der Arzt als Naturwissenschaftler und Sozialreformer bei Rudolf Virchow**

Ein Jahrzehnt nach Hufelands Tod breitete sich die naturwissenschaftliche Methode endgültig in der Medizin aus. Für diese Methode war der junge Berliner Pathologe Rudolf Virchow (1821 – 1902) erstmals im Dezember 1847 öffentlich eingetreten. Er beschrieb sie als die experimentelle Überprüfung einer durch Analogie und Induktion gefundenen Hypothese, die ein logisch notwendiges und vollkommen bewusstes Handeln zu einem klar definierten Zweck darstelle.<sup>17</sup> Nur elf Monate später, während der fehlgeschlagenen bürgerlichen Revolution von 1848, die auch mit einer Reform des Gesundheitswesens verknüpft werden sollte, schrieb Virchow aber mit derselben Überzeugung: „Die Medicin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medicin im Grossen“.<sup>18</sup> Diese beiden Fixpunkte, nämlich die fachliche Orientierung der Medizin an den Naturwissenschaften und ihre Ausübung als eine Tätigkeit mit sozialer Verantwortung, kennzeichneten erst in ihrer gegenseitigen Verschränkung den reformerischen Impuls, der von Rudolf Virchow ausgehen sollte.

Wenn man seinen weit greifenden Gedanken von der Politik als *Medizin im Großen* umkehrte, dann konnte man die Medizin wohl auch als eine *Politik im Kleinen* interpretieren und daraus zugleich eine neuartige Rolle für den Arzt ableiten: Dieser sollte sich nicht mehr nur auf die Diagnostik und eine wissenschaftlich fundierte Therapie von Krankheiten beschränken, sondern zugleich eine sozialpolitische Aufgabe im Dienst der Patienten und des ganzen Staates übernehmen.

#### **5. Arztideale zwischen Kaiserreich und Nationalsozialismus**

Nach dem verlorenen Ersten Weltkrieg gerieten vor allem in Deutschland auch die geistigen Eliten des ehemaligen Kaiserreichs in eine Sinnkrise, die sie zum Teil auf den inneren Zustand ihres jeweiligen Arbeitsgebietes projizierten. Besonders häufig reflektiert wurde zu Beginn der 1920er Jahre eine „Krise der Medizin“, die mit einer Überbetonung des technisch-naturwissenschaftlichen Denkens assoziiert wurde. Neben vielen Anderen beschäftigte sich auch der bekannte Heidelberger Internist Ludolf von Krehl (1861 – 1937) am Schluss seines Buches *Pathologische Physiologie*, das 1923 in der zwölften Auflage erschien, mit diesem Thema. Krehl umschrieb das Wesen der ärztlichen Tätigkeit zunächst negativ: Der Arzt sei weder Gelehrter, noch Künstler, noch Techniker, sondern eben Arzt. Sein Schaffen sei in den letzten Zielen ein völlig anderes, denn das Objekt seiner Tätigkeit sei der Mensch als Mensch.<sup>19</sup> Krehl schrieb: „Die Biologie kann für das Verständnis der Lebensvorgänge mit der Annahme mechanisch-kausaler Zusammenhänge allein nicht auskommen. Sie bedarf weiterer Gedanken. [...] Meine Überzeugung ist, daß wir eine einheitliche Auffassung von Mensch, Natur und Gott nur wiedergewinnen, wenn wir übermechanische Vorgänge, die hinter den Erscheinungen stecken und sie leiten, anfangen zu beobachten, zu untersuchen und in unseren Rechnungen zum Rechte kommen lassen. Mir erscheint das nicht als eine Abweichung der gegenwärtig herrschenden

Naturbetrachtung, sondern als ihre notwendige Ergänzung und Umfassung“.<sup>20</sup> Eine noch deutlichere Skepsis gegen eine Überbewertung der naturwissenschaftlichen Methode drückte Krehl im Vorwort zur 13. Auflage seines Werkes aus, die 1930 erschien. Hier fügte er an, die krankhaften Vorgänge am Menschen seien so außerordentlich verwickelt, dass man im höchsten Maße vorsichtig sein müsse, sie allein aus den einfachen und künstlichen, oft zu einfachen und zu künstlichen Verhältnissen des Tierversuchs abzuleiten: „Der Mensch vermag seine Krankheitsvorgänge zu gestalten durch seinen körperlichen und seelischen Einfluß auf eben diese Vorgänge. Und weil der Kranke nicht nur Objekt ist, sondern stets auch Subjekt, besteht zugleich von seiner Seite eine Reaktion auf den Beobachter. Wegen der genannten Vorgänge erfordert die Darlegung der am kranken Menschen ablaufenden Prozesse eigenartige Betrachtungsformen, die zu den in der unbelebten und belebten Natur notwendigen als etwas Neues hinzukommen. Das ist aber das Zeichen einer eigenen Wissenschaft“.<sup>21</sup>

Was Ludolf von Krehl hier einforderte, wurde wenige Jahre später unter der nationalsozialistischen Herrschaft in ein mystisch-irrationales Arztideal transformiert und dadurch pervertiert. Nun charakterisierten einerseits Führerschaft, Priestertum und ethisch-ständisches Denken, andererseits biologistisches Handeln den Arztberuf unter der – allerdings kurzlebigen – Ägide der „Neuen Deutschen Heilkunde“ zwischen 1933 und 1939. So beschrieb der Chirurg und medizinische Schriftsteller Erwin Liek (1878 – 1935) in seinem 1933 erschienenen Buch *Die Welt des Arztes* euphorisch den künftigen Arzt: „Aus zwei Wurzeln zieht der Arzt seine Kraft: aus der Welt der Erkenntnis, d. h. der Wissenschaft, und aus dem Reich des Irrationalen, des Übersinnlichen. Sind das nicht aber auch die tragenden Gedanken der nationalsozialistischen Weltanschauung? Werden nicht diese Ideen in der Heilkunde unserer Tage Schritt für Schritt durchgesetzt? Aus der Hoffnung erwuchs die Zuversicht: Die Erneuerung der Heilkunde

kommt aus dem Geist, nicht aus der Materie. Führer der neuen deutschen Heilkunst wird nicht der Mediziner sein, sondern der Arzt!“<sup>22</sup>

Wo Ludolf von Krehl eine methodische Ergänzung der naturwissenschaftlichen Perspektive gefordert hatte, wucherten nun Spekulation, Mystizismus und autoritärer Führerkult. Der Arzt mutierte zum unheimlichen Gegenspieler des *Mediziners*.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs wurde erstmals während des Nürnberger Ärzteprozesses deutlich, in welchem Ausmaß sich deutsche Ärzte während des „Dritten Reiches“ an verbrecherischen Menschenexperimenten vor allem in den Konzentrationslagern beteiligt hatten. Im Urteilspruch vom 20. August 1947 sind sieben Angeklagte zum Tode, fünf zu lebenslänglicher Haft und vier zu Zeitstrafen zwischen zehn und zwanzig Jahren verurteilt worden.<sup>23</sup> Die internationale medizinhistorische Forschung hat darüber hinaus seit den 1980er Jahren in vielen Detailstudien belegt, dass es weit mehr medizinische NS-Täter insbesondere im Bereich der Sterilisationsoperationen und bei der Beteiligung an den staatlich inszenierten Euthanasie-Morden gab, als man sich dies in der unmittelbaren Nachkriegszeit eingestehen wollte.

Richard Siebeck (1882 – 1965), der Nachfolger Ludolf von Krehls auf dem Heidelberger Lehrstuhl für Innere Medizin von 1931 bis 1934 sowie von 1941 bis 1952, hielt im November 1946 einen Vortrag zum Thema *Der Arzt in der Not unserer Zeit*. In diesem Vortrag machte Siebeck unter anderem seine Einstellung zu unheilbar Kranken deutlich: „Auch den Unheilbaren muß der Arzt in der Not seiner Krankheit seelisch führen, indem er ihn zur Bejahung des auch vom Tod nicht zerstörbaren Lebens hilft. Dazu muß er selbst Ehrfurcht vor dem verborgenen, scheinbar verlorenen Leben haben. Das um so mehr, als es die schwere Schuld der hinter uns liegenden Zeit ist, daß sie diese Ehrfurcht zerstörte und sich anmaßte, Leben, das lebensunwert schien, eigenmächtig beenden zu dürfen. Der Geist der Selbstüberhebung und Maßlosigkeit war der Ungeist der Gottlosigkeit. Durchgreifende Heilung gibt es nur

da, wo ein Mensch sich wieder als ein von Gott angesprochenes und in seinem Gewissen gefordertes Ich erkennt.“<sup>24</sup> Doch die Rückbesinnung auf das christliche Menschenbild sollte sich während der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht mehr als die einzige allgemein akzeptierte Leitidee einer zunehmend global agierenden Medizin erweisen.

## **6. Der „partnerschaftlich“ agierende Arzt der Gegenwart im Gewirr von Gelöbnissen, Deklarationen und Richtlinien**

In Kenntnis der NS-Medizinverbrechen schwand während der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Vorstellung, dass sich der Arzt in Zukunft noch an den traditionellen normativen Texten würde orientieren können, die zwar oftmals klug formuliert waren, die aber letzten Endes unverbindlich blieben. An ihre Stelle traten nun international verbindliche Dokumente wie das Genfer Ärztegelöbnis (1948) oder die Deklaration von Helsinki (1964), die seither etliche Male überarbeitet und den aktuellen Bedürfnissen angepasst wurden. In den vergangenen Jahren kamen weitere internationale Abkommen zur Medizin- und Bioethik hinzu, so vor allem das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (1996) des Europarates und die EU-Biopatentrichtlinie (1998). Auf nationaler Ebene sind neben einschlägigen Gesetzen des Medizinrechts seit den 1990er Jahren zahlreiche Richtlinien, Grundsätze und Empfehlungen der Bundesärztekammer zu Themen wie Sterbebegleitung, Hirntodfeststellung, Pränataldiagnostik oder assistierte Reproduktion erlassen worden.<sup>25</sup> Alle diese Dokumente beschreiben den Arzt nicht mehr in überkommenen ethischen Kategorien, sondern sie normieren sein Verhalten in präzisen juristischen Termini, die notfalls auch einer gerichtlichen Nachprüfung vom Zivilrecht über das Strafrecht bis hin zum Verfassungsrecht Stand halten sollen.

An die Stelle früherer umfassender ethischer

Verhaltensnormen, die auf einer gemeinsamen Werteordnung beruhten, ist heute die Abfassung konkreter positiv-rechtlicher Gesetze und Richtlinien getreten, deren Ziel darin besteht, punktuelle Lösungen für spezifische Problemlagen zu liefern. Diese Normierungen setzen nicht mehr ein anspruchsvolles, homogenes Welt- und Menschenbild voraus, vielmehr begnügen sie sich mit dem Vertrauen auf die Durchsetzungskraft des modernen Rechtsstaates.

Eine derart defensive Konzeptualisierung des Arzt-Patient-Verhältnisses bringt nicht unerhebliche Gefahren mit sich. Wenn – etwa im Hinblick auf die Abfassung von Patientenverfügungen am Lebensende – die immer wieder eingeforderten Werte „Autonomie“ und „Selbstbestimmung“ des Patienten zunehmend an die Stelle der Würde des Menschen zu treten scheinen und schließlich zum alleinigen Maßstab ärztlichen Handelns werden, dann hat dies nichts mehr mit einem „partnerschaftlich“ verstandenen Heilauftrag des Arztes zu tun, sondern vielmehr mit der leichtfertigen Preisgabe der zentralen Fürsorgepflicht des Arztes für das Leben der ihm anvertrauten kranken Menschen.<sup>26</sup>

Wenn die Medizinethik hierzu ihre wissenschaftlich verbrämte Absolution erteilt, korrumpiert sie ihre eigenen Voraussetzungen. Der – zumindest in der Theorie – auf Augenhöhe mit seinem Patienten agierende Arzt verfügt am Beginn des 21. Jahrhunderts über ein umfangreiches Reservoir an offiziellen Leit- und Richtlinien, das ihm äußerlich eine gewisse professionelle Sicherheit gewährt. Doch das externe rechtsethische Stützkorsett kann ihn nicht vor den inneren Konflikten im Hinblick auf sein ärztliches Selbstverständnis bewahren. Der Arzt der Gegenwart fühlt sich als Akteur im Gesundheitswesen zwischen Patienten, Kollegen, Krankenversicherungen und Politik tief verunsichert. Der vielstimmige und disharmonische Chor der akademischen Medizin- und Bioethik bietet in dieser prekären Situation leider wenig Hilfe an.

## Referenzen

- 1 vgl. Wiesing U., Marckmann G., Editorial - Antwort auf eine Grundfrage, Beilage Ethik in der Medizin Nr. 82 im Ärzteblatt Baden Württemberg (2002); 57: Heft 12
- 2 Bauer A. W., *Der Hippokratische Eid. Medizinhistorische Neuinterpretation eines (un)bekannten Textes im Kontext der Professionalisierung des griechischen Arztes*, Zeitschrift für medizinische Ethik (1995); 41: 145-146
- 3 Bauer A. W., *Die Allgemeine Semiotik als methodisches Instrument in der Medizingeschichte*, Würzburger medizinhistorische Mitteilungen (1994); 12: 80-81
- 4 *Der Arzt*, in: *Hippokrates, Ausgewählte Schriften. Aus dem Griechischen übersetzt und herausgegeben von Hans Diller. Mit einem bibliographischen Anhang von Karl-Heinz Leven*, Reclam-Verlag, Stuttgart (1994), S. 110-111
- 5 siehe Ref. 4, S. 109-110, aus der Einleitung von Hans Diller
- 6 *Das Gesetz*, in: *Hippokrates, Ausgewählte Schriften. Aus dem Griechischen übersetzt und herausgegeben von Hans Diller. Mit einem bibliographischen Anhang von Karl-Heinz Leven*, Reclam-Verlag, Stuttgart (1994), S. 120
- 7 siehe Ref. 6, S. 121
- 8 *Das ehrbare (ärztliche) Verhalten*, in: Kapferer R. (Hrsg.), *Die Werke des Hippokrates. Die hippokratische Schriftensammlung in neuer deutscher Übersetzung*, Hippokrates-Verlag, Stuttgart Leipzig (1934), S. I/34. Vgl. auch Baumann E. D., *Du Médecin philosophe d'Hippocrate*, Janus (1934); 38: 25-32
- 9 siehe Ref. 8, S. I/32
- 10 siehe Ref. 8, S. I/32-I/33
- 11 siehe Ref. 8, S. I/33
- 12 siehe Ref. 8, S. I/38
- 13 Unzer J. A., *Von den Belohnungen der Ärzte. (55. Stück)*, in: Unzer J. A., *Der Arzt. Eine medicinische Wochenschrift* (1769); 2: 41
- 14 Mai F. A., *Stolpertus, ein junger Arzt am Krankenbette. Von einem patriotischen Pfälzer*, Neue Auflage, Schwann, Mannheim (1800), S. 99-101
- 15 Hufeland C. W., *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis. Vermächtniss einer funfzigjährigen Erfahrung*, 5. Auflage (VII. Abdruck), Jonas, Berlin (1839), S. 727
- 16 siehe Ref. 15, S. 742-743
- 17 Virchow R., *Die naturwissenschaftliche Methode und die Standpunkte in der Therapie. (Gelesen bei der Jahressitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin zu Berlin am 20. Decbr. 1847.)*, Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin (1849); 2: 7-8
- 18 Virchow R., *Der Armenarzt*, in: *Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift*, herausgegeben von Rudolf Virchow und Rudolf Leubuscher, Reprint, Akademie-Verlag, Berlin (1983), S. 125
- 19 von Krehl L., *Pathologische Physiologie*, 12. Auflage, Vogel, Leipzig (1923), S. 697
- 20 siehe Ref. 19, S. 702-703
- 21 von Krehl L., *Pathologische Physiologie*, 13. Auflage, Vogel, Leipzig (1930), S. VIII
- 22 Liek E., *Die Welt des Arztes. Aus 30 Jahren Praxis*, Reißner, Dresden (1933), S. 241-242
- 23 vgl. Mitscherlich A., Mielke F. (Hrsg.), *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*, Fischer, Frankfurt am Main (1978), S. 281-282
- 24 Rhein-Neckar-Zeitung (Heidelberg) vom 21.11.1946. Text entnommen aus der Personalakte Richard Siebeck (PA 5883) im Universitätsarchiv Heidelberg
- 25 Beispiele hierfür: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011), Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion (1998), zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen (1998) und zur Feststellung des Hirntodes (1998)
- 26 vgl. Geitner R., *Grundvertrauen in die Entscheidung des Hausarztes*, Deutsches Ärzteblatt (2011); 108: A520-A522

Jan Stejskal

# Ansätze der Palliativmedizin in der hippokratischen Tradition

Approaches of Palliative Medicine in the Hippocratic Tradition

## Zusammenfassung

Durch die Möglichkeiten der modernen Medizin kann das menschliche Leben verlängert, unter Umständen der Sterbeprozesses dadurch verzögert und die individuelle Lebensqualität verschlechtert werden. Dem Grundsatz „*Nil nocere*“ zufolge muss oft eine schwierige Entscheidung zwischen einem kurativen oder palliativen Vorgehen getroffen werden. Mit diesem Dilemma setzte sich bereits die Medizin der Antike auseinander, welche vom Ideal der *Kalokagathia* geleitet den chronisch Kranken nur geringe Akzeptanz entgegenbrachte. Im Unterschied dazu versuchte die hippokratische Medizin den Patienten bis zu seinem natürlichen Tod zu begleiten; auch dann zu helfen, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist. Der hippokratische Arzt setzte dabei palliativmedizinische Maßnahmen ein, was keinesfalls im Widerspruch zu den ethischen Anforderungen der hippokratischen Medizin und dem Euthanasieverbot stand.

**Schlüsselwörter:** Palliativmedizin, Hippokrates, Euthanasie, *nil nocere*

## Abstract

Modern medicine offers the possibility of, on the one hand, extending human life and, on the other hand, delaying the dying process and avoiding the deterioration of individual quality of life. According to the principle of “*nil nocere*”, a difficult decision must be made between taking a curative or palliative approach. This was also the medical dilemma in the ancient world, originating from the ideal of *kalokagathia*, which gave little acceptance to the chronically ill. Hippocratic medicine, however, tried to support patients until their natural death. It also wanted to help in cases in which a curative approach was no longer possible. The Hippocratic physician used palliative measures — like today — which were not in contradiction to the ethical requirements of Hippocratic medicine and the prohibition of euthanasia.

**Keywords:** Palliative Care, Hippocrates, Euthanasia, *nil nocere*

Dr. Jan Stejskal  
IMABE  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien  
Jan.Stejskal@gmx.at

Das Dilemma der modernen Medizin hat der deutsche Philosoph Robert Spaemann schon vor Jahren wie folgt beschrieben: „Die medizinischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung sind so gewaltig erweitert worden, dass die früher einmal sinnvolle Regel, immer alles zu tun, um das Leben eines Menschen zu erhalten, nicht mehr sinnvoll ist.“<sup>4</sup> Tatsächlich besitzen wir aufgrund technischer Entwicklung nicht nur die Möglichkeit Leben zu verlängern, sondern wir verfügen auch durch intensivmedizinische Maßnahmen und Ersatz einzelner Organfunktionen über die Mittel, den Sterbeprozess zu verzögern. Die Verführung durch die Macht des Machbaren in Kombination mit der Anwendung eines übertriebenen Fürsorgeprinzips kann so weit gehen, dass Menschen um ihren natürlichen Tod betrogen werden bzw. ihnen ein würdiges Sterben gänzlich verwehrt wird<sup>2</sup> – freilich unter den positiven Vorzeichen wie freier Willensbestimmung oder Autonomie. Der Ruf des Vorkämpfers der Euthanasie, C. Killick Millard, in den 1930er Jahren<sup>3</sup> nach einer Legalisierung des „Gnadentodes“ bei chronisch Kranken scheint alles andere als verjährt. Die Bindung des Personenbegriffes an Ichbewusstsein und Rationalität<sup>4</sup> in der ethischen Diskussion öffnet neue Bahnen für eugenische Ansätze am Anfang und Ende des Lebens.<sup>5</sup>

Dem ärztlichen Drang, Patienten im Spannungsfeld zwischen Leben und Sterben stets einer Behandlung zu unterziehen, steht die Position der Palliativmedizin gegenüber. Sie ist definiert als ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, welche mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.<sup>6</sup> Obwohl sie sich in institutionalisierter Form als Zweig der klinischen Medizin erst in den letzten Dezennien etabliert hat, ist die Palliation bereits seit Jahrhunderten

bekannt. Wie aus der Definition hervorgeht, ist die weit verbreitete Assoziation der Palliativmedizin ausschließlich mit sterbenden, meistens onkologischen Patienten, nicht zutreffend. Sie als Gegenpol zur kurativen Einstellung darzustellen, wäre ebenfalls ungenau.

Der Einsatz moderner diagnostischer sowie therapeutischer Mittel in der Medizin bietet zwar neue Möglichkeiten der Lebensverlängerung. Ihre Anwendung zu einem nicht geeigneten Moment kann aber unter Umständen die Patienten belasten und ihre Lebensqualität verschlechtern. Das ärztliche Ethos wurde bis in die Moderne durch die hippokratische Tradition bzw. in ihrer konzentrierten Form durch den Hippokratischen Eid geprägt, woran sich auch die Ärzte in ihrem Handeln gebunden fühlten. Der Medizinhistoriker Henry Sigerist schrieb in diesem Zusammenhang: „...wann immer die Medizin auf Abwege geriet, wenn Theorie und Praxis nicht übereinstimmten oder wenn ausgefallene Theorien aufkamen und das Feld zu behaupten begannen, ertönte der Ruf – zurück zu Hippokrates!“<sup>7</sup> Im folgenden soll die Fragestellungen erörtert werden, ob die hippokratische Medizin eine Orientierungshilfe für oft schwierige Entscheidungen zwischen kurativer und palliativer Medizin am Krankenbett liefern kann. Bieten ihre Maximen „*primum nil nocere*“ und „*salus aegroti suprema lex*“<sup>8</sup> überhaupt Raum für palliativmedizinische Überlegungen oder stehen sie dazu im krassen Widerspruch? Ist der Verzicht, bzw. das Beenden von therapeutischen Maßnahmen damit in Einklang zu bringen?

## Gesundheitsbegriff in der Antike

Bevor wir unsere Aufmerksamkeit auf die Lehre von Hippokrates selbst lenken, ist ein historischer Exkurs in die Welt der Antike und ihre Einstellung zur Krankheit unerlässlich. Von der Versuchung des Machbaren blieben auch die Ärzte im klassischen Griechenland nicht verschont. Bei Sophokles lesen wir dazu in seinem Drama „Antigone“: „*Vor dem Tod allein wird er sich kein Entrinnen schaffen. Aus*



*Seuchen aber, unbewältigbaren, hat er sich Auswege ausgesonnen. In dem Erfinderischen der Kunst eine nie erhoffte Gewalt besitzend, schreitet er bald zum Bösen, bald zum Guten.*<sup>9</sup> Die Medizin ist also dazu da, den Menschen von zeitlichen Übeln (Seuchen) zu befreien, kann aber das menschliche Leben, welches einer höheren Gewalt unterliegt (Götter), vor dem Tod nicht bewahren. Der Arzt muss ähnlich einem Richter mit der Seele über die Seelen (als Arzt über die Menschen, d. h. die Gesundheit) urteilen, was ihn auch zum Missbrauch seiner Position (zum Bösen) verleiten kann.<sup>10</sup> Dass diese Gefahr nicht nur als eine literarische Metapher gedacht war, sehen wir am Beispiel von Platon in seiner utopischen Schrift „Der Staat“.<sup>11</sup> Um die Ausführungen Platons besser zu verstehen, muss man sich vor Augen halten, dass der Gesundheitsbegriff der Hellenen stark von dem mosaischen Gesundheitsbegriff divergierte. Im alttestamentlichen Verständnis war die Krankheit eine Folge der gestörten Natur durch die Sünde<sup>12</sup>, in der griechischen Medizin jedoch eine Störung des Gleichgewichts der Säfte im Körper und somit entsprechend der humoralpathologischen Lehre Ausdruck der Disharmonie. Im platonischen Schönheitsideal der Kalokagathia war körperliche und seelische Integrität durch Krankheit gestört, denn ohne Gesundheit war Schönheit nicht möglich.<sup>13</sup> Daraus ergab sich als Hauptaufgabe des griechischen Arztes die herkömmliche seelische und körperliche Integrität durch Diät, Gymnastik, Arzneimittel und eventuell auch chirurgische Maßnahmen wiederherzustellen. Platon befürwortete, nur Personen zu behandeln, welche an Leib und Seele gut geartet erscheinen. Personen, die als unheilbar eingestufte Defizite aufwiesen, sollte der Arzt sterben lassen. An einer anderen Stelle findet sich sogar die Aufforderung, diese zu töten.<sup>14</sup> Somit thematisierte Platon hier sowohl passive wie aktive Euthanasie. Platon ging in seinen utilitaristischen Überlegungen sogar noch einen Schritt weiter, indem er die Nützlichkeit und Berechtigung der menschlichen Existenz an die Bedingung knüpfte, sich als Mitglied einer Gesellschaft zu begreifen

und seine Lebensweise danach auszurichten. Wer nicht in der Lage wäre, seine bürgerlichen Pflichten zu erfüllen, dürfte auch keinen Anspruch auf Erhaltung des Lebens erheben.<sup>15</sup>

In der Antike sind auch erschütternde Beispiele – etwa aus Sparta – überliefert, wo schwache Säuglinge ihrem Schicksal überlassen bzw. gar getötet wurden.<sup>16</sup> Was die Einstellung zur Euthanasie betrifft, finden wir neben Platon auch in der Philosophie der Stoa Elemente der aktiven Sterbehilfe. Ihr Einsatz war mit der Bedrohung oder der Aufhebung des vernünftigen Bewusstseins und des sittlichen Handelns durch das physische oder seelische Leiden verknüpft.<sup>17</sup> Aristoteles stellte dagegen fest: „Zu sterben, um der Armut, der Liebe oder irgendeinem Schmerz zu entgehen, zeigt nicht Tapferkeit, sondern Feigheit.“<sup>18</sup> Im kulturhistorischen Zusammenhang ist es verständlich, dass in einer Gesellschaft, die dem Ideal des „Körperkultes“ huldigte, nur wenig Raum für Schwache, Behinderte und chronisch Kranke blieb.

