

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 18 · Heft 4 · 2011

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Hippokrates
heute II**

Hippocrates Today II

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)
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	259	
Aus aktuellem Anlass	262	Berta Moritz, Susanne Kummer EuGH: Kein Patent auf humane embryonale Stammzellen
Schwerpunkt	265	Giovanni Maio Plädoyer für die Wiederentdeckung einer Kunst des Maßes in der Medizin
	277	Werner Waldhäusl Die ganzheitliche Sicht des Menschen und die Spezialisierung der modernen Medizin
	287	Johannes Bonelli Lebensschutz heute, im Spiegel der hippokratischen Ethik
	297	Marion Stoll Zum Tugendprofil des Arztes nach Hippokrates
	307	Karl-Heinz Leven Der Hippokratische Eid: Tradition, Mythos, Fiktion
	317	Martin W. Schnell, Thorsten Langer, Maren Bongartz, Ole Jung Wandel des studentischen Urteils in klinisch-ethischen Entscheidungen
Diskussionsbeitrag	331	Margit Spatzenegger Drug Development: Animal Ethics vs. Protection of Man?
Nachrichten	347	
Zeitschriftenspiegel	349	
Buchbesprechungen	350	

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 · <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: 25. November 2011

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Allgemeine
Unfallversicherungs-
anstalt



Hauptverband der Österreichischen
Sozialversicherungsträger



Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

In dieser Ausgabe von *Imago Hominis* findet sich der zweite Teil zum Thema „Hippokrates heute“, das sich mit der Aktualität des ärztlichen Berufsethos im Licht der Tradition beschäftigt. Dabei kommen auch zum Teil unkonventionelle Fragestellungen zur Sprache, die auf den ersten Blick vielleicht nicht unbedingt als „hippokratisch“ rezipiert werden. Der Beitrag von Giovanni Maio ist ein „Plädoyer für die Kunst des Maßes in der Medizin“. Die moderne Medizin sei eine philosophiearme Medizin. Im Gegensatz zur antiken Auffassung von Krankheit als Dyskrasie, bei der der Mensch aus dem mikrokosmischen Gleichgewicht geraten ist, herrscht heute eine rein mechanistische Vorstellung vor, bei der Krankheiten durch eine gestörte Mechanik des Körpers hervorgerufen werden, der mit Hilfe der modernen Medizin wieder „funktionstüchtig“ gemacht werden soll. Auf der Strecke bleiben dabei die Ausrichtung des ärztlichen Handelns nach dem Gebot der Verhältnismäßigkeit und damit der Kardinaltugenden der Klugheit und des Maßes, des Sich-Bescheidens. Durch den problematischen Umgang der modernen Medizin mit den Grenzen der Machbarkeit nimmt sich der Mensch, nach Maio, freilich die Chance, dem Gegebensein der Welt und dem Schicksal seiner eigenen Existenz etwas Positives – ja vielleicht Sinnstiftendes abzugewinnen.

W. Waldhäusl beschäftigt sich mit dem Dilemma einer ganzheitlichen Sicht des Menschen auf der einen Seite und der unausweichlichen Notwendigkeit der Spezialisierung der modernen Medizin. In seiner sehr interessanten Analyse setzt sich W. Waldhäusl mit dem Begriff der Ganzheit an sich, mit der modernen Entwicklung der Medizin und ihrer Spezialisierung sowie den sich heute daraus abzuleitenden organisatorischen Strukturen auseinander und bietet konstruktive Lösungsvorschläge an.

Im Artikel von J. Bonelli geht es um „Lebensschutz heute, im Spiegel der hippokratischen Ethik“. Es wird darauf verwiesen, dass der Schutz des menschlichen Lebens wohl das herausragende Leitmotiv und die unbestrittene Konstante des ärztlichen Berufsethos hippokratischer Prägung ist. Das Prinzip der Unantastbarkeit des menschlichen Lebens sei jedoch in den ver-

gangenen Jahrzehnten in den Gesetzgebungen zahlreicher Länder gefallen. Darüber hinaus haben der Fortschritt in den biologischen Wissenschaften und deren Anwendung auf das Gebiet der Medizin eine Reihe von neuen ethischen Fragen im Bezug auf den Schutz des menschlichen Lebens gebracht. Es werden die Themen Euthanasie, Schwangerschaftsabbruch, Antikonzeption und In-Vitro-Fertilisation auf dem Hintergrund traditioneller und zeitgenössischer Strömungen ärztlicher Ethik diskutiert.

Marion Stoll bearbeitet in ihrem Artikel „Zum Tugendprofil des Arztes nach Hippokrates“ die Frage: Welches sind die herausragenden Eigenschaften, die einen Arzt im hippokratischen Sinne kennzeichnen und die das Selbstverständnis des Arztes auch heute noch kennzeichnen sollte? Es werden die Themen Beruf und Berufung, Dankbarkeit und Wertschätzung gegenüber den Lehrern, aber auch die Verantwortlichkeit der älteren Ärztegeneration angesprochen, ihre Erfahrung und ihr Wissen an die Jugend weiterzugeben, sowie deren Verpflichtung zu ständiger Weiterbildung auf hohem wissenschaftlichen Niveau. Weitere Themen sind die Kollegialität unter den Ärzten, der Umgang mit den Patienten sowie über die Haltung von Demut und Bescheidenheit angesichts der Tatsache, dass das Geheimnis des Menschen in seiner Krankheit bei weitem noch nicht umfassend durchschaut ist.

Erwähnt sei, dass über die „Echtheit“ des hippokratischen Eides und über die sogenannten hippokratischen Schriften unter den Historikern bzw. Altphilologen seit Jahrzehnten Uneinigkeit herrscht. Auf der einen Seite sind diejenigen, die aufgrund zahlreicher Konkordanzanzen zwischen dem Eid und den Traktaten der hippokratischen Sammlungen kaum Zweifel aufkommen lassen, dass der Eid als authentisch koisch zu betrachten ist. Die meisten unserer Autoren sehen sich wohl dieser Richtung verpflichtet. Auf der anderen Seite stehen die hippokratischen Skeptiker und Minimalisten, die die Gestalt des Hippokrates und seinen Eid bestenfalls ins Reich der Mythen versetzen und seinen Ursprung aus der griechischen Antike verbannen würden. Um auch diese Stimmen zu Wort kommen zu lassen, hat Karl-Heinz Leven seinem Artikel „Der Hippokratische Eid: Tradition, Mythos, Fiktion“ die Sichtweise der hippokratischen Skeptiker dargelegt.

Unabhängig von der historischen Streitfrage über die Authentizität, steht wohl außer Streit, dass der hippokratische Eid als Inbegriff der ethischen Verpflichtung des abendländischen Arztes, von einem Arzt verfasst wurde. Er ist ein antik-griechi-

sches Dokument, das über Jahrhunderte hinweg die sittliche Haltung der Ärzteschaft entscheidend mitbestimmt hat. Dass er im Laufe der Geschichte unterschiedlich interpretiert worden ist, liegt in der Natur der Dinge. Die Beiträge sowohl im ersten Teil als auch diejenigen in der vorliegenden Ausgabe von *Imago Hominis* haben jedenfalls gezeigt, dass der Eid auch gegenwärtig hohe Aktualität besitzt. Er ist ein echter Fixstern in der heutigen Zeit weitgehender ethischer Orientierungslosigkeit und birgt überzeitliche unveränderliche Werte, ohne die die Medizin in Zukunft nicht zum Wohl der Patienten bestehen kann.

Abschließend wird eine Studie von M. W. Schnell et al. vorgestellt, in der anhand eines Fallbeispiels aus der Pädiatrie untersucht wurde, wie sich das studentische Urteil bei klinisch-ethischen Entscheidungen im Laufe des Medizinstudiums entwickelt. Es zeigte sich, dass innerhalb des Studiums kaum ein Entwicklungstrend im ethischen Urteilsvermögen der Studierenden zu finden ist, sodass die Schlussfolgerung gezogen wird, dass im Vergleich mit den großen naturwissenschaftlichen Fächern der Medizin der Ausbildung auf dem Gebiet Ethik nur eine eher geringe Bedeutung zugemessen wird.

Die Pharmazeutin und Bioethikerin Margit Spatzenegger liefert einen tiefen Einblick in die ethische Debatte und die politisch widersprüchlichen EU-Regelungen, bei denen der Schutz der Tiere in der vorklinischen Forschung höher bewertet wird als der Schutz des menschlichen Embryos.

Allen Autoren sei an dieser Stelle herzlich für ihre große Mühe bei der Abfassung ihrer Beiträge gedankt.

J. Bonelli

Berta Moritz, Susanne Kummer

EuGH: Kein Patent auf humane embryonale Stammzellen

CJEU: No patent for human embryonic stem cells

Die Reaktionen reichten von Applaus bis zu Entsetzen: Stammzellen, die aus menschlichen Embryonen gewonnen wurden, dürfen nicht für die wissenschaftliche Forschung patentiert werden. So entschied der Europäische Gerichtshof (EuGH) am 18.10.2011 (Rechtssache: C-34/10).¹ Wenn Embryonen zur Gewinnung von Stammzellen zerstört und als Rohstoff für die Forschung verwendet werden, verstoße dies gegen den Schutz der Menschenwürde, urteilten die Richter in Luxemburg. Die Entscheidung gilt für Patente auf embryonale Stammzellen (ES) sowie für die Verfahren zu ihrer Herstellung.

Eine nüchterne Bilanz, wie es zu diesem Urteil kam, zeigt, dass es wohl nicht so ganz überraschend kam, wie einige es glauben machen wollten. Klar ist aber auch, dass der Entscheid der Höchstrichter längerfristige Folgen auf den Umgang mit bzw. die „Nutzung“ von Embryonen innerhalb der EU haben wird. Zumindest treten jetzt tiefgreifende Diskrepanzen und Wertungswidersprüche der europäischen Politik ins Rampenlicht,² die dringenden Handlungsbedarf deutlich machen: zum Schutz des Embryos ebenso wie gegen die Vergeudung von Steuergeldern in einen ohnehin wohl völlig überschätzten Forschungszweig. Prominente US-Bioethiker diverser Lager hatten erst vor wenigen Monaten den „unredlichen Hype“³ um die embryonale Stammzellenforschung kritisiert und sprachen von bewusst überzogenen Versprechungen, die das „Vertrauen in Wissenschaft untergraben“.

Zurück zum aktuellen Urteil: Die Nutzung von ES-Zellen ist äußerst umstritten, weil sie aus Embryonen stammen, die bei der Gewinnung zerstört werden. Nach Ansicht des EuGH verstößt dies gegen die guten Sitten, weil es sich auch bei befruchteten Eizellen rechtlich um Embryonen handle. „Der Begriff des menschlichen Embryos ist weit auszule-

gen“, heißt es in der Begründung. Jede menschliche Eizelle sei vom Stadium ihrer Befruchtung an als „menschlicher Embryo anzusehen, da die Befruchtung geeignet ist, den Prozess der Entwicklung eines Menschen in Gang zu setzen“. Das Gleiche gelte für unbefruchtete Eizellen, die durch Zellkern-Transplantation oder durch andere technische Eingriffe von außen zur Weiterentwicklung angeregt werden.

Hintergrund des Spruchs der Höchstrichter war ein Patentstreit zwischen der Umweltorganisation Greenpeace und dem Bonner Neurobiologen Oliver Brüstle. Er hatte 1997 ein Patent auf die Herstellung von Zellen aus menschlichen Embryonen sowie ihre Verwendung zu therapeutischen Zwecken beantragt. Dieses Patent (DE 19756864 – „Neuronale Vorläuferzellen, Verfahren zur Herstellung und ihre Verwendung zur Therapie“) wurde zunächst 1999 von deutschen Behörden erteilt.

Patente als Schutzrechte, die die gewerbliche Nutzung von Erfindungen ermöglichen, stellen einen wichtigen Anreiz für Forschung und Innovation dar. Die EU-Kommission legte 1998 in der EU-Biopatentrichtlinie fest, dass „das Patentrecht unter Wahrung der Grundprinzipien ausgeübt werden muss, die die Würde und die Unversehrtheit des Menschen gewährleisten.“ Konkret wird darauf hingewiesen, dass „der menschliche Körper in allen Phasen seiner Entstehung und Entwicklung, einschließlich der Keimzellen (...) nicht patentierbar ist“ (vgl. Erwägungsgrund 16) und „dass die Verwendung von menschlichen Embryonen zu industriellen oder kommerziellen Zwecken“ (Artikel 6) nicht patentierbar ist.⁴

2004 wurde das von Brüstle beantragte Patent von Greenpeace beeinsprucht. Diesem Einspruch wurde stattgegeben, worauf Brüstle Revision einlegte. Der Deutsche Bundesgerichtshof legte dar-

aufhin 2009 dem EuGH den Fall vor.

Das mediale Gedächtnis ist kurz: Brüstles Antrag war nämlich nicht der erste dieser Art, bei dem das Europäische Patentamt zu entscheiden hatte. Bereits 2005 hatte das Europäische Parlament bekräftigt, dass embryonale Stammzellen nicht patentierbar sind. Aus genau diesem Grund hatte das Europäische Patentamt dem Einspruch gegen das 1999 erteilte Edingburgh-Patent (EP 695351) stattgegeben. Nach einem fast siebenjährigen Verfahren wurde das umstrittene Patent, das auch die Herstellung menschlicher embryonaler Stammzellen aus geklonten Embryonen umfasste, endgültig abgelehnt. Patentinhaber war die Universität von Edinburgh, der Nutznießer des Patents jedoch die australische Firma Stem Cell Sciences (SCS), die einen Exklusivvertrag mit der Universität geschlossen hatte.

Auch im Fall Brüstle hatte sich das EP im Vorfeld der Entscheidung des Höchstgerichts zu Wort gemeldet. Auf einer Pressekonferenz im Jänner 2011 betonten Abgeordnete aller Fraktionen des Europaparlaments, dass es „völlig inakzeptabel“ sei, „Technologien, die auf der Zerstörung von menschlichem Leben basieren, zu patentieren“ – ganz in Einklang mit der EU-Biopatentrichtlinie.

Interessant ist am jetzigen Richterspruch, dass der EuGH einer für die EU allgemein verbindlichen Definition des Embryos selbst in seiner frühesten Phase („früher Embryo“, „Präembryo“ genannt) als nicht kommerzialisierbarer Ware folgt. Damit setzt er ein Signal gegen die in weiten Teilen der EU verbreitete radikal utilitaristische Auffassung, wonach die Zerstörung von Embryonen im Dienste der Wissenschaft oder der Entwicklung von zukünftigen Therapien legitim sei. Diese Position könnte nun ins Wanken kommen, mit weitreichenden Folgen.

Zwar hat der EuGH für den konkreten Fall den Ball an die deutschen Gerichte zurückgespielt. Sie müssten nun prüfen, ob die von Brüstle aus menschlichen Embryonen im Keimblasen-Stadium gewonnenen Stammzellen tatsächlich dazu „geeignet sind, den Prozess der Entwicklung eines Menschen in Gang zu setzen – und folglich unter

den Begriff des menschlichen Embryos fallen“.

Insgesamt ist zu erwarten, dass die durch private oder EU-Gelder geförderte Embryonen vernichtende Forschung ohne Anspruch auf Patente auslaufen wird, da sie sich finanziell kaum lohnt. Im Vergleich zur dynamischen Entwicklung auf dem Gebiet der induzierten pluripotenten Stammzellen (iPS) und schon bestehender zahlreicher Therapien mit adulten Stammzellen hatten ES-Projekte ohnehin schon an Attraktivität verloren.

Jüngstes, prominentes Beispiel ist das US-amerikanische Biotech-Unternehmen Geron.⁵ Unter großem medialem Rummel hatte Geron im Oktober 2010 die weltweit ersten klinischen Studien mit embryonalen Stammzellen begonnen. Zuvor hatte Geron gut zwei Jahre lang um eine Zulassung für die Versuche am Menschen gekämpft: Vier querschnittgelähmten Patienten waren an die verletzte Stelle des Rückenmarks jeweils zwei Millionen Stammzellen implantiert worden. Im Oktober 2011 meldete dann die Firma, die Studie habe keinerlei bedenkliche Nebenwirkungen bei den Patienten hervorgerufen (eine Sorge, die immerhin noch 2009 dazu geführt hatte, dass die FDA – US Food and Drug Administration – die Erlaubnis für eine klinische Studie zurückgezogen hatte). Auch wenn in der ersten klinischen Studie die Sicherheit gefragt ist, so erhofft man sich doch auch erste Anzeichen für die Wirksamkeit. Und diese blieb aus: Von einer Besserung der Symptome war keine Spur zu sehen. Am 14. November 2011 kündigt die Firma an, die Studie und das gesamte Forschungsprogramm wegen zu hoher Kosten zu beenden, ein Drittel seiner Mitarbeiter zu entlassen, einen Partner zu suchen, der Programm und Finanzierung übernimmt – und sich in Zukunft auf hoffnungsträchtigeren Felder als ES-Therapien zu konzentrieren. Nicht hehre Ethik, sondern pure Monetik war der Grund: Der Aktienkurs von Geron war im vergangenen Jahr von 6,34 US-Dollar auf 1,60 US-Dollar abgesackt.

Für den gesundheitspolitischen Sprecher der EVP-Fraktion im Europäischen Parlament, Peter Liese, zeigt dieses Beispiel, dass „die Heilsverspre-

chen, die mit embryonalen Stammzellen verbunden wurden, unbegründet waren. Wenn selbst die ‚Pioniere‘ der embryonalen Stammzellforschung keine Finanzierung ihrer eigenen Versuche gewährleisten können, ist der Glaube an den Erfolg dieser Versuche erloschen“, so Liese.

Was folgt?

Für Österreich gilt weiterhin: Ethisch sauber forscht es sich am besten. Die Gewinnung von embryonalen Stammzellen aus Embryonen, die nach einer künstlichen Befruchtung „übrig bleiben“, ist hierzulande durch das Fortpflanzungsmedizingesetz verboten. Und das soll auch so bleiben.

Die Reaktionen aus dem Nachbarland Deutschland, wo ES-Zelllinien importiert werden dürfen, geben Österreich im Nachhinein Recht: So hält etwa der deutsche Pathologe und Stammzellforscher Ralf Huss von der Ludwig-Maximilian-Universität München die ganze Aufregung um das EuGH-Urteil für unverständlich. Für Deutschland würden sich keinerlei Nachteile ergeben.⁶ Man würde in der Branche ohnehin nichts auf Basis embryonaler Zellen entwickeln – „nicht aufgrund der strengen Gesetzgebung, sondern weil die embryonalen Stammzellen bisher weder im Labor noch in der Klinik den Therapieerfolg gezeigt haben, der erhofft wurde.“

Politisch gesehen ist es ein Gebot der Stunde, die Embryonenforschung endgültig aus EU-Förderprogrammen herauszunehmen, insbesondere die bereits bestehende Förderung für die Forschungstätigkeit, bei der menschliche embryonale Stammzellen verwendet werden. Gelegenheit zu einer Revision hat die EU-Kommission bei der anstehenden Neuregelung der EU-Forschungsförderung von 2014 bis 2020 („Horizont 2020“). Neben ethischen und juristischen Argumenten hatten Europaabgeordnete mehrere Fraktionen nun im Vorfeld angeführt, dass es auch wirtschaftlich keinen Sinn habe, Projekte zu fördern, deren Ergebnisse dann in der EU nicht patentiert werden könnten. Die zuständige EU-Kommissarin Maire Geoghegan-Quinn kann diesen Argumenten offenbar nichts abgewinnen:

Sie schwenkte zwar um, sodass es auch in Zukunft keine Förderung für Projekte geben wird, bei denen direkt Embryonen zerstört werden. Es soll aber dabei bleiben, dass EU-Gelder in die umstrittene Forschung mit menschlichen embryonalen Stammzellen (hESZ) fließen - und damit auch von Ländern wie Österreich mitfinanziert werden, wo dies nach nationalen Regelungen verboten ist.

Es gibt ethisch saubere und wissenschaftlich attraktive Alternativen zur embryonalen Stammzellforschung. Die Zukunft für neue Therapien sieht die Scientific Community in den künstlich verjüngten humanen Alleskönnerzellen, den oben genannten „iPS“ und in den adulten Stammzellen als ethisch sauberem Weg. Beide können auch ohne Zerstörung von Embryonen gewonnen werden.

Referenzen

- 1 Gerichtshof der Europäischen Union, *Urteil in der Rechtssache C-34/10 Oliver Brüstle / Greenpeace e. V.*, Pressemitteilung Nr. 112/11, <http://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2011-10/cp110112de.pdf>
- 2 Spatzenegger M., *Drug Development. Animal Ethics vs. Protection of Man?*, in: *Imago Hominis* (2011); 18: 331-346
- 3 „Stem Cells. The Scientists Knew They Were Lying?“, *Public Discourse: Ethics, Law and the Common Good*, 13. April 2011, <http://www.thepublicdiscourse.com/2011/04/2490>
- 4 *Richtlinie 98/44/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. Juli 1998 über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen*, eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31998L0044:DE:HTML
- 5 vgl. „Embryonale Stammzellen. Das eingestampfte Wunder“, *FAZ*, 15. November 2011
- 6 „Embryo-Zellen braucht keiner“, *Die Welt*, online 25. Oktober 2011, www.welt.de/print/die_welt/wirtschaft/article13679289/Embryo-Zellen-braucht-keiner.html

Dr. Berta Moritz
berta.moritz@gmail.com

Mag. Susanne Kummer, IMABE
Landstraße Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
skummer@imabe.org

Giovanni Maio

Plädoyer für die Wiederentdeckung einer Kunst des Maßes in der Medizin

Pleading for the rediscovery of an art of temperance in medicine

Zusammenfassung

Die moderne Medizin ist eine philosophiearme Medizin. Zu sehr ist sie auf Effizienz und Zweckrationalität ausgerichtet, als dass sie das philosophische Fragen als relevant ansehen könnte. Eine solche philosophieferne Medizin ist allerdings problematisch. Denn damit läuft sie Gefahr, zu sehr im Zweckrationalen zu verharren, anstatt die grundlegenden Denkmuster, denen die moderne Medizin folgt, vom Ansatz her zu hinterfragen. Und ein grundlegendes Denkmuster der modernen Medizin, das unbedingt hinterfragt gehört, ist die Hochschätzung des Machbaren, die Glorifizierung der Veränderung, die Vorliebe für die absolute Kontrolle und Planbarkeit. Um zu erfassen, wie beherrschend diese Denkrichtung ist, soll in einem ersten Teil ein Blick auf die Konzeption von Medizin in der Antike gerichtet werden, um in einem zweiten Teil das Erfordernis einer Relativierung des Werts des Machbaren für die moderne Medizin herauszuarbeiten.

Schlüsselwörter: Tugend des Maßes, hippokratischer Eid, Machbarkeit, Gelassenheit, Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik

Abstract

Modern medicine has become a medicine without philosophical reflexion. It is too much oriented towards purposive rationality and efficiency and neglects basic considerations. Such a non reflective medicine seems to be very problematic, because it has lost the capability to get to the bottom of its core identity and to question problematic developments of modern medicine. Such a problematic modern understanding of medicine is its esteem of feasibility, its glorification of modulation, its proclivity for planing and control. In order to question these deeply entrenched ideologies of modern medicine it can be helpful to first look at history of medicine. This look back can help us to realize why the feasibility fantasies of modern medicine have to be called into question.

Key words: virtue of moderation, hippocratic oath, feasibility fantasies, releasement, reproductive medicine, prenatal diagnosis

Univ.-Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A.
Lehrstuhl für Medizinethik
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Stefan-Meier-Straße 26, D-79104 Freiburg
maio@ethik.uni-freiburg.de

1. Das Maß und das Konzept Medizin in der Antike

Um die modernen Fehlentwicklungen der Medizin schärfer zu sehen, kann es sehr hilfreich sein, zunächst einen kleinen Blick auf die hippokratische Medizin der Antike zu werfen. Medizin in der Antike – das kommt uns heute fremd vor, aber bei näherer Betrachtung wird man rasch erkennen, dass die Grundideen, die in der Antike entwickelt worden sind, in vielerlei Hinsicht nach wie vor Relevanz haben. Diese Relevanz können wir nur erkennen, wenn wir die Medizin der Antike nicht nur im Hinblick auf Fakten und Daten betrachten, sondern wenn wir versuchen, sie im Hinblick auf ihr Grundverständnis von Mensch und Welt zu verstehen. Mit Beginn der hippokratischen Medizin im 4. Jahrhundert vor Christus gewann nach einer vorausgegangen magisch-rituellen Medizin der empirische Aspekt zunehmend an Bedeutung. Der Erfahrung und der unmittelbaren Beobachtung des Kranken wurde ein großer Stellenwert beigemessen. Wenn die hippokratische Medizin versuchte, die Krankheiten auf dem Boden des Erfahrbaren zu erklären, griff sie auf eine Theorie zurück, die die vorsokratischen Philosophen, allen voran Empedokles, bereits vorgedacht hatten, nämlich die Theorie, dass die Welt aus den vier Elementen (Erde, Feuer, Wasser, Luft) bestehe. Aus dieser Elementenlehre heraus entwickelte die hippokratische Schule ein differenziertes Konzept, mit dem alle Krankheiten empirisch erklärbar gemacht werden sollten, nämlich die Viersäftelehre, auch Humoralpathologie genannt.

Die Viersäftelehre lässt sich nur begreifen, wenn man sich eine zentrale Grundannahme dieser Lehre vergegenwärtigt, nämlich die Vorstellung, dass der Mensch als Mikrokosmos ein Abbild des Makrokosmos ist. Die Wohlgeordnetheit des Makrokosmos findet ihren Niederschlag im Mikrokosmos Mensch. So ist es auch zu verstehen, dass den vier Urelementen, aus denen der Makrokosmos besteht, die vier körpereigenen Säfte (gelbe Galle, schwarze Galle, Blut und Schleim) entsprechen,

die den Mikrokosmos Mensch ausmachen. Die Säfte haben ihren Ursprung im Körper, jeder Saft in einem anderen Organ. Das Blut entspringt im Herzen, die gelbe Galle in der Leber, die schwarze Galle in der Milz und der Schleim im Gehirn. Jedem Saft wird eine Kombination aus den Grundqualitäten (trocken, feucht, warm, kalt) zugeschrieben. So wie der Kosmos in seinem harmonischen Gleichgewicht Bestand hat, lässt sich vom Menschen dann von Gesundheit sprechen, wenn dieses harmonische Gleichgewicht – hier: der Säfte – erhalten bleibt. Gleichgewicht bedeutet, dass die Mischung der körpereigenen Säfte stimmen musste, aber es bedeutete zugleich, dass der Mikrokosmos Mensch im Gleichgewicht mit seiner Umgebung stehen musste, um gesund zu sein. Bestand ein solches Gleichgewicht, sprach man von Eukrasie – geriet das Gleichgewicht durcheinander, so lag eine fehlerhafte Mischung vor, die man Dyskrasie nannte.

Die Dyskrasie – als Ursache der Krankheit – konnte sowohl durch äußere als auch durch innere Einflüsse entstehen; in jedem Fall betraf sie den ganzen Menschen und äußerte sich in einer Krankheit, die den ganzen Körper betraf. Man ging davon aus, dass Ausmaß und Form der Dyskrasie in einem engen Zusammenhang mit dem Lebensalter, dem Geschlecht, der konstitutionellen Verfassung und dem Lebenswandel des Patienten standen. Da das Gleichgewicht also von all diesen Gegebenheiten abhing, gab es für die hippokratische Medizin nicht eine spezielle Krankheit, die sich in typischer Weise äußerte. Es gab stattdessen je nach Konstitution und je nachdem, wie der Mensch lebte und in die Natur eingebunden war, ganz unterschiedliche Manifestationsformen von Krankheit. Schon der gesunde Körper ist im Konzept der Humoralpathologie kein einheitliches System; vielmehr hat jeder Mensch seine eigene Konstitution, seine ihm eigene besondere Mischung der Säfte.

Der für viele Epochen wirkmächtige Arzt Galen aus Pergamon (129 – 199/216 n. Chr.), der in Rom tätig war, hat diese Grundidee weiter ausgearbeitet und eine Typologie der Konstitutionen erstellt,

die er in ein direktes Verhältnis zur Viersäftelehre brachte. Je nachdem, welcher Saft im jeweiligen gesunden Körper die Überhand hatte, unterschied er zwischen den vier Temperamenten, die bis heute tradiert sind, nämlich dem Sanguiniker, dem Choliker, dem Melancholiker und dem Phlegmatiker. Daraus wird deutlich, dass Gesundheit für die Antike nicht ein statischer und festzuschreibender Zustand war, sondern ein Zustand, der im Sinne eines Gleichgewichtes der Säfte, die bei jedem Menschen anders gemischt sind, immer wieder individuell hergestellt werden muss. Daher lässt sich folgern, dass es in der Antike auch keine Krankheit als fest umschriebene Entität gab; der Mensch wurde, da sein Gleichgewicht stets von allen inneren und äußeren Faktoren abhing, immer auf seine Weise krank. Aufgrund der vielfältigen Faktoren, die das Gleichgewicht stören können, hat man in der Antike Krankheit als etwas Individuelles und damit Unverwechselbares betrachtet.

Zusammenfassend ergibt sich folgende Einsicht: Krankheit ist für die Medizin der griechischen (Hippokrates) und später auch der römischen Antike (Galen) wie auch für das Mittelalter (z. B. Hildegard von Bingen) nicht das Resultat einer Organschädigung, sondern das Resultat einer gestörten Harmonie des Körpers mit sich selbst sowie mit den äußeren Faktoren seiner Umwelt. Sie ist also am Ende das Ergebnis der eigenen Weise zu leben und der Stellung des Mikrokosmos Mensch im Makrokosmos Welt.

2. Das therapeutische Konzept der Antike

Versteht man Krankheit als Ausdruck eines Ungleichgewichts, das entsteht, weil der Mensch nicht mehr mit sich und seinem Gefüge harmonisiert, so ist es folgerichtig, dass die Therapie der Antike auf die Wiederherstellung dieser Harmonie ausgerichtet sein muss. Diese Wiederherstellung erfordert eine starke Berücksichtigung der jeweils spezifischen Lebensweise des Menschen sowie seines Verhältnisses zur Natur und zum Kosmos. Der Mensch hat nach antiker Vorstellung zwei Na-

turen: Er ist zum einen allgemeine Natur, d. h., er ist durch Naturgesetze bestimmt; zum anderen hat er zugleich jedoch eine ihm vollkommen eigene Natur, die nicht das Allgemeine repräsentiert, sondern etwas ganz Individuelles ist. Gemäß dieser Vorstellung kann der einzelne Mensch zwar unter Berücksichtigung seiner allgemeinen Natur, aber letzten Endes doch nur in der ihm eigenen Weise gesunden. Der Medizin oblag es, eine Verbindung zwischen diesen beiden Naturen des Menschen herzustellen. Dem liegt die Grundannahme zugrunde, dass die Natur von sich aus nach dieser Harmonie strebt und dem Arzt die Aufgabe zukommt, diesen teleologisch-dynamischen Aspekt der Natur (als physis) zu unterstützen. Bei allen therapeutischen Bemühungen bestand die Grundauffassung der antiken Ärzte darin, dass der Arzt lediglich Diener der Natur sei und dass diese schließlich selbst die Heilung herbeiführe. Dies ist auch in dem aus der Antike stammenden Wahlspruch „*Medicus curat, natura sanat*“ verankert und wurde bis in die Neuzeit hinein als Überzeugung tradiert.

Medizin ist nach dieser Vorstellung also nicht eine Disziplin, die etwas Neues herstellt, die mit ihrem Machen das Alte überwindet, sondern sie ist sozusagen eine Lenkerin, die auf die Wiedererlangung eines Gleichgewichtszustandes hinsteuert. Dieses Steuern gelingt der Medizin jedoch nicht von außen, sie sitzt gewissermaßen mit auf dem Schiff und kann nicht mehr als zu versuchen, das Schiff zu lenken und in ein Gleichgewicht zu bringen. Da die Medizin das Schiff selbst nicht auswechseln kann, ist sie von ihrem Wesen hier in ihrer Macht begrenzt, sie kann nicht revolutionieren, doch sie kann ordnen und auf den Menschen Einfluss nehmen, um ihn „wieder auf Kurs zu bringen“.¹ Der Arzt wurde in der Antike oft mit einem Steuermann verglichen, der das Schiff des Lebens mit Klugheit und Behutsamkeit durch die Widrigkeiten des Lebens hindurchzumanövrieren hat. Dieses Manövrieren vermag der Arzt aber nur bis zu einem bestimmten Punkt – eben nur so lange, als die äußeren Verhältnisse ein solches Lenken noch zulassen.

Wird jedoch der Sturm zu stark und das Wasser zu unruhig, hat auch der Steuermann auf diese äußeren Gewalten keinen Einfluss mehr und muss an diesem Punkt seine Grenzen anerkennen.

3. Antike Medizin und das Anerkennen der Grenzen am Ende des Lebens

Dieses Anerkennen-Müssen der Grenzen zeigt sich in der Antike gerade im Umgang mit dem sterbenden Patienten. Das Thema der Behandlung unheilbar kranker Menschen hat in den Schriften des Corpus Hippocraticum breiten Niederschlag gefunden, stellte doch der Umgang mit sterbenden Patienten eine besondere Herausforderung dar.² Eine berühmte Schrift des Corpus Hippocraticum ist die Abhandlung „Die ärztliche Kunst“, die aller Wahrscheinlichkeit um 400 v. Chr. entstanden ist. In diesem Text lehnt der Autor die Behandlung von Patienten, die von ihrer Krankheit überwältigt sind, ab, weil eine solche Aufgabe nicht zur ärztlichen Tätigkeit gehöre. So gibt er zunächst die folgende Definition der Heilkunst: „(...) die Kranken gänzlich von ihren Leiden befreien, die Heftigkeit der Krankheiten abstumpfen und bewusst keine Behandlung versuchen bei denen, die von den Krankheiten überwältigt sind“.³ Die Behandlung der nicht kurierbaren Patienten gehörte gemäß den Hippokratischen Schriften deswegen nicht zur Aufgabe des Arztes, weil die Verrichtungen des Arztes in diesem Fall sicher frustriert wären. Dies lässt sich an folgendem Hinweis ablesen: „Wenn nun der Mensch an einem Übel leidet, das stärker ist als die Werkzeuge der ärztlichen Kunst, so darf man auch nicht erwarten, dass es von der ärztlichen Kunst überwunden werden könnte [...]“.⁴ Und seine Schlussfolgerung lautet: „Dass also die ärztliche Kunst mit Recht das ausreichende geistige Rüstzeug für eine erfolgreiche Behandlung in sich enthält und mit Recht die nicht heilbaren Krankheiten nicht behandelt, bei denen aber, die sie behandelt, die Behandlung fehlerfrei durchführt, das zeigen meine jetzt vorgetragenen Argumente [...]“.⁵ Der

Verfasser versucht, die Existenz der Heilkunst als *techné* (Fertigkeit) mithilfe ihrer Erfolge nachzuweisen. Der Erfolg also ist es, der aufzeigt, dass tatsächlich eine Heilkunst vorliegt. In Analogie zu den anderen Künsten begrenzt der Verfasser hier den Aufgabenbereich der Heilkunst auf das, was sie durch die ihr zur Verfügung stehenden Mittel leisten kann.⁶ Ein unheilbar Kranker steht somit für den Verfasser dieser Schrift außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Heilkunst, da die Fertigkeit des Arztes hier nicht zum Zuge kommen könne: Wo man nichts ausrichten kann, soll man es nicht erst versuchen, weil man ansonsten mehr schadet als nützt.