### Die Kalokagathia und chronisch Kranke

Im Unterschied zu heilbaren Krankheiten, die man als Wunden einstufte, wurden chronische Leiden als substantielle Makel verstanden, die einer Wiederherstellung der Kalokagathia im Wege standen. Solche Patienten wurden doppelt stigmatisiert: neben ihrer Krankheit auch durch die soziale Ausstoßung, falls sie nicht über eine entsprechende familiäre Bindung verfügten. Diese Patienten bildeten vermutlich nicht die primäre Klientel der als Wanderärzte tätigen Praktiker, sodass ihnen oft die nötige ärztliche Hilfe vorenthalten blieb.<sup>19</sup> Wie später noch gezeigt wird, scheint die Annahme, dass sich die griechischen Ärzte um chronisch Leidende gar nicht kümmerten, dennoch unzutreffend zu sein. Die Darstellung der Gesundheit nur als hedonistischen Körperkult ohne Bezug auf ihre transzendente, mystische Wurzel wäre historisch ungenau. Platon selbst führte in seinen utilitaristisch-utopischen Ausführungen den Heilgott Asklepios als Beispiel an und meinte, dass er nur jene

Kranken behandle, bei denen eine gute Aussicht auf Heilung bestünde.<sup>20</sup> Die Verbreitung des Asklepioskultes im Mittelmeerraum sowie die Einrichtung entsprechender Tempelanlagen, in denen der Heilschlaf praktiziert wurde, unterstreichen diese transzendente Dimension der Gesundheit.<sup>21</sup> Die Medizin verstand sich als hohe Kunst mit mystischen Wurzeln,<sup>22</sup> manche Ärzte bezeichneten sich sogar als „Asklepiaden“, d. h. Söhne von Asklepios.<sup>23</sup>

Dass die tägliche Praxis manchmal von hohen Gedanken abwich, skizzierte schon Aristophanes in seiner Komödie „Plutos“, indem er meinte: „Wo es kein Geld gibt, ist auch keine Kunst.“<sup>24</sup> Da wird es durchaus verständlich, warum chronisch Kranke, bei denen die Kalokagathia nicht mehr wiederhergestellt werden konnte, ihrem Schicksal im Einklang mit der Vorsehung überlassen wurden und ihnen sogar das Betreten eines Asklepios verwehrt wurde.<sup>25</sup> Medizinische Fähigkeiten über die von den Göttern bestimmten Grenzen hinaus anzuwenden, war in der griechischen Antike undenkbar, somit sollten auch die unheilbar Kranken von der Kunst des Heilens ausgenommen werden.<sup>26</sup> Die Ärzte verstanden die Heilkunst primär als eine *Téchne*, als eine hohe Kunst, eine Art von Handwerk, das auf Heilung ausgerichtet ist. Ein als unheilbar krank eingestuft Patient stand somit außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des Arztes. Die Anwendung dieser Kunst bei chronisch kranken Patienten wäre somit einem Kunstfehler gleichzusetzen. Eine solche ablehnende Haltung war durchaus der gesamten Welt der Antike gemeinsam, entsprechende Hinweise finden sich auch in der ägyptischen sowie hinduistischen Medizin.<sup>27</sup>

## Die hippokratische Lehre

Entgegen dieser Haltung musste in der Medizin der späteren Jahrhunderte eine Denkkumkehr passiert sein, denn beim römischen Arzt Scribonius Largus lesen wir im 1. nachchristlichen Jahrhundert die Forderung, jedermann auf gleiche Weise zu behandeln.<sup>28</sup> Wenn wir diese Forderung zurückverfolgen, finden wir eine auffallende Ähn-

lichkeit mit der hippokratischen Lehre. Im Hippokratischen Eid stoßen wir auf die Aufzählung von Frauen, Männern, Freien, und Sklaven – also eine unwidersprüchliche Intention, alle Gruppen der damaligen Gesellschaft als Patienten ebenbürtig zu betrachten. Somit erscheint auch die Hypothese berechtigt, dass auch chronisch Kranke und Sterbende impliziert waren.<sup>29</sup> Dass sich die hohen ethischen Maximen der hippokratischen Medizin im Laufe von Jahrhunderten durchsetzten, ist keinesfalls selbstverständlich, denn bereits damals schien sich die Majorität der Ärzteschaft nicht danach zu richten. Einigen Meinungen zufolge galt sie sogar nur für eine aristokratisch empfindende,<sup>30</sup> durch den Sittenkodex der Pythagoräer geprägte Gruppe der Ärzte.<sup>31</sup> Die Antike war jedenfalls mit sämtlichen Problemen, mit denen sich auch die heutige medizinethische Diskussion befasst, vertraut; die Beihilfe zum Suizid oder die Tötung ungeborenen Lebens waren keine Seltenheit.<sup>32</sup> Für unseren Kontext sind vor allem der dritte und vierte Absatz des Eides von Relevanz: *„Die diätischen Maßnahmen werde ich treffen zum Nutzen der Leidenden nach meinem Vermögen und Urteil, Schädigung und Unrecht aber von ihnen abwehren.“* Und weiters *„Nie werde ich irgend jemandem, auch auf Verlangen nicht, ein tödliches Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen...“*<sup>33</sup> Kurz zusammengefasst verpflichtet sich der Arzt darin, zum Nutzen der Kranken zu handeln und alles zu unterlassen, was dem Kranken schaden würde. Von manchen Autoren wird das Grundprinzip *„primum nil nocere“* teilweise zu Unrecht als Exempel des ärztlichen Paternalismus betrachtet und als Gegensatz zur Patientenautonomie interpretiert.<sup>34</sup> Treffend bezeichnet dies Lichtenthaler als ein neues Gebot, stets zu nutzen und nie zu schaden.<sup>35</sup>

Nun wollen wir der Frage nachgehen, inwiefern sich das Prinzip der Schadensvermeidung mit den Elementen der Palliativmedizin vereinbaren lässt.

## Der Stellenwert der Prognose

Bereits in der hippokratischen Medizin wurde anhand der Anamnese, der Beobachtung des Pati-

enten, der klinischen Untersuchung und der Erwägung erhobener Befunde eine möglichst exakte Zustandsbeschreibung jedes individuellen Patienten gemacht.<sup>36</sup> Eine dieser Beschreibungen, die „*Facies hippocratica*“, blieb im klinischen Brauchtum für die Nachwelt erhalten („...eine spitze Nase, hohle Augen, eingefallene Schläfen, kalte und contrahierte Ohren, abstehende Ohrläppchen, eine harte, straffe und trockene Stirnhaut...“<sup>37</sup>) und gilt seither als prognostisch ungünstiges Zeichen. Der Arzt der griechischen Antike versuchte den Kranken in seiner Gesamtheit, auch in seinem sozialen und familiären Umfeld zu erfassen, um anhand der Krankengeschichte und der spezifischen Symptome eine individuelle Prognose für den jeweiligen Patienten zu erstellen.<sup>38</sup> Die weitere Verlaufsbeobachtung des Patienten bildete das Fundament für das weitere ärztliche Handeln. Im „Buch der Prognosen“ lesen wir dazu: „Aber auch die Behandlung wird er am besten durchführen können, wenn er den späteren Ausgang der Krankheit vorherzieht.“<sup>39</sup> Somit war die Prognose die Grundlage weiterer Therapieentscheidungen, unter Umständen auch die Basis für Therapieverzicht. In sie flossen die Anamnese, also der Blick nach hinten, die erhobenen Befunde, hauptsächlich aus der physikalischen Untersuchung stammend, und die subjektive Erfahrung des Arztes ein. Wie Hippokrates selbst erwähnt, kann unter Umständen eine richtig gestellte Prognose das Vertrauen des Arztes zum Patienten stärken.<sup>40</sup> Bei Behandlung trotz einer infausten Prognose diente sie auch dazu, den ungünstigen Therapieausgang vorherzusagen und den Arzt zu entlasten, also ein historischer Vorläufer der Patientenaufklärung.<sup>41</sup> Ein hippokratischer Mediziner konnte bei der Therapieentscheidung auch in Bedrängnis geraten, wie zum Beispiel bei der Behandlung komplizierter Frakturen: „Eine offene Ablehnung der Behandlung würde den Arzt als unfähig erscheinen lassen und damit seinen Ruf gefährden. Eine Einrichtung des Bruches aber würde mit großer Wahrscheinlichkeit zum Tode des Patienten führen“<sup>42</sup> In einem solchen Fall erteilte Hippokrates den Rat, sich auf den Behandlungsvertrag nicht immer einzulassen.

## Die Entscheidungen zur Palliation im Corpus Hippocraticum

Falls der hippokratische Mediziner zum Schluss kam, dass durch eine kurative Maßnahme der Patient nicht mehr geheilt werden konnte, wurde diese Maßnahme nicht begonnen. In der Schrift *Über die Krankheit* spricht sich Hippokrates beispielsweise dafür aus, die Epilepsie nur bei „*jungen und arbeitsfreudigen Patienten*“ zu behandeln, bei „*geistigen Defekten sowie nach Schlaganfällen*“ die Behandlung aber zu unterlassen.<sup>43</sup> Es wäre ungerecht und falsch, Hippokrates retrospektiv ein eugenisches Gedankengut zu unterstellen. Denn auch heute würde man bei einem Patienten mit schwerem Multiinfarktssyndrom und chronischem Krankheitsverlauf, wo keine Aussichten auf Ausheilung bestehen, auf unnötig belastende Therapien verzichten. Repräsentativ ist auch ein Beispiel aus der Onkologie: „*Diejenigen, bei welchen sich occulte Carcinome bilden, behandelt man besser nicht, denn wenn man sie behandelt, gehen sie schnell zu Grunde, wenn man sie hingegen nicht behandelt, bleiben sie längere Zeit am Leben.*“<sup>44</sup> Auch heute würde sich ein klinischer Onkologe vor Anwendung einer Chemotherapie bei einem kachektischen Patienten im fortgeschrittenen Stadium wehren, um damit nicht unnötig dessen Lebenserwartung bzw. -qualität zu beeinträchtigen. Es wäre aber ein Irrtum anzunehmen, dass der Hippokratiker in einem solchen Moment den Patienten alleine zurückgelassen hätte. Allerdings war er als Pragmatiker der Auffassung, dass nichts zu tun besser ist als etwas Falsches zu tun.<sup>45</sup> Unter diesem Blickwinkel lassen sich auch manche von therapeutischem Nihilismus und Pragmatismus geprägte Textstellen im Corpus Hippocraticum erklären: „...*die Kranken von ihren Leiden gänzlich zu befreien, die schweren Anfälle der Krankheiten zu lindern und sich von der Behandlung derjenigen Personen fern zu halten, welche von der Krankheit schon überwältigt sind.*“<sup>46</sup> Die Intention „*non nocere*“ des Arztes darf dabei nicht vergessen werden! Der Hippokratiker wusste jedoch, dass eine richtige Therapie nur zu einem richtigen Zeitpunkt (Kairos) ihre

volle Wirkung entfaltet: „Der rechte Augenblick geht rasch vorüber – was heute lebenserhaltend wirkt, kann morgen tödlich sein.“<sup>47</sup> Er war sich ferner der Grenzen der Heilkunst durchaus bewusst, wie er selbst formulierte: „...denn alle Kranken gesund zu machen, das ist unmöglich.“<sup>48</sup> Generell gibt es im Corpus Hippocraticum zahlreiche Hinweise, dass chronisch Kranke auch behandelt wurden: „Fachgerecht ist es, bei der Behandlung diejenigen Krankheiten, die heilbar sind, bis zur Heilung zu behandeln, von den unheilbaren aber zu wissen, warum sie unheilbar sind, und bei der Behandlung der Patienten, die an derartigen Krankheiten leiden, zu nützen, indem man die Behandlung nach der Heilbarkeit ausrichtet.“<sup>49</sup> Der hippokratische Arzt wird damit gleichzeitig zur theoretischen Auseinandersetzung mit der Materie aufgemuntert, ein Ansatz für selbstständige Beobachtung und Forschung im Dienst an den Kranken.<sup>50</sup>

Wenn die Erkrankung und somit der Zustand eines Patienten als unheilbar eingestuft wurde, kamen die zur Verfügung stehenden unterstützenden und lindernden Maßnahmen zum Einsatz. Neben dem Einsatz von Arzneimitteln, Diät, Gymnastik und klimatischen Aufhalten wurde von den Hippokratikern vor allem eine Änderung der Lebensweise der Patienten im Dienste der Heilung oder der Verbesserung ihres Zustandes angestrebt.<sup>51</sup> Der Arzt war wohl um die Symptomenkontrolle bei chronisch Kranken bemüht, unter dem Gesichtspunkt von „*non nocere*“ ist aber auch der Therapieverzicht in manchen Fällen zu verstehen, um den Patienten von aggressiven Therapieformen, die es damals gab, zu verschonen und sein Leben nicht unnötig zu verkürzen.<sup>52</sup> Ist das nicht ein Ausdruck von richtig gelebtem Fürsorgeprinzip und Achtung vor der Patientenautonomie?

### Der Arzt der Nächstenliebe

Dass es bei hippokratischen Ärzten auch eine Form von Sterbebegleitung (nicht Sterbehilfe) gab, lässt sich aus diversen Stellen im Corpus Hippocraticum ableiten, die sich mit der Beschreibung der Krankheitsverläufe bis zum Tod befassen. Der

Arzt nahm dabei nicht die Rolle eines passiven Beobachters ein, sondern durchaus eine moderne palliative Haltung, indem er „tröstende Worte, Kühlung, beruhigende Medikamente und die Beseitigung störender Umstände“ einsetzte.<sup>53</sup> Dabei spielte die Einstellung des Arztes – helfen, auch wenn man nicht heilen kann – eine wichtige Rolle, indem mit vorhandenen Mittel versucht wurde, den Patienten zu unterstützen. In der Schrift über die „Einrenkungen“ empfiehlt Hippokrates bei komplizierter Tibiafraktur eine konsequente Wundbehandlung, da eine Einrenkung zum Tod des Patienten führen würde. Obwohl keine *restitutio ad integrum* erreicht werden kann, soll trotzdem eine Behandlung angestrebt werden, um dem Patienten ein Leben mit eingeschränkter Funktion zu ermöglichen.<sup>54</sup>

Dem hippokratischen Arzt wurde eine persönliche Verantwortung für den Patienten übertragen. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass in der Schrift über die Epidemien Krankheitsverläufe bis zum Tod aufgezeichnet sind und der Verfasser den Sterbenden bis zu seiner letzten Stunde als seinen persönlichen Patienten betrachtet hat.<sup>55</sup> Aus dieser Einstellung resultiert auch das Tötungsverbot, das nicht der gängigen Praxis der Antike entsprach und als dermaßen radikaler Lebensschutz einzigartig ist. Obwohl die Auffassung, die hohe Heilkunst der Medizin als *Téchne* zu betrachten, den Hippokratikern nicht fremd war,<sup>56</sup> scheint anhand der bereits aufgeführten Stellen des Corpus Hippocraticum unbestritten, dass der Arzt auch um eine Umsetzung der *Philantropia*, also der einfühlsamen Unterstützung und Tröstung der Notleidenden und Kranken bemüht war. Er versuchte „...aus fremden Leiden eigene Sorgen [zu machen].“<sup>57</sup> Dies war ein wichtiger Schritt auf dem Weg zum Arztbild der Nächstenliebe des christlichen Abendlandes, wobei der Arzt sich um eine selbstlose Hinwendung zum leidenden Nächsten bemüht.

### Zusammenfassung

Wie gezeigt wurde, war der hippokratische Arzt trotz aller Einflüsse des Zeitgeistes bereits

aufrichtig um eine palliativmedizinische Haltung bemüht, die durchaus mit dem Prinzip von „*non nocere*“ zu vereinbaren war.

Der Arzt versucht den Patienten in seiner Gesamtheit zu erfassen, er ist nicht nur für somatische Beschwerden zuständig, sondern schließt seine psychischen und geistigen Bedürfnisse ein und betrachtet das gesamte Umfeld des Patienten – er ist aufgrund seiner Einstellung für psychosomatische Zusammenhänge offen.

Der Hippokratiker beachtet nicht nur die Diagnose, sondern richtet die Behandlung nach der individuellen Prognose des Patienten. Er hinterfragt die therapeutischen Konsequenzen für den jeweiligen Kranken und versucht „Evidence-Based-Medicine“ (Fachwissen) mit individueller Anamnese, Diagnose und Prognose zu vereinbaren. Der Arzt soll in der Lage sein, dem Patienten eine individualisierte Prognose zu übermitteln, was mehr als Aufzählen von Risikofaktoren bedeutet.

Eine kurative Behandlung, die zum gegebenen Zeitpunkt nicht mehr indiziert ist, wird auch nicht begonnen. Wenn der Arzt erkennt, dass eine Heilung nicht ansteht, verlässt er den Patienten nicht, sondern versucht ihn mit palliativen Maßnahmen zu unterstützen. Eine unnötige Therapie kann somit auch abgebrochen werden, um den Patienten nicht zu belasten oder seine Lebensqualität nicht zu verschlechtern.

Die therapeutischen Entscheidungen werden von einer individuellen Prognose geleitet. Es wird nicht das unternommen, was möglich ist, sondern das, was sinnvoll erscheint. Die Verführung durch die Macht des Machbaren und ein daraus resultierender unkritischer Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Mitteln ohne Berücksichtigung therapeutischer Konsequenz soll hinterfragt werden. Aus heutiger Sicht könnte man aus dieser hippokratischen Grundhaltung beispielsweise ableiten, auf belastende diagnostische Abklärungen zu verzichten, wo eine kurative Therapie nicht mehr durchgeführt werden kann.

Der Arzt ist nicht nur für die Heilung, sondern

auch für die Begleitung von chronisch Kranken und ihrer Krankheiten zuständig. Er hat nicht nur einen kurativen, sondern auch einen palliativen, unterstützenden Auftrag, welcher über die somatische Komponente der Erkrankung hinausgeht. Die Reduktion der Palliativmedizin auf terminale, sterbende onkologische Patienten entspricht nicht der hippokratischen Tradition.

Der Arzt versucht die Symptome durch eine breite Palette medizinischer Maßnahmen zu lindern, und lässt sich dabei nicht von einer Ethik der *Téchne*, sondern von einer Ethik der Menschlichkeit, also einfühlsamer Nächstenliebe zum Kranken leiten. Er ist bemüht zu helfen, auch wenn er nicht heilen kann. Er hat dabei auch die Lebensqualität des Patienten vor Augen.

Dem Arzt ist die Verantwortung für die Wahrung des Lebens bis zu seinem natürlichen Ende übertragen, worauf auch das Euthanasieverbot der hippokratischen Tradition beruht. Diese Haltung ist fern von jeglichem Utilitarismus bzw. Überlegungen über die Wertigkeit des Lebens. Auch dem chronisch Kranken sowie Sterbenden steht die gleiche Würde zu, religiöse Bezüge werden in der hippokratischen Tradition nicht ausgeklammert.

Wie aus dieser kurzen, sicher nicht vollständigen Aufzählung hervorgeht, sind die hippokratische Medizin und ihre Einstellung zum chronisch Kranken oder sterbenden Patienten nicht obsolet. Die auf ihren Grundsätzen beruhende palliative Haltung ist auch für den heutigen Mediziner aktuell: Miteinbeziehung der individuellen Prognose in die Therapie, strenge Indikationsstellung vor kurativen Therapieformen, Sinnorientiertheit, ganzheitliche medizinische Betreuung, Beachtung der Lebensqualität unter Wahrung der Würde der Person, Euthanasieverbot als Achtung vor dem Lebensschutz, Verantwortung für den Patienten bis zu seinem Tod, Einsatz breiter palliativer Mittel sowie die Betonung der Tugenden des Arztes, um nur einige zu nennen. Obwohl uns mehr als zwei Jahrtausende von Hippokrates trennen, sind die von seiner *Maxime* des „*nil nocere*“ abgeleiteten Grund-

sätze als Basis für palliativmedizinische Entscheidungen nach wie vor unentbehrlich und hilfreich.

#### Referenzen

- 1 Spaemann R., *Person ist der Mensch selbst*, in Thomas H. (Hg), *Menschlichkeit der Medizin*, BusseSeewald, Herford (1993), S. 261
- 2 Spaemann R., siehe Ref. 1
- 3 Millard C. K., *Euthanasia*, London (1931)
- 4 Singer P., *Praktische Ethik*, Reklam, Stuttgart (1984)
- 5 vgl. von Lutterotti M., *Der Arzt und das Tötungsverbot*, in: Thomas H. (Hg), *Menschlichkeit der Medizin*, Busse Seewald, Herford (1993), S. 177f.
- 6 Präambel, in: Satzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), DGP, Dresden (2010)
- 7 Sigerist H. E., *Anfänge der Medizin*, Zürich (1963), S. 690
- 8 Vgl. auch Beck M., *Hippokrates am Scheideweg*, Ferdinand Schöningh, Paderborn (2001), S. 190
- 9 Steger F., *Das Erbe des Hippokrates*, Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen (2008), S. 86
- 10 vgl. Steger F., siehe Ref. 9, S. 91
- 11 Platon, *Hauptwerke*, Alfred Kröner Verlag, Stuttgart (1973)
- 12 NT, Joh. 9,2
- 13 Wolff U., *Abschied von Hippokrates*, Colloquium Verlag, Berlin (1981), S. 33.; Anm: allerdings scheint dies auch das erstere nicht auszuschließen, bei Homer finden sich auch die Überlegungen die Krankheit als Strafe der Götter, die Gesundheit als Geschenk zu betrachten (vgl. Bergdolt K., siehe Ref. 16, S.25.)
- 14 vgl. Steger F., siehe Ref. 9, S. 96, mehr dazu: von Engelhardt D., *Euthanasie in historischer Perspektive*, Zeitschrift für medizinische Ethik (1993); 39: 15-25
- 15 Das Recht auf Leben an gewisse Bedingungen zu binden ist uns nicht ganz fremd, nicht zuletzt durch die Ideologie des Marxismus und Nationalsozialismus.
- 16 Bergdolt K., *Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute*, Verlag C. H. Beck, München (2004), S. 39
- 17 vgl. von Engelhardt D., siehe Ref. 14, S. 17
- 18 Bergdolt K., siehe Ref. 16, S. 37
- 19 vgl. Bergdolt K., siehe Ref.16, S. 40
- 20 vgl. Steger F., siehe Ref. 9 S. 93
- 21 vgl. Wolff U., siehe Ref. 13, S. 34
- 22 vgl. Bergdolt K., siehe Ref. 16, S. 25
- 23 vgl. Sigerist H. E., siehe Ref. 7, S. 723
- 24 Bergdolt K., siehe Ref. 16, S. 31
- 25 vgl. Wolff U., siehe Ref. 13, S. 60
- 26 vgl. Steger F., siehe Ref. 9, S. 88
- 27 vgl. Prioreshi P., *Did the Hippocratic physician treat hopeless caces?*, Gesnerus (1992); 49: 341-350
- 28 vgl. Bergdolt K., siehe Ref. 16, S. 31
- 29 vgl. Lichtenthaler Ch., siehe Ref. 33, S. 199
- 30 vgl. Wolff U., siehe Ref. 13, S. 48
- 31 Wolff U., siehe Ref. 13, S. 62, vgl. auch Wittern R., *Die Unterlassung ärztlicher Hilfeleistung in der griechischen Medizin der klassischen Zeit*, Münchener Medizinische Wochenschrift (1979); 21: 121
- 32 vgl. Edelstein L., *Der Hippokratische Eid*, Zürich (1969)
- 33 Lichtenthaler Ch., *Der Eid des Hippokrates*, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (1984), S.20
- 34 vgl. Arz de Falco A., *Zum Verhältnis von hippokratischem Eid und moderner Medizinethik*, in: Ausfeld-Hafter B. (Hrsg.), *Der hippokratische Eid und die heutige Medizin*, Peter Lang Verlag, Bern (2003)
- 35 vgl. Lichtenthaler Ch., siehe Ref. 33, S. 183f.
- 36 vgl. Golder W., *Hippokrates und das Corpus Hippocraticum*, Königshausen&Neumann, Würzburg (2007), S. 172
- 37 Hippokrates, *Sämtliche Werke*, Lüneburg Verlag, München (1895), Bd I, S. 452
- 38 lt. Bergdolt K. siehe Ref. 16, S. 26 kann man eine gewisse Art von psychosomatischen Ansätzen in der griechischen Medizin annehmen.
- 39 Hippokrates, siehe Ref. 37, S. 451
- 40 siehe Ref. 37
- 41 vgl. Wittern R., siehe Ref. 31, S. 732
- 42 siehe Ref. 31
- 43 vgl. Bergdolt K., siehe Ref. 16 S. 41
- 44 Hippocrates, siehe Ref. 37, S. 125
- 45 vgl. Golder, siehe Ref.36, S. 174
- 46 Hippocrates, siehe Ref. 37, S. 7
- 47 Lichtenthaler Ch., siehe Ref. 33, S. 189
- 48 siehe Ref. 33
- 49 Zit. nach Wittern R., siehe Ref. 31, S. 733
- 50 vgl. Wittern R., siehe Ref. 31, S. 733
- 51 vgl. Wolff U., siehe Ref. 13, S. 32ff.
- 52 vgl. Glaser S., *Hippocrates and Proctology*, in: Proceedings of the Royal Society of Medicine (1969); 62: 380-381
- 53 Bergdolt K., siehe Ref. 16, S. 41
- 54 vgl. Wittern R., siehe Ref. 31
- 55 vgl. Wittern R., siehe Ref. 31, S. 733
- 56 vgl. Lichtenthaler Ch., siehe Ref. 33, S. 189
- 57 vgl. Bergdolt K., siehe Ref. 16, S. 31f.