Noch expliziter werden die damalige Vorstellung einer guten Medizin und die Ausrichtung am Gebot der Verhältnismäßigkeit und damit an der Kardinaltugend des Maßes im Hippokratischen Eid zum Ausdruck gebracht. So wird dort im § 6 das Verbot des Arztes formuliert, einen Steinschnitt (chirurgische Entfernung von Blasensteinen) vorzunehmen. Dass ein solches Verbot im Eid verankert ist, erscheint zunächst verwunderlich, aber vor dem Hintergrund der Vorstellung, dass der Arzt nicht alles machen kann, sondern sich als Diener der Natur verstand, der nur innerhalb dessen erfolgreich sein konnte, was die Natur ihm überhaupt ermöglichte, wird dieser Passus des Eides umso verständlicher. So muss bedacht werden, dass ein Einschnitt in die Blase unter den damaligen Verhältnissen als riskanter Eingriff galt, der das Leben des Patienten gefährdete oder eine lebenslange Inkontinenz und Infertilität zur Folge haben konnte. So lässt sich in den hippokratischen Schriften der Hinweis finden: „Eine durchtrennte Harnblase wächst nicht zusammen.“ Insofern ist das Verbot des Steinschnitts ein weiterer Hinweis darauf, dass der Arzt sich gerade im Selbstverständnis der hippokratischen Medizin als Diener der Heilkunst verstand, und zu diesem Dienen gehörte die Anerkennung der eigenen Grenzen. Angesichts der weitgehenden Machtlosigkeit des damaligen Arztes verweist dieses Verbot auf die Tugend des Sich-Bescheidens und letztlich auf das

zentrale Prinzip des *nil nocere*, das Prinzip, niemals zu schaden.⁷ Auch dieser Passus kann somit als eine klugheitsorientierte Empfehlung angesehen werden, die der Kardinaltugend des Maßes sehr nahestand. Der Arzt hatte bei aller Bescheidenheit der therapeutischen Möglichkeiten eine große Verfügungsmacht über den kranken Menschen, und der gesamte Eid galt der Versicherung, dass diese Macht nicht missbraucht werden würde.

Ein weiterer wichtiger Satz des Hippokratischen Eides lautet: „Die diätetischen Maßnahmen werde ich treffen zum Nutzen der Leidenden nach meinem Vermögen und Urteil, Schädigung und Unrecht aber von ihnen abwehren.“ Sehr interessant ist in diesem Satz der Passus „nach meinem Urteil“. Man könnte sogar geneigt sein, anzunehmen, dass der Hippokratische Eid damit eine ärztlich-paternalistische Grundfigur enthielte, weil dem Arzt zugestimmt würde, nach seinem und nicht nach des Patienten Urteil zu handeln. Doch eine solche Interpretation ist umstritten, da es zahlreiche Quellen gibt, die verdeutlichen, dass auch und gerade in der griechischen Antike Ärzte durchaus die Perspektive des Kranken in ihrem Heilungsplan mit berücksichtigt haben.⁸ Der Passus „nach meinem Vermögen“ muss vielmehr so gedeutet werden, dass gerade im Selbstverständnis der hippokratischen Medizin der Arzt sich als Diener der Heilkunst verstand und sich seiner Grenzen bewusst war. Das eigene Urteil richtet sich also auf die ärztliche Klugheit, die angesichts der weitgehenden Machtlosigkeit des damaligen Arztes die Tugend des „Sich-Bescheidens“ erforderte.⁹

Zusammengefasst lässt sich also sagen, dass sich in der Medizin der Antike alles ärztliche Handeln am Gebot der Verhältnismäßigkeit ausrichten musste. Der hippokratischen Medizin, die zeitgleich mit der antiken Tugendethik etabliert wurde, ging es darum, im Umgang mit kranken Menschen das gesunde Maß zu finden und sich bei aller Behandlung stets der Grenzen des Machbaren bewusst zu bleiben. Wie im Hippokratischen Eid ersichtlich, wurde dem Arzt nahegelegt, im

Zweifelsfall eher auf eine Behandlung zu verzichten anstatt sich zu überschätzen und dabei dem Patienten großen Schaden zuzufügen. Verbunden mit dem Gebot des Maßes war die stete Rück Erinnerung daran, dass jeder Patient einzigartig war und nur auf seine Weise durch die spezifische Unterstützung sowohl seiner Physis als auch seiner Umgebung gesunden konnte.

4. Ablösung der Ganzheitlichkeit durch das Maschinenparadigma der Neuzeit

Seit der Neuzeit wurde diese Grundüberzeugung Zug um Zug auf den Kopf gestellt. Dies hat vor allem mit dem Erstarken der Naturwissenschaften in der Neuzeit zu tun, die dafür gesorgt hat, dass das Konzept der Humoralpathologie und damit die Vorstellung, dass es bei der Gesundheit des Menschen um die Wiederherstellung eines Gleichgewichts ginge, zunehmend infrage gestellt wurde. Neben der im 16. Jahrhundert aufkommenden empirischen Anatomie (Andreas Vesal) bildet die Entdeckung des Blutkreislaufs durch William Harvey einen bedeutenden Meilenstein auf diesem Weg. Harveys Entdeckung des Blutkreislaufs ist ein „frühes Symptom“ für eine Neuorientierung der Medizin in der frühen Neuzeit. Man löste sich zunehmend vom humoralpathologischen Modell und ersetzte dieses immer mehr durch ein Maschinenmodell. Gerade Harvey hat dieses Denken mit vorbereitet, weil sich mit der Entdeckung des Kreislaufs der Gedanke aufdrängte, der Körper funktioniere wie eine hydraulische Pumpe. Der Mensch wurde immer mehr als eine komplexe Maschine begriffen, die nach den Gesetzen der Physik (und Chemie) funktionierte. Eine solche Sichtweise ist keine Erfindung der Neuzeit. So hatten bereits in der Antike Leukipp und Demokrit einen Atomismus vertreten, wonach sowohl das Universum als auch das Leben auf der Erde aus Atomen bestehe, also kleinsten stofflichen Teilchen. Dass dieses Denken nun wiederbelebt wurde, hing zum einen mit den neuen Entdeckungen und zum anderen mit den vorherrschenden Verfahren des Messens und Wiegens zusammen.

Es hing aber vor allem mit einer geistesgeschichtlichen Revolution zusammen, die verbunden ist mit der Philosophie von René Descartes (1596 – 1650). Descartes war es nämlich, der – nicht zuletzt angeregt durch die Entdeckungen Harveys – die Grundauffassung vertrat, der Mensch bestünde aus Geist und Materie, die vollkommen losgelöst voneinander existieren. Der Körper des Menschen ist für ihn nichts weiter als ein mechanisches Modell, das wie ein Uhrwerk oder ein Automat funktioniert, nur dass der Mensch unabhängig davon eine Seele, einen Geist habe, der in der Maschine Mensch haue. Eine Fortsetzung und Überbietung dieses mechanistischen und dualistischen Denkens lieferte der französische Arzt und Philosoph Julien Offray de La Mettrie (1709 – 1751), dessen Buch „L’homme machine“ bis in unsere Tage große Berühmtheit erlangen sollte.

Die mechanistische Konzeption des Menschen hatte erhebliche Auswirkungen auf das Krankheitsverständnis innerhalb der Medizin. So gingen namhafte Medizinprofessoren des 17. Jahrhunderts wie der Hallenser Friedrich Hoffmann (1660 – 1742) und der Niederländer Herman Boerhaave (1668 – 1738) davon aus, dass Krankheiten durch eine gestörte Mechanik des Körpers hervorgerufen werden. Ein Beispiel für diese mechanistische Erklärung ist die These von Boerhaave, dass das Entzündungsfieber durch mechanische Reibung der roten Blutbestandteile entstehe. Und Friedrich Hoffmann verfasste eine Theorie der Hydraulik, nach der sämtliche Körpervorgänge allein durch die Bewegung der Körperflüssigkeiten und durch die Veränderungen des Gefäßtonus erklärbar sein sollen. Die Vorstellung vom Menschen als einer technischen Erscheinungsform innerhalb eines mechanisierten Weltbildes führte zu der Annahme, dass das Entstehen von Krankheiten nicht über verschiedene Faktoren und unter Einbeziehung von Umwelt und Psyche zu erklären sei, sondern dass es sich dabei um Resultate unabänderlicher Naturgesetze handle, die den Körper determinieren. Sämtliche Lebensvorgänge sind innerhalb dieses mechanistischen Er-

klärungsmodells grundsätzlich auf messbare und mathematisch berechenbare Einheiten zurückzuführen. Für den Gedanken einer individuellen Reaktionsweise auf die Einwirkungen auf den Körper – wie sie die Humoralpathologie kannte – ist in diesem Konzept kein Platz mehr.

Bedingt durch das Weltbild der Renaissance wurde die Medizin der Neuzeit immer mehr von mechanistischen Erklärungsmustern geprägt. Dieses mechanistische Modell hat auf viele Ärzte eine starke Anziehungskraft ausgeübt; im Grunde besteht sie bis heute. Durchbrochen wurde dieser mechanistische Zugang durch eine eher ganzheitliche Perspektive der verschiedenen vitalistischen Konzepte, die wiederum eine Verbindung zur tradierten Humoralpathologie hatten. Diese tradierten Konzepte sollten spätestens in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts im Kontext der Schulmedizin nahezu vollständig aufgegeben werden.

Ein weiterer radikaler Umbruch im Denken lässt sich vor allem bei Rudolf Virchow (1821 – 1902) nachweisen. Er ist einer der wegweisenden Revolutionäre der Medizin, indem er sagt, dass die Lehre der Humoralpathologie eine „Pathologie der Bibel und des Volkes“,¹⁰ also eine Pathologie, die vollkommen überholt und vor allem unwissenschaftlich sei. Virchow brachte die aus seiner Sicht wissenschaftliche Ergründung der Krankheit mit der These auf den Punkt: „Leben und Tod liegen in der Zelle.“¹¹ Leben und Tod lägen also nicht mehr im Gleichgewicht der Säfte und auch nicht in der Lebenskraft oder der Seele, sondern allein in der Zelle. Für Virchow ist Leben nichts, was irgendwie mystisch beginnt, es bedeutet für ihn nichts anderes als das Folgen des einen Lebens aus einem anderen. So prägte er den berühmt gewordenen Satz „Jede Zelle entsteht aus einer Zelle“. Er antizipierte damit die Vorstellung einer Erbfolge von Leben und verortete nicht nur den Kern des Lebens, sondern auch die Ursache aller Krankheiten in der Zelle. Hatte das mechanistische Paradigma eher das Organ in den Mittelpunkt gerückt, so ging Virchow nun eine Stufe tiefer und machte die Krank-

heit zum Produkt von Zellstörungen. So heißt es etwa an einer Stelle, die Zelle sei „die Person des Lebens, im Gesunden sowohl auch im Kranken“. Damit war der Begriff der Zellulärpathologie geboren, und diese Grundtheorie sollte die weitere medizinische Wissenschaft weltweit prägen.

Mit seiner Begründung eines lokalistischen Verständnisses von Krankheit hat Virchow die Denkbewegungen des 20. Jahrhunderts vorbereitet – ohne diesen großen Paradigmenwechsel wäre auch die Molekularbiologie des ausgehenden 20. Jahrhunderts nicht denkbar gewesen. Virchow ging strikt davon aus – und auch das ist bis heute die Grundüberzeugung der Naturwissenschaftler –, dass die Phänomene in der Zelle restlos auf physikalisch-chemische Vorgänge zurückgeführt werden können. Mit der Hinwendung zum lokalistischen Prinzip wurde es prinzipiell möglich, die spezifischen Ursachen von Krankheiten ausfindig zu machen. Insofern ist die Hinwendung zur Zelle zunächst ein sichtbarer Fortschritt der Medizin hin zur erstmaligen Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten von Infektionen gewesen, bis hin zur Ära der Antibiotika ab den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts.

All diese Fortschritte haben dem Ansehen der Medizin sehr genutzt, weil deutlich wurde, dass man mithilfe der Forschung zahlreiche Menschenleben retten konnte. Gleichzeitig ist im Rausch dieser Erfolge das alte Verständnis von Krankheit als einer Reaktion des gesamten Organismus auf eine äußere wie innere Ursache zunächst einmal weitgehend vergessen worden. Dieses Verständnis trat zunächst mit der Anthropologischen Medizin eines Viktor von Weizsäcker (1886 – 1957) und auch seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wieder stärker ins Bewusstsein. Und es ist heute wichtiger denn je, denn die moderne Medizin ist so sehr im Credo des Mechanismus und der damit verbundenen Machbarkeit verfangen, dass sie sich dabei von ihrem Auftrag, dem kranken Menschen zu dienen, zuweilen zu entfernen droht.

5. Naturwissenschaftliche Medizin als einseitige Antwort auf den Menschen

Die Planbarkeit, die Berechenbarkeit, die Herstellung von Sicherheit, die Prozessualisierung sind die positiven Werte der Naturwissenschaft. Die Medizin als Naturwissenschaft setzt voraus, dass das, was für das Labor gut ist, auch für den Menschen, für sein Selbstverständnis gut sein muss – und genau das ist der schwerwiegende Fehler und Trugschluss, dem die moderne Medizin aufsitzt. Sie verkennt nämlich grundlegend, dass das Nichtwissen, die Nichtvorhersagbarkeit des Lebensverlaufs für den Menschen kein Mangel, sondern ein Segen ist, weil der Mensch nur angesichts dieser inhärenten Ungewissheit seiner Zukunft tatsächlich Pläne schmieden und sich in seinem Planen als freier Mensch fühlen kann. Die ordnende, planende, rechnende Medizin, die diese Ordnungen zum Wert an sich erklärt, möchte eigentlich nicht weniger, als das Leben des Menschen zu reduzieren auf einen funktionierenden Mechanismus, der sich allein nach vorgegebenen Gesetzen zu bewegen hat. Eine Medizin, die keine Grenze, keine Unverfügbarkeit zulassen und alles planbar machen möchte, hat als Ideal nicht das menschliche Leben im Blick, sondern die perfekt einstellbare Maschine, ja sie geht eigentlich stillschweigend davon aus, dass der Mensch nicht mehr ist als eine komplexe Maschine, und je mehr man diese Maschine von vornherein programmieren kann, desto mehr wird der Wert dieser Maschine steigen, so das Credo. Und genau hier liegt der grundlegende Irrtum.

Das Lebendige ist dadurch definiert, dass es sich der Vorhersagbarkeit entzieht. Dadurch lässt sich die Bestrebung einer Etablierung von Planbarkeit verstehen als implizite Bestrebung zum Entzug des Lebendigen. Dass aber nun mit einem solchen Entzug des Lebendigen das Leben selbst gerade nicht aufgewertet, sondern radikal entwertet und in die Belanglosigkeit gedrängt wird, wird kaum bemerkt. Was angepeilt wird, ist die Reduzierung des Lebens auf einen kontrollierbaren Prozess, und man verkennt, dass allein dieses Ziel Ausdruck ei-

nes technisch-ökonomischen Denkens ist, das dem Menschen nicht gerecht wird, weil es eine unüberwindbare Kluft gibt zwischen einem Produkt als Resultat des Herstellens und dem Leben als Ausdruck eines Lebensvollzugs.

6. Der machbare Mensch als neues Credo der Medizin

Die zwischenzeitlich möglich gewordene Entwicklung von Klonierungstechniken, die Erfindung der Pränataldiagnostik, das genetische Testen von Embryonen schon vor der Einnistung, all dies war in seiner Gesamtheit nur deswegen möglich, weil die dahinter stehende Medizin implizit davon ausgeht, dass der Mensch nicht in die Welt „geworfen“ ist, sondern ein machbares Produkt. Es kann hier nicht darum gehen, diese technischen Errungenschaften pauschal zu kritisieren. Manche von ihnen haben auch etwas Segensreiches an sich. Die Problematik entsteht erst dort, wo der Mensch angesichts der unbestreitbaren Erfolge zu der Annahme verleitet wird, dass alles machbar sein sollte und dass man sich daher mit nichts mehr abzufinden bzw. anzufreunden hätte. Der heutige Mensch verfällt in seinem Streben nach einer grundlegenden Emanzipation von allen Bedingungen des Lebens zuweilen dem Irrglauben, dass er nicht nur die äußeren Bedingungen des Lebens bestimmen, sondern auch seine eigene physische Identität selbst „machen“ und steuern könnte. Durch die Überbetonung der Machbarkeit glaubt sich der heutige Mensch zum eigenen Gestalter all seiner Lebensaspekte zu machen. Er glaubt die Zügel in der Hand zu halten und verliert dabei den Blick dafür, dass die Machbarkeit des eigenen Lebens sich nur auf Marginalien beschränkt, verglichen mit all dem Unverfüg- und Unmachbaren, mit all den Vorbedingungen, in die man hineingeboren wird, und im Vergleich zu all den Widerfahrnissen, denen bestenfalls in „reflektierter Gelöstheit“¹² begegnet werden kann.