Markus Enders

# Das Schicksal in der Antike und seine Bedeutung für das Machbarkeitsdenken heute

Fate in the Ancient World and its Significance for What we Regard as Achievable Today

## Zusammenfassung

Dieser Beitrag rekonstruiert die primär von der Notwendigkeit bestimmte Schicksalserfahrung der abendländischen Antike, indem er zunächst die unpersönliche Schicksalsmacht in ihrem Verhältnis zu Göttern und Menschen erst in den homerischen Epen, dann auch bei Hesiod, Aischylos und Pindar vorstellt. Danach beschreibt er das Schicksal als die frei wählbare Lebensgestalt bei Platon, ferner die Bestimmung des Schicksals als eines universalen kosmologischen Kausalzusammenhangs in der Stoa sowie Ciceros Versuch seiner Vereinbarung mit der menschlichen Willensfreiheit. Abschließend wird die Unterordnung des Schicksalszusammenhangs aller innerweltlichen Ereignisse unter die göttliche Vorsehung in der aristotelischen und platonischen Schultradition, insbesondere bei Boethius, dargestellt und die existenzielle Bedeutung des antiken Schicksalsdenkens für unsere Gegenwart sichtbar gemacht.

**Schlüsselwörter: Schicksal, Schicksalsmacht, Schicksalsnotwendigkeit, Determinismus, Vorsehung**

## Abstract

This paper reconstructs what is central to the ancient Western experience of necessity and fate. I examine the impersonal power of fate in its relation to Gods and mortals, first in the Homeric epic, then in Hesiod, Aeschylus and Pindar. I then present fate as the freely chosen form of life in Plato, and further, as a universal cosmological causal context in the Stoics, as well as Cicero's effort to unite fate with human free will. Finally, I examine the subsumption of fate as the pre-determined totality of inner worldly experiences under divine foreknowledge in Aristotelian and Platonic Scholasticism, in particular in Boethius, and make explicit the existential significance of the ancient concept of fate for contemporary thought.

**Keywords: Fate, power of fate, necessity of fate, determinism, providence**

Prof. DDr. Markus Enders  
 Institut für Systematische Theologie  
 Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
 Platz der Universität 3, D-79085 Freiburg/Breisgau  
 markus.enders@theol.uni-freiburg.de

## 0. Die verschiedenen Bezeichnungen für das Schicksal in der altgriechischen Sprache und ihr semantisches Feld

Die griechische Antike kennt vier verschiedene Begriffe mit einem teilweise sehr unterschiedlichen semantischen Feld für jene Deutungskategorie des menschlichen Daseins, die wir im Deutschen mit „Schicksal“ zum Ausdruck bringen: Es sind dies „Moirā“, „Aisā“, Tyche“ und „Heimarmene“. Dabei bezeichnet „Tyche“, das semantisch in etwa der römischen „fortuna“ entspricht, den Zufallscharakter des vom Menschen erlebten Schicksals, während „Heimarmene“ das unbedingt zwingende Schicksal, d. h. dessen Notwendigkeitscharakter, für den Menschen bedeutet. Diese beiden Schicksalsmächte kommen jedoch noch nicht im frühen griechischen Epos vor, sondern die „Tyche“ erst insbesondere in der neuen Komödie auf dem zeitgeschichtlichen Hintergrund einer „Entleerung des alten Götterglaubens“<sup>1</sup> und die „Heimarmene“ bei Heraklit und dann wieder vor allem in der Stoa, worauf später noch eingegangen werden soll.

Die beiden griechischen Termini, die eine allgemeine, unpersönliche Schicksalsmacht bezeichnen, sind „Moirā“ und „Aisā“. Beide Ausdrücke bedeuten etymologisch „Anteil“; sie bezeichnen in dieser Hinsicht den je besonderen, individuellen Teil, „der einem Menschen am allgemeinen Geschehen zugewiesen ist, also sein Schicksal.“<sup>2</sup>

Dieser vorherrschende Wortgebrauch in den frühgriechischen Epen zeigt einen Grundzug der Schicksalserfahrung in der griechischen und in der römischen Antike an: Schicksal als eine unabänderliche Notwendigkeit, als „in unserer Erfahrung das Nicht-zu-Ändernde, Unentrinnbare, Zwingende“<sup>3</sup> zu verstehen.

### 1. „Moirā“ bzw. „Aisā“ – die unpersönliche „Schicksalsmacht“ in den homerischen Epen

Schon in den homerischen Epen ist das Bewusstsein von einer über allem, über Götter und Menschen, waltenden, unpersönlichen Schicksalsmacht, die sowohl als „Moirā“ als auch als

„Aisā“<sup>4</sup> bezeichnet wird, stark ausgeprägt. Es wird angenommen, dass diese Macht jedem Menschen sein individuelles, persönliches Lebensschicksal bereits von seiner Geburt an zugeteilt habe. „In der berühmten Szene des 6. Buches der *Ilias*, in der Hektors Gemahlin Andromache ihren Mann zum letzten Mal sieht, versucht Hektor den düsteren Vorahnungen seiner Frau mit dem Hinweis zu begegnen, dass sein Schicksal bereits seit seiner Geburt feststeht“<sup>5</sup>:

„Gegen mein Schicksal [Aisā] wird keiner hinab zum Hades mich senden! / Dem Schicksal [Moirā] ist keiner von den Männern jemals entronnen, / ob edel oder gering, nachdem er einmal gezeugt wurde.“<sup>6</sup>

Hektor weiß also um die Unentrinnbarkeit und Unvermeidlichkeit nicht nur seines allgemeinen, sondern auch seines besonderen Todesschicksals, d. h. des Zeitpunkts und der Umstände seines Todes. Genau dies verfügt nach altgriechischem Glauben die unpersönliche Schicksalsmacht „Moirā“ oder „Aisā“ für die Menschen, ohne dass die olympischen Götter dies ändern könnten. Denn, wie ein alter griechischer Spruch sagt: „Mit der Notwendigkeit kämpft selbst ein Gott nicht.“

Religionsgeschichtlich betrachtet, ist diese fatalistische Vorstellung von einer abstrakten, unpersönlichen, blinden, irrationalen Schicksalsmacht für den Menschen älter als die religionsgeschichtlich jüngere Divinisierung dieser Macht, die in den homerischen Epen zwar schon vorbereitet, endgültig jedoch erst von Hesiod vollzogen wird. Diese Entwicklung der Schicksalsidee kann man auch an der Metapher vom Zuspinnen des Schicksalsfadens durch die „Moirā“ oder die „Aisā“ als personifizierte Spinnerin des Schicksalsfadens nachvollziehen. Denn dieses Bild findet sich bei Homer häufiger<sup>7</sup>, einmal<sup>8</sup> auch in Verbindung mit weiteren „Spinnerinnen“, „welche vielleicht das später geläufige Bild von mehreren schicksalsspinrenden Göttinnen vorwegnehmen, als die dann die drei Moiren gelten.“<sup>9</sup> Wie aber konnte es zu dieser Pluralisierung der ursprünglich abstrakten und unpersönlichen Schicksalsmacht und zu



ihrer Divinisierung kommen, die bei Hesiod durch die Einordnung der drei Moiren (Klotho, Lachesis und Atropos) in das Göttersystem als Töchter des Zeus und der Themis vollendet wird?

Die Individualisierung und Konkretisierung des allgemeinen Schicksalsgedankens auf das je meinige Schicksal des Einzelnen hin dürfte zur Pluralisierung der schicksalsgebenden Instanz, d. h. zur Annahme mehrerer Moiren, geführt haben.

### 1.1. Zum Verhältnis zwischen der „Moirai“ und den Göttern in den homerischen Epen

Ursprünglich, d. h. bei Homer, ist die „Moirai“ eine „Person-Bereicheinheit“: „Die Gesamtheit dessen, was dem Menschen zuteil wird, sieht dieser auch als persönliche Gottheit an“<sup>10</sup>. Diese Divinisierung des je eigenen und insofern persönlichen Schicksals ist nur ein, allerdings herausragendes Beispiel für ein in der antiken Religionsgeschichte durchgängiges, allgemeines Phänomen: In dem ihm unverfügbar Gegebenen, ihn gleichsam Übermächtigenden und zugleich für ihn existenziell eminent Bedeutsamen sieht und verehrt der Mensch etwas Göttliches. Daher kommt dem sprachlichen Ausdruck für Gott im Griechischen (θεός) ursprünglich die Bedeutung eines Prädikats für unverfügbare Mächte zu, die für den Menschen existenziell höchst relevant sind, so z. B. für das Gerücht,<sup>11</sup> das Glück-Haben,<sup>12</sup> den Neid<sup>13</sup> und das Wiedersehen.<sup>14</sup> Als gänzlich unverfügbar und zugleich als existenziell höchst bedeutsam aber galt dem frühgriechischen Menschen das je eigene Lebensschicksal. Deshalb hat er zunehmend einen göttlichen Ursprung darin gesehen, hat er die schicksalsgebende Instanz divinisiert.

Diese zunehmende Divinisierung der für den Menschen unverfügbaren, ihn gleichsam überwältigenden Schicksalsmacht kann man bereits an den beiden homerischen Epen feststellen: Denn während in der älteren „Ilias“ das fatalistische Schicksalsverständnis noch deutlich sichtbar wird, innerhalb dessen sich „gelegentlich sogar ein Gott [einer weitgehend abstrakten Schicksalsmacht] ausgelie-

fert fühlen kann“<sup>15</sup>, so verschmilzt in der jüngeren „Odyssee“ die Schicksalsmacht zunehmend mit dem Wirken der Götter, werden diese, vor allem der Göttervater Zeus, daher selbst zur schicksalsbestimmenden Instanz.<sup>16</sup> In diesem Sinne resümiert Heinz-Günther Nesselrath: „In der *Odysee* ist Zeus bereits ein gutes Stück auf dem Weg hin zum vergilischen Iuppiter, der in der *Aeneis* vor allem der Sachwalter des allmächtigen Fatums ist.“<sup>17</sup>

Gleichwohl wirken auch in der „Ilias“ schon die Götter mit der „Moirai“ zusammen, stehen sie dem Schicksal gleichsam als dessen Ausführungsorgane sehr viel näher als die Menschen.<sup>18</sup> Dies zeigt sich sowohl „an der Redeweise, dass die Götter (oder auch bestimmte unter ihnen) dem Menschen etwas ‚zuspinnen‘“<sup>19</sup>, die sich interessanterweise nur einmal in der „Ilias“ (XXIV, 525f.), in der „Odyssee“ jedoch gleich sechsmal belegen lässt (Od. III, 205-209; IV, 207 f.; VIII, 577-580; XI, 539; XX, 195 f.; XVI, 63 f.); als auch an dem ungleich besseren Wissen der Götter um zukünftige Schicksalsereignisse und -abläufe im Vergleich zu dem menschlichen Wissen davon.<sup>20</sup>

Zusammenfassend betrachtet ist daher bei Homer das Verhältnis der Götter zur ursprünglich unpersönlichen, abstrakten Macht des Schicksals nicht ganz eindeutig bestimmt.<sup>21</sup> Die Götter, insbesondere aber Zeus, der mächtigste unter ihnen,<sup>22</sup> sind einerseits gleichsam die Erfüller und Vollstrecker des Schicksals, andererseits stehen sie aber als solche auch unter dem Schicksal.<sup>23</sup> Daher vermögen sie zwar den Gang des einzelnen menschlichen Lebens wie das Schicksal ganzer Völker zu lenken, sind jedoch weitgehend machtlos gegenüber dem Todesgeschick der Menschen.<sup>24</sup>

Dieses ambivalente Verhältnis zwischen den Göttern und der „Moirai“ in der Bedeutung des menschlichen Todesschicksals kommt in der sog. Kerostasie anschaulich zum Ausdruck: Hier werden die Todesschicksale, sei es des griechischen und des trojanischen Heeres (Vgl. Ilias VIII, 69 ff.), sei es die des Hektor und des Achill vor ihrem kriegsentscheidenden Zweikampf (vgl. Il. XXII,

209 ff.), von Zeus auf einer goldenen Waage gewogen. Wessen Todeslos in der Waagschale sinkt, dessen „schicksalhafter Tag“ ist gekommen. Aus dieser Wägung der Todeslose aber kann „weder Unterordnung noch unbedingte Überordnung des Zeus bzw. der Götter unter bzw. über ‚Moirā‘“<sup>25</sup> abgeleitet werden. Denn gewogen wird dabei offensichtlich die in den Seelen der betreffenden Personen noch vorhandene Lebenskraft, so dass die Kerostasie genau genommen den Charakter einer „Psychostasie“ besitzt<sup>26</sup> und damit keinen definitiven Rückschluss auf das Verhältnis der Macht des Zeus zu der der „Moirā“ erlaubt.

Zwar lastet auf den Menschen die Unabwendbarkeit und Unvermeidlichkeit des eigenen Todeschicksals schwer,<sup>27</sup> dennoch ist Homer kein Determinist, dessen fatalistisches Schicksalsverständnis den Menschen jeden eigenen Gestaltungs- und Freiheitsspielraum nehmen würde. Dies zeigt sich besonders am Hauptprotagonisten der Griechen in der „Ilias“, an Achill: Zwar ist Achill nur ein kurzes Lebenslos beschieden (vgl. Ilias I, 414-416), aber nicht für ihn unvermeidlicherweise: Denn wenn er auf die Rache für Patroklos an Hektor verzichtet hätte, wäre ihm ein langes Leben – aber kein unsterblicher Ruhm, für den er sich entscheidet, – beschieden gewesen (vgl. Il. IX, 410-416).<sup>28</sup>

## 1.2. Zur Bestimmung des menschlichen Handelns in der „Odyssee“

In der „Odyssee“ scheint die Bestimmung des menschlichen Handelns durch das Schicksal eine größere Rolle zu spielen: Hier ist die Rückkehr des Odysseus im 20. Jahr seiner Irrfahrt in seine Heimat eine von den Göttern beschlossene Sache (vgl. Odys. I, 16-20; II, 174 f. etc.). Denn die „Moirā“ bzw. die „Aisa“ hat die Rückkehr des Odysseus festgelegt.<sup>29</sup> Zugleich wird diese Heimkehr des Odysseus aber im 1. Buch der „Odyssee“ auch zum Gegenstand „eines formellen Beschlusses der Göttersammlung“<sup>30</sup> gemacht, so dass „diese beiden Dinge (Schicksal und Götterkonsens) miteinander äquivalent“<sup>31</sup> sein dürften. Ist damit das Handeln des

Odysseus als vom Schicksal bzw. dem Mehrheitswillen (gegen Poseidon) der Götter determiniert zu betrachten? Odysseus aber wäre nicht von Homer als der vorbildlich Fromme und Erdulder aller ihm schicksalhaft gegebenen Leiden stilisiert worden,<sup>32</sup> wenn dies nicht auch und sogar wesentlich sein Verdienst gewesen wäre. Deshalb ist Odysseus keine Marionette in den Händen einer göttlichen Schicksalsmacht, ist seine Heimkehr nach Ithaka kein Automatismus. Die „Odyssee“ hat vielmehr einen beispielgebenden, einen lehrhaft-pädagogischen Charakter. Deshalb kann es auch nicht sein, dass „die Menschen der Odyssee ihr Leben offenbar nur noch negativ beeinflussen, nämlich durch eigene Fehler oder Frevel verkürzen“<sup>33</sup> können. Odysseus ist vielmehr der kluge Dulder und als solcher auch der leidende Gerechte und gerade als dieser ein leuchtendes sittliches Vorbild in der griechischen Antike.

## 2. Die Unterordnung der Schicksalsmächte unter Zeus bei Hesiod

Wir hatten schon gesehen: Bei Hesiod werden die Mächte des Schicksals Zeus, dem höchsten Gott und Götterkönig, dadurch untergeordnet, dass sie als Töchter aus seiner Verbindung mit Themis bezeichnet<sup>34</sup> und damit als Ausführungsorgane einer gerechten und somit sittlich guten Weltregierung eines ersten, göttlichen Prinzips verstanden werden.

## 3. Zeus – die schicksalsgebende Instanz bei Aischylos und Pindar

Diese Entwicklung einer Unterordnung der Schicksalsmächte unter die Weltherrschaft eines göttlichen Prinzips setzt sich bei Pindar und bei Aischylos fort: Bei beiden ist Zeus die Gottheit, von deren Wirken letztlich alle Ereignisse abhängen, die in der mythischen Ausdrucksweise als „Herr über alles“<sup>35</sup> die Stellung eines alleinherrschenden metaphysischen Prinzips gewinnt und deren „großer Geist“<sup>36</sup> allwissend und truglos, mithin vollkommen gut ist. Mit dieser Vervollkommnung

der drei basalen Gottesprädikate der Macht, des Wissens und des Willens gewinnt der Götterkönig Zeus in der mythischen Theologie der Griechen die Stellung eines – in philosophischer Begriffssprache bezeichnet – Ersten Prinzips, welches in eine Transzendenz und Erhabenheit nicht nur über die anderen Götter und die Weltordnung, sondern auch über alles menschlich Erkennbare hinaus rückt, so dass der Wille bzw. „Plan“ des Zeus als dem menschlichen Erkenntnisvermögen verborgen erscheint.<sup>37</sup> Dieser zunehmenden Abgeschiedenheit des Götterkönigs entspricht die menschliche Suche nach einer angemessenen Bezeichnung des In-Über-Seins eines weltimmanenten und zugleich welttranszendenten Gottes, der aufgrund seiner Erhabenheit und Einzigkeit an sich namenlos ist und für den der Name des „Zeus“ nur noch eine traditionelle, gewohnheitsmäßige Bezeichnung darstellt.<sup>38</sup> Daher wird „Zeus“ bei Aischylos mit der schicksalsgebenden Instanz (Moirai und Moira) identifiziert,<sup>39</sup> daher geht Pindar davon aus, dass die unentrinnbare „Moirai“ von Zeus kommt.<sup>40</sup>

Bei Euripides geht der Schicksalsglaube stark zurück,<sup>41</sup> um in mythischer Gestalt bei Platon eine neue philosophische Sinndeutung zu erfahren.

#### **4. Der Mensch als seines Schicksals Schmied – die freie Wahl der eigenen Lebensform nach dem sog. „Er-Mythos“ in Platons „Politeia“**

Es war kein Geringerer als Platon, der im Er-Mythos am Ende seines Hauptwerkes „Politeia“ das schon homerische Bild einer „Spindel der Notwendigkeit“ vorstellt, die an den Enden eines säulenartigen Lichtbandes befestigt ist, das den Himmel zusammenhält und die acht Himmelsphären bewegt.<sup>42</sup> Diese Spindel wird „im Schoß der Notwendigkeit“<sup>43</sup> gedreht und stellt ein Bild der acht Himmelsphären dar, und zwar von außen nach innen der Fixsterne, des Saturns, des Jupiters, des Mars, des Merkurs, der Venus, der Sonne und des Mondes. An den Kreisen dieser Spindel drehen die drei Schicksalsgöttinnen, die „Moirai“ (lateinisch „Parcae“, d. h. „Parzen“), welche die

Töchter der Notwendigkeit sind und den Gesang der Himmelsphären singen, und zwar erstens Klotho, die den gegenwärtigen Lebensfaden des Menschen spinnt und daher für die Gegenwart des Schicksals verantwortlich ist; zweitens Lachesis, aus deren Schoß die aus dem irdischen Leben geschiedenen Seelen ihr Schicksalslos in Gestalt ihrer neuen irdischen Lebensform ziehen, und die daher für den Vergangenheitsaspekt des Schicksals zuständig ist; und Atropos, die den Schicksalsfaden eines menschlichen Lebensschicksals zerschneidet und insofern den Zukunftsaspekt dieses Schicksals darstellt. Lachesis repräsentiert also die Vergangenheit, Klotho die Gegenwart und Atropos die Zukunft und damit alle drei „Moirai“ die Gesamtheit der irdischen Lebensgestalt eines Menschen, die daher als ganze einen schicksalshaften Charakter besitzt. Alle drei „Moirai“ also spinnen die Schicksalsfäden zusammen, die das besondere Lebensschicksal eines Menschen ausmachen – ein, wie wir sahen, schon homerisches Bild für die Verkettung von Ereignissen zu dem Ganzen eines Lebensschicksals durch die schicksalsgebende Instanz. Von Platon wird der frühgriechische Schicksalsglaube allerdings insofern durchbrochen, als nach der Rede der Lachesis die Seelen ihr zukünftiges Lebenslos als ihren Daimon selbst auswählen können, sodass die Ursächlichkeit für die neue irdische Lebensform auf Seiten der wählenden Seele und nicht auf Seiten der schicksalsgebenden göttlichen Instanz liegt, sodass Gott, wie Platon wörtlich formuliert, schuldlos ist, und zwar schuldlos an dem Ergehen einer Seele in ihrer neuen irdischen Lebensform.<sup>44</sup> Diese wird nach Platons strikter Überzeugung einer göttlich garantierten Vergeltungskausalität für das menschliche Verhalten bzw. eines durch göttliche Ordnungsmacht installierten und aufrechterhaltenen Tun-Ergehen-Zusammenhangs zwischen der sittlichen Qualität des menschlichen Handelns und dem gesamtpersönlichen Ergehen der Menschen vielmehr von diesen selbst gewählt und verursacht.

## 5. Das Schicksal („Heimarmene“) als ein universaler kosmologischer Kausalzusammenhang und das römische „Fatum“

Die Stoa knüpft mit ihrer Identifizierung der verfügenden Schicksalsmacht mit dem höchsten Gott bzw. der einzigen Gottheit an das frühgriechische Schicksalsverständnis vor Platon an: Dabei ist für das stoische Schicksalsverständnis kennzeichnend, dass das Schicksal als ein universaler kosmologischer Kausal determinismus, d. h. als eine lückenlose Verkettung von Ursachen, verstanden wurde und seinen klarsten Ausdruck in der etymologischen Ableitung des hier bevorzugten griechischen Wortes für „Schicksal“, „εἰμαρμένη“, von „εἰρμός αἰτιῶν“, d. h. „Kette von Ursachen“, gefunden hat.<sup>45</sup> Nach dem Stoiker Chrysipp ist das Schicksal identisch mit dem alles durchwaltenden Weltlogos, der in einer lückenlosen Kette von Ursachen den gesetzlich geordneten Bestand und die Verknüpfung aller Dinge und Ereignisse in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft bestimmt.<sup>46</sup> Daher ereignet sich nach stoischer Lehre alles „gemäß dem Schicksal“, sind die Bewegungen im gesamten Kosmos einschließlich der Menschenwelt vom göttlichen Logos geordnet und geregelt.<sup>47</sup> Folglich sind alle Wesenheiten und Ereignisse im Kosmos in kausalen Zusammenhängen miteinander verbunden. „Der Weise kann durch seine Einsicht in den Weltzusammenhang mit seinen Handlungen dem Schicksal folgen, den Nicht-Weisen wird das Schicksal mitschleifen: ‚Ducunt volentem fata, nolentem trahunt‘.“<sup>48</sup> Das Schicksals-Element der Notwendigkeit beherrscht daher vor allem den stoischen Schicksalsglauben. Der griechische Stoiker Kleantes hat diesen Glauben an eine den Menschen zwingende, ihm eine unbedingte Notwendigkeit auferlegende, ihn gleichsam übermächtigende göttliche Schicksalsmacht in folgende unnachahmliche Worte gekleidet:

„Führ' du mich, Zeus, und du, Pepromene [d. i. das personifizierte Schicksal], wohin der Weg von euch mir ist bestimmt!

Ich folg' euch ohne Zaudern. Sträub' ich mich, so

handle ich schlecht – und folgen muss ich doch.“<sup>49</sup>

In der römischen Stoa spätestens seit augusteischer Zeit ist das Schicksal von dem Willen der Götter und insbesondere der Hochgottheit des Jupiter genau genommen nicht mehr zu trennen. „Dies legt schon die Wortbedeutung *fatum*, eigentlich ‚Gesagtes, Ausspruch‘ (*fari*, ‚sagen‘) nahe: Die *fata* kann man geradezu als ‚Göttersprüche‘ interpretieren, so heißt es in der lateinischen Dichtung auch oft formelhaft *fata deorum*.“<sup>50</sup> Im römischen Nationalepos, der „Äneis“ Vergils, ist das allmächtige *fatum* verschmolzen mit dem Willen Jupiters, des höchsten Gottes.<sup>51</sup> Dass sich im Rahmen dieses tendenziell fatalistischen Verständnisses des Welt- sowie des Lebensschicksals des Einzelnen keine sachlich hinreichende Theorie menschlicher Willens- und Entscheidungsfreiheit entfalten konnte, liegt auf der Hand. Dennoch waren die Stoiker keine strikten Deterministen, sie haben also die menschliche Willensfreiheit keineswegs total und radikal verneint. Denn zumindest das Vermögen der Zustimmung zu den sich unabänderlich vollziehenden Ereignissen, zu dem unverfügbar Vorgegebenen wollten sie für den Menschen noch gewahrt wissen. Systematisch am gründlichsten und auch am ausführlichsten wurde die Frage nach dem Verhältnis zwischen der kausalen Determiniertheit der natürlichen Ereignisketten und der menschlichen Willensfreiheit innerhalb der römischen Stoa von Cicero untersucht, und zwar vor allem in seiner Schrift „De fato“, deren Problemaufriss und Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen.

## 6. Ciceros Vereinbarung des Fatum-Gedankens mit der menschlichen Willensfreiheit in seiner Schrift „De fato“

Cicero übernimmt Chrysipps Definition des Schicksals, wenn er in seiner Schrift „De divinatione“ das Schicksal (*fatum*) wie folgt definiert:

„Mit ‚Schicksal‘ aber meine ich das, was die Griechen mit dem Begriff *heimarméne* erfassen, d. h. die Reihung und Verkettung der Ursachen,

da eine Ursache, mit der andern verknüpft, je eine Wirkung aus sich hervorgehen lässt.“<sup>52</sup>

Im Ausgang von diesem kausaltheoretischen Schicksalsverständnis, das die etymologische Definition des Schicksals bei Chrysipp übernimmt und ins Lateinische überträgt, behandelt Cicero in den Paragraphen 5–11 von „De fato“ zunächst die physisch-kausalen Aspekte der Fatums-Diskussion:

Er stellt zunächst fest, dass zwar die vorausgehenden, natürlichen Ursachen, wie zum Beispiel bestimmte genetische Dispositionen, beim Menschen eine determinierende Wirkung etwa auf seine Begabungsstruktur ausüben, dass aber die Bewegungen und Bestrebungen des menschlichen Willens von Ursachen dieser Art weder weitgehend noch vollständig bestimmt werden.<sup>53</sup> Hierfür führt er zwei in der Antike berühmt gewordene Beispiele geistiger Selbstdisziplin und sittlicher Selbstzucht an, und zwar Stilpo, einen Vertreter der Megarischen Philosophenschule, der trotz seiner zum Zügellosen neigenden sinnlichen Natur ein Vorbild an Selbstbeherrschung und sittlicher Tugend geblieben ist, und nicht zuletzt Sokrates.<sup>54</sup>

Anschließend wird in den Paragraphen 11–38 das Verhältnis zwischen kausalem und logischem Determinismus erörtert, und zwar in Bezug auf das logische Problem des Wahrheitswerts von Aussagen über kontingente zukünftige Ereignisse im Anschluss an Aristoteles, *De int.* 9, und den megarischen Logiker Diodoros Kronos (gest. 307). Dieser hat die logische Notwendigkeit als Beweisgrund für eine kausale Determination aller innerweltlichen Ereignisse verstanden und damit jede Möglichkeit eines freien Entscheidungsspielraums für menschliche Willensakte und Handlungen ausgeschlossen.

Zwischen dieser Skylla eines extremen Determinismus und der von Epikur vertretenen Charvdis eines extremen Indeterminismus, der, um die menschliche Willensfreiheit zu retten, unnötiger- und irrtümlicherweise das logische Bivalenzprinzip für Aussagen aufgibt, spricht sich Cicero für einen dritten, mittleren Weg im allerdings

modifizierten Anschluss an Chrysipp aus, um die menschliche Willensfreiheit und damit die sittliche Verantwortungsfähigkeit des Menschen retten zu können. Denn er hat erkannt, dass alle Ereignisse durch ihnen vorausgehende Ursachen vollständig determiniert wären, wenn alles durch das Fatum geschehen würde.<sup>55</sup>

Cicero folgt Chrysipp in dem Versuch, die Existenz eines Fatums in der Bedeutung einer Ursachenkette natürlicher innerweltlicher Ereignisse mit der Freiheit und damit sittlichen Eigenverantwortlichkeit des menschlichen Handelns in Einklang zu bringen.

Zu diesem Zweck macht er zunächst geltend, dass die Alternative: Entweder unterliegt alles innerweltliche Geschehen dem Fatum oder es muss Ereignisse geben, die keine Ursache haben, falsch gestellt ist: Denn die Bewegung des menschlichen Willens sei Ursache ihrer selbst und somit nicht durch das Fatum determiniert.<sup>56</sup> Zweitens zeigt Cicero, dass die Wahrheit von Aussagen über kontingente zukünftige Ereignisse (die sog. *contingentia futura*) keineswegs implizieren, dass diese Ereignisse kausal determiniert sind. Mit anderen Worten: Es sind auch wahre Aussagen über zukünftige Ereignisse möglich, die nur kontingenter- und damit nicht notwendigerweise eintreten.<sup>57</sup>

Bevor drittens Cicero mit Chrysipp eine Unterscheidung zwischen einer eigentlichen und einer uneigentlichen Form von Ursächlichkeit vornimmt, definiert er zunächst das, was unter einer Ursache angemessener Weise zu verstehen ist: Eine Ursache bewirkt das, wovon sie Ursache ist.<sup>58</sup> Eine notwendige Bedingung für die Ursächlichkeit eines Ereignisses A für ein Ereignis B ist demnach zwar die zeitliche Priorität von A gegenüber B, aber keine hinreichende Bedingung. Diese ist vielmehr erst dann erfüllt, wenn ein Ereignis A einem anderen Ereignis B mit notwendiger Folgewirkung zeitlich vorausgeht. Daran wird offensichtlich, dass keineswegs alle zeitlich vorausgehenden Ereignisse auch Ursachen der ihnen nachfolgenden Ereignisse sind.<sup>59</sup>

Unter Voraussetzung der Gültigkeit dieser Definition von Ursache unterscheidet Cicero mit Chrysipp zwischen Ursachen im eigentlichen Sinne, die er mit Chrysipp vollkommene, hauptsächliche Ursachen nennt und die eine Wirkung mit Notwendigkeit hervorbringen und Instrumentalursachen, die nicht notwendigerweise eine Wirkung hervorbringen und die er mit Chrysipp unterstützende, nächstliegende Ursachen nennt.<sup>60</sup> Während die hauptsächlichen Ursachen gemäß der genannten definitorischen Bestimmung von Ursächlichkeit das, wovon sie Ursache sind, bewirken und damit auch bestimmen, üben die Instrumentalursachen keine determinierende Wirkung auf das aus, wovon sie Ursache sind. Daher hat zwar jedes innerweltliche Ereignis eine Ursache nach Art einer Hilfs- oder Instrumentalursache, ist deshalb jedoch nicht notwendigerweise determiniert. So kann Chrysipp nach der Darstellung Ciceros zwar den Satz, dass alles auf Grund des Fatums sich ereigne, als gültig erweisen: Denn für jedes innerweltliche Ereignis gibt es eine ihm vorausgehende Hilfs- oder Instrumentalursache; er kann aber auch und zugleich die deterministische These widerlegen, dass jedes innerweltliche Ereignis vom Fatum kausal determiniert werde. Denn es gibt Ereignisse wie die Bewegung des menschlichen Willens, die nicht kausal determiniert, sondern selbstbestimmt, d. h. Ursache ihrer selbst sind.<sup>61</sup>

Cicero geht aber über Chrysipps Lösung der Frage nach der Vereinbarkeit eines Fatums mit der menschlichen Willensfreiheit noch hinaus, weil für ihn Chrysipps Annahme, dass Hilfsursachen den menschlichen Willen an der Ausübung seiner selbstursächlichen Tätigkeit nicht hindern können, eine zu schwache Vorstellung von menschlicher Willensfreiheit darstellt. Deshalb führt er die sog. „Zustimmungen“ als Argument im Streit um das Fatum ein. Diese „Zustimmungen“ „bezeichnen die Fähigkeit des Menschen, sich den unwillkürlichen Impulsen seitens der Außenwelt oder der eigenen animalischen Triebe je nach Willensentschluss zu öffnen (= *adsensio*) oder zu

verschließen (= *retensio adsensionis*).“<sup>62</sup> Diesem Argument zufolge wirkt sowohl ein sinnlicher Wahrnehmungseindruck als auch ein triebhaftes Begehren im Menschen nur nach Art einer Hilfs- bzw. Neben-, nicht nach Art einer Hauptursache. Der menschliche Wille behält also in beiden Fällen die Entscheidungsmacht, ob er dem externen Impuls bzw. dem eigenen triebhaften Begehren zustimmen – und damit folgen – will oder nicht.<sup>63</sup>

Damit ist der Entwicklung einer indeterministischen Sicht des menschlichen Schicksals in der Spätantike der Weg geebnet.

## 7. Die Unterordnung des Schicksals unter die göttliche Vorsehung in der aristotelischen und platonischen Schultradition

Die Identifizierung zwischen der unpersönlichen, überlegenen Schicksalsmacht mit dem höchsten Gott oder dem göttlichen Numen, das dadurch zum Schicksalsgeber für die Menschen wird, hat den philosophischen und religiösen Glauben an eine göttliche Vorsehung in der Tradition griechischen Denkens seit Herodot und Platon über die griechische Stoa und den Mittleren Platonismus bis in den philosophischen Hellenismus und den kaiserzeitlichen Platonismus hinein überhaupt erst möglich gemacht. Für diesen religiösen Glauben an eine göttliche Ordnung und Verwaltung dieser Welt hat man schon im antiken Platonismus den Namen der „Vorsehung“ geprägt. Dabei zieht sich in den beiden zuletzt genannten Traditionen der „Topos, dass der Mensch bei blindem Walten des Sch.[icksals] nicht für seine Taten verantwortlich gemacht werden könne und Gesetze und Strafen als überflüssig angesehen werden müssten, [...] durch alle antifatalistischen Schriften bis zur satirischen Gestaltung“.<sup>64</sup> Das bedeutendste Zeugnis der peripatetischen, d. h. in der Schultradition des Aristoteles stehenden, Schicksalstheorie ist diejenige des Aristoteles-Kommentators Alexander von Aphrodisias in dessen Schrift „Über das Schicksal“, in der er die stoische Schicksalslehre auf logischer, ethischer und theologischer Ebene zu wider-

legen versucht hat: „Sch.[icksals]-Glaube sei Flucht vor der Verantwortung und keine philosophische Haltung. Sch.[icksal] sei dasselbe wie ‚Natur‘ [...]; wie der Mensch gegen die Natur handeln könne, so auch ‚gegen das Sch.[icksal]‘. Das in allen Konsequenzen ausgeführte Hauptargument der Kritik führt die auf vernünftiger Erwägung beruhende Wahlfreiheit [...] des Menschen an. Da in der Natur alles zweckgerichtet und der Mensch von Natur aus mit der Fähigkeit zu erwägen ausgestattet sei, wäre diese Möglichkeit ja andernfalls ‚umsonst‘. Wer das vernünftige Wählenkönnen als ‚Prinzip von Handlung‘ [...] leugne, hebe den Menschen selber auf“.<sup>65</sup>

Kaiserzeitliche Platoniker wie Apuleius, Numenius und Plutarch haben die Vorsehung (griech. „Pronoia“) „als Wille des Weltschöpfers dem Sch.[icksal] übergeordnet“;<sup>66</sup> Hierokles spricht daher ausdrücklich von einem „providentiellen Schicksal“. Alles geschehe zwar, wie die Stoiker annehmen, gemäß dem Schicksal, aber nicht alles geschehe mit unbedingter Notwendigkeit, da auch das durch freie Handlung oder Zufall Verursachte bestimmte Folgen hervorbringe.<sup>67</sup> Diese Subordination des Schicksals unter eine göttliche Vorsehung wird vom philosophischen Neuplatonismus noch intensiviert: Das als eine Verkettung von Ursachen verstandene Schicksal wird von dem Neuplatoniker Proklos mit der körperlichen Natur gleichgesetzt: Wie diese beim Menschen von dem in Wahl und Willen freien Geist bestimmt werde, so werde das Schicksal von der Vorsehung als der ersten, göttlichen Ursache aller Güter gelenkt und geleitet.<sup>68</sup>

## 8. Der kausale Schicksalszusammenhang aller innerweltlichen Ereignisse als die raumzeitliche Entfaltung des Inhalts der göttlichen Providenz nach Boethius

Hatte Boethius im dritten Buch seiner *Consolatio philosophiae* theoretisch gezeigt, dass ein als absolute Einheit wesenhaft bestimmtes *summum bonum* die notwendige Voraussetzung für den Bestand<sup>69</sup> und zugleich das gemeinsame Ziel für das natürliche Streben alles Lebendigen ist<sup>70</sup> und dass

dieses kreativ und konstitutiv wirkende, absolute Prinzip eine universelle Herrschaft über alles (sinnlich und intellektuell) Erscheinende ausübt, so wird zu Beginn des vierten Buches die Herrschaft dieses in Wille, Wissen und Macht vollendeten Prinzips über die menschliche *Praxis* angesichts der empirisch manifesten Wirkweise des Bösen<sup>71</sup> und der scheinbar ebenso manifesten Prädominanz der Ungerechtigkeit in der menschlichen *Praxis* grundsätzlich in Frage gestellt.<sup>72</sup>

Die anschließenden Argumente dafür, dass die (moralisch) Guten die in Wahrheit Mächtigen und Starken, die (moralisch) Schlechten dagegen die in Wahrheit Ohnmächtigen und Schwachen sind und dass die Bosheit sich selbst bestraft, die (moralische) Tugend dagegen sich selbst belohnt, sodass Lohn und Strafe und damit Glück und Unglück in Wahrheit doch gerecht verteilt sind,<sup>73</sup> sollen beweisen, dass Gott gerecht, genauer dass seiner Herrschaft auch die menschliche *Praxis* unterworfen ist. Dieser Aufweis ist aber erst dann vollständig, wenn gezeigt werden kann, dass auch das im zweiten Buch der *Consolatio* als prinzipienlos und daher als zuhöchst ungerecht charakterisierte Regiment der *fortuna* über das menschliche Tun und Ergehen in Wahrheit der göttlichen Herrschaft über die menschliche *Praxis* vollständig unterworfen und damit keine eigene Quelle für die Qualität des Guten wie des Bösen ist. Deshalb erhebt Boethius im vierten Buch nach dem Aufweis der Macht des Guten und der Machtlosigkeit des Bösen auch den Einwand, dass das alltägliche Schicksal der Menschen, d. h. das Wirken der *fortuna* selbst, etwas Gutes und Schlechtes hervorbringe, das allerdings nicht gerecht, sondern ungerecht sei und dadurch die uneingeschränkte Herrschaft des guten und gerecht wirkenden (göttlichen) Prinzips über die menschliche *Praxis* zu widerlegen scheine.<sup>74</sup> Dadurch veranlasst er die „Philosophie“ (als Dialogfigur), diesen (weit verbreiteten) Anschein einer „ungerechten Verwirrung“ der menschlichen *Praxis* zu erklären und eine grundsätzliche Verhältnisbestimmung zwischen der göttlichen Vorsehung

und der „Verkettung des Schicksals“,<sup>75</sup> zwischen *providentia* und *fatum*, vorzunehmen. Diese beiden Aufgaben löst die „Philosophie“, indem sie zeigt, dass die Ursache für den falschen Anschein einer Vorherrschaft der Ungerechtigkeit und damit der *fortuna* in der menschlichen Praxis die Unkenntnis des vernünftigen Grundes der universellen Ordnung<sup>76</sup> und dass das Schicksal (*fatum*) nur die zeitlich-weltliche Explikation der Providenz als der innergöttlichen, wesenhaft einfachen Seinsform der von der göttlichen Vernunft zum Vollzug bestimmten Ereignisse ist.<sup>77</sup>

Die *fortuna* ist folglich nur ein Instrument des vollkommenen göttlichen Wirkens und Willens; daraus zieht Boethius eine für die Beurteilung der Qualität des Wirkens der *fortuna* und damit auch aller menschlichen Schicksale zwingende Schlussfolgerung, die die Annahme der Universalität des göttlichen Wirkens bestätigt: Jedes den Menschen treffende Geschick ist, zumindest seiner finalursächlichen Bestimmung nach, uneingeschränkt gut.<sup>78</sup>

Mit den freundlichen oder angenehmen Geschehen werden gute Taten belohnt, aber auch die harten Geschehe dienen eigentlich - sei es durch Bestrafung, sei es durch Prüfung und Erprobung - der Besserung, denn alles, was gerecht oder nützlich ist, ist auch gut.<sup>79</sup> So ist jedes Geschick objektiv oder *ex parte rei* ein *bonum*; welche Wirkung dieses Geschick aber auf den Mensch konkret ausübt, hängt davon ab, wie der Mensch es an- oder aufnimmt und sich zu ihm verhält; daraus aber folgt, dass den Guten jedes Geschick, das angenehme *und* das harte, zum Guten gereicht und seine ihm eigene Wirkung entfaltet, während für die moralisch Schlechten jedes Geschick nachteilige Folgen hat, weil es durch sie gleichsam pervertiert wird.<sup>80</sup> Insofern ist die Gestaltung des Geschicks in die Hände des Menschen gelegt<sup>81</sup> - die Paränese am Ende des vierten Buches<sup>82</sup> setzt die menschliche Willensfreiheit voraus und deutet daher bereits auf das Thema des fünften Buches, die Frage nach der Vereinbarkeit von göttlicher *praescientia* und menschlicher

Willensfreiheit, hin.

Der universellen Schicksalsnotwendigkeit, der *necessitas fatalis*,<sup>83</sup> scheint allerdings das Phänomen des Zufalls zu widersprechen; daher setzt das fünfte Buch der *Consolatio* ein mit dem Aufweis der widerspruchsfreien Vereinbarkeit dessen, was vernünftigerweise unter „Zufall“ verstanden werden muss mit der Annahme der durchgängigen kausalen Bestimmtheit alles zeitlich-weltlichen Geschehens. Dieser Aufweis geschieht in zwei Schritten: Zuerst wird gezeigt, dass sich nur unter der Voraussetzung eines falschen Verständnisses von „Zufall“ als einem Ereignis, das durch eine willkürliche Bewegung und nicht durch eine Verknüpfung von Ursachen hervorgebracht wird,<sup>84</sup> dieser Anschein eines Widerspruchs ergibt. Falsch ist dieses Verständnis von „Zufall“, weil es gegen den naturphilosophischen Grundsatz, dass nichts aus nichts entstehen oder hervorgehen kann, verstöße, sodass es einen solcherart verstandenen „Zufall“ überhaupt nicht geben kann.<sup>85</sup> An die Stelle dieses falschen Verständnisses von „Zufall“ setzt die „Philosophie“ eine Definition von „Zufall“ als das „unerwartete Ergebnis eines Zusammentreffens von Ursachen in dem, was zu irgendeinem Zweck unternommen wurde“.<sup>86</sup>

Die „Philosophie“ (als Dialogfigur) weist auf die aristotelische „Physik“ als Quelle dieser Definition des Zufalls ausdrücklich hin.<sup>87</sup> Aristoteles erörtert nach seiner Abhandlung der vier Ursachen in den Kapiteln 4 – 6 des zweiten Buches der „Physik“ die Frage, ob und inwiefern *τύχη* und *τὸ αὐτόματον* zu den Ursachen gezählt werden können.<sup>88</sup> Im vierten Kapitel referiert er die Lehrmeinung anderer, insbesondere der Atomisten, zu dieser Frage, im fünften Kapitel entwickelt er eine eigene Definition der *τύχη* als einer Ursache im akzidentellen Sinne für diejenigen Ereignisse, die „wegen etwas“ geschehen, d. h. finalursächlich bestimmt sind, und die nach einem Vorsatz erfolgen, den es ohne eine planende Vernunft nicht geben kann, so dass sich *τύχη* und *διάνοια* auf dasselbe Ereignis beziehen.<sup>89</sup> Weil die *τύχη* eine Ursache nur im akziden-



tellen, nicht im eigentlichen Sinne ist, ist sie unbestimmbar und daher auch widervernünftig, sofern der vernünftige Schluss sich auf Dinge bezieht, die immer oder doch in den meisten Fällen so sind, wie sie sind;<sup>90</sup> im *sechsten* Kapitel bestimmt Aristoteles den Unterschied zwischen τύχη und αὐτόματον: Während sich die akzidentelle Ursächlichkeit der τύχη auf Handlungen und damit nur auf die Tätigkeit von Wesen bezieht, die die Fähigkeit zu einem vernünftigen Vorsatz besitzen, trifft der Zufall auch auf Ereignisse zu, die nicht durch eine planende Vernunft akzidentell verursacht sind, so dass zwar alle durch τύχη akzidentell verursachten Ereignisse „zufällig“, nicht aber alle „zufälligen“ Ereignisse durch τύχη akzidentell verursacht sind.<sup>91</sup> Daher definiert Aristoteles die „zufällige“ Ursache als eine nicht finalursächlich wirkende, akzidentelle Ursache, die sich auf finalursächlich bestimmte Ereignisse bezieht, deren (eigentliche) Ursache außer ihnen liegt.<sup>92</sup> Boethius' Begriff des *casus* trägt dieser feinsinnigen terminologischen und sachlichen Unterscheidung bei Aristoteles allerdings nicht Rechnung, sondern er hebt vielmehr allgemein darauf ab, dass der „Zufall“, den er offensichtlich sowohl im Bereich der Handlungen<sup>93</sup> als auch im Bereich nicht vernunftgesteuerter Ereignisse wirksam sieht, als ein – wenn auch unerwartetes, unvermutetes – Zusammentreffen von Ursachen nicht die kausale Determiniertheit alles zeitlichen Geschehens einschränkt oder in Frage stellt; bereits dieser Textvergleich schließt eine unmittelbare aristotelische Autorschaft für die boethianische Definition des Zufalls aus.

Dieses angemessene, weil dem genannten Grundsatz entsprechende Verständnis von „Zufall“ ist schließlich mit der Annahme der kausalen Bestimmtheit alles zeitlich-weltlichen Geschehens insofern vereinbar, als das (unvermutete) Zusammentreffen der zu einem „Zufall“ führenden Ursachen von der „Schicksalsordnung“ bewirkt wird.<sup>94</sup> Daher schränkt selbst der Zufall die durchgängige Kausalität der Schicksalsordnung nicht ein.