Angesichts der Nicht-Machbarkeit einer Welt, die schon vor der eigenen Existenz bestand, er-

scheint der Anspruch des heutigen Menschen, sich zum Macher nicht nur seiner äußeren Lebensbedingungen, sondern auch seiner selbst zu erklären, als irrationale Selbstüberschätzung.¹³ In der schwerwiegenden Folge dieser Selbstüberschätzung beraubt er sich der Chance, ein gutes Verhältnis zum Vorgegebenen und zu dem, was einem widerfährt, zu entwickeln. Damit nimmt der Mensch sich auch die Chance, dem Gegebenen der Welt und dem Geworfensein seiner eigenen Existenz etwas Positives, ja vielleicht Sinnstiftendes abzugewinnen.¹⁴ Die problematische Seite der Vorstellung des Menschen als das Machbare liegt also in der Totalisierung des Machbarkeitsdenkens und nicht in dem legitimen Bestreben der sinnvollen Emanzipierung.

7. Trügerisches Versprechen der Machbarkeit

Was folgt daraus für das Verhältnis der Medizin zum Maß und zur Grenze? Der problematische Umgang der modernen Medizin mit der Grenze des Machbaren beginnt nicht dort, wo gegen die Krankheit gekämpft wird, sondern erst dort, wo die Medizin suggeriert, dass der moderne Mensch gar keine Grenze, gar kein Schicksal mehr anzunehmen brauche, weil die Medizin ihm, dem modernen Menschen, die absolute Freiheit geben könne – die Freiheit, seinen Körper selbst auszuformen, die Freiheit, seine Nachkommen selbst auszusuchen, die Freiheit, sich nach seinem Belieben zu „optimieren“. Das implizite Versprechen dieser absoluten Freiheiten ist das eigentliche Problem vieler Bereiche der modernen Hochglanzmedizin. Problematisch ist dieses Versprechen nicht zuletzt deswegen, weil es trügerisch ist.

Es ist eben nicht nur Freiheit, die gewährt wird, wenn zum Beispiel die ästhetische Medizin dem Menschen suggeriert, er könne sich seine Körperform selbst aussuchen, denn mit dem selbst Aussuchen-Können ist eine neue Unfreiheit für ihn selbst verknüpft, die Unfreiheit, sich dem Konformitätsdruck der Leistungsgesellschaft zu beugen, und zugleich die Unfreiheit, schon morgen diese selbst

gewählte Körperform nochmals auf die Tauglichkeit für die damit verbundenen Ziele überprüfen zu müssen. Wenn die Körperform nicht mehr Schicksal, sondern nur noch Resultat der eigenen Wahl sein soll, wie es viele Bereiche der ästhetischen Medizin versprechen, so ist aus diesem Wählen-Können der eigenen Körperform doch nicht neue Freiheit erwachsen, sondern neue Unfreiheit, weil man dann für dieses Gewählte auch verantwortlich gemacht werden wird und man das Gewählte jeden Tag neu hinterfragen muss, ob es noch „zeitgemäß“ ist. Ab dem Moment, da man das Schicksal des so Seienden ersetzt durch die eigene Wahl, gerät man in eine Spirale des immer wieder neu Wählen-Müssens, in eine Spirale des stetigen Abgleichs. Verlorengegangen ist dann die Unbekümmertheit des eigenen Umgangs mit sich selbst. Freiheitsgewinn ist das nicht unbedingt. Und genau das ist die Fehlentwicklung weiter Teile der modernen Medizin, weil sie Werbung für ihre technischen Möglichkeiten betreibt und damit viele Menschen unter dem Versprechen der Freiheit im Grunde immer weiter in eine Abhängigkeit zur Medizin bringt.

8. Hochglanzmedizin als Hindernis zur Bewältigung der Krankheit

Im Kontext der Medizin gibt es eine Scheu, überhaupt von Grenze zu sprechen. Man zieht es vor, lediglich vom Potential des Machens zu sprechen – man macht Versprechungen. Die Medizin wird gerade dem Patienten, dem alles versprochen wird, dem jede Machbarkeit und jede Garantie gegeben wird, nicht gerecht, weil sie ihn täuscht und falsche Erwartungen weckt. Eine humane Medizin müsste über jede Betonung der Hoffnung hinaus auch das Scheitern ehrlich ansprechen. Fatalerweise aber können es sich die modernen Kliniken als Wirtschaftsunternehmen gar nicht mehr leisten, das Scheitern, die Nichtgarantierbarkeit zu thematisieren, weil sie ansonsten Umsatzeinbußen riskieren. Stattdessen betreibt jede Klinik Marketing und wirbt mit ihren Möglichkeiten; sie wirbt eben nicht mit ihren Grenzen.

Werbung verträgt sich nur schlecht mit dem Maß, mit den Grenzen des Machbaren. Innerhalb eines Unternehmens Krankenhaus, das für sich Werbung betreibt, muss alles möglich, alles machbar sein. Ein gutes Marketing darf keinen Raum für Unsicherheit, ja gar für das etwaige Scheitern lassen. Daher ist es gerade eine solche Atmosphäre der Garantie, die den Patienten am Ende im Stich lässt, weil sie ihn nicht ernst nimmt. Eine humane Medizin müsste zu ihren Grenzen stehen, sie müsste diese Grenzen thematisieren, sie müsste sie als das Natürlichste der Welt zum Ausdruck bringen. Im Angesicht der Nichtplanbarkeit von Krankheit und der Nichtgarantierbarkeit von Heilung dürfte eine humane Medizin keine Scheinsicherheit vorkaukeln. Sie müsste vielmehr darauf abheben, früh genug auch das Scheitern und das sich Anfreunden mit der Notwendigkeit beizubringen.

Was sich in der hippokratischen Medizin im Aphorismus „*Medicus curat natura sanat*“ noch ausdrückte, ist im heutigen Denken der Medizin kaum mehr präsent. Und doch müsste man sich neu eingestehen, dass die Heilung und der Erfolg von einer seriösen Medizin nicht garantiert werden kann. Hilfe für Menschen, die in Not sind und denen keine Garantie versprochen werden kann, wird insofern auch darin bestehen müssen, dass diesen Menschen geholfen wird, auch das Scheitern als Teil ihres Weges zu betrachten, statt sich – induziert durch die Versprechungen der Dienstleistungsmedizin – dem Scheitern von vornherein komplett zu versperren.

Ein gutes Beispiel für diese gravierende Fehlentwicklung der modernen Medizin ist die Reproduktionsmedizin. Die Reproduktionsmedizin ist in weiten Teilen eine privatwirtschaftlich organisierte Gesundheitsindustrie geworden; als Unternehmen suggeriert sie zunehmend absolute Machbarkeit und Kontrollierbarkeit. Sie macht Reklame mit ihren Möglichkeiten, und damit nährt sie das Bewusstsein, dass man heute gar nicht mehr unfruchtbar bleiben braucht. Im Falle der Unfruchtbarkeit hat man ja die Möglichkeit, so die Marke-

ting-Botschaft, über die Reproduktionsmedizin mehr oder weniger garantiert ein Kind zu bekommen. Wer heute trotzdem unfruchtbar bleibt, hat es einfach nicht oft genug versucht oder etwas falsch gemacht. Dass die ungewollte Kinderlosigkeit – irgendwann – auch als ein Schicksal angenommen werden kann, wird in dieser Atmosphäre des Machens kaum in Erwägung gezogen. Die Grenze, bis wann das Gegebene als das zu Revidierende und ab wann das Gegebene als das zu Akzeptierende zu betrachten ist, ist schwierig zu finden und nicht in feste Kategorien zu gießen. Das Problem der modernen Reproduktionsmedizin besteht aber darin, dass sie so tut, als sei das Gegebene ausschließlich das zu Revidierende. Damit lässt sie die Potentiale verkümmern, die der Mensch durchaus hat, sich auch innerhalb des zunächst schmerzhaft Gegebenen positiv einzufinden. Kinderlose Paare haben eine Chance, mit der Zeit die Kinderlosigkeit zu bewältigen, aber damit sie das tun können, muss von vornherein diese Option des Sich-Anfreunden-Könnens mit thematisiert werden. Eine Hochglanzbroschürenmedizin versäumt dies viel zu oft, weil sie den Begriff des Schicksals weitgehend getilgt hat, nicht nur aus ihren Broschüren, sondern auch aus ihrem Bewusstsein.

Solange der moderne Patient mit der vermeintlichen Machbarkeit geblendet wird, wird er gefangen gehalten in seinem Bestreben, alles zu kontrollieren. Damit aber wird ihm die Freiheit genommen, sich in seiner eigenen Weise auf das einzustellen, was ist. Diese Freiheit des sich Einstellens wird erst dann ganz zur Geltung kommen können, wenn man das Gegebene als ein solches erst einmal akzeptiert und sich nicht vollends den Verheißungen der Machbarkeit hingibt. Dazu anzuleiten, müsste eine neue alte Aufgabe der Medizin sein.

9. Vom Wert der Annahme des Gegebenen

Solange die Medizin das Maß nicht kennt und nur die Möglichkeit der Veränderung preist, solange sie kein Innehalten kennt und nur dem Aktivismus folgt, solange sie keine Besinnung kennt und sich

dem „Sedativum der Dynamik“¹⁵ hingibt, so lange wird sie ihren Auftrag, den kranken Menschen zu helfen, nicht erfüllen. Eine auf Machbarkeit fixierte Medizin setzt nur auf die zu verändernden äußeren Gegebenheiten des Lebens, sie setzt auf die Korrektur des kranken Körpers, aber sie verkennt, dass die Freiheit des Menschen sich nicht darin erschöpft, die äußeren Einflüsse und körperlichen Manifestationen zu gestalten, sondern die größte Freiheit des Menschen, seine Freiheit besteht doch vielmehr in der Wahl seiner inneren Einstellung zu dem äußerlich Vorgegebenen.¹⁶ Der Mensch ist befähigt, über seine Einstellung zur Welt die Welt selbst in seine Hand zu nehmen, indem sie durch die eigene Einstellung anders auf ihn wirkt als die gleiche Welt auf einen Menschen mit einer anderen Einstellung. Wir leben in einer Ära, die von der Überzeugung getragen ist, dass man sich mit nichts abzufinden habe, und so entwirft die moderne Welt ganze Arsenalien der Weltbemächtigung. Das Credo aber, dass die Welt grundsätzlich zu bemächtigen und nicht anzunehmen ist, dieses Credo lähmt die großen Ressourcen, die der Mensch hat, wenn er nicht nur an der äußeren Welt, sondern an seiner inneren Einstellung zur Welt arbeitet. Es wird vollkommen verkannt, dass der Mensch befähigt werden kann, dem Sosein des Seienden auch mit einer Grundhaltung des sich Anfreudens zu begegnen. Das Sich Anfreunden mit dem, was ist, mag die zentrale Ressource sein, auf die jeder kranke Mensch zurückzugreifen erlernen müsste. In dieser Haltung der Annahme wird der Kranke erst befähigt werden, mit der Krankheit zu leben.

Jede Gesellschaft bringt die Medizin hervor, die sie verdient. Der Mensch in unserer modernen Gesellschaft ist ein Mensch, der bei allem Überfluss seiner Lebensumstände innerlich so verarmt ist, dass er auf seine Welt zuweilen zu sehr mit der Haltung des Begehrens reagiert und das Innehalten, die Bescheidung, das Maß tendenziell aus den Augen verliert. Wir wissen aus der antiken Philosophie, dass ohne die Kardinaltugend des Maßes kein Mensch glücklich werden kann, und was dem

modernen Menschen am meisten fehlt, ist gerade das Maß im Umgang mit seinem Begehren. Er begehrt, der allererste Anfang sein zu wollen, er begehrt, ein mangelloses Leben führen zu wollen, er begehrt, sich mit nichts abfinden zu müssen. Dieses Begehren ist es, was den modernen Menschen in seiner Anspruchshaltung am Ende unglücklich, angstvoll und gar verzweifelt macht. Er ist Opfer seiner Ansprüche an die Machbarkeit der Welt und übersieht, dass sein Glück tatsächlich bei ihm liegt, aber eben nicht in seiner Hand, sondern in seiner inneren Einstellung. Daher wird Medizin nur dann wirklich ein Dienst am Menschen sein, wenn sie äußerlich das Behandelbare behandelt und zugleich dem Patienten dabei hilft, sich vielleicht doch anzufreunden mit dem, was nicht zu ändern ist. Denn nicht das Machen, das Herstellen, das Produzieren von Gesundheit ist die letzte Aufgabe der Medizin, sondern letzten Endes doch – in radikaler Abkehr von der Antike – das Versprechen, da zu sein, wenn nichts mehr zu machen ist, weil dann, wenn scheinbar nichts mehr zu machen ist, doch noch das Eigentliche gemacht werden kann, nämlich das Füllen der restlichen Lebenszeit mit einer lebensbejahenden Grundhaltung, die der Arzt gerade heute zu schenken befähigt sein sollte.

Referenzen

- 1 vgl. Schipperges H., *Paracelsus*, in: Engelhardt D. von, Hartmann F. (Hrsg.), *Klassiker der Medizin*, Beck, München 1991, S. 95-112
- 2 siehe hierzu näher Benzenhöfer U., *Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*, Beck, München 1999
- 3 Hippokrates, *Ausgewählte Schriften*, übersetzt und herausgegeben von Diller H., Reclam, Stuttgart 1994, S. 229
- 4 Hippokrates, siehe Ref. 3, S. 234
- 5 Hippokrates, siehe Ref. 3, S. 240
- 6 vgl. Bergdolt K., *Medizin und Gewissen*, Beck, München 2004
- 7 Wilmanns J., *Ethische Normen im Arzt-Patient-Verhältnis*, in: Knoepfler N., Haniel A. (Hrsg.), *Menschenwürde und medizinethische Konfliktfälle*, Hirzel, Stuttgart 2000, S. 203-220
- 8 ein indirekter Hinweis ist in Platons Ärzttypologie zu finden, siehe Maio G., *Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin – Ein Lehrbuch*, Schattauer, Stuttgart 2011
- 9 Wilmanns J., siehe Ref. 7
- 10 zit. nach Schipperges H., *Heilkunde als Gesundheitslehre. Der geisteswissenschaftliche Hintergrund*, VFM, Münster 1993, S. 73
- 11 Schipperges H., siehe Ref. 10
- 12 Kamlah W., *Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik*, BI Wissenschaftsverlag, Mannheim 1973, S. 159
- 13 Marquard O., *Apologie des Zufälligen. Philosophische Studien*, Reclam, Stuttgart 1986
Maio G., siehe Ref. 8
- 14 vgl. Maio G., *Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebensein des Lebens und medizinisch-technischer Gestaltbarkeit*, Herder, Freiburg 2011
- 15 zit. in Küpper Joachim, *Mittelalterlich kosmische Ordnung und rinascimentales Bewusstsein von Kontingenz*, in: Graevenitz G. von, Marquard O. (Hrsg.), *Kontingenz*, Fink, München 1998, S. 173-223, hier S. 223
- 16 Maio G., siehe Ref. 8

Werner Waldhäusl

Die ganzheitliche Sicht des Menschen und die Spezialisierung der modernen Medizin

The holistic view of man and specialization in modern medicine

Zusammenfassung

Die „ganzheitliche Sicht des Menschen“ und die „Spezialisierung der modernen Medizin“ werden seit der Antike immer wieder mit der Forderung nach einer „ganzheitlichen Medizin“ verbunden. Dieses Verlangen versucht zwei sehr unterschiedliche, ständigem Werden und neuen Erkenntnissen unterworfenen Kategorien, wie die Wahrnehmung der „Ganzheit des Menschen“ als Organismus und geistige Persönlichkeit mit der „Ganzheit“ einer Wissenschaft, d. h. der Medizin samt ihren Spezialisierungen, mit einander zu verschmelzen. Dies überschreitet die Grenzen des Möglichen. Unabdingbar und unwidersprochen besteht allerdings die Verpflichtung jedes Arztes, und somit auch jedes Spezialarztes, den Patienten in seiner Persönlichkeit zu respektieren, ihm mit Empathie zu begegnen und sein medizinisches Wissen und Können in Kenntnis seiner Grenzen voll und ganz in die ärztliche Behandlung und in die Arzt-Patienten-Beziehung einzubringen.

Schlüsselwörter: Ganzheitliche Sicht des Menschen, Ganzheitsmedizin, Ärztliche Spezialisierung, Organisationsformen in der Medizin, Entwicklung der Medizin

Abstract

The demand to "view man in his entirety" and to merge that concept with the "science of (modern) medicine" into some form of "holistic medicine" has been raised frequently since antiquity. That desire attempts to amalgamate the impossible, as "man" and "science", i. e. medicine and its specialisations, are entities in their own right. Unaffected by that background persists, however, over the ages the inalienable and incontestable obligation of physicians and their descendants, the medical specialists of all sorts, to fully respect their patients' personality, to meet them with empathy and to offer them all possible medical advice within, but never beyond the limits of their expertise.

Keywords: Holistic Concept of Man, Holistic Medicine, Medical Specialization, Forms of Medical Organisation, Development in Medicine

o.Univ.-Prof. em. Dr. Werner Waldhäusl
Ehem. Vorstand der Universitätsklinik für Innere Medizin III
Medizinische Universität Wien
Dollnergasse 10, A-1190 Wien
werner.waldhaeusl@meduniwien.ac.at

Die „Ganzheitliche Sicht des Menschen“ und die „Spezialisierung der modernen Medizin“ sind zwei unerschöpfliche Themen, die untrennbar mit der Entwicklung der Medizin und philosophischen Fragen verbunden sind. Sie werden oft unreflektiert gemeinsam angesprochen und mit dem Vorwurf verbunden, dass Spezialisierung in der Medizin das Verständnis für medizinische Zusammenhänge verdunkelt und die ganzheitliche Sicht des Patienten erschwere. Diese Aussage geht jedoch dann ins Leere, wenn die „Spezialisierung in der modernen Medizin“ und die „ganzheitliche Sicht des Menschen“ als zwei unterschiedliche und eigenständige Kategorien erkannt werden, die nur mittelbar, nicht aber unmittelbar miteinander verknüpft werden können.