## 9. Zur Bedeutung des antiken Schicksalsdenkens für unsere Gegenwart

Worin liegt die überzeitliche Quintessenz des antiken Schicksalsdenkens für unsere Zeit, die die Überzeugung von dem Menschen unverfügbar vorgegebenen Schicksalselementen tendenziell abzuschaffen, zumindest aber drastisch zu reduzieren versucht?

Das antike Schicksalsverständnis lehrt uns die Seite der Notwendigkeit in der menschlichen Schicksalserfahrung neu zu erkennen und anzuerkennen. Denn es gibt natürliche, durch die Naturgesetze bestimmte Ordnungen, deren unverbrüchlicher Gültigkeit unser natürliches Dasein unterliegt und die es überhaupt erst im Sein erhalten. Dabei scheint mir die Notwendigkeit als ein inneres Element der menschlichen Schicksalserfahrung ganz allgemein die Unentrinnbarkeit und Unverfügbarkeit dessen zu bezeichnen, was einem Menschen unabhängig von seinem eigenen, freien Willen, unverfügbar gegeben bzw. vorgegeben ist. Hierzu gehört wesentlich seine Veranlagung, d. h. sein individueller Genpool, mit dem besondere Verhaltensdispositionen sowie individuelle Begabungen und Neigungen, aber auch Schwächen und Anfälligkeiten intellektueller, affektiv-emotionaler und sozialer Natur bereits grundgelegt sind. Es gehören hierzu die natürlich-biologischen und die sozialen Eltern, die zwar nach wie vor in den meisten Fällen, nicht aber notwendigerweise miteinander identisch sind. Die sozialen Betreuungspersonen aber sind es, die einen nachhaltig prägenden, oft sogar bestimmenden Einfluss auf die Entwicklung eines Neugeborenen ausüben, und zwar vor allem in affektiv-emotionaler Hinsicht. Es ist bekanntermaßen seine Kindheit, der ein Mensch die vor allem sein Unbewusstes prägenden seelischen Anfangsgründe seiner späteren Persönlichkeitsentwicklung verdankt, in der etwa in der dyadischen Beziehung zur eigenen leiblichen Mutter ein Urvertrauen, ein tiefes Geborgenheitsgefühl wachsen oder auch bei tiefgreifenden Entzugs- und Verlusterfahrungen abgründige Unsicherheiten und Ängste entstehen

können, unter deren Auswirkungen auch der erwachsen Gewordene meist noch zu leiden, mit deren Hypothek er oft zeitlebens zu kämpfen hat.

Es gehören hierzu das Trauma und die Umstände der eigenen Geburt, die Natalität, sowie das soziale Milieu der Kleinfamilie wie auch des weiteren sozialen Umfeldes, in das ein zunächst ganz hilfsbedürftiges und daher von Fürsorge, Zuwendung und Betreuung gänzlich abhängiges Menschenkind hineingeboren, dem es gleichsam ausgesetzt wird und das für die spätere Entwicklung eines Menschen von grundlegender Bedeutung ist. Zu diesem basalen Element menschlicher Schicksalserfahrung gehören natürlich auch und nicht zuletzt Krankheiten, die zwar oft auch endogen induziert, d. h. von innen, also von dem Schicksalsträger selbst, verursacht sein können, deren Folgen und Wirkungen von dem Betroffenen dennoch als leidbringendes Widerfahrnis empfunden werden, weil sie von ihm gerade nicht gewollt und bewusst herbeigeführt werden, gegen die sich sein natürlicher Überlebens- und Selbsterhaltungstrieb vielmehr auf das Heftigste und Entschiedenste wehrt.

Schließlich gehören zu diesem Element menschlicher Schicksalserfahrung alle einzelnen „Schicksalsereignisse“ im Lebensschicksal eines Menschen, d. h. alle unabsehbaren Geschehnisse, die für einen Menschen die erlebnismäßige Qualität eines Widerfahrnisses besitzen, die gleichsam über ihn kommen, ob er will oder nicht, die ihm also unverfügbar gegeben sind.

Alle diese Momente aber sind für den Schicksalsträger Mensch gleichsam objektiv vorgegebene, d. h. unentrinnbare Notwendigkeiten, unabhängig davon, ob sie als solche bewusst erfahren oder nur unbewusst wahrgenommen und erlebt werden. Sie konstituieren in ihrer Gesamtheit daher einen wesentlichen Teil dessen, was wir alltags- und umgangssprachlich als das Schicksal eines Menschen zu bezeichnen pflegen.

Dass diese Notwendigkeiten den Spielraum bzw. die Entscheidungsmöglichkeiten eines Menschen bestimmen und einschränken, liegt auf der

Hand. Dennoch üben sie keine im strengen Sinne des Wortes determinierende Wirkung auf den Menschen aus, heben sie dessen relative Willensfreiheit nicht auf, wie wir an Ciceros Behandlung der Schicksalsthematik lernen konnten.

Abschließend können wir von der Verhältnisbestimmung zwischen dem Schicksal und der göttlichen Vorsehung in der aristotelischen (bei Alexander von Aphrodisias) und besonders in der platonisch-neuplatonischen Tradition des antiken Denkens, insbesondere bei Boethius, für unsere gegenwärtige Auseinandersetzung mit der Schicksalsthematik lernen, dass die kausale Determiniertheit der innerweltlichen Ereignisse mit der meist religiös motivierten Annahme einer göttlichen Vorsehung, d. h. einer lenkenden, leitenden und den schicksalshaften Gang des je eigenen menschlichen Lebens zu einem guten Ziel und Zweck führenden wollenden göttlichen Hand durchaus vereinbar ist. Wer sich der sanften Regie dieser unsichtbaren Hand ernsthaft anvertraut, verliert dadurch nicht seine Freiheit, sondern findet erst deren Erfüllung.

#### Referenzen

- 1 Pötscher W., *Tyche*, in: *dtv. Der Kleine Pauly. Lexikon der Antike in fünf Bänden*, Bd. 5, Deutscher Taschenbuch Verlag, München (1979), Sp. 1016 (mit den entsprechenden Belegstellen bei Menander und Dyskolos)
- 2 Nesselrath H.-G., *Wenn Zeus an seine Grenzen kommt. Die Götter und das Schicksal bei Homer*, in: Kratz R. G. et al. (Hrsg.), *Vorsehung, Schicksal und göttliche Macht. Antike Stimmen zu einem aktuellen Thema*, Mohr Siebeck, Tübingen (2008), S. 61–82, hier S. 63
- 3 Guardini R., *Freiheit – Gnade – Schicksal. Drei Kapitel zur Deutung des Daseins*, Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz – Paderborn (1994), S. 155
- 4 vgl. Homer, *Ilias*, IX, S. 608; XXIV, S. 224–226 ff.
- 5 Nesselrath H.-G., siehe Ref. 2, S. 62
- 6 Homer, *Ilias*, VI, S. 487–489
- 7 vgl. Homer, *Ilias*, XXIV, S. 206–211; XX, S. 127 f.; *Odyssee*, VII, S. 196–198
- 8 vgl. Homer, *Odyssee*, VII, S. 197
- 9 Nesselrath H.-G., siehe Ref. 2, S. 63; zu dieser Metapher vgl. Steinbach E., *Der Faden der Schicksalsgöttinnen*, Diss. Leipzig (1932)
- 10 Pötscher W., *Moira*, in: *dtv. Der Kleine Pauly. Lexikon der*

- Antike in fünf Bänden*, Band 3, Deutscher Taschenbuch Verlag, München (1979), Sp. 1393
- 11 Hesiod, *Werke und Tage*, S. 764
  - 12 Aischylos, *Choephoron*, S. 60
  - 13 Nauck A., *Tragicorum Graecorum Fragmenta* (1889), S. 827
  - 14 Euripides, *Helena*, S. 560
  - 15 Nesselrath H.-G., siehe Ref. 2, S. 63 f., unter Hinweis auf folgende Episode: „Im 15. Buch der *Ilias* will Ares den Tod seines sterblichen Sohnes Askalaphos um jeden Preis rächen, und wäre mir auch bestimmt [*Moirai*], geschlagen vom Wetterstrahl des Zeus/zu liegen zusammen mit den Toten in Blut und Staub' (*Ilias*, XV, S. 117 f.).“
  - 16 Um nur ein Beispiel zu nennen: Die Heimkehr des Odysseus zu seiner Gattin Penelope nach zwanzigjähriger Irrfahrt ist ihm sowohl von der „*Moirai*“ als auch von den Göttern durch einen Konsensentscheid bestimmt, vgl. Nesselrath H.-G., siehe Ref. 2, S. 79. Und auch der Mensch, insbesondere ein strahlender Held wie Achill, ist, von seinem individuellen Todesschicksal abgesehen, nicht restlos der über ihn verfügenden Schicksalsmacht ausgeliefert, sondern kann den Gang, und zwar gerade die entscheidenden Wendungen, seines Schicksals durch sein eigenes Verhalten mit beeinflussen und bestimmen.
  - 17 Nesselrath H.-G., siehe Ref. 2, S. 82
  - 18 vgl. hierzu die von Nesselrath H.-G., siehe Ref. 2, S. 65-71, gesammelten und gedeuteten Belegstellen
  - 19 Nesselrath H.-G., siehe Ref. 2, S. 68
  - 20 hierzu vgl. Nesselrath H.-G., siehe Ref. 2, S. 67 (mit Belegstellen)
  - 21 vgl. auch Kranz M., *Schicksal*, in: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd. 8, Schwabe Verlag, Basel (1992), Sp.1275: „In den homerischen Epen wird das Schicksal zuweilen über die Götter gestellt, zuweilen ihnen untergeordnet“.
  - 22 Die in die Weltliteratur eingegangene mythische Erzählung von der goldenen am Himmel befestigten Kette (*catena aurea*), an der alle Götter und Göttinnen auch unter Aufbietung ihrer ganzen Kraft niemals Zeus vom Himmel herab nach unten auf den Boden zu ziehen vermöchten, während Zeus, wenn er am anderen Ende dieser Kette zöge, nicht nur alle anderen Götter, sondern auch noch die Erde und das Meer nach oben ziehen und die Kette um die Spitze des Olymp legen könnte (vgl. *Ilias* VIII, 18-27), zeigt im mythischen Bild die unübertreffliche Macht des Zeus, welche die olympischen Götter hervorgebracht und ihnen ihren jeweiligen Aufenthalts- und (begrenzten) Machtbereich zugewiesen hat.
  - 23 vgl. in diesem Sinne auch Pötscher W., siehe Ref. 10, Sp. 1394: „M. und besonders  $\mu$ . ist die Ordnung, welche von den Göttern verwirklicht wird. In gewissem Sinne stehen also Zeus und die Götter über  $\mu$ ., indem sie diese verwirklichen., in gewissem Sinne aber  $\mu$ . über Zeus und den Göttern, da  $\mu$ . die Ordnung ausdrückt, welche diese zu verwirklichen haben.“
  - 24 vgl. Homer, *Ilias*, VI, S. 487-489; vgl. auch den Tod des Sarpedon, den Zeus gerne retten möchte, ohne dies jedoch erreichen zu können, vgl. Homer, *Ilias*, XVI, S. 433 ff.
  - 25 Pötscher W., *Kerostasie*, in: dtv. *Der Kleine Pauly. Lexikon der Antike in fünf Bänden*, Bd. 3, Deutscher Taschenbuch Verlag, München (1979), Sp. 203
  - 26 vgl. hierzu ausführlich Pötscher W., siehe Ref. 25, Sp. 203 f.
  - 27 Homer, *Ilias*, V, S. 407, 440 f.; XVI, S. 688; XVII, S. 446; *Odyssee* XVIII, S. 130 ff.
  - 28 hierzu vgl. Nesselrath H.-G., siehe Ref. 2, S. 78: „So hat der Hauptheld der *Ilias* bei aller Präsenz der Schicksalsvorstellung in diesem Epos doch bemerkenswert große Spielräume, sein Schicksal selbst zu bestimmen.“
  - 29 vgl. Homer, *Odyssee*, V, S. 113-115; 288 f.; 342-345
  - 30 Nesselrath H.-G., siehe Ref. 2, S. 79
  - 31 Nesselrath H.-G., siehe Ref. 2
  - 32 Homer, *Odyssee*, III, S. 209; IV, S. 106 f.; VII, S. 208-212 etc.
  - 33 Nesselrath H.-G., siehe Ref. 2, S. 82
  - 34 vgl. Hesiod, *Theogonie*, S. 904-906: „Ferner die *Moirai*, die Zeus, der Wissende, ehrte aufs Höchste: Klotho, Lachesis, Athropos sind ihre Namen; sie geben Gutes und Schlechtes den sterblichen Menschen.“
  - 35 Pindar, *Fünfte Isthmische Ode*, S. 53
  - 36 Pindar, siehe Ref. 35, S.122
  - 37 Aischylos, *Agamemnon*, S. 160 ff.; Die Schutzflehenden 139.157.822-824
  - 38 Aischylos, *Heliostöchter*, S. 182 f., wird Zeus sowohl mit den Weltbereichen als auch mit dem, was über diese erhaben ist, identifiziert
  - 39 Aischylos, *Prometheus*, S. 511, 516
  - 40 vgl. Pindar, *Zwölfte Pythische Ode*, S. 52 f.; *Sechste Nemeische Ode*, S. 22
  - 41 vgl. Euripides, *Iphig. Aulis*, S. 1136
  - 42 Platon, *Politeia*, X, S. 616 c
  - 43 Platon, siehe Ref. 42, X, S. 617 b
  - 44 vgl. Platon, *Politeia*, X, S. 617 d-e, insb. S. Z. e4 f.: „Die Schuld ist des Wählenden, Gott ist schuldlos.“
  - 45 vgl. Chrysipp, *Fragm.*, 917, 920 f., in: *Stoicorum Veterum Fragmenta* (SVF), ed. v. Arnim H., Bd. II (= Chrysippi fragmenta logica et physica), Teubner, Leipzig (1903),

- S. 265 f.; hierzu vgl. Schulz H., *Schicksal*, IV. (Philosophisch), in: *Theologische Realenzyklopädie*, Bd. 30, De Gruyter, Berlin – New York (1999), S. 116-122, hier S. 117
- 46 vgl. Chrissypp, *Fragm.*, 913, in: SVF, Bd. II, S. 264 f.; *Fragm.*, 1000, in: SVF, Bd. II, S. 293
- 47 hierzu vgl. Schulz H., *Schicksal*, IV. (Philosophisch), wie Ref. 45, S. 116-122, hier: S. 117
- 48 Kranz M., *Schicksal*, HWPh 8, Sp. 1276; dieses Zitat nach Seneca, Ep. ad Lucilium 107,10; vgl. hierzu auch Kuhlmann P. A., *Die Macht des Numinosen in der Welt. Prodigien und Götterwille in Rom*, in: Kratz R. G. et al. (Hrsg.), *Vorsehung, Schicksal und göttliche Macht. Antike Stimmen zu einem aktuellen Thema*, Mohr Siebeck, Tübingen (2008), S. 171-192, hier S. 176: „So glaubte man auch den Zusammenhang von Vorzeichen und den diesen entsprechenden historischen Ereignissen wissenschaftlich erklären zu können. Ein menschliches Fehlverhalten konnte durchaus im Zusammenhang mit einem als Prodigium aufgefassten Erdbeben oder Vulkanausbruch stehen; Omina besaßen prophetische Bedeutung, weil die Zukunft in der Tat vorherbestimmt war.“
- 49 zitiert nach: Pohlenz M., *Die Stoa. Geschichte einer geistigen Bewegung*, Bd. 1, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2. Aufl. (1959), S. 106
- 50 Kuhlmann P. A., *Die Macht des Numinosen in der Welt. Prodigien und Götterwille in Rom*, S. 175
- 51 Vgl. Haecker Th., *Vergil. Vater des Abendlandes*, München 1947, S. 97–107, insb. S. 103: „Jupiter kann das Fatum nicht deshalb nicht ändern, weil es stärker ist als er, der die Macht hat, sondern er kann es nicht ändern, weil das Fatum *sein* Fatum ist – *et sic fata Jovis poscunt* –, weil er der Sager und das Gesagte zugleich ist, weil er selber das Fatum ist, weil in ihm kein äußeres Verhältnis zum Fatum besteht, so daß er anders wollen kann, als er sagt, anders wünschen kann, als er sagt und tut“ (mit Bezug auf Vergil, *Aeneis*, lib. IV, 614).
- 52 Cicero M. T., *De divinatione I*, 125, in: Cicero M. T., *Über die Wahrsagung/De divinatione*. (Lateinisch-deutsch), hg., übers. u. erl. v. Schäublin Chr., (Sammlung Tusculum), Artemis und Winkler, Düsseldorf – Zürich (1991), S. 114-115: „*fatum autem id appello, quod Graeci εἰμαρμένην*, id est ordinem seriemque causarum, cum causae causa nexa rem ex se gignat.“
- 53 vgl. Cicero M. T., *De fato*, V, 9, in: Cicero M. T., *Über das Fatum/De fato*. (Lateinisch-deutsch), hg. v. Bayer K., Artemis und Winkler, München, 2. Aufl. (1976) (im Folgenden abgekürzt mit dem Herausgeber und Seiten- und Zeilenzahl), S. 18,18-20,14
- 54 vgl. Cicero M. T., *De fato*, V,10 (Bayer, S. 20,15-22,14)
- 55 vgl. Cicero M. T., *De fato*, IX,20 – X,21 (Bayer, S. 42,1-21)
- 56 vgl. Cicero M. T., siehe Ref. 55, XII,23 – XII,27 (Bayer, S. 48,1-52,3)
- 57 vgl. Cicero M. T., siehe Ref. 55, XII,28 (Bayer, S. 54,1-11)
- 58 vgl. Cicero M. T., siehe Ref. 55, XV,34 (Bayer, S. 64,17-66,1): „*Causa autem ea est, quae id efficit, cuius est causa, ...*“ Es ist klar, dass Cicero damit eine Definition ausschließlich der Wirkursache vorgenommen hat
- 59 vgl. Cicero M. T., siehe Ref. 55, XV,34 (Bayer, S. 64,3-12)
- 60 vgl. Cicero M. T., siehe Ref. 55, XVIII,41 (Bayer, S. 78,1-17)
- 61 vgl. Cicero M. T., siehe Ref. 55, XVIII,41-42 (Bayer, S. 78,18-80,5)
- 62 Bayer K., *Kommentar zu De fato*, in: Bayer (Hrsg.), *Cicero M. T., De fato*, S. 156
- 63 vgl. Cicero M. T., *De fato*, XVIII, 42 – XIX, 45 (Bayer, S. 80,6-86,9)
- 64 Kranz M., *Schicksal*, HWPh 8, Sp. 1277
- 65 siehe Kranz M., Ref. 64
- 66 siehe Kranz M., Ref. 64
- 67 vgl. Kranz M., Ref. 64 (mit den entsprechenden Belegstellen)
- 68 vgl. Kranz M., Ref. 64, Sp. 1278 (mit den entsprechenden Belegstellen)
- 69 vgl. Bieler L., *A.M.S. Boethii Philosophiae Consolatio*, 2. Aufl., Brepols, Turnhout, (1984) (= CCSL Bd. 94, zit. mit Angabe des Buches, des Prosastückes und des Abschnitts bzw. des Metrums und der Zeile), III, S. 11,10-13
- 70 vgl. Bieler L., Ref. 69, III, S.11,30-41
- 71 Und zwar trotz der bereits im dritten Buch der *Consolatio* bewiesenen Substanzlosigkeit bzw. wesenhaften Nichtigkeit des Bösen, die aus dem Begriff der göttlichen *Allmacht* geschlossen wird, vgl. III 12,27-29: *Qui uero est, inquit, omnium potens, nihil est quod ille non possit. Nihil, inquam. Num igitur deus facere malum potest? Minime, inquam. Malum igitur, inquit, nihil est, cum id facere ille non possit qui nihil non potest. Siehe Bieler L., Ref. 69, 34: nec ullam mali esse naturam.*
- 72 vgl. Bieler L., Ref. 69, IV, S. 1,3-5: *Sed ea ipsa est vel maxima nostri causa maeroris quod, cum rerum bonus rector existat, vel esse omnino mala possint vel impunita praetereant; quod solum quanta dignum sit ammiratione profecto consideras. At huic aliud maius adiungitur; nam imperante florenteque nequitia virtus non solum praemiis caret, verum etiam sceleratorum pedibus subiecta calcatur et in locum facinorum supplicia luit. Quae fieri in regno scientis omnia, potentis omnia, sed bona tantummodo volentis dei nemo satis potest nec ammirari nec conqueri.*
- 73 Courcelle P., *Neuplatonismus in der Consolatio Philosophiae*, in: Beierwaltes W. (Hrsg.), *Platonismus in der*

*Philosophie des Mittelalters*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt (1969), S. 91-93, hat angesichts der offenkundigen Tatsache, daß Boethius mit diesen Überlegungen wie überhaupt in der ganzen ersten Hälfte des vierten Buches der *Consolatio* im wesentlichen den Argumenten in Platons *Gorgias* folgt, die begründete Vermutung geäußert, daß Boethius für das vierte Buch der *Consolatio* den verloren gegangenen *Gorgias*-Kommentar des Ammonios Hermeiou als maßgebliche Quelle benützt habe.

- 74 vgl. Bieler L., Ref. 69, IV, S. 5,2-6, Hervorhebung vom Verfasser: Sed in hac ipsa fortuna populari non nihil boni maliue inesse perpendo; neque enim sapientum quisquam exsul inops ignominiosusque esse malit potius quam pollens opibus, honore reverendus, potentia validus in sua permanens urbe florere. Sic enim clarius testatiusque sapientiae tractatur officium, cum in contingentes populos regentium quodam modo beatitudo transfunditur, cum praesertim carcer, nex ceteraque legalium tormenta peonarum perniciosius potius ciuibus, propter quos etiam constitutae sunt, debeantur. Cur haec igitur versa vice mutantur scelerumque supplicia bonos premant, praemia virtutum mali rapiant, vehementer ammiror, quaeque tam iniustae confusionis ratio videatur ex te scire desidero. Minus etenim mirarer si misceri omnia fortuitis casibus crederem. Nunc stuporem meum deus rector exaggerat. Qui cum saepe bonis iucunda, malis aspera contraque bonis dura tribuat, malis optata concedat, nisi causa deprehenditur, quid est quod a fortuitis casibus differre videatur?
- 75 vgl. Bieler L., Ref. 69, IV, S. 6,4: ... de fati serie; vgl. hierzu auch den Terminus *necessitatis catena* (In *De interp.* II [246,17 f.]). Zur antiken Tradition der Auffassung von Heimarmene bzw. *Fatum* als einer (lückenlosen) Ursachenkette im Ganzen vgl. Greene W.C., *Moirai. Fate, Good and Evil in Greek Thought*, Harvard University Press, Cambridge/Mass. (1948); Theiler W., *Tacitus und die antike Schicksalslehre*, in: Ders., *Forschungen zum Neuplatonismus*, De Gruyter, Berlin (1966), S. 46-103
- 76 vgl. Bieler L., Ref. 69, IV, S. 5,7, Hervorhebung vom Verfasser: Nec mirum, inquit, si quid ordinis ignorata ratione temerarius confusumque credatur; sed tu quamvis causam tantae dispositionis ignores, tamen, quoniam bonus mundum rector temperat, recte fieri cuncta ne dubites. Zum im vierten Buch der *Consolatio* zentralen Ordo-Denken des Boethius vgl. Vf., *Das metaphysische Ordo-Denken in Spätantike und frühem Mittelalter: Bei Augustinus, Boethius und Anselm von Canterbury*, in: *PhJ* 104 (1997), S. 349-357. – Einen noch weitergehenden Grund für diese Unkenntnis nennt das folgende Metrum: Dem Verborgenen und daher Ungewohnten

begegnen die meisten Menschen mit Mißtrauen, daher hat es die Philosophie, deren ureigenste Aufgabe es ist, "die Ursachen der verborgenen Dinge zu enthüllen und die vom Dunkel verhüllten Gründe zu entfalten" (vgl. Bieler L., Ref. 69, IV 6,1), bei ihnen auch so schwer, vgl. Bieler L., Ref. 69, IV, S. 5, metrr., S. 18-22: illic latentes [sc. causae] pectora turbant. Cuncta quae rara provehit aetas stupetque subitis mobile vulgus, cedat inscitiae nubilus error, cessent profecto mira videri! Diese Aufgabenbestimmung (natur-) philosophischer Forschung, die "verborgenen Ursachen der Dinge" zu erkennen, wird in der Antike nahezu durchgängig vertreten, vgl. hierzu die von Gruber J., *Kommentar zu Boethius De Consolatione Philosophiae*, De Gruyter, Berlin – New York (1978), S. 85f., genannten Stellen

- 77 Die drei einander ergänzenden Definitionen des *fatum* und die drei ebenfalls komplementären Definitionen der *providentia* lauten ihrer Reihenfolge nach: Cons. IV 6, 8, 21-26, Hervorhebung v. Vf.: Haec [sc. mens divina] in suae simplicitatis arce composita multiplicem rebus gerendis modum statuit. Qui modus cum in ipsa diuiniae intelligentiae puritate conspicitur, providentia nominatur; cum vero ad ea quae movet atque disponit refertur, *fatum* a veteribus appellatum est. Cons. IV 6, 9, 26-30, Hervorhebung v. Vf.: nam providentia est ipsa illa divina ratio in summo omnium principe constituta quae cuncta disponit, *fatum* vero inhaerens rebus mobilibus dispositio per quam providentia suiis quaeque necit ordinibus. Cons. IV 6, 19, 33-36, Hervorhebung v. Vf.: [...] ut haec temporalis ordinis explicatio in divinae mentis adunata prospectum providentia sit, eadem vero adunatio digesta atque explicata temporibus *fatum* vocetur. Zu diesen Definitionen vgl. die gute Zusammenfassung von Gruber J., *Kommentar zu Boethius De Consolatione Philosophiae*, op. cit., S. 352: „Vorsehung ist die in Gott gegründete, alles ordnende Vernunft; das Schicksal ist eine den beweglichen Dingen innewohnende Ordnung, durch die alles in einer Reihe mit der Vorsehung verknüpft ist. Alles, was dem Schicksal unterworfen ist, unterliegt auch der Vorsehung, der wiederum das Schicksal selbst untersteht.“ Zu den neuplatonischen Quellen dieser Definitionen des *fatum* vgl. Patch H. R., *Fate in Boethius and the Neoplatonists*, *Speculum* (1929); 4: 62-72; zur neuplatonischen Herkunft dieser Unterscheidung zwischen *providentia* und *fatum* vgl. ausführlich Courcelle P., *Neuplatonismus in der Consolatio Philosophiae des Boethius*, in: Beierwaltes W. (Hg.), *Platonismus in der Philosophie des Mittelalters*, op. cit., S. 87 ff.; ders., *La Consolation de Philosophie dans la tradition littéraire. Antécédents et Postérité de Boèce*. *Études Augustiniennes*, Paris (1967), S. 203-208. Courcelle P. op. cit., S. 87-90, gelang zudem der

- Nachweis, dass das von Boethius für die Verhältnisbestimmung von *providentia* und *fatum* gebrauchte Bild des Kreises in seinem Verhältnis zum Kreismittelpunkt (vgl. Cons. IV 6, 17) genuin proklischer und nicht, wie Patch annahm, plotinischer Herkunft ist (zum Ganzen vgl. auch Obertello L., *Il fato e la provvidenza*, in: ders., *Severino Boezio Bd. I*, Accademia Ligure di Scienze e Lettere, Genua 1974, S. 700 ff.
- 78 vgl. Bieler L., Ref. 69, IV, S. 7,1 f., Hervorhebung vom Verfasser: *Iamne uides quid haec omnia quae diximus consequatur? - Quidnam? inquam. - Omnem, inquit, bonam prorsus esse fortunam.*
- 79 vgl. Bieler L., Ref. 69., IV, S. 7,3: *Attende, inquit. Cum omnis fortuna vel iucunda vel aspera tum remunerandi exercendiae bonos tum puniendi corrigendiae improbos causa deferatur, omnis bona quam vel iustam constat esse vel utilem. Weil ein Gut stets das ist, was nützt, ist das Geschick, das übt oder bessert, auch gut, vgl. Cons. IV 7, S. 8 f., Hervorhebung vom Verfasser: *Nonne igitur bonum censes esse quod prodest? - Ita est, inquam. - Quae uero aut exercet aut corrigit, prodest? - Fateor, inquam. - Bona igitur? - Quidni?**
- 80 vgl. Bieler L., Ref. 69, IV, S. 7,15 f.: *Ex his enim, ait, quae concessa sunt evenit, eorum quidem qui vel sunt vel in possessione vel in propectu uel in adeptione virtutis omnem quaecumque sit bonam, in improbitate vero manentibus omnem pessimam esse fortunam. - Hoc, inquam, verum est, tametsi nemo audeat confiteri.*
- 81 vgl. Bieler L., Ref. 69, IV, S. 7,22: *In vestra enim situm manu qualem vobis fortunam formare malitis; omnis enim quae videtur aspera, nisi aut exercet aut corrigit, punit.*
- 82 vgl. Bieler L., Ref. 69., IV, S. 7, S. 17-22
- 83 vgl. Bieler L., Ref. 69, IV, S. 6,55, Hervorhebung vom Verfasser: *malum omne de rei publicae suae terminis per fatalis seriem necessitatis eliminet [sc. deus]. Zur mutmaßlichen Herkunft dieses Terminus aus Cicero, *De natura deorum* 1,49 und 55, vgl. Gruber J., *Kommentar*, op. cit., S. 364*
- 84 vgl. Bieler L., Ref. 69, V, S. 1,8, Hervorhebung vom Verfasser: *Si quidem, inquit, aliquis eventum temerario motu nullaque causarum conexione productum casum esse definiat, (...).*
- 85 vgl. Bieler L., Ref. 69, V, S. 1,9 f., Hervorhebung vom Verfasser: *Nam nihil ex nihilo existere uera sententia est, cui nemo umquam veterum refragatus est, quamquam id illi non de operante principio sed de materiali subiecto hoc omnium de natura rationum quasi quoddam iecerint fundamentum. At si nullis ex causis aliquid oriatur, id de nihilo ortum esse uidebatur; quodsi hoc fieri nequit, ne casum quidem huius modi esse possibile est qualem paulo ante definiuimus. Zur Herkunft dieses «Grundsatzes» vgl. ausführlich Gruber J., *Kommentar*, op. cit., S. 379 f.*
- 86 vgl. Bieler L., Ref. 69, V, S. 1,18, Hervorhebung vom Verfasser: *Licet igitur definire casum esse inopinatum ex confluentibus causis in his quae ob aliquid geruntur eventum.*
- 87 vgl. Bieler L., Ref. 69, V, S. 1,12
- 88 vgl. Aristoteles, *Physik*, 195b31 ff.
- 89 vgl. Aristoteles, Ref. 88, 197a5-8
- 90 vgl. Aristoteles, Ref. 88, 197a8-21
- 91 vgl. Aristoteles, Ref. 88, 197a36-b22
- 92 vgl. Aristoteles, Ref. 88, 197b18-20
- 93 vgl. Bieler L., Ref. 69, V, S. 1,13-17
- 94 vgl. Bieler L., Ref. 69, V, S. 1,19: *Concurrere uero atque confluere causas facit ordo ille inevitabili conexione procedens qui de providentiae fonte descendens cuncta suis locis temporibusque disponit.*

### Komaforschung: Neue Terminologie soll Patienten schützen

Patienten mit schwer geschädigtem Gehirn, die zwar ihre Augen öffnen und schließen, scheinbar aber auf keinen Impuls aus der Außenwelt reagieren, wurden in der bisher herrschenden englischen Terminologie als in einem "anhaltenden vegetativen Zustand" befindlich bezeichnet (persistent vegetative state, PVS; im deutschen Sprachraum meist "Wachkoma" genannt): Ein Ausdruck, der Unabänderlichkeit und Gehirntod suggeriert. Das führe zum Abbruch der Rehabilitation, Vernachlässigung und manchmal zu ethisch noch bedenklicheren Entscheidungen, wie die Einstellung von Ernährung oder anderer lebenserhaltender Maßnahmen, erklärte der belgische Neurologe Gustave Moonen anlässlich der 21. Jahrestagung der Europäischen Neurologen-Gesellschaft (ENS) in Lissabon.

Moonen schlägt nun gemeinsam mit der Europäischen Taskforce für Bewusstseinsstörungen eine neu entwickelte Terminologie vor. Moonen: "Statt eines monolithischen Terminus, der Hoffnungslosigkeit impliziert, schlagen wir eine sorgfältige Unterscheidung der subtilen Schattierungen der Zustände verminderten Bewusstseins vor, soweit wir heute imstande sind, sie zu diagnostizieren." Patienten mit einem funktionierenden Schlaf-Wach-Rhythmus, die jedoch keine Reaktion auf Anweisungen und ausschließlich reflektorische Bewegungen zeigen, komme die Bezeichnung "Wachheit ohne Kontaktaufnahme" zu; was bisher als "minimal conscious state" ("Zustand minimalen Bewusstseins") bezeichnet wurde, soll durch "minimal responsive state" ("Zustand mit minimaler Kontaktaufnahme") ersetzt werden. In Zukunft sollte "funktionales Locked-in-Syndrom" als Terminus für jene Patienten verwendet werden, die zwar keine Verhaltensreaktionen zeigen, bei denen sich aber eine annähernd normale Gehirnaktivität feststellen lässt. Sie scheinen klar bei Bewusstsein zu sein, aber nicht fähig, ihren Körper zur Kommunikation zu benutzen. "Insgesamt hoffen wir, dass diese neuen Bezeichnungen einen Wandel in der ethischen Einstellung gegenüber Patienten, die seitens ihrer Umwelt mehr und nicht weniger Zuwendung brauchen, einläuten werden - denn diese Menschen haben keine Möglichkeit, ihr Recht auf menschlichen Kontakt selbst einzufordern", betonte Co-Autor Steven Laureys von der Coma Science Group in Lüttich/Belgien.

*Presseausendung der Europäischen Neurologen-Gesellschaft (ENS), 30. Mai 2011*

### Studie: Wissenschaftler entdecken vielversprechende Stammzellen in der Lunge

US-Forscher haben Stammzellen in der menschl-

chen Lunge entdeckt. Nach der Injektion in Mäuse stellten diese Stammzellen geschädigte Lungenareale wieder her. Das Team um Piero Anversa, Direktor des Center for Regenerative Medicine at Brigham and Women's Hospital (Harvard/Boston) war selbst vom Ergebnis überrascht: Innerhalb von nur zwei Wochen zeigten die Lungenstammzellen ihre Vielseitigkeit im Wiederaufbau von Atemwegen, Lungenbläschen und Blutgefäßen, berichten die Autoren im *New England Journal of Medicine*. Inwieweit die Ergebnisse auch neue Chancen für Patienten mit Emphysem und anderen Lungenkrankheiten eröffnet, ist nun Gegenstand weiterer Forschungen.

Zunächst hatten die Wissenschaftler bei nicht brauchbaren Spenderlungen Lungenstammzellen mit speziellen Markern isoliert. In den folgenden Testserien stellte sich heraus, dass diese Zellen über alle Eigenheiten von richtigen Stammzellen verfügten: Sie besaßen die Fähigkeit zur Selbsterneuerung, sie konnten als Klon vermehrt werden und sie waren in der Lage, sich in Lungengewebe zu differenzieren. Diese in die geschädigten Lungen von Mäusen eingebrachten humanen Lungenstammzellen regenerierten die geschädigten, indem sie eine Vielzahl verschiedener Zellstrukturen bildeten, die sich in die knifflige Lungenstruktur einfügten, berichtet *Eurekalert*.

In einem begleitenden Editorial wird erläutert, dass sich nach bisher gängiger Meinung keine einzelne Zelle in der Lunge in verschiedene Zelltypen differenzieren könne, auch wenn bekannt war, dass sich bestimmte Zellen in jeweils einen anderen, spezifischen Typ verändern konnten (z.B. Endothelzellen oder Zellen der Schleimhaut der Atemwege). In der vorliegenden Studie sei es aber den Forschern gelungen, 21 Proben von normalen humanen Stammzellen in Nischen der peripheren Luftwege aufzuspüren und zu gewinnen, die sie dann im Teströhrchen erfolgreich zum Wachsen bringen konnten. Damit eröffnet sich ein hoffnungsvoller Ansatz, irreversibel geschädigte Lungenstrukturen wie z.B. beim Emphysem und bei der Lungenfibrose einmal wiederherstellen zu können.

*New England Journal of Medicine (2011,364:1795-1806)*

*Eurekalert, 11. Mai 2011*

### Public Health: Präventive Medikamente kosten viel und nützen wenig

Dass Medikamente, die präventiv verordnet werden, in der Realität einen geringen Kosten-Nutzen-Effekt haben, zeigt nun auch eine finnische Studie, berichtet das Deutsche Ärzteblatt bezüglich der Arzneimittelgruppe der Bisphosphonate. Sie zählt zu den am meisten ver-

abreichten Präventivmedikamenten, um Frakturen auf dem Boden einer Osteoporose vorzubeugen. Die Ergebnisse der im *British Medical Journal* durchgeführten Studie unter der Leitung des Orthopäden Teppo Järvinen vom Universitätsspital in Tampere legen jedoch nahe, dass die tatsächliche Kosten-Nutzen-Relation dieser Medikamente im Alltag anders aussehen kann als in den Studien. Denn die Studienergebnisse weisen nach Meinung der Autoren „einen Mangel an Realitätsbezug“ auf. Faktoren für eine mögliche Verzerrung seien, dass Patienten der klinischen Studien oft sorgfältig für die Studie ausgewählt werden und währenddessen meist eine höhere Zuwendung durch die Betreuer erfahren als im Alltag. Die Wissenschaftler erforschten genauer, wie gut die täglich verordneten Arzneimittel dieser Art im klinischen Alltag tatsächlich sind und setzten eine Studie von 2003, die Daten über 7.411 wegen einer Hüftfraktur operierte Patienten enthält, in Korrelation zur präventiven Medikation. Am Ende ihrer Analyse kamen sie zu der Einschätzung, dass eine Medikation der 1,86 Millionen über 50-jährigen Finnen mit Bisphosphonaten lediglich 343 Frakturen (etwa zwei in 10.000) verhindern würde.

Die Autoren meinen, dass es bei präventiv verordneten Medikamenten bislang keine zuverlässigen Daten über deren Kosten-Effektivität unter Alltagsbedingungen gäbe. Sie fordern, dass man solche Medikamente nicht als kosteneffektiv proklamieren sollte, bevor diese nicht in einer adäquaten Alltagssituation getestet wurden.

*Deutsches Ärzteblatt, 4. Mai 2011*

*British Medical Journal (April 2011; doi: 10.1136/bmj.d2175)*

### **Studie: Terminalpatienten wollen mehr Lebensqualität, aber nicht länger leben**

Eine Umfrage bei über 9.000 Menschen in sieben europäischen Ländern zeigt, dass die Mehrheit im Fall einer Krebserkrankung am Lebensende dessen Qualität verbessern, das Leben aber nicht verlängern will. Die Untersuchung wurde im Rahmen des EU-Projektes PRISMA von Forschern des *King's College London* durchgeführt. Ziel der PRISMA-Forschungsgruppe ist es, mehr Augenmerk auf die Lebensqualität parallel zu möglicherweise lebensverlängernden Behandlungen zu richten und die Forschung zu Bedürfnissen von Krebskranken in der Terminalphase zu intensivieren.

Von den 9.339 Menschen, die in Deutschland, Großbritannien, Belgien, Polen, Spanien, Italien und den Niederlanden telefonisch über ihre Erwartungen an die Pflege am Lebensende befragt wurden, hatten 70 Prozent den Tod eines Verwandten oder nahen Freundes bereits miterlebt. Mehr als die Hälfte hatte sich selbst um

diese Personen gekümmert. 10 Prozent der Befragten litt selbst an einer schweren Krankheit. Das Ergebnis: 71 Prozent gaben an, sie wollten die Lebensqualität ihrer noch verbleibenden Zeit heben; 4 Prozent wollten die Zeit des Lebens noch verlängern, während für 25 Prozent beides gleichermaßen wichtig schien. In allen Ländern zählten „Schmerzen“, gefolgt von „anderen zur Last zu fallen“ zu den größten Sorgen.

Die Palliativmedizinerin des *King's College* und wissenschaftliche Leiterin von PRISMA, Irene Higginson, warnte alle, die mit der Pflege für schwerstkranke Menschen betraut sind, über medizinische Maßnahmen – so wichtig sie auch sein mögen – die Auswirkungen der Krankheit selbst auf die Person und deren Familie zu vergessen. Ein Umdenken in Richtung Erfassung von Symptomen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen sei dringend nötig, um auf die Prioritäten von Patienten und Familien adäquat reagieren zu können, betonen die Mediziner.

*King's College London, 28. März 2011*

### **Deutschland: Ärzte besorgt über exzessiven Medienkonsum Heranwachsender**

Kinder- und Jugendärzte sind besorgt über die Fernseh- und Internetnutzung von Heranwachsenden. „Der Medienmissbrauch mit all seinen psychosozialen und gesundheitlichen Folgen ist eine neue Herausforderung“, hieß es beim Jahreskongress des *Deutschen Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte*. Allerdings wolle man die Medien nicht generell verteufeln: „Erst die Dosis macht das Gift“, sagte Tagungsleiter Uwe Büsching. Dass Kinder und Jugendliche sich vielfach nicht mehr direkt zum Spielen treffen, verändere das Sozialverhalten gegenüber früher. Folgen seien u. a. mangelnde Fähigkeiten der Konfliktbewältigung. Zudem gebe es einen Zusammenhang zwischen exzessivem Internetkonsum einerseits und zunehmender Dickleibigkeit sowie sinkender Sportlichkeit von Heranwachsenden andererseits. Zur Begründung ihrer Sorge verwiesen die Fachmediziner auf Zahlen des *Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen*. Demnach besitzen inzwischen mehr als 60 Prozent aller Jugendlichen einen eigenen Fernseher, und etwa 70 Prozent verfügen über einen eigenen Computer. Diese Geräte nutzen beispielsweise 15-jährige Mädchen täglich mehr als sechs Stunden, bei gleichaltrigen Buben seien es sogar rund 7,5 Stunden.

*Focus, 1. April 2011*

### **PID: Warum der Staat kein Recht zur Menschenselektion erteilen darf**

Der ehemalige deutsche Bundesverfassungsrichter



Ernst-Wolfgang Böckenförde hat sich in der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* für ein striktes Verbot von Gentests an im Reagenzglas erzeugten Embryonen ausgesprochen. Die Präimplantationsdiagnostik (PID) sei ein Selektionsinstrument und missachte die Würde des Menschen. Es gebe keine „Zeugung auf Probe“, betont der Jurist. Menschliches Leben auszusortieren widerspreche dem deutschen Grundgesetz und der Menschenwürde des Embryos. In seinem Kommentar zeigt der Jurist auf, warum die Straffreiheit der Abtreibung des Kindes bei Behinderung kein Argument für die PID sein kann.

Auch eine Krankheit oder ein genetischer Defekt allein könne niemals Grund genug für eine medizinische Indikation des Schwangerschaftsabbruchs sein. „Die heute verbreitete Praxis ist ein faktischer Missbrauch der Vorschrift“, erklärt er mit Bezug auf das Gesetz, das eine körperliche oder seelische Beeinträchtigung der Schwangeren als Voraussetzung für eine Abtreibung benennt. Die Korrektur sollte an einer strengeren Handhabung der Abtreibung von Behinderten und an einer stärkeren Verteidigung des Lebensrechts jedes Menschen ansetzen – statt in der Debatte eine falsche Praxis der Pränataldiagnostik (PND) als Argument für die Rechtfertigung für die PID zu missbrauchen.

Der Jurist warnt weiters davor, die Menschenwürde in „kleine Münze“ auszufalten. Wer eine bestimmte Phase des Lebensprozesses von der Anerkennung und Achtung, die dem Menschen von seiner Würde her geschuldet ist, ausnimmt oder die Würde prozesshaft abzustufen versucht, „reißt ein Loch in die Entwicklung des einzelnen individuellen Menschen selbst“. Die Anerkennung der Würde des Menschen ist an seine Existenz gebunden, nicht an Eigenschaften.

Gegen die PID spreche, dass sie nicht in Gang gesetzt werde, „um den Wunsch nach einem Kind zu erfüllen“, sondern, „um den Wunsch nach einem nicht mit bestimmten genetischen Defekten behafteten, insoweit gesunden Kind zu erfüllen“. Deutlicher könne nicht zum Ausdruck kommen, dass ein so entstehendes Kind „keinen Anteil an menschlicher Würde, am Dasein um seiner selbst willen hat“, analysiert Böckenförde. Über den Embryo werde bei Durchführung der PID wie über eine Sache entschieden, zwischen lebenswert und lebensunwert unterschieden.

Der *Deutsche Bundestag* wird im Juni 2011 über ein neues PID-Gesetz entscheiden. Die PID ist eine ethisch umstrittene Methode, bei der im Reagenzglas erzeugte Embryonen auf Erbkrankheiten hin untersucht werden, bevor sie in den Mutterleib eingepflanzt werden. Embryonen mit vermutetem Risiko auf Erkrankungen werden vernichtet.

*Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 15. März 2011

### **Indien: Selektive Abtreibung von Mädchen steigt - trotz Verbots**

Durch die selektive Abtreibung von Mädchen geraten die Gesellschaften Chinas und Indiens zusehends ins Ungleichgewicht. Der Jungmänner-Überschuss wird in 20 Jahren bis zu 20 Prozent betragen. In Indien kommen nach den vorläufigen Daten der neuesten Volkszählung, die Ende März 2011 veröffentlicht wurden, auf 1.000 Buben unter sechs Jahren nur noch 914 Mädchen im gleichen Alter, berichtet die *taz*. 2001 lag das Verhältnis noch bei 927 Mädchen zu 1.000 Buben. Das natürliche Verhältnis Buben auf Mädchen liegt bei ca. 1,05 bei der Geburt, in Indien liegt es allerdings mittlerweile, laut *CIA World Factbook*, bei 1,12 Buben auf ein Mädchen. Trotz großflächiger Anzeigen, Kampagnen und dem Verbot der pränatalen Geschlechtsbestimmung hat Indien den Trend dazu nicht stoppen können. Im Gegenteil: Er hat sich in den vergangenen zehn Jahren noch verstärkt. Die Geringschätzung von Mädchen und Frauen ist nach wie vor kulturell tief verankert, obwohl der Wohlstand insgesamt gestiegen ist. Kritische Beobachter meinen, dass die pränatale Geschlechtsselektion deshalb sogar weiter zugenommen hat: Jetzt können sich mehr Eltern eine Ultraschall-Untersuchung leisten; zudem ist die Technologie zur Geschlechtsbestimmung inzwischen auch auf dem Lande verfügbar.

Autoren einer aktuellen im *Canadian Medical Association Journal* publizierten Studie bestätigen diesen Zusammenhang. Ihren Forschungen zufolge liegen die Ursachen des Ungleichgewichts zwischen den Geschlechtern in Indien, China oder Südkorea abgesehen von der traditionellen Bevorzugung männlicher Nachkommen in der einfachen Bestimmung des Geschlechts von Ungeborenen mithilfe von Ultraschall und im leichten Zugang zur Abtreibung.

*Die Tageszeitung*, 1. April 2011

*CMAJ* (Mar 2011; doi:10.1503/cmaj.101368)

### **Interessenkonflikte: Was Pharmakonzerne US-Ärzten zahlen**

Ein Gesetz und gerichtliche Anordnungen zwingen die Arzneimittelhersteller in den USA, ihre Zahlungen an Ärzte offen zu legen. Ein Beispiel: Pfizer wurde im Oktober 2009 wegen eines Verstoßes der Tochter Pharmacia & Upjohn gegen Marketingregeln zu einer Rekordstrafe von 2,3 Milliarden US-Dollar verurteilt. Außerdem wurde der Konzern verpflichtet, künftig alle Zahlungen an US-Ärzte offen zu legen, was Pfizer nun tat.

Zwischen Januar und Dezember 2010 wurden nach Angaben des Konzerns insgesamt 177 Millionen US-Dol-

lar an fast 200.000 "healthcare professionals", also in erster Linie Ärzte gezahlt. Darunter fielen Rednerhonorare (im Durchschnitt 7.400 US-Dollar pro Person), Beratertätigkeiten (im Durchschnitt 6.200 US-Dollar pro Person) sowie Vergütungen für Essen (insgesamt 18 Mio. US-Dollar), Reisekosten (5,8 Mio. US-Dollar) und Fortbildungen (1,7 Mio. US-Dollar). Pfizer kündigte an, die Angaben vierteljährlich zu aktualisieren.

Klaus Lieb, Direktor der *Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Mainz* und Vorstandsmitglied der *Anti-Korruptions-Ärzteinitiative MEZIS* („Mein Essen zahle ich selbst“), hat mit Vertretern verschiedener Institutionen des Gesundheitswesens eine informelle Arbeitsgruppe *Interessenkonflikte in der Medizin* konstituiert. Diese hat nun Leitlinien für eine angemessene Erfassung von Interessenkonflikten, den Umgang damit und deren Reduzierung im *Deutschen Ärzteblatt* publiziert. „Generell lässt sich sagen: Je enger die einem Interessenkonflikt zugrundeliegende Beziehung ist, je größer die Entscheidungsbefugnis einer Person ist und je weitreichendere Konsequenzen eine Entscheidung haben kann, desto strikter muss der Umgang mit Interessenkonflikten sein.“

Die Verzerrungen, die in industriegesponserten Studien häufig zu finden sind, können zur Folge haben, dass der Nutzen von Arzneimitteln überschätzt und die möglichen Schäden unterschätzt werden, was für den Patienten eine Gefährdung darstellen kann.