Die Anfänge der Diskussion über die Folgen der Spezialisierung in der Medizin reichen weit in die Vergangenheit Ägyptens, des Zweistromlandes Mesopotamien und des griechischen Kulturkreises zurück, da sich bereits im Ägypten der Pharaonen eine ausgeprägte Arbeitsteilung unter den Ärzten, die „(entweder) für die Augen, den Kopf, die Zähne, den Leib (oder) für innere Erkrankungen“¹ spezialisiert sein konnten, ausgebildet. Erst später verlangt Hippokrates (460 – 370 v. Chr.), dass der Arzt nicht nur die Medizin, sondern auch den Menschen „kenne“.² Die daraus resultierende Forderung nach einer „ganzheitlichen“ Sicht des Patienten wird nach wie vor oft sowohl von nicht ärztlichen Diskutanten als auch von Vertretern der modernen Medizin aufgegriffen. Ein hehres Ansinnen, ist doch schon dem Einzelnen das delphische „Erkenne dich selbst“ (Γνωθί σέαυτόν) nur schwer oder nicht möglich.

Jeder Versuch eines besseren Verständnisses des immer wieder eingeforderten Wechselspiels zwischen einer „ganzheitlichen Sicht des Menschen“ und der „Spezialisierung der modernen Medizin“ muss sich somit notwendigerweise mit dem Begriff der *Ganzheit* an sich, aber auch mit der *Entwicklung der Medizin* und ihrer *Spezialisierung* sowie den sich heute daraus ableitenden *Organisatorischen Strukturen* auseinandersetzen.

Ganzheit

Ganzheit ist ein unscharfer Begriff. Er hat einen apodiktischen Anspruch auf Vollständigkeit und Absolutheit des Wissens, die es, wie schon Sokrates mit seinem „Ich weiß, dass ich nicht weiß“ feststellt, nicht gibt. Nach der Definition Kants beschreibt Ganzheit die Summe der Einzelteile eines offenen oder geschlossenen Systems, wobei die Teile nur durch ihre Beziehung zum Ganzen möglich sind.³ Daraus folgt, dass auch der Begriff der Ganzheitsmedizin („holistic medicine“), der versucht, den Menschen in seiner seelisch-körperlichen Gesamtheit und in Interaktion mit der Umwelt zu sehen,⁴ kritisch zu betrachten ist, da ihre Grenzen immer unscharf bleiben.

Nähert man sich nun dem Problem einer „ganzheitlichen Sicht“ des Menschen, so begegnet uns das Dilemma, dass „menschliche Ganzheit“ – je nach Wahrnehmung – einmal die *Ganzheit* des Organismus und aller seiner Funktionen (materialistische Anschauung) und einmal jene des trennbaren platonischen Verbundes von Leib und unsterblicher Seele bedeuten kann.⁵ Eine ähnlich dualistische Wahrnehmung formuliert später René Descartes, der Ich und Bewusstsein getrennt vom Körper sieht und als eine Funktion der *res cogitans*, der immateriellen Substanz des Denkens auffasst, die die Seele widerspiegelt. Dem gegenüber stellt der Mensch für die materialistische Anschauung eine Ganzheit dar, die aus Körper und Geist bestehend der naturwissenschaftlichen Analyse – wenn auch unvollkommen – zugänglich ist, wie David Hume (1711 – 1776), der große Skeptiker der Aufklärung, nicht müde wird festzustellen. Nach ihm ist der Mensch ein hochintelligentes Tier mit Sympathie oder Empathie, wie wir heute sagen würden. Sein Geist ist den Methoden der modernen Neurowissenschaften zugänglich und entspricht nach Ansicht E. R. Kandels (Nobelpreis für Medizin oder Physiologie, 2000) lediglich einem hoch komplexen Informationsverarbeitungssystem.⁶ Karl Rahners Formulierung, dass „In christlicher Lehre ... die Seele (ein) Seinsprinzip (und) nicht ein für sich seiendes Selbständiges (sei), das nur eine nachträgliche und

für sie zufällige Einheit mit dem Materiellen eingegangen wäre“,⁷ scheint ein ernst zu nehmender Versuch zu sein, die materialistische und dualistische Wahrnehmung der Seele miteinander zu versöhnen. Die Diskussion der beiden Anschauungen, die philosophische, theologische und naturwissenschaftliche Fragen anspricht, sollte das Diktum Wittgensteins, dass „alle Wissenschaft Naturwissenschaft ist“, mit einbeziehen.

Was bleibt also dem Arzt, wenn von ihm Tradition und ärztliche Wirklichkeit, d. h. die ständige Interaktion und Konfrontation mit seinen Patienten, eine „ganzheitliche Sicht“ des Kranken, Empathie und soziale Kompetenz einfordern und auch Hippokrates schon darauf hinweist, dass ohne Kenntnis dessen, „was der Mensch ist“, Medizin nicht möglich sei?⁸

Pragmatisch gesehen hilft an dieser Stelle am ehesten der Begriff der „Persönlichkeit“. Sie gilt als Verwirklichung der Identität eines Menschen und der damit verbundenen eigenständigen Strukturen des Verhaltens, die für jeden Menschen einzigartig sind und die ihn relativ stabil während seiner gesamten Lebenszeit begleiten.⁹

Der Arzt ist somit jedenfalls gehalten, die Persönlichkeit seiner Patienten zu erkennen, anzuerkennen, auf sie einzugehen, sie zu respektieren und bei seinen Handlungen und Empfehlungen zu berücksichtigen. Eine strenge Anforderung, die im wohl verstandenen Interesse der Leidenden nicht nur den Medizinstudenten nahe gebracht, sondern vor allem dem Jungarzt während seiner Ausbildung *vorgelebt* werden muss, um an die nächste Ärztegeneration weiter gegeben werden zu können.

„Ganzheit“ im Zusammenwirken von Mensch und Medizin bedeutet aber nicht nur die Wahrnehmung der Persönlichkeit des Menschen und die Kenntnis seiner „gesamten“ Physiologie, sondern auch die Kenntnis der Gesamtheit aller menschlichen Krankheiten und ihrer Therapien im Detail, einschließlich der dazugehörigen medizinischen Spezial- und Subspezialgebiete. Ein solches Spektrum der „Ganzheit des Menschen und der Medizin“

ist, wohl auch für den Laien erkennbar, offenkundig grenzenlos und überschreitet die Aufnahmekapazität jedes Arztes. Daraus folgt, dass die Spezialisierung in der Medizin ein sich zwingend ergebender Prozess ist, der sich, getrieben von der naturwissenschaftlichen und medizinisch-klinischen Forschung, zunächst langsam und in den letzten beiden Jahrhunderten exponentiell weiter entwickelt hat. Er wird die Medizin unaufhaltsam auch in der Zukunft begleiten, ohne dass ein Ende abzusehen ist. Das bedeutet, dass der undifferenzierte Anspruch an den Arzt, dem Menschen „ganzheitlich“ und all umfassend zu begegnen, immer komplexer und damit für den einzelnen Arzt undurchführbarer wird, so dem nicht durch Spezialisierung und die strukturierte Einbettung des Spezialisten in koordinative organisatorische Strukturen mit hoher Flexibilität entgegen gewirkt und ein neues Verständnis für die Entwicklung der Medizin entwickelt wird.

Entwicklung der Medizin

Frühzeit. Die Anfänge der Medizin sind nicht konkret fassbar. Wahrscheinlich war aber das Verlangen nach Beistand bei Verletzungen und schweren Geburten schon früh ein starkes Motiv für die Entwicklung medizinischer Hilfeleistungen. Auch setzte sich früh die Vorstellung durch, dass Fremdkörper und, möglicherweise daraus abgeleitet, Dämonen oder übernatürliche Kräfte für die Entstehung von Krankheiten verantwortlich sind, was letztlich in einen Kult der Heilgötter und bei Homer in die Auffassung mündete, dass Gesundheit ein Geschenk der Götter sei.¹⁰

Antike. Erst später, etwa im 6. Jh. v. Chr., beginnt sich die tradierte Medizin wissenschaftlich auszurichten, wie dies die Textsammlung des *Corpus hippocraticum*, das erstmals eine ganzheitlich orientierte „Allgemeinmedizin“ beschreibt, belegt.¹¹ Das medizinische Wissen, *sensu strictiori*, ist noch überschaubar, das Unwissen groß. Hohen Wert und großes Ansehen besitzt zu dieser Zeit die Kunst der Prognostik, so sie das Schicksal des Patienten richtig voraussagt.

Die Texte des *Corpus hippocraticum* haben viele Autoren. Nur wenige seiner Beiträge gehen auf Hippokrates selbst zurück. Dazu zählen die „Bücher über die Innerlichen Krankheiten, die Prognostik, die Beinbrüche, die Kopfwunden sowie Teile des Textes über die Landseuchen (Bücher I & III) und über Hygiene und Diätetik.“¹² Die aus dem 5. bis 3. Jh. v. Chr. überlieferten hippokratischen Texte gliedern die Medizin nicht organ- oder krankheits-spezifisch, obwohl es – ein Vorläufer der späteren formalen Spezialisierung – schon auf Teilbereiche spezialisierte Ärzte gibt. Wohl werden aber äußere (traumatische Verletzungen, Schlangenbisse) und innere Ursachen (Alter, Geschlecht, Ernährung, Schlaf) von Krankheiten unterschieden. Dabei wird unter Vorwegnahme einer modernen „Gender medicine“ darauf hingewiesen, dass manche Erkrankungen bei Frauen anders verlaufen als bei Männern.¹³ Angesprochen werden aber auch Allgemeinerkrankungen (Phthisis, Podagra) und eine dafür manchmal bedeutsame Disposition als deterministische Komponente.

Die Tradition Hippokrates' und seiner Schüler wird in der Folge von Galen (129 – 199 n. Chr.) gebündelt, weiter entwickelt und der Nachwelt mit zahlreichen eigenen Beiträgen zu Anatomie, Physiologie, Pathologie und Pharmakologie weitergegeben. Von Galen stammen u. a. Beschreibungen von Kehlkopf und Trachea, des *Nervus recurrens* sowie erste Vorstellungen über einen getrennten Kreislauf mit je einem venösen (Zentrum Leber) und arteriellen Schenkel (Zentrum Herz), die bis in das Mittelalter Gültigkeit besitzen, ehe sie von William Harvey (1578 – 1657) richtig gestellt werden. Die medizinische Welt Galens war überschaubar und somit „ganzheitlich“, formelle Spezialisierungen waren unbekannt, die Chirurgie war Wundärzten vorbehalten.¹⁴ Klinisch von Bedeutung sind Galens Pulslehre sowie seine empirisch begründeten Vorstellungen über Diät und Hygiene, aber auch die Beschreibung der Antoninischen Seuche (166 – 172 n. Chr.), die bis zu 50% der damaligen Bevölkerung hinweggerafft haben dürfte.¹⁵

Mittelalter (6. – 15. Jh.). Die Ärzte des Mittelalters übernahmen das vielfach von jüdischen (Maimonides) und persischen Medici (Avicenna) im arabischen Kulturraum bewahrte und weiter entwickelte griechisch-römische Wissen im Rahmen ihrer formalen Ausbildung in Klöstern und später an Universitäten. Die Morbidität der Bevölkerung war in Anbetracht des nach wie vor bescheidenen medizinischen Gesamtwissens groß, die mittlere Lebenserwartung mit etwa 25 Jahren für Frauen und 32 für Männer im Vergleich zu heute gering.

Die Stagnation medizinischer Kenntnisse endete graduell mit dem Hochmittelalter, als erste Lehrsektionen (Mondino de Luci, +1326) durchgeführt und die erste Operation eines Abdominaltumors (Hans Seyff, Ende 15. Jh.) berichtet wurden. Gleichzeitig entwickelten sich Universitäten mit medizinischen Fakultäten (Bologna 1111; Montpellier 1187; Wien 12.3.1365, die *Acta facultatis medicae* jedoch erst 1399;¹⁶ etc.) und städtische Krankenhäuser, deren Zahl in Florenz gegen Ende des 15. Jh. auf etwa 35 anwächst. Die Basis dafür waren monastische Regeln, wie jene des hl. Benedikt (*Infirmorum cura ante omnia et super omnia adhibenda est*), die der Sorge um den Kranken höchste Bedeutung zumessen, und fromme Stiftungen, wie jene von *Santo Spirito in Sassia* (Rom) im Jahre 727 durch König Ina von Wessex (England).

Neuzeit. Beginnend mit der Beschreibung der menschlichen Anatomie durch Andreas Vesalius im 16. Jh.¹⁷ beschleunigte sich die Entwicklung der Medizin und trat im 19. Jh. in ihre exponentielle Phase ein. Jetzt eröffneten plötzlich Asepsis und Antisepsis neue Wege in der Geburtshilfe durch Verhinderung des Kindbettfiebers (Ignaz Semmelweis, 1818 – 1865) und die Karbolsäuredeinfektion, sowie die gleichfalls von Joseph Lister (1827 – 1912) vorgeschlagene Lachgasnarkose größere Eingriffe in der Chirurgie. Weitere entscheidende Entdeckungen waren die Entwicklung des Augenspiegels durch Hermann Helmholtz (1821 – 1894), der Zellulärpathologie durch Rudolf Virchow (1821 – 1902) und der bakteriellen Diagnostik durch Ro-

bert Koch (1843 – 1910). Das Ergebnis war eine zunehmende Differenzierung der Medizin in ihren Grundlagendisziplinen, wie auch der klinischen Medizin.¹⁸

Spezialisierung in der Medizin

Die Folge der nun rasch wachsenden Zahl von Entdeckungen und einer zunehmend Ursachen bezogenen Wahrnehmung von Krankheiten war nicht nur eine ungeheure Mehrung des medizinischen Wissens, sondern auch eine fortschreitende Differenzierung der Medizin in Spezialgebiete. Beschleunigt wurde dieser Prozess durch führende Ärzte in Forschung und Klinik sowie durch die Erwartungshaltung von Patienten, die sich von der Umsetzung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse durch „Spezialisten“ aller Art verstärkt Hilfe für ihre Leiden erhofften.

Ein wichtiger Anstoß für die Entwicklung des modernen Gesundheitswesens waren aber auch die Schriften Johann Peter Franks (1745 – 1821), der die Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung als eine wesentliche Aufgabe eines aufgeklärten Herrschers ansah und auf den Aufbau eines öffentlichen Gesundheitswesens drängte.¹⁹ Parallel dazu und beeinflusst von den Arbeiten J. P. Franks differenzierten die Universitäten nun im deutschen Sprachraum ihre medizinischen Curricula, indem sie schrittweise neben Innerer Medizin, Chirurgie, Pharmakologie und Geburtshilfe u. a. auch Venerologie, Augenheilkunde, Kinderheilkunde, Orthopädie und Hygiene in ihre Lehrpläne aufnahmen, was – wenn auch zunächst noch unkoordiniert – im niedergelassenen Bereich eine entsprechende Spezialisierung zur Folge hatte. Diese Entwicklung löste ab 1800 langsam die bis dahin noch sehr schlichten Strukturen der ärztlichen Betreuung der Bevölkerung, die nur akademisch ausgebildete *Medici practici* für innere Krankheiten und Wundärzte, eingeteilt in 9 verschiedene Klassen, mit z. T. nur bescheidener Schulbildung, sowie „Zahnärzte“, Oculisten, Stein-, Bruch- und Hasenschartenschneider kannte, ab.²⁰

Dieses recht einfache Muster der ärztlichen Versorgung ändert sich mit der Einführung einer konservativ und chirurgisch geprägten Ausbildung für akademische Vollärzte (Preußen, 1825) sowie durch ein sich schrittweise etablierendes Spezialistentum durch *Medici practici*, die akademisch präformierte Spezialgebiete strukturell in die tägliche Praxis zu übernehmen beginnen. Dies veranlasst Ernst von Leyden 1881 in Berlin erstmals (?) die Zersplitterung der Medizin mit den Worten zu beklagen: „*Es gibt gegenwärtig kaum noch Ärzte, fast nur Spezialisten, oder man ist Spezialist und nebenbei noch Arzt*“.²¹ Ähnlich heftig wehrt sich zu gleicher Zeit Hermann Nothnagel (1841 – 1905) in Wien gegen die Abspaltung der Neurologie von der Inneren Medizin;²² eine Diskussion, die modern anklingt.

Nahezu gleichzeitig mit der Modernisierung der Ärzteausbildung erweitert die medizinische Forschung die Behandlungsmöglichkeiten u. a. durch die Einführung von

- Impfstoffen (Pockenimpfung: B. Jasty, 1774; E. Jenner, 1796) und ermöglichte durch diese Technologie in der Folge die weitgehende Ausmerzungen von Kinderkrankheiten, wie Masern, Diphtherie und Pertussis (Keuchhusten), aber auch von Volksseuchen, wie Hepatitis, Pocken und zuletzt auch des Cervix Carcinoms.²³
- Antibiotika (Alexander Fleming, 1929)
- Herz- und Thoraxchirurgie (F. Sauerbruch, 1875 – 1951; D. Cooley, Kunstherz 1969)
- Organtransplantation (Niere: Joseph Murray, 1954; Herz: Christian Barnard, 1967) sowie von
- modernen diagnostischen Verfahren in der Bildgebung durch Ultraschallschnittbilder, Computertomografie und Magnetresonanztomografie (P. C. Lauterbur, P. Mansfield, 1973 ff.) sowie in der Laboratoriumsmedizin.

Diese atemberaubende Entwicklung findet sich auch in zahlreichen anderen Disziplinen der modernen Medizin, ohne dass ein Ende abzusehen ist, so dass sich die Liste unschwer verlängern ließe.