*Deutsches Ärzteblatt (online)*, 1. April 2011

*Deutsches Ärzteblatt (2011); 108(6): A 256-60*

### **Studie: Arbeitsbedingungen für Pflegepersonal im Krankenhaus frustrierend**

Viele Krankenschwestern und Pfleger sind frustriert. Das ist das Ergebnis einer von der Fachhochschule Münster großangelegten Studie zur Arbeitszufriedenheit von aktivem und angehendem Pflegepersonal, die nun im *Deutschen Ärzteblatt* publiziert wurde. Angesichts dieser Entwicklung betont Studienleiter Holger Buxel, dass Krankenhäuser, wenn sie in Zukunft Fachpersonal gewinnen und der gesteigerten Nachfrage nach Pflegern gerecht werden wollen, Arbeitsbedingungen gezielt attraktiver gestalten müssen.

Für die Studie wurden rund 3.145 Pflegerinnen und Pfleger und 740 Auszubildende nach Kriterien ihrer Zufriedenheit befragt. Als Motiv für ihre Berufswahl hatte das Gros die Arbeit am Menschen, die Möglichkeit zur Hilfeleistung und das Interesse an medizinischen Themen angegeben. Nun fühlt sich die Mehrzahl im Arbeitsalltag des Krankenhauses psychisch wie physisch

belastet beziehungsweise erschöpft. Nur ein Drittel würde den Beruf weiterempfehlen.

Vor allem litten die Befragten unter der zu geringen Wertschätzung des Pflegepersonals im Krankenhaus (62 Prozent), unter Stress (56 Prozent) sowie unter zu hoher Fluktuation bei der Schichtbesetzung (63 Prozent). Mehr als zwei Drittel der Befragten klagten über zu wenig Zeit für die anfallende Arbeit und vor allem für die Zuwendung zum Patienten. Bezahlung war kein vorrangiger Grund für die Bewertung von Unzufriedenheit. Buxel folgert, dass Krankenhäuser vor allem die sozialen Aspekte des Berufsalltags des Pflegepersonals gezielt verbessern sollten. Pflegekräfte bräuchten genügend Zeit für die Betreuung der einzelnen Patienten, mehr Anerkennung, Mitarbeitergespräche und bessere Modelle der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Nur dann würden Menschen bei diesem Beruf bleiben bzw. sich auch jüngere Menschen dafür entscheiden.

*Deutsches Ärzteblatt (2011); 108(17): A 946-8*

### **Großbritannien: Genetisches Screening-Programm für Paare mit Kinderwunsch**

Die britische Beratungskommission in humangenetischen Fragen (*Human Genetic Commission, HGC*) schlägt vor, ein genetisches Screening-Programm bei Paaren mit Kinderwunsch durchzuführen, wenn Verdacht auf vererbare Erkrankungen besteht. Die Initiative war vom Screening-Komitee der Regierung ausgegangen. Laut HGC bestehen keinerlei Einwände, doch müsse die Struktur eines solchen Programms gut überlegt sein: Die Leute sollten - neben entsprechender Beratung - auch genug Zeit zum Nachdenken über ihre Entscheidungen erhalten. Genetische Tests bei Paaren mit Kinderwunsch sollen Träger von genetischen Mutationen identifizieren, durch die genetische Störungen auf das Kind übertragen werden können. Je nach Ergebnis kann das Paar seine Fortpflanzungswünsche adaptieren. Wenn z.B. ein Partner als Träger des Gens für zystische Fibrose identifiziert wird, könne eine künstliche Befruchtung angeboten und ein etwaig „erkrankter“ Embryo“ entsorgt werden.

Schon seit 2009 bietet das britische Gesundheitssystem Tests für Frauen an, deren Verwandte wegen einer Genmutation an Krebs erkrankt sind. IVF-erzeugte Embryonen werden bei Vorhandensein eines sogenannten Risiko-Gens vernichtet, obwohl bekannt ist, dass Krankheiten wie Brustkrebs oder Alzheimer weder zwingend ausbrechen, noch allein auf ein bestimmtes Gen rückführbar sind.

Helen Wallace von *Gene Watch UK* nennt den Screening-Vorstoß „gefährlich und irreführend“. Josephine

Quintavalle von *Comment on Reproductive Ethics* bezeichnet den HGC-Bericht als viel zu „freundlich im Umgang mit genetischem Determinismus“. In der Öffentlichkeit würden solche Berichte als großartige neuartige Heilungen gehandelt, was besorgniserregend sei. „Man kann den Träger des Erbmerkmals umbringen, aber das heilt noch lange nicht die Krankheit oder schafft sie gar aus der Welt. Wir haben es hier nur mit einer modernen Spielart der Eugenik zu tun.“

*Lancet* (2011); 377: 1290

### **USA: Medizinische Eide sind für Ärzte kein moralischer Kompass mehr**

Die meisten Ärzte legen zum Studienabschluss einen Eid ab, der gemäß der Tradition des Arztstandes oft einer modifizierten Version des Hippokratischen Eides entspricht. Doch für die wenigsten hat das Gelöbnis Einfluss auf ihre spätere professionelle Tätigkeit, zeigt eine Befragung, deren Ergebnisse in *Archives of Internal Medicine* publiziert wurden.

Von 1.032 praktizierenden US-Ärzten hatten mehr als 80 Prozent an ihrer Uni einen Eid geschworen (Hippokrates, Genfer Deklaration, Ethik-Kodex der *American Medical Association* usw.). Das Gelöbnis sollte ein Garant für gemeinsam akzeptierte ethische Richtlinien sein und das besondere moralische Gewicht der ärztlichen Tätigkeit bewusst machen. Doch nur 26 Prozent der Befragten gaben an, dass sie der Eid in ihrer Tätigkeit als Arzt nachhaltig beeinflusst oder ihnen als Richtlinie in ihrer medizinischen Laufbahn gedient habe. Für die meisten stelle der Eid nur noch ein Ritual, aber kein zentrales, sinnvolles, signifikantes Ereignis dar, erklärt der Internist und Co-Autor Farr A. Curlin von der *University of Chicago*. Curlin untersucht im Rahmen des universitären *Program on Medicine and Religion* die Frage des Zusammenhangs von Religion, Spiritualität und Medizin in der ärztlichen Tätigkeit. Jene Ärzte, die Religion für wichtig hielten, waren eher geneigt, dem Eid einen Einfluss zuzuerkennen als weniger Religiöse.

Auf die Frage, was ihnen in ethischen Fragen am meisten helfe, gaben über 90 Prozent der Ärzte an, sich in ihrer Berufspraxis auf ihr „persönliches Gefühl von richtig und falsch“ zu stützen. Mehr als ein Drittel befragt sich auch auf ein „großes moralisches Vorbild“, 28 Prozent auf ihren religiösen Glauben und 16 Prozent auf den Ethik-Kodex der *AMA*. Innerhalb dieses weiten Spektrums von moralischen Traditionen in unserer Kultur sollte man laut Curlin Mittel intensivieren, wie Ärzte einander helfen können, in ihrer Berufsausübung höhere Werte als Geldverdien und Erfolge anzustreben.

*Archives of Internal Medicine* (2011); 171: 469-471

### **Studie: Neue Pille-Generation birgt dreimal höheres Thromboserisiko**

Zwei aktuelle medizinische Studien weisen auf ein erhöhtes Risiko der Entstehung von Blutgerinnseln bei dem Bayer-Verhütungsmittel Yasmin hin. Die Epidemiologin Susan Jick von der *Boston University School of Medicine* führte die Analyse auf Grundlage von britischen und US-Daten durch. Frauen mit Vorerkrankungen oder Risikofaktoren wie Übergewicht wurden ausdrücklich ausgeschlossen, um eine Verfälschung der Daten zu vermeiden. Das Ergebnis der im *British Medical Journal* publizierten Studie: Verhütungspillen der neuesten Generation, die das künstliche Gestagen-Hormon Drospirenon enthalten, bringen ein um bis zu dreimal höheres Risiko von Thrombosen mit sich als vergleichbare, ältere Pillen.

Bislang wiesen Pharmakonzerne wie Bayer und Merck Vorwürfe zurück, dass die Drospirenon-haltigen Mikropillen wie Yasmin und Nuvaring risikoreicher seien als ältere Verhütungsmittel. Im Gegenteil: Von den Herstellern wurde alles unternommen, um die Verhütungsmittel in Marketingkampagnen quasi als ungefährliche Lifestyle-Medikamente wie etwa gegen Migräne oder Akne anzupreisen und dabei Bedenken von Patientinnen wie Gynäkologen über mögliche Nebenwirkungen der Pillen der neuesten Generation zu zerstreuen - was bisher offenbar glückte.

Laut Wirtschaftspresse liegen derzeit mehr als 6.800 Klagen von betroffenen Patientinnen in Sammelklagen gebündelt bei Gerichten in den USA vor, 190 Todesfälle assoziiert die US-Aufsichtsbehörde FDA bislang mit den Pillen von Bayer und zwei weiteren Herstellern. Bayer verteidigt sich damit, dass die Freigabe der Präparate durch die Arzneimittelbehörden in den USA und Europa ordnungsgemäß erfolgt sei. Laut Bayer HealthCare bestünde bei allen Antibabypillen ein gewisses Risiko von thromboembolischen Ereignissen, das durch die Beachtung der Kontraindikationen wie Rauchen oder ein höheres Alter (über 35 Jahre) minimiert werden könne. Bei Drospirenon-haltigen Kontrazeptiva kommen als Nebenwirkungen noch Erkrankungen von Leber, Niere und Nebenniere hinzu.

*BMJ* (2011); 342:d2151

*Die Welt*, 28. April 2011

**Anthropotes**

Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien.  
Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch  
Anno XXVI, n. 2 – 2011  
Articoli:

L. Melina: La grammaire de l'agir et la lumière du Verbe;  
J. Merecki: Religione nell'Età postmoderna. Alcune riflessioni a partire da Robert Spaemann;  
F. Pilloni: Edificare la donna – edificare la Chiesa;  
A. Diriar, L'orientation liturgique de la sacramentaire de J. Ratzinger;  
M. L. Di Pietro – P. Parente – A. Viridis: L'accertamento della morte : il dibattito bioetico;  
J. Granados: El sacramento de la promesa;  
E. Baccarini: L'esistenza umana tra gratuità e gratitudine;  
O. Bonnewijn, Une fenêtre dans la forteresse d'Hérode. Violences familiales et salut;  
Forum :  
R. Spaemann: Dignità umana e natura dell'uomo;  
J. Merecki : L'aspetto metaetico della relazione fra la dignità e la natura umana;  
S. Kampowski : Dignità, natura e amicizia.

**RdM Recht der Medizin**

Wien, Zeitschrift in Deutsch  
18. Jahrgang, Heft 2, 2011  
Christian Kopetzki: Editorial;  
Lukas Stärker: Die Ärzte-GmbH (I);  
Martina Haag: Angehörigenschmerzengeld bei ärztlichen Behandlungsfehlern? „Zusätzlicher“ Mitverschuldenseinwand bei Angehörigenschmerzengeld?;  
Bernhard Müller: „Off-Label-Use“ von Arzneimitteln.

18. Jahrgang, Heft 3, 2011  
Christian Kopetzki: Editorial;  
Christian Kopetzki: Die UbG-Novelle 2010;  
Johannes Zahl: Die Ärzte-GmbH (II);  
Roland Marko und Dominik Hofmarcher: Werben im Internet – Ärzte ohne Grenzen?.

**Anuario Filosófico**

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch  
44/1, 2011  
Estudios:  
Agnieszka Kijewska: The conception of the First Cause in Book Two of John Scottus Eriugena's *Periphyseon*;  
Elisabeth Reinhardt: La causalidad en la creación según Thierry de Chartres;  
Laura Corso de Estrada: Unidad y jerarquía cosmológica en la *Summa de Bono* de Filipe el Canciller;  
Alexander Fidora: Causality, contingency and science in Robert Kilwardby;  
Alice Ramos: La causalidad del bien en Santo Tomás;  
Hervé Pasqua: Le statut méontologique de la créature selon Maître Eckhart.

**Acta Medica Catholica Helvetica**

Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz  
13. Jahrgang, Heft Nr. 1/2011 (März 2011)  
Christoph Casseti: Weihnachtsbrief 2010;  
Christoph Casseti: Was ist ein Sakrament?;  
Sexualerziehung – Lehrplan 21 – Nationales HIV&STI-Programm (1. Ermanno Pavesi: Libertà religiosa ed educazione sessuale; 2. Brief von Otto Jungo an Bundesrat Didier Burkhalter mit Hinweis auf das Zentrum für Sozialpädagogik Dortmund; 3. Brief der VKAS an

Bundesrat Didier Burkhalter; 4. Antwort von Bundesrat Didier Burkhalter);  
Vorstand VKAS: Von der Anklage wegen aktiver Sterbehilfe freigesprochen;  
Ermanno Pavesi: Christus patiens, Christus medicus;  
Bernard N. Schumacher: Die Diktatur des Gewissens;  
Josef Bättig: Das sogenannte Biogenetische Grundgesetz von Ernst Haeckel (1866);  
Rodolfo Mazzi: Relazione per l'anno della Sezione Svizzero Italiana dell'AMCS;  
Robert Huber: Vorstellung der Akademischen Arbeitsgemeinschaft AAG;  
Rudolf Ehmann: Nachruf für Professor Dino da Rugna-Geiger.

**Ethik in der Medizin**

Berlin, BRD  
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch  
Band 23, Heft 1, 2011  
Editorial: Sigrid Graumann, Marianne Rabe: Menschenbilder in der (Medizin-)Ethik;  
Festvortrag: Valentin Groebner: Menschenbilder auf dem Fleischmarkt: Seit wann ist der menschliche Körper eine Ware? Festvortrag zu AEM-Jahrestagung, 24. September 2009;  
Originalarbeiten:  
Theda Rehbock: Personsein in Grenzsituationen. Anthropologische Kritik der Medizin und Medizinethik;  
Marcus Düwell: Menschenbilder und Anthropologie in der Bioethik;  
Gesa Lindemann: Anthropologie, gesellschaftliche Grenzregime und die Grenzen des Personseins;  
Marianne Hirschberg: Krank oder behindert? Die Bedeutung tradierter Begriffssysteme unter deren Anwendung für komplexe Syndrome;  
Johannes Fischer: Krankheit und

Sinn: Zur religiösen Wahrnehmung von Krankheit und ihren ethischen Implikationen.

### **Zeitschrift für medizinische Ethik**

Zeitschrift in Deutsch

57/1, 2011

Abhandlungen:

Klaus Baumann: Ethische Entscheidungskriterien und -strategien für Ärzte in unsicheren Situationen.

Wie weit helfen Newmans Auffassungen von theologischer und ethischer Gewissheit?;

Reiner Marquard: „Wir, sind wir von einem gewissen Grade unsinniger Schmerzen an noch wir?“

Schmerz, Leiden und Sinndeutung als theologische Aufgabe der Palliativmedizin;

Sibylle Rolf: Forschung an menschlichen Embryonen Zur Unhintergebarkeit weltanschaulicher Voraussetzungen in der bioethischen Debatte;

Shinichiro Morinaga: Die aktuelle Debatte über Forschung an menschlichen Embryonen und Menschenwürde aus japanischer Perspektive.

Shinichiro Morinaga: Die aktuelle Debatte über Forschung an menschlichen Embryonen und Menschenwürde aus japanischer Perspektive.

Shinichiro Morinaga: Die aktuelle Debatte über Forschung an menschlichen Embryonen und Menschenwürde aus japanischer Perspektive.

57/2, 2011

Abhandlungen:

Giovanni Maio: Medizin in einer Zeit, die kein Schicksal duldet. Eine Kritik des Machbarkeitsdenkens der modernen Medizin;

Dietrich von Engelhardt: Erklären und Verstehen in der Psychiatrie.

Genese und Bedeutung im Kontext der Medizin- und Philosophiegeschichte;

Oliver Hallich: Gefährdet Enhancement die Identität der Person?;

Jörg Splett: Schmerz – Sinn und Widersinn. Das Leben leiden mögen?.

### **RdU Recht der Umwelt**

Wien, Zeitschrift in Deutsch

18. Jahrgang, Heft 1, 2011

Wilhelm Bergthaler, Eva Schulev-Steindl, Ferdinand Kerschner:

Editorial;

Volker Mauerhofer: Zur Ausweisung von besonderen Schutzgebieten (Natura 2000);

Georg Granner, Nicolas Raschauer: Carbon Dioxide Capture and Storage (CCS) (Teil 1).

18. Jahrgang, Heft 2, 2011

Wilhelm Bergthaler, Eva Schulev-Steindl, Ferdinand Kerschner:

Editorial;

Dieter Neger: Die Kognitionsbefugnis des Umweltsenats im Berufungsverfahren;

Wolfgang Berger: Prüfungsbefugnis des Umweltsenats;

Georg Granner, Nicolas Raschauer: Carbon Dioxide Capture and Storage (CCS) (Teil 2).

### **Acta Philosophica**

Rom, Italien

Quartalzeitschrift in Italienisch

Vol. 20 (2011), fasc. I

Studi:

Federica Bergamino: *Questio disputata de immortalitate animae*.

Traduzione italiana e commento alla luce delle sue fonti e delle opere edite di Tommaso d'Aquino.

### **ETHICA**

Innsbruck, Quartalsschrift in

Deutsch

19. Jahrgang, Heft 1, 2011

Leitartikel:

Dieter Witschen: Der verletzte Mensch – Schutz durch Achtung.

Reflexionen zu einer menschenrechtlichen Tugend;

Giovanni Maio: Die wunscherfüllende Medizin auf dem Irrweg. Eine ethische Kritik des Enhancements;

Stephan Goertz: Theozentrik oder Autonomie? Zur Kritik und Hermeneutik der Moral der Moderne bei

Joseph Ratzinger/Benedikt XVI.



## Wie Ärzte ticken. Warum Mediziner so oder anders entscheiden

Jerome Groopman  
Südwest-Verlag, München 2010  
342 Seiten  
ISBN 978-3-517-08598-2

Der Autor, renommierter Onkologe und Infektiologe an der Harvard Medical School, legt hier einen schillernden Erfahrungsbericht aus seiner ärztlichen Tätigkeit vor, wobei er immer wieder sein eigenes Innenleben offenbart: ein dramaturgischer Effekt klassischer amerikanischer Sachbuchliteratur, aber durchaus sympathisch.

Der Tenor seiner Aussage besteht in einem Plädoyer an die ärztlichen Kollegen, selbstkritischer zu sein, gegenüber den eigenen vorgefassten Meinungen, aber auch gegenüber einer bedingungslosen Hörigkeit gegenüber Statistiken, den als universell gültig verkauften „Guidelines“, Skepsis auch gegenüber subjektiv gefärbten Wahrnehmungen und sehr vordergründigen Motiven zur Bereinigung von eigenen Zweifeln im Entscheidungsfall.

Zu kurz kommt hier allerdings – insbesondere im Heimatland des Autors – der Fragenkomplex rund um die so genannte „forensische Indikation“: Bin ich verpflichtet zu handeln oder nicht? Riskiere ich eine Anzeige, wenn ja/wenn nicht?

Das Buch ist auf den Schilderungen von Patienten und ihren Nöten aufgebaut, wenn sie nicht das geneigte Ohr eines kompetenten Arztes finden, zeigt aber auch auf die Diskussionen unter den Ärzten – auch dies sehr anschaulich und für Laien durchaus verständlich dargelegt. Der Laie bekommt Einblick in die höchst persönlichen Verhaltens- und Denkweisen der von ihm kontaktierten Ärzte, die nun eben – siehe Titel – jeweils anders „ticken“. Dabei wird nicht immer der Arzt mit der „richtigen“, d. h. mit der zum Erfolg führenden Diagnose als der strahlende und sympathische „Sieger“ hingestellt; er kann auch als ruppiger Experte, kurz angebunden und barsch, in Erscheinung treten, Hauptsache, es gereicht dem Patienten zum Besten.

Nicht alles, was als „Befindlichkeitsstörung“ daherkommt, ist gleich als „funktionell“ oder „psychosomatisch“ zu qualifizieren. Andererseits bieten die Patienten mitunter die „Depression“ als vordergründig an, hinter welcher sich der Leidensdruck einer somatischen, aber noch nicht definierten Krankheit steckt (Diabetes, endokrine Dysfunktionen).

Diese vielen Inhalte der Kommunikation zwischen Arzt und Patient unterstreicht der Autor durch die Schilderung von berührenden Schicksalen, bei denen das Durchsetzungsvermögen der Patienten oder ihrer nächsten Angehörigen (Eltern für Kinder!) gegenüber frustrierten Ärzten, die mit ihrem Latein am Ende sind, eine entscheidende Rolle spielt.

Der Autor appelliert an die Ärzte, sich den Patienten und den Schilderungen ihrer Beschwerden in Ruhe zu widmen. An die Adresse der Patienten lautet die Botschaft, ihr Vertrauen auf den Arzt und in seine Kompetenz zu pflegen.

Ein Anliegen, das Kollegen in Europa noch nicht so ganz geläufig ist, besteht im Umgang der Ärzte mit Fehlern, dem Entwickeln einer Fehlerkultur. Darin haben die US-Kollegen eindeutig Vorsprung und bereits einen höheren Entwicklungsgrad erreicht. Dabei ergeht sich der Autor keineswegs in einem Meaculpismus, sondern erläutert in seiner anschaulichen, manchmal saloppen Weise die Hintergründe, die zu offensichtlichen Fehlern führen „mussten“, und wie eine nachhaltige Manöverkritik gestaltet werden kann.

Eine wohltuende Neuheit bei der Gestaltung des Buches ist eine mehrseitige Erläuterung der verwendeten Zitate aus der medizinischen Literatur, die nicht nur bibliographisch angeführt, sondern auch populärwissenschaftlich erklärt und diskutiert werden – zweifellos eine willkommene Informationsquelle für den interessierten Laien.

Damit vorläufig genug des Lobes, doch es darf eben auch kritische Anmerkungen geben.

Die vom Autor zitierten und teilweise in extenso diskutierten Fälle sind zweifellos medizinisch

interessant, doch entweder gleich „zu klar“ (siehe den zur Einleitung gewählten Fall von Malabsorption) oder so vertrackt (wie die Geschichte des eigenen Handgelenks des Autors).

Für europäische Ärzte und Leserschaft wäre auch ein Kommentar zu spezifisch US-amerikanischen Praktiken wie der Pharma-Werbung in den Medien statthaft gewesen: Viele in unseren Breiten streng durch Rezeptpflicht geregelte Medikamente sind in den USA für Konsumenten über den Drugstore erhältlich; oder betreffend die Health-Maintenance-Organisations (HMOs), die Ärzte unter Vertrag nehmen, aber jede Menge Druck auf die Behandlungskosten ausüben: eine amerikanische „Entdeckung“ des Chefarztprinzips und der Deckelung seitens unserer Krankenkassen. Hier „ticken“ Ärzte sehr unterschiedlich: Solche, die sich von den durch Werbung beeinflussten Patienten unterkriegen lassen; solche, die sich durch die Zusicherung eines guten Vertrages von einer HMO „kaufen“ lassen, im Gegensatz zu jenen, die hier widerstehen und wie das die Patienten sehen und würdigen – auch im grauen Alltag außerhalb der gepriesenen Harvard Medical School.

Auch kann die in medizinischen Termini schwache Redaktion des Originaltextes nicht unerwähnt bleiben (an der die Übersetzerin wohl nicht ganz unschuldig ist), die sich von der Abbildung des Herzens (verwirrend in der Beschriftung, unglückliches Schwarz-Weiß, S. 163) über die „lymphozytische“ (statt lymphatische) Leukämie (S. 289) bis zur fälschlichen Erklärung der Abkürzung MDS (Myelodysplasie- Syndrom) als Spina bifida (S. 286) erstreckt – noch dazu mitten im Kapitel der erwähnten Bluterkrankung.

Alles in allem ist das Buch von Jerome Groopman eine typisch amerikanisch-saloppe Darstellung von ernststen Problemen der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, aber auch der Fehlerkultur und Selbstkritik, die einem guten Arzt wohl anstehen. Obwohl der Autor – laut Klappentext – hauptsächlich mit Onkologie und HIV zu tun hat, macht er tunlichst einen großen Bogen um diese

Kapitel, so dass man am Ende das Gefühl hat, der Autor sei aus seinem eigenen beruflichen Alltag zwecks Abfassung dieses Buches herausgetreten.

„Wie Ärzte ticken“ (Orig.: How Doctors Think) kann man durchaus aus Groopmans Buch entnehmen. Es handelt sich dabei sicherlich nicht um einen großartigen Zuwachs an ärztekritischer Literatur, lässt sich aber immerhin als Sachbuch über die menschlichen Stärken und Schwächen der Ärzte würdigen.

F. Kummer

## **Ethik und Recht in der Humanforschung**

**Ulrich H. J. Körtner, Christian Kopetzki, Christiane Druml (Hrsg.)**

**Springer Verlag, Heidelberg 2010**

**291 Seiten**

**ISBN 978-3-7091-0180-3**

Drei prominente Mitglieder der Ethikkommission des österreichischen Bundeskanzleramtes fungieren als Herausgeber und (Mit-) Autoren der vorliegenden Publikation, die u. a. den Anspruch stellt, eine „differenzierte Analyse des Verhältnisses zwischen Forschungsethik und Forschungsrecht“ sowie eine „Diskussion über wirksame Instrumente der Forschungskontrolle mit dem Ziel der Qualitätssicherung und -verbesserung“ zu bieten (Vorwort S. V). Dem Projekt zugrunde liegen Vorträge, welche die Autoren bei einer gemeinsam vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien und der Bioethikkommission im Jänner 2010 organisierten Tagung gehalten haben. U. Körtner (Forschungsethik und Menschenbild in Geschichte und Gegenwart, S. 1 ff.) eröffnet den Reigen der Beiträge.

Der Band enthält in der Folge einerseits Abhandlungen rechtswissenschaftlicher Natur, darunter von C. Kopetzki (Braucht Österreich eine Kodifikation des biomedizinischen Forschungsrechts?), C. Druml (Ethikkommissionen – Richtlinien, „scientific integrity“ und Reformbedarf), H. Eberhard (Forschungskontrolle durch Ethikkommissionen – von der kollegialen Beratung zur staatlichen Be-



hörde) sowie M. Grimm (Forschungskontrolle im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlicher Qualität und Wissenschaftsfreiheit aus Sicht der Medizinischen Universitäten).

Daneben kommen Experten aus einzelnen humanwissenschaftlichen Forschungsbereichen zu Wort, unter ihnen der Genetiker M. Hengstschläger (Grundlagenforschung im Spannungsfeld zwischen Forschungsfreiheit und Kontrolle); der Klinische Pharmakologe M. Wolz (Klinische Forschung im Spannungsfeld zwischen Forschungsfreiheit und Kontrolle) und die Psychologen G. Weber/I. Kryspin-Exner (Ethik in der psychologischen Forschung).

Um den Rahmen einer Rezension nicht zu sprengen, möchte ich mich im Folgenden auf einige grundlegende Aspekte beschränken.

Von der Anlage der Publikation her würde man eigentlich einen interdisziplinären Dialog zwischen den Rechtswissenschaftlern und den Vertretern der einzelnen medizinischen und verwandten Disziplinen erwarten. Dieser findet – meines Erachtens bedauerlicherweise – allerdings nicht wirklich statt. So bieten die Beiträge der Erstgenannten dem juristisch Gebildeten zwar einen guten Einblick in den Diskussionsstand zu den jeweils analysierten Fragestellungen (wenngleich mit nicht geringen Überschneidungen), manche dokumentieren eindrucksvoll die Belesenheit ihrer Autoren. Besonders hervorzuheben sind hier die rechtsstaatlichen Probleme, welche die Verlagerung gewichtiger Entscheidungen beim Eingriff in das Grundrecht auf Forschungsfreiheit auf (universitäre) Ethik- bzw. Evaluierungskommissionen mit sich bringen. Ebenso interessant ist die Abwägung der Vor- und Nachteile einer Kodifikation des biomedizinischen Forschungsrechts (samt Beispiel eines Kodifikationsversuchs aus dem Nachbarland Schweiz). Die Abhandlungen bleiben jedoch weithin auf so abstrakter Ebene, dass im Weiteren wohl nur facheinschlägig Vorgebildete daraus einen nennenswerten Erkenntnisgewinn ziehen werden können.

Konkreter als die juristischen erscheinen inso-

fern manche humanwissenschaftlichen Beiträge, die schwierige und strittige Einzelfälle zur Diskussion stellen, so etwa Hengstschläger, der die Möglichkeiten der Polkörperdiagnose denen der Präimplantationsdiagnose (PID) im engeren Sinne gegenüberstellt und aus medizinisch-ethischer Sicht die Lockerung des Verbots der letztgenannten Untersuchungsform in Österreich verlangt. Auch die Psychologen Weber und Kryspin-Exner stellen hochinteressante, teilweise historisch berühmt gewordene psychologische Experimente (z. B. das „Milgram“-Experiment, das vor drei Jahrzehnten sogar Eingang in das Politthriller-Genre gefunden hat – „I wie Ikarus“ mit Yves Montand in der Hauptrolle) zur Diskussion.

Angesichts dessen wäre es sehr interessant gewesen zu erfahren, was die z. T. sehr prominenten juristischen Autoren des Bandes zur Zulässigkeit etwa der psychologischen Experimente zu sagen haben (die Positionen mancher der Autoren zur PID kennt man immerhin schon aus vergleichbaren Publikationen). So könnte man ermessen, zu welchen konkreten Ergebnissen oder zumindest Beurteilungstendenzen die in abstrakter Form breit ausgefalteten juristischen Grundlagen führen.

Tatsächlich wird man hinsichtlich der Zulässigkeit so mancher von den Humanwissenschaftlern aufgeworfenen Forschungsmöglichkeiten leider trotz des hochkarätigen juristischen Sachverständes nicht klüger. Dies muss wohl als verpasste Chance bezeichnet werden.

Kritisches ließe sich auch zu manchen (rechts-)ethischen Positionen mancher Autoren sagen, z. B. zum Plädoyer für die Zulassung der PID. Ebenso Kritik verdienen die im Ergebnis wertrelativistisch-erkenntniskeptischen Tendenzen als Unterfütterung für Forderungen nach Erweiterung des biomedizinischen Handlungsspielraumes, wie sie sich exemplarisch in den Arbeiten von Körtner und Kopetzki finden.

Auf ethischem bzw. anthropologischem Gebiet erkenntniskeptische Positionen ganz allgemein als „Begründung“ für die Erweiterung von Hand-

lungsoptionen auf welchem Gebiet auch immer heranzuziehen, ist ein seit langem, man könnte sagen seit Jahrtausenden bekanntes Verfahren: Dem geschätzten Leser werden hier unschwer die sokratischen/platonischen Dialoge mit den Sophisten einfallen. Die u. a. in den genannten Dialogen erfolgte Infragestellung solcher Positionen ist allerdings ebenso bekannt. Insofern muss man auch nach Lektüre des vorliegenden Bandes sagen: Es gibt nichts Neues unter der Sonne.

T. Piskernigg

## **Ethik, Natur und Doping**

**Claudia Pawlenka**  
**mentis Verlag Paderborn, 2010**  
**276 Seiten, 3 Abb.**  
**ISBN 978-3-89785-316-4**

Claudia Pawlenka legt hier ein kleines, aber ehrgeiziges Kompendium einer Philosophie des Sportes vor, wobei sie ihren Mentor, den deutschen Philosophen Dieter Birnbacher in unzählbaren Zitaten (insbesondere aus seinem Werk „Natürlichkeit“ 2006) zu Wort kommen lässt. Dass die 1968 geborene C. Pawlenka eine ehemalige Hochleistungssportlerin und frischgebackene Privatdozentin für Philosophie ist, die unter den Fittichen von Birnbacher in Düsseldorf steht, erfährt man aus dem Internet, aber leider nirgends im Buch.

Zu Beginn umreißt die Autorin die neue Sicht auf die Ethik des Sports (es gibt eine eigene Fachzeitschrift seit 1974, die Gründung einer internationalen Vereinigung für die Philosophie des Sports 1972 usw.). Im ersten Kapitel geht es ihr um Definitionen (Wesen des Sports), die von einem erweiterten Begriffsverständnis getragen werden und neben der motorischen Aktivität (mit Selbstzwecklichkeit), Wettbewerb, Institutionalisierung und sportlichen Regeln auch ethische Grundwerte einschließen (Fairplay).

Hier tritt bereits eine Schwäche zutage, zumal sich die Autorin offensichtlich ausschließlich von jener Art von institutionalisiertem Sport leiten lässt, der auf den Sportseiten der Tageszeitungen zu

finden ist, wobei Aspekte der höchst individuellen Varianten des Privatsports nicht tangiert werden, obgleich sie in wichtigen Aspekten mindestens der sportlichen Gesinnung entsprechen (Selbstüberwindung, Leistungssteigerung, Trainingsstruktur, Klugheit und Offensein für fachkompetenten Rat, aber auch Konkurrenz unter Hochleistungs- und Hobby-Athleten etc.

Für C. Pawlenka wird Sport ausschließlich zu einem Wettkampf, der an feste Regeln gebunden ist und unter Garantie der Chancengleichheit abläuft. Nach Volkamer (1994) ist Sport definiert als Mittel zur Überwindung von willkürlich geschaffenen Hindernissen, Problemen und Konflikten - und dies vorwiegend mit körperlichen Mitteln, fair und nach gemeinsam vereinbarten Regeln. Der Sportphilosoph und Olympionike Hans Lenk sieht die Nützlichkeit der Fairness im Sport für den Alltag, wenn sie als eine Pufferfunktion genutzt wird (Deeskalation in Wettbewerbssituationen usw.). Im weitesten Sinn wird für eine Sportethik als Aspekt der Angewandten Ethik plädiert, gestützt durch Sportphilosophie, aber auch Sportpädagogik, Sportmedizin und andere.

Wenn sich die Sportethik aber mit Doping auseinandersetzt, kommt auch die Bioethik zu Wort - wieder bezogen auf das gigantische biologische Experiment (so die Autorin) des kompetitiven Hochleistungssports. Und schon tritt der Konflikt um die Identität des Sportlers hervor, genauer der Streit zwischen den Biokonservatoren und den Transhumanisten. Es scheint ja, dass der Olympismus mit seinem „Schneller-Höher-Stärker“ eine „Forderung nach Veränderung der naturgegebenen Physis“ impliziert, was für die Biokonservativen als Gefährdung, für die Transhumanisten als konsequente Entwicklung gilt (Birnbacher).

Teil 2 widmet sich „Natur und Sport“, genauer Natürlichkeit versus Künstlichkeit im Sport. Dies beginnt - aus der vorgegebenen Beschränkung auf den kompetitiven Sport heraus - mit den künstlichen Hindernissen und deren Überwindung, gebunden an die jeweiligen Spielregeln, und leitet

über zu den sattsam bekannten Schwierigkeiten bei der Definition von Natur, der auf die Sprünge verholpen wird, bzw. der Kunst, dabei natürlich zu bleiben (Birnbacher: „ein semantisches Chamäleon“). Kein Zweifel darf aufkommen, wenn ein natürlicher Mangel ausgeglichen wird (Augen-, Gelenks- oder Sehnenoperation), der kaum im Alltag, so doch im Hochleistungssport hinderlich wurde. Auch gegen präventive Maßnahmen (Traumavermeidung) kann kein Einwand bestehen. Weiters kann durch diätetische Kunstgriffe (z. B. Kreatin-Zusatz) das natürliche Muskelwachstum beschleunigt werden, ohne dass Doping vorliegt. Schließlich kann durch Höhentherapie (real oder simuliert) ein natürlicher Leistungszuwachs angestrebt werden. Der Autorin ist beizupflichten, dass es noch immer Natur ist, wenn eine natürliche Weiterentwicklung auf einem künstlich geschaffenen höheren Niveau ermöglicht wird.

Interessanterweise weicht sie hier vom Grundthema ab, um dem Gedanken der Natürlichkeit moderner Reproduktionstechniken ein eigenes Unterkapitel zu widmen (4.2., S. 71-88). Mit Recht weist sie auf das faktische Verschwimmen von Gemachtem und Gewachsenen hin und plädiert für die klare Grenzziehung. Jegliche Art der Zeugung ist immer an ein Zutun des Menschen gebunden, und das Resultat (Leibesfrucht) ist allemal Mensch und auch das IVF-Baby kein Biofakt. Der Unterschied – bei Zeugung wie bei Kontrazeption – liegt in der „natürlichen Intention“ (ehelicher Akt, natürliche Familienplanung) gegenüber einer „intentionalen Natürlichkeit“ (IVF, Pille etc.), die eigentlich bereits der Natur widerspricht. Das Wachstum des Fötus bleibt – unbeschadet der Methode – eine Angelegenheit der Natur, wenngleich die Reichweite menschlicher Planung kulturrelativ geworden ist und den Duktus der Natur zerrissen hat.

Ohne viel Mühe geht die Beweisführung der Autorin von der Manipulierbarkeit in der reproduktiven Technologie auf die analoge Überschreitung der Biogrenze im Sport, die nicht „gradierbar“ sei.

Was den Sport/das Training anlangt, so ist

– bei aller Natürlichkeit – ein gutes Maß an Intentionalität gerechtfertigt (das Gewollt-Wüchsige): Der Mensch gibt auch hier den Anstoß, die Natur wächst dann selbst in die gewünschte Richtung (ein Mehr an Muskeln, Ausdauer, Schnelligkeit etc.). Übrigens kennzeichne ja gerade das in aller Freiheit intendierte Handeln die Natürlichkeit des Menschen. Wenn sich letztere beim Hochleistungssport verändere (Muskelmasse, Herzgröße, Pulsfrequenz), so sei dies – als Sonderform des Sportes – eine natürliche Künstlichkeit, und dennoch kein Biofakt (naturähnliches Kunstprodukt).

Ab Kapitel 3 setzt sich die Autorin mit der Natürlichkeit des Trainings und dem Artefakt des Dopings auseinander. Ihre eigenen Überlegungen und Formulierungen erhalten Gewicht durch verlässliche Zitate aus den letzten zehn Jahren (wieder Birnbacher, aber auch President's Council 2003, Schöne-Seifert, Hans Lang, Karafylis, aber auch Habermas, Spaemann, DeCoubertin und Aristoteles). Es gilt die einheitliche Formulierung, dass Training die Natur befördert, während Doping die Natur vergewaltigt, indem es natürliche Prozesse umgeht, beschleunigt, übersteigt und letztlich pervertiert, nicht zuletzt aufgrund grotesker (hormonbedingter) Veränderungen im Aussehen, die weit außerhalb des naturgegebenen Formenspektrums liegen.

In Kapitel 4 geht es schließlich um die schwierige Definition von Doping. Und doch wird die Sache plötzlich einfach: Doping ist nämlich alles, was auf der aktuellsten Liste der World-Antidoping-Association (WADA) zu finden ist! Was zunächst wie eine schlechte Tautologie klingt, stellt sich im Lauf der Diskussion durch die Autorin als schmerzlicher Minimalkonsens heraus: die soziale Ächtung als Ausdruck der gemeinsamen Ablehnung der als Doping gekennzeichneten Verhaltensweisen (C. Prokop, 2000). „Unfair“ ist Doping schon aufgrund der Verletzung der Chancengleichheit (Gerechtigkeit). Offen bleibt die Frage nach der Verbesserung des Sportgerätes (Speer mit besonderen Flugeigenschaften, gleitfähiger Schwimmanzug, optimierter

Skibelag etc.), die nicht allen Athleten gleichermaßen zu Gebote steht. Eigene Fragen betreffen Heilmittel, die z. B. asthmakranken Sportlern erst aus dem Negativ zur neutralen Gesundheitsnorm verhelfen, und dies mit Medikamenten, die (mit eben dieser Einschränkung) auch auf der Dopingliste zu finden sind – um nur ein Beispiel zu nennen. Ferner muss die Intention des Dopings als Grenzüberschreitung der sportlichen Ziele des „Trying“ und „Achieving“ erwiesen sein – was in der Jurisdiktion des Einzelfalles problematisch sein kann.

Im fünften und letzten Kapitel geht es um die Ethik des Dopingverbots, welches die Natürlichkeit beim Sport zu einem schützenswerten Gut macht. C. Pawlenka entdeckt zunächst in den (Spiel-)Regeln des Sportes jenes „ästhetische Fundament“, auf dem die Akteure „das faszinierende Gebäude ihres realen Leistungsaktes errichten“, der auch die Möglichkeit des Misslingens einschließt. Sie begibt sich aber auch auf das schwierige Terrain der „Gattungsethik“ nach Habermas (2001) gegenüber dem „Common Body“ nach Gebauer (2000). Habermas schien (vor zehn Jahre noch) fasziniert von einer genetisch manipulierbaren Selbsttransformation unserer Gattung als Mensch. Solch eine Autoevolution der menschlichen Natur würde „ethisches Neuland“ bedeuten. Demgegenüber prägte Gebauer im Common Body (analog zum Common Sense) jene Grenze, deren Überspringen ein starkes Argument gegen den Einsatz von Gentechnologie zur Leistungssteigerung bilde. Ein Gen (oder eingebauter Computerchip) mit der Befähigung zu einer gewaltigen Sportleistung würde die Ehrfurcht vor dieser zweifellos vermindern, so als ob Stahlfederbeine oder Schwimfflossen im Spiel gewesen wären. So würde auch den natürlichen Anlagen eine Art von zu schützendem Natur- bzw. Kulturerbe zgedacht (L. Siep, 2005).

Weniger spektakulär geht es zu, wenn von jenen Medikamenten gegen Lampenfieber, übermäßige Wettkampf-(Prüfungs-)Angst oder Händezittern die Rede ist, die zwar auf der Liste der WADA stehen, aber nur für gewisse Disziplinen gelten.

Letztlich ist zu entscheiden, ob es sich um die Herstellung einer Chancengleichheit durch Behebung eines Mankos handelt (Therapie!) oder Enhancement – was nicht immer leicht zu unterscheiden ist. Die Autorin stellt sich auch klar gegen jene Universalisierung des Dopingverbots, das vom US President's Council empfohlen wird und auch für Künstler und andere gestresste Berufsgruppen diskutiert wird.

Also nur Dopingverbot für den Sport? Darunter versteht aber die Autorin – wie eingangs zu beobachten war – ausschließlich den kompetitiven Sport. Andere Spielarten der sportlichen Hochleistung ohne Wettkampf wie privates Klettern, Showsport (Akrobatik, Eisrevue etc.), extremer Hobbysport (Rad, Ironman etc.) werden nicht berührt, obgleich der Fitness-Wahn bereits unter Jugendlichen zu alarmierendem Doping-Konsum geführt hat, insbesondere wenn Bewunderer hofiert und Neider frustriert werden sollen – ganz zu schweigen von den nicht primär körperlichen, aber durchaus kompetitiven Spielen wie Schach, Bridge, Scrabble, Boccia, etc., die ein differentes, potentiell nicht minder gefährliches Doping oder Enhancement nützen, soweit verfügbar. Ruft dies auch die WADA auf den Plan? So gesehen wäre ein universelles Dopingverbot neu zu diskutieren.

Diese Schrift ist der ehrgeizige Versuch einer jungen Dozentin für Philosophie (und Sport), die Sache von Ethik und Doping von Grund auf zu erörtern. Sie schafft dies in groben Zügen und mit einer Riege von prominenten Zitaten, sodass sich auch für interessiertes Schmöckern eine Fülle von Anregungen bietet.

F. Kummer

## 1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen. Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten. Das Manuskript sollte den Umfang von 15 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten.

## 2. Gestalten der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Name aller Autoren
3. Kontaktadresse
4. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (max. 1200 Zeichen mit Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter
5. Englische Übersetzung von Zusammenfassung und Schlüsselwörtern

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Datenformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen.

Grafiken werden in Druckqualität und mit klar lesbarer Schrift (2mm Schrifthöhe) erbeten. Nach Drucklegung werden dem Autor 3 Belegexemplare zugesandt. Weitere kostenpflichtige Sonderdrucke können bei der Redaktion bestellt werden.

## 3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtliche Autorennamen oder erster Autorennamen und „et.al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit

Beispiel: MacKenzie T. D. et al., *Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation*, *Lancet* (2002); 359: 1323–1330

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsorte
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl

Beispiel: MacKenzie T., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 59–79

## 1. General Remarks

Submission of an article for publication implies the transfer of the comprehensive copyright from the author to IMABE as publisher, including the right of translation into any language. Accepted papers become the permanent property of the publisher.

By establishing manuscripts, the following guidelines should be respected:

The contribution should be provided by the authors in electronic format (MS Word or RTF). The manuscript may not exceed 15 pages when printed (reference list included).

## 2. Formation of Manuscripts

First page:

1. Title
2. Names of all authors
3. Contact address
4. Abstract in English (max. 1000 characters including whitespace characters) and max. 3 – 5 keywords
5. Zusammenfassung in German translation of the abstract (can be provided by the editor).

Pages should carry consecutive numbers, including those of the reference list. Acknowledgements should be placed between end of text and references. For citation of references the automated footnotes of the file format

should be used. Tables and figures should be placed adjacent to the corresponding text. All illustrations need to be in print quality with a minimum font size of 2 mm. The author will receive 3 copies of the published issue. Other reprints can be ordered at the expense of the author.

## 3. References

Articles from journals are cited in the following manner:

1. All Authors, or first author plus “et al.”, followed by initials of first name in capital letters.
2. Title
3. Journal in standardized abbreviation (Index Medicus)
4. Year in parentheses followed by semicolon
5. Volume followed by colon
6. Initial and final page

Example: MacKenzie T. D. et al, *Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation*, *Lancet* (2002); 359: 1323-1330

Citation of monographs and books:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Publishing company
4. Locations of publishing company
5. Year in parentheses
6. Indication of pages (from – until)

Example: MacKenzie T., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 59-79

## Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens, Fassbaender Verlag, Wien (1989), ISBN 978-3-900538-17-0

## Aus der Reihe Medizin und Ethik

Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), Leben – Sterben – Euthanasie?, Springer Verlag, Wien (2000), ISBN 978-3-211-83525-8

Mayer-Maly T., Prat E. H. (Hrsg.), Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung, Springer Verlag, Wien (1998), ISBN 978-3-211-83230-1

Schwarz M., Bonelli J. (Hrsg.), Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Springer Verlag, Wien (1995), ISBN 978-3-211-82688-1

Bonelli J. (Hrsg.), Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, Springer Verlag, Wien (1992), ISBN 978-3-211-82410-8

## Studienreihe

Nr. 6: Moritz B., Moritz H., Über Naturgesetze und Evolution. Ein Beitrag zu einem interdisziplinären Dialog (2007), ISBN 978-3-85297-004-2

Nr. 5: Sexuaufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken (2005), ISBN 978-3-85297-003-5

Nr. 4: Rhonheimer M., Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen

Staat“ (1996), ISBN 978-3-85297-002-8

Nr. 3: Rhonheimer M., Sexualität und Verantwortung (1995), ISBN 978-3-85297-001-1

Nr. 2: Schwarz C., Transplantationschirurgie (1994), ISBN 978-3-85297-000-4

Nr. 1: Rella W., Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts (1994), ISBN 978-3-900538-48-4

## IMABE-Info (Download: [www.imabe.org](http://www.imabe.org))

2011: Nr. 1: Die „Pille“ vs. Natürliche Empfängnisregelung

2010: Nr. 1: Sucht und Alkohol, Nr. 2: Die Pille danach, Nr. 3 und 4: AIDS

2009: Nr. 1: Grenzen der Sozialmedizin, Nr. 2: Familie und Krankheit, Nr. 3: Burnout

2008: Nr. 1: Ethik in der Schönheitsmedizin, Nr. 2: Der ethische Ruf der Pharmaindustrie, Nr. 3: Stammzellen, Nr. 4: Gender

2007: Nr. 1: Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten, Nr. 2: Placebo, Nr. 3: Präimplantationsdiagnostik

2006: Nr. 1: Klonen, Nr. 2: IVF

2005: Nr. 1: Sinnorientierte Medizin, Nr. 2: Risiken der späten Schwangerschaft

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen, Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

2003: Nr. 1: Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht, Nr. 2: Palliativmedizin

## Vorschau

Imago Hominis · Band 18 · Heft 3/2011

Schwerpunkt: Lebensstil und persönliche Verantwortung

Editorial	79	
Current Issues	82	Friedrich Kummer <b>Turn Back: no physician-assisted Suicide</b>
Focus	85	Gabriela Schmidt-Wyklicky <b>Hippocratic Oath and Corpus Hippocraticum: a Roadsign in Medical History</b>
	93	Dietrich v. Engelhardt <b>Ars longa, Vita brevis: historical Background and actual Relevance of the Hippocratic Aphorism</b>
	103	Axel W. Bauer <b>The Doctor's Duty to heal in the Change from Paternalism to partnership-based Duty of Caring</b>
	113	Jan Stejskal <b>Approaches of Palliative Medicine in the Hippocratic Tradition</b>
	121	Markus Enders <b>Fate in the Ancient World and its Significance for What we Regard as Achievable Today</b>
News	137	
Journal Review	142	
Book Reviews	145	