Da die klinische Anwendung der erworbenen medizinischen Kenntnisse oft nicht nur großes

Wissen, sondern auch praktische Geschicklichkeit verlangt, die nur durch eine entsprechende Spezialausbildung erworben werden kann, war die formale, d. h. gesetzlich abgesicherte Etablierung von zusätzlichen medizinischen Spezialgebieten unvermeidbar und nur eine Frage der Zeit. Das Ergebnis dieser Entwicklung ist eine Aufsplitterung der Medizin, z. B. in Österreich in 45 gesetzlich verankerte Sonderfächer, wie Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, etc. und 46 Quatzfächer, wie Kardiologie, Endokrinologie & Stoffwechsel, Rheumatologie u. a.²⁴ Parallel dazu verdreifachte sich die Zahl der in Österreich tätigen Ärzte allein in den letzten 50 Jahren von 13.000 auf etwa 45.000, so dass zurzeit etwa ein Arzt für 200 Einwohner zur Verfügung steht und somit wohl kaum von einem Ärztemangel gesprochen werden kann.

Die skizzierte Differenzierung der praktischen Medizin hat sich, wenn auch wegen der damit verbundenen Kosten regional in unterschiedlicher Intensität, weltweit durchgesetzt. Ihre Wurzeln sind das unaufhaltsame Fortschreiten der medizinischen Forschung und, wie oben erwähnt, die sich ab dem 19. Jh. abzeichnende Verbreiterung der medizinischen Curricula und ärztlichen Ausbildungsordnungen in Europa sowie in den USA, wo sich bereits 1917 die Augenheilkunde als erstes Sonderfach der Medizin mit eigenem Statut etablieren konnte. Ein extremes Beispiel dieser Diffe-

renzierung betrifft das Sonderfach Innere Medizin [Abb. 1], für das seitens des American Board of Internal Medicine (ABIM) aktuell 20 Teilgebiete als Subspezialitäten anerkannt werden.²⁵

Zunehmend wird die immer weiter fortschreitende Spezialisierung in der Medizin neben der bereits angesprochenen Wissensexplosion auch durch eine „Kunden“-orientierte Strömung im Gesundheitswesen begünstigt, die vom Begehren der Patienten nach bester individueller Betreuung und dem Streben der Spezialärzte nach Unabhängigkeit von der jeweiligen Mutterdisziplin und fachlicher Anerkennung getragen wird.²⁷ Die Begründung für die Schaffung neuer Subdisziplinen stützt sich daher oft nicht nur auf die Notwendigkeiten des Gesundheitswesens, sondern auch auf subjektive, manchmal nur schwer objektivierbare Beweggründe.

Die für die Umsetzung dieser Differenzierung der Medizin in die Praxis erforderlichen organisatorischen Strukturen sind somit überwiegend natürlich gewachsen und damit manchmal kostspieliger, aber auch „separatistischer“, als unbedingt notwendig. Das bedeutet, dass die Strukturen des Gesundheitssystems nicht nur im Interesse der betroffenen Patientengruppen, sondern auch in jenem der jeweiligen Kostenträger immer wieder neu auf ihre Zweckmäßigkeit zu überdenken sind. Dies gilt auch für die strukturelle Etablierung neuer medizinischer Subspezialitäten aller Art.

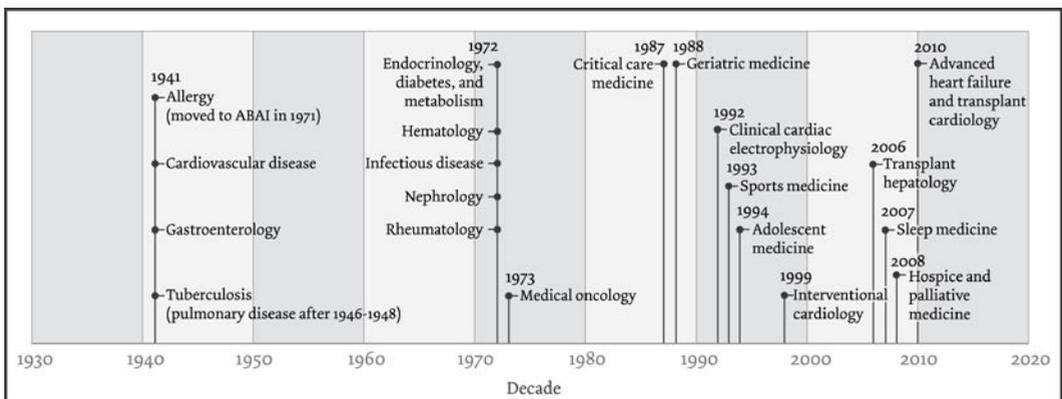


Abb. 1: Entwicklung des Sonderfaches Innere Medizin und seiner Zusatzfächer (Subspezialitäten) in den USA 1940 – 2011 [mit Erlaubnis des New England Journal of Medicine]²⁶

Organisatorische Strukturen

Das Gesundheitssystem besteht heute weltweit aus im Laufe der Zeit gewachsenen Strukturen. Sie wurden, gegliedert in große Sonderfächer (Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe & Gynäkologie, etc.) und kleinere Zusatzfächer (s. Abb. 1), schrittweise und meist universitär beginnend sowohl im stationären (Krankenhauswesen) als auch im niedergelassenen (frei praktizierende Ärzte) Bereich etabliert und in unterschiedlicher Weise durch private und staatliche Initiativen ergänzt. Eingebettet in das jeweilige Gesundheitssystem, das in den Industriestaaten einer der größten Arbeitgeber und somit auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor ist, arbeiten heute zahlreiche Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger sowie Verwaltungspersonal. Die Finanzierung der anfallenden Kosten erfolgt meist anteilig durch öffentliche und private Versicherungen sowie durch die öffentliche Hand.

Die Effizienz von Gesundheitssystemen kann durch die Erfassung relevanter Kennzahlen (z. B. nach OECD), wie der mittleren Lebenserwartung der Bevölkerung (Österreich [A] 2005 – 2007: Frauen 82,7, Männer 77,1 Jahre), der jährlichen Kosten in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP; A 2008: 10,5%), der Kostensteigerung je Jahr (A 1998 – 2008: 2,4%), der Größe des Personaleinsatzes (A 4,6 Ärzte je 1000 Einwohner), der Zahl der Krankenhausbetten (A 2008: 7,7 je 1000 Einwohner) etc., beschrieben werden. Der so mögliche Vergleich der Effizienz von Gesundheitssystemen zwischen einzelnen Ländern zeigt u. a., dass eine gleich hohe Lebenserwartung wie in Österreich auch mit einem geringeren Kostenaufwand (Spanien 2009: 9% des BIP) erreicht werden kann.

Jede regionale Änderung des Gesundheitssystems sollte daher verpflichtend auf die Verbesserung von Kennzahlen abzielen und der Erfolg an Hand der gewählten Zielvorgaben überprüft werden. Die dabei für eine „angemessene Betreuung“ erforderliche Vermeidung unnötiger Untersuchungen, von Überbehandlungen, Doppelgleisigkeiten

und Überkapazitäten (Krankenhausbetten, Geräteausrüstung) – an sich eine Selbstverständlichkeit – kann in Kenntnis aller Schwierigkeiten und ökonomischen Begehrlichkeiten am ehesten durch ein gedeckeltes Budget sichergestellt werden.²⁸

Die Umsetzung dieses simplen Ansatzes wird allerdings oft durch ideologische Vorgaben, wie „mehr Staat“ oder „mehr privat“, sowie durch Gruppeninteressen der das Gesundheitssystem tragenden Akteure (Krankenhaussträger, Krankenhauswesen, niedergelassene Ärzte, angestellte Ärzte, Versicherungen, Kommunen, Gewerkschaften etc.) erschwert, da jede Änderung einer Einzelkomponente des Gesundheitswesens das Gewicht und/oder den subjektiven Nutzen für andere Teilkomponenten und somit die Dynamik des ganzen Räderwerkes beeinflussen kann. Diese Überlegungen gelten für jede Form der Fragmentierung der Medizin, zumal sich jede Spezialisierung und Subspezialisierung differenziert und hierarchisch im Krankenhauswesen (Universitätsklinikum > Zentralkrankenhaus > Bezirkskrankenhaus), im niedergelassenen Bereich und im Ausbildungswesen abbildet und einen entsprechenden finanziellen Aufwand erfordert.

Um sicher zu stellen, dass auch an mehreren Krankheiten leidende, sog. multimorbide Patienten optimal betreut werden können, sollte daher bei der Schaffung neuer Subspezialgebiete darauf geachtet werden, dass diese im Krankenhauswesen, d. h. auch universitär, funktionell-organisatorisch in ihr Mutter-(Sonder-)fach eingebettet bleiben. Dies ist nicht nur kostengünstig, sondern begünstigt auch eine integrierende, die Zusammenarbeit fördernde Ausbildung des medizinischen Nachwuchses.

Eine solche Organisationsform bedarf jedoch – wo immer erforderlich – im Einzelfall der Absicherung durch die Bereitstellung von innerhalb des Hauptfaches autonom zu führenden Bereichen, wie Ambulanzen oder von Bettenbelegrechten etc., sowie einer verstärkten Ausrichtung des ärztlichen Berufes als eine dem Patienten im Team

dienende Profession.

Um im Zeitalter der Spezialisierung der Medizin eine „medizinisch ganzheitliche“ Betreuung der Patienten sicher zu stellen, ist ergänzend zudem auch ein entsprechender Ausbau des Konsiliarwesens und der Patientenkoordination durch Ärzte, nicht aber durch nicht ärztliche „Gesundheitsmanager“, deren Etablierung die Patientenbetreuung nur zusätzlich verbürokratisieren würde, sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich erforderlich.

Ausblick

Die übergeordnete Forderung nach einer „ganzheitlichen Sicht“ des Menschen spricht beieinander sowohl jene des Patienten als auch die der Medizin als Wissenschaft und Basis des Gesundheitswesens an. Der Bezug des Begriffes „Ganzheit“ auf den gesunden und kranken Menschen macht es allerdings nötig, dass wir zwischen der „Ganzheit des Menschen“ als Persönlichkeit, die für jeden gesunden und kranken Menschen gilt, und jener der Medizin als Wissenskomplex unterscheiden, da es sich um zwei verschiedene Kategorien von „Ganzheit“ handelt. Zudem ist zu beachten, dass die Persönlichkeit eines Menschen durch Krankheit verändert werden kann, was vom behandelnden Arzt gegebenenfalls zu berücksichtigen ist.

Die Wahrnehmung der „Ganzheit“ des Menschen und der „Ganzheit“ des Wissenskomplexes Medizin und seiner Subkomplexe als verschiedene Kategorien eigenen Rechts eröffnet dem Arzt den Weg, der Persönlichkeit des Patienten sowohl bei dualistischer/platonischer als auch bei materialistischer Sichtweise ganzheitlich mit Respekt und Empathie zu begegnen und unabhängig davon sein Spezialwissen ganzheitlich in die Behandlung einzubringen. Dies wird vor allem dann gelingen, wenn der Arzt seine Funktion als dem Patienten dienend wahrnimmt und die Fähigkeit im Team zu arbeiten kultiviert.

Beide Zugänge, der dualistisch-platonische wie auch der materialistische, überfordern den Arzt

allerdings stets dann, wenn er ALLES über seinen Patienten, seine Persönlichkeit und seine Leiden und damit auch über die gesamte Medizin wissen soll (will). Sein Bestreben kann daher nur sein, sich auf die Medizin als Wissenschaft zu konzentrieren und sein Spezialwissen unter Berücksichtigung der Patientenpersönlichkeit in sein ärztliches Handeln ganzheitlich einzubringen.

Diese Aussage gilt für jeden Arzt, sei er nun Generalist (Hausarzt), Spezialist oder Superspezialist. Der damit verbundene interaktive Prozess ist außerordentlich komplex und bedarf auf allen Ebenen des Gesundheitswesens der Absicherung durch Bereitstellung entsprechender organisatorischer und auch koordinierender Strukturen, die es dem Arzt erlauben, sich primär dem Patienten zu widmen und nicht, wie so häufig unvermeidbar, bürokratischen Tätigkeiten.

Referenzen

- 1 Herodot (490 – 430 v. Chr.), in: *Historie über zeitgenössische ägyptische Medizin*, in: W. U. Eckart, *Geschichte der Medizin*, Berlin 2000
- 2 Kiapokas M. S., *Hippocrates of Kos and the hippocratic oath. The cultural centre of the municipality of Kos*, 1999 [Ancient Medicine XX: 'nobody can know medicine who is ignorant of what man is']
- 3 *Meyers Enzyklopädisches Lexikon*, Bd. IX, Bibliographisches Institut Mannheim 1973, S. 677/78
- 4 Reuter P., *Springer Lexikon*, Berlin 2004, S. 744
- 5 *Meyers Enzyklopädisches Lexikon*, Bd. XVIII, Bibliographisches Institut Mannheim 1976, S. 776-779
- 6 Kandel E. R., *Auf der Suche nach dem Gedächtnis. Die Entstehung einer neuen Wissenschaft des Geistes*, Pantheon-Verlag, Random House, Copyright Siedler-Verlag, München 2007
- 7 Rahner K., Vorgirmler H., *Kleines theologisches Wörterbuch*, Bd. 108/109, Herder-Bücherei, 1967, S. 330
- 8 Kiapokas M. S., siehe Ref. 2
- 9 *Meyers Enzyklopädisches Lexikon*, Bd. XVIII, Bibliographisches Institut Mannheim 1976, S. 439
- 10 *Meyers Enzyklopädisches Lexikon*, siehe Ref. 9, Bd. XV, 1975, S. 820/21
- 11 Kiapokas M. S., siehe Ref. 2
Eker J. A., *Geist Hippokrats*, nach dem Lateinischen des Burnets aus dem griechischen Urtexte, Ludewig, Grätz 1791

- 12 Eker J. A., siehe Ref. 11
Janus Cornarius: Hippocratis Cei Medicorum omnium longe principis, Apud Antonium Vicentium, 1554
- 13 Golder W., *Hippokrates und das Corpus hippocraticum*, Verlag Königshausen und Neumann, Würzburg 2007, S. 143-146
- 14 *Galenii librorum prima classis naturam corporis humani, Septima hoc Edizione*, IUNTA, Venedig 1597
Schlange-Schöninggen H., *Die römische Gesellschaft bei Galen*, Walter de Gruyter, Berlin/New York 2003
- 15 Nutton V., *Ancient Medicine*, Routledge, London/New York, 2004, S. 24
- 16 Adler H., *Ein halbes Jahrtausend. Festschrift anlässlich des 500jährigen Bestandes der Acta facultatis medicae Vindobonensis*, Verlag des Wiener medicinischen Doctoren-collegiums, Wien 1899
- 17 Vesalius A., *De humani corporis fabrica libri septem*, 1543
- 18 Unschuld P. U., Locher W., *Hauptseminar – Die Medizin im 19. Jh. – Zeit des Umbruchs und des Aufbruchs*, Institut für Geschichte der Medizin, Ludwig Maximilian Universität, München 2003
- 19 Frank J. P., *System einer vollständigen medicinischen Polizey*, E. B. Schwan, Mannheim, 1779 – 1819 (6 Bde.)
- 20 Eulner H.-H., *Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachraumes*, in: Artelt W., Rüegg W. (Hrsg.), *Studien zur Medizingeschichte des 19. Jh.*, Bd. IV., Stuttgart 1970
- 21 zit. nach Unschuld P. U., Locher W., siehe Ref. 18
- 22 Lesky E., *Die Wiener medizinische Schule im 19. Jh.*, Verlag Hermann Böhlau Nachfolger, Graz/Köln 1965, S. 315
- 23 zur Hausen H., *Molecular pathogenesis of cancer of the cervix and its causation by specific HPV types*, *Curr. Topics Microbiol. Immunol.* (1994); 186: 131-156
- 24 *Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 – ÄAO 2006*, Verordnung 286, BGBl II. Nr. 286/2006, 31.07.2006
- 25 Cassel C. K., Reuben D. B., *Specialisation, Subspecialisation and Subsubspecialisation in Internal Medicine*, *NEJM* (2011); 364: 1169-1173
- 26 Cassel C. K., Reuben D. B., siehe Ref. 25
- 27 Petersdorf R. G., *The doctors' dilemma*, *NEJM* (1978); 299: 628-634
- 28 Fuchs V. R., *The doctors' dilemma – What Is 'Appropriate' Care*, *NEJM* (2011); 365: 585-587

Johannes Bonelli

Lebensschutz heute, im Spiegel der hippokratischen Ethik

Protection of life today, as reflected in hippocratic ethics

Zusammenfassung

In diesem Artikel wird das Thema Lebensschutz aus der Perspektive des Arztes betrachtet. Zur Euthanasie wird festgestellt, dass die Aufgabe des Arztes keinesfalls darin bestehen kann, Tötungsaufträge zu übernehmen. In Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch wird festgehalten, dass im Licht der modernen Zellbiologie und Human-genetik kein Zweifel daran besteht, dass es sich beim Embryo um ein menschliches Wesen handelt. Aus ärztlicher Erfahrung sind viele Frauen, die abtreiben wollen fremdbestimmt und würden ihr Kind nicht abtreiben, wenn sie sich in besseren Lebensumständen befänden. Antikonzeption schaltet vorübergehend oder endgültig die Zeugungsfähigkeit aus und verletzt daher die Integrität des Organismus. Die In-Vitro-Fertilisation ist eine Methode, bei der für ein geborenes Kind ca. 30 Embryonen getötet werden. Sie ist daher aus der Perspektive einer hippokratischen Ethik nicht zu rechtfertigen.

Schlüsselwörter: Euthanasie, Schwangerschaftsabbruch, Antikonzeption, In Vitro Fertilisation

Abstract

This article is dealing with the protection of human life. Regarding Euthanasia it is stated, that it is not the profession of a doctor to kill persons. From a biological and genetic point of view there is no doubt, that the human embryo determines all characteristics of a human being. From the doctor's experience, women who are willing to have an abortion would not do so, if they had better living conditions. Contraception destroys the reproductive capacity of men and therefore damages the integrity of the human organism. In the practice of In Vitro Fertilisation 30 embryos have to be killed to obtain one born child. From an ethical point of view this method is unjustifiable.

Keywords: Euthanasia, abortion, contraception, In Vitro Fertilisation

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli
IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
bonelli@imabe.org

Einleitung

Der Schutz des menschlichen Lebens ist neben der ärztlichen Kunst (*techné*) wohl das herausragende Leitmotiv und die unbestrittene Konstante des hippokratischen Eides bzw. des ärztlichen Berufsethos überhaupt. Abtreibung und Euthanasie, aber auch medizinische Eingriffe zur Ausschaltung der Zeugungsfähigkeit bzw. Fruchtbarkeit waren seit den Tagen der antiken Medizin zu allen Zeiten in der Ärzteschaft weitgehend verpönt. Das Prinzip der Unantastbarkeit des menschlichen Lebens ist jedoch in den vergangenen Jahrzehnten in den Gesetzgebungen zahlreicher Länder gefallen. Bis jetzt hat dies in erster Linie den Lebensanfang betroffen, in letzter Zeit wird zunehmend auch der legale Zugang zur Euthanasie gefordert. Darüber hinaus haben der Fortschritt in den biologischen Wissenschaften und deren Anwendungen auf dem Gebiet der Medizin eine Reihe von neuen ethischen Fragen in Bezug auf den Schutz des menschlichen Lebens gebracht, wie z. B. die In-Vitro-Fertilisation (IVF), die der Präimplantationsdiagnostik (PID) und die damit verbundenen schwerwiegenden ethischen Problemen.

Diese Entwicklung stellt eine große Herausforderung für das ethische Selbstverständnis der Ärzteschaft dar, weshalb eine Reflexion über die angesprochene Thematik angebracht scheint.

1. Euthanasie

In Punkt 4 des Hippokratischen Eides heißt es unmissverständlich „Nie werde ich irgendjemanden, auch auf Verlangen nicht, ein tödliches Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen“. Den Ärzten der Antike war offensichtlich klar, dass Beihilfe zum Selbstmord nie und nimmer für den Leidenden uneingeschränkten Nutzen bedeutet, sondern stets zugleich Schaden mit sich bringt, so sehr auch der Unglückliche „tödliche Mittel“ für sich wünschen und seine Umgebung ihn darin unterstützen mag.¹ Selbstmord war schon in der Antike ein Verstoß gegen die Götter, der die Seele ins Unheil stürzt. Denn hier maß sich der Mensch

Rechte der Götter an und entscheidet selbstherrlich über Leben und Tod des Leidenden. Der Arzt als Wahrer des Lebens begeht daher ein doppeltes Verbrechen, wenn er zum Mittäter beim Selbstmord wird. Denn damit schadet der Arzt nicht nur dem Delinquenten, sondern er befleckt auch sein eigenes Leben und seine Seele als Komplize einer Untat.² Er verstößt damit auch gegen den 5. Punkt im Eid, wo es heißt: „Lauter und redlich werde ich bewahren mein Leben und meine Kunst“. Heute freilich leben wir in einer pluralistischen Gesellschaft, die großteils atheistisch geprägt ist. Und schon die Figur des Ivan in dem Roman von Fjodor Dostojewski „Die Brüder Karamasow“ hat die Konsequenzen daraus gezogen und gemeint: „Wenn es Gott nicht gibt, ist alles erlaubt“. Insofern haben wir es heute erheblich schwerer, die Beihilfe zum Selbstmord so kategorisch abzulehnen wie dies seinerzeit in der Antike der berühmte Arzt Hippokrates in seinem Eid getan hat. Wir sollen uns freilich nicht täuschen. Die Prinzipien des Eides entsprachen ganz und gar nicht dem Geist seines Zeitalters, sondern sie waren auch damals das Zeugnis einer Minorität und für die Zeitgenossen ein Stein des Anstoßes.³

Heute wird das Recht auf Selbstbestimmung als tragendes Hauptargument für die Zulassung der direkten aktiven Euthanasie vorgebracht. Selbstbestimmung wird dabei auf Lebensvernichtung ausgeweitet.⁴ Mit dieser Formel wird freilich der uneingeschränkte Schutz des menschlichen Lebens praktisch ausgehebelt. Philosophisch betrachtet ist Selbstvernichtung, d. h. der Selbstmord, ebenso wie das Verlangen, getötet zu werden, keine eigentliche Selbstbestimmungshandlung. Nur formell können solche Handlungen als autonom bezeichnet werden.⁵ Schon bei Kant ist der Selbstmord nicht Ausdruck von, sondern Absage an die Autonomie und Freiheit des Menschen.⁶ Denn mit diesem Akt wird ja gerade das Subjekt von Freiheit und Sittlichkeit vernichtet. Der Mensch, der sich der Grundlage seiner Freiheit entledigt, führt damit sich selbst und seine Freiheit ad absurdum. Dass das Selbstbestimmungsrecht darüber hinaus keine

unumschränkte Gültigkeit, sondern seine Grenzen hat und Selbstvernichtung nicht nur eine private, sondern auch eine soziale Angelegenheit ist, weil sich der Mensch dadurch seiner Verantwortung gegenüber den anderen in dieser Gesellschaft entzieht, ist offenkundig für jeden, ob konfessionell gebunden oder Atheist. Das wird sofort evident, wenn man sich die Selbstmordattentate unserer Zeit mit Tausenden von unschuldigen Opfern vor Augen hält. Über die sittliche Bedeutsamkeit des Selbstmordes unabhängig von der Gottesfrage, modifiziert Ludwig Wittgenstein Dostojewskis Diktum und schreibt: „Wenn Selbstmord erlaubt ist, dann ist alles erlaubt“ (Tagebuch 10.1.1917). Damit ist gemeint, dass sich der Selbstmörder jeder moralischen Forderung entzieht, sodass ihm jedenfalls nichts weiter verboten ist. Der intendierte Selbstmord hebt damit de facto die Bestimmung des Sittlichen in dessen Wesenheit auf.⁷

Zugegeben: In unserer Gesellschaft herrscht heute eine gewisse Hilflosigkeit im Umgang mit schwerkranken Patienten und Sterbenden. Sterbende werden in Institutionen abgeschoben und oft in unmenschlicher Weise alleine gelassen. Bis zu einem gewissen Grad hat auch der Fortschritt in der Medizin zu dieser Problematik beigetragen, denn mit der Verlängerung der Lebenserwartung ist eine Multimorbidität der Alten und Schwachen einhergegangen, die viele Probleme aufwirft und so in früheren Zeiten nicht gekannt wurden. Eine menschenwürdige Kultur des Sterbens ist uns dabei weitgehend abhanden gekommen und muss daher wieder neu gewonnen werden. Auf der anderen Seite lassen sich aus Extremsituationen, wie sie so gerne exemplarisch zur Schau gestellt werden, keine Handlungsregeln ableiten. Es mag tragische Konfliktsituationen beiderseitiger Überforderung geben, an deren Ende aus Verzweiflung die direkte Tötung eines schwer kranken Menschen stehen kann. Doch daraus folgt nicht, dass solche Handlungen generell erlaubt werden müssen, sondern höchstens, dass sie einen gewissen Grad von Nachsicht und Verständnis verdienen.⁸

In den allermeisten Fällen ist der Todeswunsch eines Menschen jedoch Ausdruck und Symptom einer schweren psychischen Krise, ein verzweifelter Hilferuf nach mehr Zuwendung und Nächstenliebe. Von Freiheit und Selbstbestimmung kann da kaum mehr die Rede sein. Die Lösung kann daher nicht darin bestehen, Leidende und Sterbende einfach aus dem Weg zu räumen. Wir Ärzte sind daher aufgerufen, Selbstmorde zu verhindern, nicht aber sie zu ermöglichen. Die *Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention* (DGS) hat vor jeglicher Zulassung von direkter „Sterbehilfe“ gewarnt. Jede Durchbrechung des gesellschaftlichen Tötungsverbots „gefährdet und destabilisiert potentiell die menschliche Gemeinschaft“, erklärte die DGS anlässlich des „Welttags der Suizidprävention“ am 10. September 2007 in Berlin. Die prinzipielle Aufgabe des Arztes besteht darin, menschliches Leben zu schützen, Schmerzen zu lindern und Sterbende menschlich zu begleiten. Keinesfalls besteht seine Aufgabe darin, Tötungsaufträge zu übernehmen. Eine Institutionalisierung der Tötung auf Verlangen stellt eine Zumutung an den Arztberuf dar, die mit dem über Jahrhunderte bewährten ärztlichen Ethos unvereinbar ist.⁹

Ein kritischer Punkt ist die Fähigkeit des Arztes, die trügerischen Klippen einer überzogenen kurativen Medizin rechtzeitig zu erkennen, um sich der Palliativmedizin zu widmen.¹⁰ Es geht darum, dem Sterbenden die letzten Stunden seines Lebens so schön und friedvoll wie nur immer möglich zu gestalten. Wenn der Patient in seinen letzten Tagen und Stunden seines Lebens nicht nur technische Machbarkeit und geschäftige Routine erfährt, sondern echte menschliche Wärme, Anteilnahme und Nächstenliebe, dann wird er in einem leidvollen Leben sehr wohl auch noch einen Sinn erkennen können und kaum den Wunsch äußern, sein Leben vorzeitig zu beenden.

Gilt die Tötung auf Verlangen jedoch einmal als gesellschaftliche Normalität, so wird vielen unheilbar Kranken dieses Verlangen bald als soziale Pflicht erscheinen. Freiwilligkeit und Selbstbestimmung

kann daher gerade unter solchen Bedingungen nicht ins Treffen geführt werden. Im Gegenteil, der Tötung gegen den eigenen Willen wird – wie die Erfahrung in den Niederlanden und Belgien zeigt – Tür und Tor geöffnet: Dort scheinen sich Mediziner zunehmend selbst als die Herren über Leben und Tod ihrer Patienten zu verstehen. Laut einer Regierungsstudie leisteten niederländische Ärzte in 25% der Fälle direkte „Sterbehilfe“ bei Patienten, die gar nicht darum gebeten hatten, sondern die Mediziner waren von sich aus der Meinung, die Patienten hätten eine „zu geringe Lebensqualität“ oder „unerträgliche Leiden“. Eine in Belgien durchgeführte Studie hat ergeben, dass insgesamt 3,8% aller Todesfälle durch Euthanasie erfolgen. Davon wurde in 2% die Tötung auf Wunsch der Patienten, in 1,8%, also in fast der Hälfte aller Fälle, ohne Zustimmung der Patienten durchgeführt. Letztere waren überwiegend über 80 Jahre alte, demente oder komatöse Patienten.¹²

2. Schwangerschaftsabbruch

Im selben Abschnitt 4 des Eides, in dem die Beihilfe zum Selbstmord abgelehnt wird, heißt es im zweiten Satzteil „Ebenso werde ich keiner Frau ein keimvernichtendes Vaginalzäpfchen verabreichen“. Dieser Satz ist wohl eindeutig. Auffällig ist auch, dass die beiden Verbote der Beihilfe zum Selbstmord und zur Abtreibung im Hippokratischen Eid so nahe beieinander liegen, formal und inhaltlich.¹³ Die tiefsten Gründe dafür liegen nach C. Lichtenthaler in der „von allen Griechen gepflegten Haus- und Familienreligion mit ihrer heiligen Ehrfurcht vor dem Leben, als einem von allem Beginn an unantastbarem Gut“. Dies ist umso erstaunlicher, als in der griechischen Welt über den Augenblick der Entstehung eines Menschen keinesfalls so klare Fakten zu Tage lagen wie dies heute der Fall ist.

2.1 Embryonalentwicklung

Laut dem klinischen Standardlexikon Pschyrembel¹⁵ beginnt eine Schwangerschaft nach heu-

tigen wissenschaftlichen Erkenntnissen bereits bei der Befruchtung der Eizelle durch eine Samenzelle. Manche Gynäkologen versuchen, Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch umzudefinieren und sie auf einen bereits in der Gebärmutter implantierten Embryo einzuengen. Diese Definitionsänderung ist nicht ideologiefrei, denn damit soll der Anschein erweckt werden, es sei zwischen Befruchtung und Einnistung jede gynäkologische Manipulation am Embryo inklusive seiner Tötung ethisch unbedenklich. Bei den sogenannten nidationshemmenden Methoden des Schwangerschaftsabbruchs, aber auch bei der In-Vitro-Fertilisation und der Präimplantationsdiagnostik (PID) hat dies eine erhebliche Relevanz.

Mit den modernen Methoden der Zellbiologie kann heute eindeutig nachgewiesen werden, dass die menschliche embryonale Entwicklung bereits in ihren frühesten Phasen ihrer äußeren Form und inneren Struktur nach von Anfang an spezifisch menschlich verläuft.¹⁶

Auch die moderne Humangenetik hat den Nachweis erbracht, dass die gesamte genetische Information, die für alle Eigenschaften des Menschen verantwortlich ist, bereits bei der Befruchtung festgelegt ist.¹⁷ Es gibt ab dem Zeitpunkt der Befruchtung im Verlauf der Embryonalentwicklung kein Stadium, das man als nichtmenschlich bezeichnen könnte, sondern die Entwicklung verläuft in allen Phasen kontinuierlich fließend und ohne Zäsur.

Mit einem Wort: Ab dem Zeitpunkt der Befruchtung entwickelt sich der Mensch *als* Mensch und nicht *zum* Menschen, wie dies der renommierte Embryologe Erich Blechschmidt treffend formuliert hat.¹⁸

Allerdings: Auch wenn nach den Kriterien der medizinisch-biologischen Wissenschaften der Embryo von der Befruchtung an ein Mensch ist, kann nicht verschwiegen werden, dass diese Tatsache von den Abtreibungsbefürwortern nicht zur Kenntnis genommen oder zumindest relativiert wird, indem sie behaupten, dass der Keimling, der in der Gebärmutter der Frau heranwächst, sich zwar zu

einem Menschen entwickelt, dass er aber in keiner Weise jene Schutzwürdigkeit beanspruchen kann, die sonst allen Menschen als Personen zukommt.

2.2 Der Status des Embryos aus der Perspektive der betroffenen Frau

Während sich die Abtreibungsgegner am Embryonenschutz festgefahren haben, berufen sich die Befürworter einer gesetzlichen Freigabe der Abtreibung als Hauptargument auf das Selbstbestimmungsrecht der Frau. Die Frage ist freilich: Inwieweit wird unter den heutigen Verhältnissen dem Recht der Frau auf Selbstbestimmung überhaupt Rechnung getragen?⁹ Selbstbestimmt im eigentlichen Sinn ist nur jemand, der sich in Freiheit für etwas entscheiden kann, das er bzw. sie für erstrebenswert hält. Nach ärztlicher Erfahrung geht es vielen Frauen, die abtreiben wollen, nicht primär darum, ihr Kind zu beseitigen, sondern es sind oft schwierige Begleitumstände, die die meisten Frauen veranlassen, etwas zu tun, was sie unter anderen Umständen vielleicht nicht tun würden. In diesem Sinne kann von Selbstbestimmung bei den meisten Frauen, die abtreiben, nicht die Rede sein, sondern im Gegenteil: Sie sind durch ihre schwierigen Lebensumstände oft hochgradig fremdbestimmt. Sie betrachten die Abtreibung niemals als erstrebenswert, sondern bestenfalls als notwendiges Übel. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass alles daran gesetzt werden sollte, dass Frauen niemals in die Zwangslage geraten, ihre Schwangerschaft unter dem Druck der Umstände abzuberechnen. Als erster Schritt müsste wohl eine Statistische Motivationserhebung darüber durchgeführt werden, was Frauen dazu bewegt abzutreiben. Das verlangt sowohl die intellektuelle als auch die politische Redlichkeit. Es ist kaum vorstellbar, dass unsere Bevölkerung, die einem rasanten demographischen Desaster entgegengeht, kein Interesse daran hat, über die Gründe Bescheid zu wissen, warum ein so großes Nachwuchspotential unserer Gesellschaft vernichtet wird. Die Schätzungen liegen bei mindestens 40.000 Abtreibungen/Jahr in Österreich.

2.3 Zur sogenannten medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch

Medizinische Indikation im eigentlichen und korrekten Sinne bedeutet, dass der Abbruch der Schwangerschaft angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder für eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Gesundheit der Schwangeren abzuwenden. Sie kommt allerdings heute aufgrund des medizinischen Fortschrittes sehr selten vor. In den meisten Fällen gelingt es heute durch eine umfassende und lückenlose medizinische Betreuung, die Risiken für die Gesundheit der Mutter so zu minimieren, dass medizinisch gesehen lebensbedrohliche Situationen kaum mehr vorkommen. In diesem Zusammenhang sei aber auch darauf hingewiesen, dass es Situationen gibt, bei denen sich eine schwangere Frau (z. B. aufgrund einer Krebserkrankung) einer Therapie unterziehen muss, bei der die Leibesfrucht indirekt getötet wird. In einem solchen Fall spricht man von einer Handlung mit Doppelleffekt, die unter bestimmten Bedingungen ethisch durchaus gerechtfertigt sein kann.

2.4 Die sogenannte „eugenische“ Indikation

Von eugenischer oder embryopathischer Indikation wird dann gesprochen, wenn eine Abtreibung durchgeführt wird, weil das Kind aller Wahrscheinlichkeit geistig oder körperlich schwer behindert ist. Aus medizinisch-ethischer Perspektive ist diese sog. Indikation höchst bedenklich, da sich Mutter und Kind hier primär in keiner Notsituation befinden. Behinderte werden in den meisten Fällen nur deshalb abgetrieben, weil die Eltern ein Kind mit einem körperlichen oder geistigen Defizit ablehnen. Das kommt allerdings einer Diskriminierung aller behinderten Menschen gleich²⁰ und bedeutet die Herrschaft von Menschen über das Leben anderer Menschen. Menschenrechte und das Prinzip der Menschenwürde sind angeboren und können daher nicht von Menschen an Menschen „verliehen“ werden. Aus der Perspektive des ärztlichen Berufsethos ist daher die eugenische Indikation abzulehnen, denn der Arzt hat die

Aufgabe, Leben zu retten, Krankheiten zu heilen, Schmerzen zu lindern, aber er ist keinesfalls dazu berufen, Krankheiten dadurch zu bekämpfen, indem er den Kranken selbst beseitigt. Hier schließt sich der Kreis und trifft sich mit den Grundsätzen des Arztes zur Sterbehilfe.

3. Antikonception

Die Frage nach der Weitergabe des Lebens ist ein Anliegen, das alle Generationen bis heute nachhaltig und sehr persönlich beschäftigt hat. Dabei standen aus ärztlicher Sicht immer empfängnisbegünstigende Maßnahmen und nicht solche zur Erlangung der Zeugungsunfähigkeit im Vordergrund. Das Prinzip „primum nil nocere“ im Hippokratischen Eid war auch und sehr konkret auf die Fortpflanzungsfähigkeit fokussiert. Wenn im Punkt 6 des Eides der Steinschnitt abgelehnt wird, so war ein wesentlicher Grund dafür, dass durch diesen Eingriff die Zeugungsfähigkeit des Mannes gefährdet und damit das Sprießen neuen Lebens zunichte gemacht werden konnte.²¹ Der Arzt hat also keineswegs unbeschränkte Befugnis zu Zerstörungs- und Verstümmelungshandlungen, weder bei seinen Patienten noch bei sich selbst (Integritätsprinzip). Der Mensch ist nach alter hippokratischer Lehre nicht Eigentümer, sondern Sachwalter seines Leibes. Danach muss er bestimmte unüberschreitbare Grenzen respektieren, denn in jeder einzelnen ärztlichen Handlung hat sich die göttliche Ordnung widerzuspiegeln.²² Das „primum nil nocere“ richtet sich nicht gegen jeden Eingriff in den Organismus (da müssten die Ärzte ihren Beruf sofort aufgeben), sondern es verbietet Eingriffe, die naturgegebene Organfunktionen willkürlich schädigen. Derartige Schädigungen können nur dann ethisch gerechtfertigt werden, wenn sie im Sinne einer Heilbehandlung erfolgen, d. h. wenn sie die Existenz des Gesamtorganismus sichern oder wenn schwerwiegende Schäden dadurch behoben werden (Totalitätsprinzip).

Als Arzt wird man sich daher die Frage stellen müssen, ob und inwieweit antikonceptive Maß-

nahmen in die Kategorie „Heilbehandlung“ eingereiht werden können und – wichtiger noch – ob dabei das Fundament ärztlicher Ethik, nämlich der Grundsatz „primum nil nocere“, also die Integrität des Leibes (Integritätsprinzip), geachtet wird.

Aus medizinischer Sicht ist klar, dass dem ehelichen Akt neben der Bezeugung gegenseitiger Liebe entsprechend den biologischen Gegebenheiten von Natur aus auch der Sinngehalt (d. h. die Zielbestimmung) der Fortpflanzung innewohnt. Die Fähigkeit, durch einen Geschlechtsakt Leben zu wecken, kann schwerlich als Krankheit bezeichnet werden. Krankheit ist im Gegenteil gegebenenfalls die Unfähigkeit dies zu tun. Die Verursachung von Unfruchtbarkeit durch Antikonception kann daher sicher nicht als ärztliche Heilbehandlung betrachtet werden. Aus ärztlicher Sicht wäre also zu bedenken, dass Antikonception den Grundsatz „primum nil nocere“ durchbricht. Sie durchbricht ihn wegen der Absicht, vorübergehend oder für immer die Zeugungsfähigkeit auszuschalten. Heilbehandlung wäre genau das Gegenteil: Ein Eingriff, der die Zeugungsfähigkeit des Organismus ermöglicht bzw. schützt. Antikonception hingegen macht den ehelichen Akt für die Zeugung untauglich und schädigt daher den Organismus in seinen natürlichen Funktionen.

Man kann über die moralische Relevanz dieser Überlegungen geteilter Meinung sein. Keinesfalls aber sollte das Urteil darüber unter falschen Prämissen gefällt werden: Bei der Antikonception handelt es sich nicht um einen harmlosen Eingriff mit irgendwelchen belanglosen Konsequenzen (z. B. Verschiebung bzw. Hemmung der Ovulation), sondern hier wird der eheliche Akt gezielt unfruchtbar gemacht. Und dies bedeutet, dass in ein Geschehen eingegriffen wird, bei dessen ungehinderten Ablauf immerhin ein konkreter Mensch entstehen könnte.

4. In-Vitro-Fertilisation (IVF)

Auf den ersten Blick wird man die Absicht sehr begrüßen, ungewollt kinderlosen Ehepaaren

zu Kindern zu verhelfen, und diese Bemühungen stehen wohl in einer jahrhundertealten hippokratischen Ethik. Allerdings genügt der gute Zweck einer Handlung nicht, um diese zu rechtfertigen: Die Methode selbst muss geprüft werden.²³

Die künstliche Befruchtung in der Petrischale (IVF) wird zur Erhöhung der Erfolgsrate an mehreren Eizellen gleichzeitig durchgeführt, da nicht absehbar ist, wie viele Eizellen tatsächlich befruchtet werden und weil die erzeugten Zygoten noch einer „Qualitätskontrolle“ unterzogen werden. Letztlich werden nicht alle, sondern nur drei Embryonen in die Gebärmutter der Frau eingesetzt, wobei zwei davon nur als Starthelfer (durch eine größere hormonelle Stimulierung) die Einnistung des dritten erleichtern, dann aber letztlich abgehen sollen. Erfolgreich ist die Methode trotzdem nur in 20 – 30% (abhängig vom Alter der Frau). Dies bedeutet, dass in Summe letztlich auf ein geborenes Kind ca. 30 getötete Embryonen kommen.²⁴ Aus dieser Perspektive geht die Methode der IVF ganz und gar nicht konform mit der hippokratischen Ethik, wonach keimendes Leben geschützt und keinesfalls vernichtet werden darf.²⁵

Jedenfalls würde jede andere Therapieform in der Medizin, die eine derart miserable Erfolgsrate hat und mit einer so hohen Zahl von tödlichen Nebenwirkungen behaftet ist, keinesfalls zugelassen werden. Manche möchten den hohen Embryonenverlust damit rechtfertigen, dass es auch beim natürlichen Geschlechtsverkehr zu Aborten kommt. Mit Zimmerli muss der Versuch, menschliches Handeln durch natürliche Vorgänge zu rechtfertigen, als Argument bezeichnet werden, „das die reinigende Wirkung eines kritischen Verstandes noch nicht erlebt hat“.²⁶ Um es einfach auszudrücken: Die Berufung auf Vorkommnisse in der Natur zur Rechtfertigung menschlichen Handelns ist einfach dumm. Reinhard Löw bringt in seinem Buch „Leben aus dem Labor“²⁷ zur Veranschaulichung das Beispiel zweier Spaziergänger: Der eine wird von einem Dachziegel getötet, der vom Wind von einem Dach geweht wird; der andere von einem

Dachziegel, der von einem Menschen gezielt geworfen wird. Der Mörder wird sich kaum damit rechtfertigen können, er habe bloß getan, was die Natur auch tut! Wenn alles erlaubt wäre, was in der Natur geschieht, dann dürfte man Mord und Totschlag keinesfalls gesetzlich bestrafen, denn letztlich müssen wir alle einmal „natürlicherweise“ sterben. Der natürliche Geschlechtsverkehr ist zwar die notwendige Voraussetzung, dass menschliches Leben entstehen kann, er hat aber keinerlei ursächlichen Einfluss auf die Bedingungen, unter denen der so entstandene Embryo weiterwächst oder vielleicht frühzeitig stirbt. Anlässlich des Geschlechtsaktes, auf den jedes Ehepaar ein Recht hat und der (im Gegensatz zur IVF) in sich einen eigenständigen Wert und eine tiefsinnige Bedeutung hat, wird ein naturgesetzlicher, schicksalhafter Ablauf physikalischer Prozesse in Gang gesetzt, der zum Entstehen neuen Lebens führen kann, aber nicht muss.²⁸ Im Unterschied dazu werden bei der IVF die Bedingungen, unter denen der Embryo erzeugt wird, vom Menschen festgelegt, und er ist daher auch der unmittelbare Verursacher dessen Todes. Abgesehen davon muss noch festgehalten werden, dass es kein Recht auf ein Kind geben kann, das die gezielte Vernichtung oder auch nur Gefährdung des Lebens eines Embryos rechtfertigen würde und auf das sich Ehepaare oder Ärzte berufen könnten (genauso wenig wie es ein Recht auf einen Ehepartner oder ein Recht auf Freunde geben kann).²⁹ Die Idee eines Rechts auf ein Kind ist allein schon vom Begriff der Menschenwürde her ethisch bedenklich: Es gibt kein Recht *auf* einen Menschen, da jede Person von ihrer Würde her als Selbstzweck geachtet und ihr als solcher gegenüber getreten werden muss. Recht *auf* etwas besteht nur auf Sachen, über die verfügt werden darf.³⁰ Deshalb steht das Lebensrecht als Grundwert über dem Wunsch eines Ehepaars, ein Kind auf Kosten unzähliger getöteter Embryos zu erzeugen. Der Gedanke an ein Recht auf ein Kind macht auch den Instrumentalisierungscharakter der IVF deutlich: Man erzeugt einen Menschen auf Bestellung in der Retorte wie ein Möbelstück in der

Tischlerei. Und falls das „Produkt“ einen Fehler aufweist, wird es nicht gebilligt, sondern „verworfen“. Hier wird die Tatsache missachtet, dass es die Würde eines Menschen erfordert, dass er immer nur als Geschenk, niemals aber mit dem Anspruch auf ein Besitzrecht angenommen werden darf.

Sehr bedenklich ist es, dass Paare, die sich einer IVF unterziehen wollen, in den meisten Fällen nicht ausreichend aufgeklärt werden. Nach einer Studie von Rauprich et al. (2011) klären Reproduktionsmediziner Paare viel eher über die Erfolge und kaum über mögliche Risiken der IVF auf.³¹ Eines der Hauptprobleme der Reproduktionsmedizin mit Hilfe der IVF ist die Gefahr von Mehrlingsschwangerschaften. Zwillinge haben jedoch gegenüber Einlingen ein etwa achtfaches Risiko einer Zerebralparese, Drillinge sogar ein 47-faches Risiko.³² In vielen Kliniken ist man daher zum Fetozid bei Mehrlingsschwangerschaften übergegangen, also der gezielten Tötung eines oder mehrerer Embryonen im Mutterleib.³³ Aber auch bei Einlingsschwangerschaften durch IVF findet man ein zweifach höheres Risiko von Entwicklungsstörungen als nach einer spontanen Schwangerschaft.³⁴ Außerdem haben Frauen, die mit Hilfe einer IVF schwanger werden, viermal häufiger eine Totgeburt als andere Frauen.³⁵

Aber auch das Leben der Mutter wird durch das Verfahren der IVF gefährdet: Eine Studie aus den Niederlanden zeigt, dass die Mortalität bei IVF-Schwangerschaften dreimal höher ist (42/100.000) als bei allen Schwangerschaften insgesamt (12,8/100.000).³⁶ Laut Susan Bewley von der Guy's and St. Thomas NHS-Foundation Trust in London starben in den Jahren 2003 – 2005 in Großbritannien sieben Frauen direkt an der Prozedur der IVF. Drei Fälle waren auf eine Mehrlingsschwangerschaft zurückzuführen. Vier der Todesfälle gingen auf ein sogenanntes ovarielles Hyperstimulations-Syndrom zurück: Frauen müssen für die Bereitstellung von Eizellen extrem hohe Hormondosen zu sich nehmen, was eine hohe Belastung für den weiblichen Organismus darstellt.³⁷

Zu bedenken ist auch, dass die IVF zu einem großen Teil an bereits älteren Frauen durchgeführt wird, was an sich schon ein erhöhtes Risiko für Komplikationen darstellt.

Ethisch und medizinisch noch bedenklicher ist es, wenn die IVF mit fremden Eizellen (Eizellspende) durchgeführt wird. Eine im Deutschen Ärzteblatt (2011) publizierte Metaanalyse zeigt, dass Frauen, denen „gespendete“ befruchtete Eizellen eingesetzt wurden, als Hochrisikopatientinnen eingestuft werden müssen. Es kam zu einer Häufung von schwangerschaftsinduziertem Bluthochdruck (Präeklampsie) um das 2,57-fache im Vergleich zur konventionellen IVF mit eigenen Eizellen oder Insemination. Weiteres wird aus der Klinik der Autoren über drei von acht Fällen mit Präeklampsie innerhalb von vier Jahren berichtet, die so gefährlich waren, dass die Schwangerschaft wegen akuter Lebensgefahr für die Mutter, frühzeitig beendet werden musste.³⁸

Von der entwürdigenden Prozedur, der sich die Ehepaare und insbesondere die Frauen bei der IVF unterziehen müssen, soll hier gar nicht die Rede sein.

Noch um einiges schwerer wiegt die IVF aus engenischer Indikation, also bei Ehepaaren, die zwar fortpflanzungsfähig, aber Träger einer Erbkrankheit sind. Hier werden gezielt Menschen erzeugt, um aus ihnen mit Hilfe der Präimplantationsdiagnostik (PID) je nach Ergebnis die Gesunden auszusortieren, während verdächtige erbgeschädigte menschliche Individuen vernichtet werden. Eine Mentalität, bei der sich der Mensch anmaßt die Existenzberechtigung seiner Mitmenschen von deren körperlichen Qualitäten abhängig zu machen, widerspricht dem Prinzip der Gleichheit aller Menschen und ist daher ein schwerwiegender Verstoß gegen die Menschenrechte, d. h. gegen das Diskriminierungsverbot und gegen das Recht auf Leben.³⁹ In Summe muss daher die Praxis der IVF aus medizinisch-ethischer Perspektive, trotz der an sich guten Absicht, letztlich doch als menschenunwürdig qualifiziert werden. Hier muss

wohl der alte ethische Grundsatz in Erinnerung gerufen werden, wonach niemals ein noch so guter Zweck die Mittel heiligt.

Referenzen

- 1 Lichtenthaeler C., *Der Eid des Hippokrates. Ursprung und Bedeutung*, Deutscher Ärzteverlag, Köln (1984), S. 141
- 2 Lichtenthaeler C., siehe Ref. 1., S. 142
- 3 Lichtenthaeler C., siehe Ref. 1, S. 140
- 4 Prat E. H., *Zur Frage der Selbstbestimmung. Gibt es ein Recht darauf sich selbst zu töten oder auf Verlangen getötet zu werden?*, in: Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), *Leben – Sterben – Euthanasie?*, Springer-Verlag (1999), S. 61
- 5 Prat E. H., siehe Ref. 4
- 6 Kant I., *Metaphysik der Sitten IV*, S. 429 ff.
Kant I., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten VI*, S. 421 ff.
- 7 Juza L., *Über das sittliche Verbot der Selbsttötung*, *Imago Hominis* (1999); 3: 215
- 8 Pöltner G., *Unantastbarkeit des Lebens – Grenzen der Selbstbestimmung*, in: Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), *Leben – Sterben – Euthanasie?*, Springer-Verlag (1999), S. 39
- 9 Pöltner G., siehe Ref. 8
- 10 Herranz G., *Euthanasie – Gebote und Verbote der Sterbehilfe*, in: Thomas H., *Menschlichkeit in der Medizin*, Verlag Busse-Seewald GmbH, Herford (1993), S. 221 ff.
- 11 Rehder S., *Die Todesengel. Euthanasie auf dem Vormarsch*, Sankt-Ulrich-Verlag, Augsburg (2009)
- 12 Chambaere K. et al., *Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey*, *CMAJ* (2010); 182(9): 895-901
- 13 Lichtenthaeler C., siehe Ref. 1, S. 143
- 14 Lichtenthaeler C., siehe Ref. 1, S. 146 ff.
- 15 Pschyrembel, 262. Auflage, Verlag de Gruyter, Berlin (2011)
- 16 Tarmann T., *Menschliche Embryonalentwicklung von Anfang an*, *Imago Hominis* (1995); 2: 109-119
Hinrichsen K. V. (Hrsg.), *Humanembryologie*, Springer, Wien (1990), S. 148
- 17 Lejeune J., *Überlegungen zur Vorgeburtsmedizin. Jeder Mensch ist für sich selbst verantwortlich*, *Imago Hominis* (1994); 1: 205-210
- 18 Blechschmidt E., *Daten der menschlichen Frühentwicklung. Menschliches Leben beginnt im Augenblick der Befruchtung*, in: Hoffacker P. et al., *Auf Leben und Tod*, 5. Auflage, Bastei-Lübbe, Bonn (1991), S. 28
- 19 Prat E. H., *Abtreibungsdebatte: ein neuer Fokus*, *Imago Hominis* (2010); 17: 59-64
- 20 vgl. auch später IVF
- 21 Lichtenthaeler C., siehe Ref. 1, S. 157-158
- 22 Lichtenthaeler C., siehe Ref. 1, S. 124 ff.
- 23 Schlag M., *In-Vitro-Fertilisation und Lebensrecht*, in: IM-ABE, *Der Status des Embryos*, Fassbaender, Wien (1989), S. 117
- 24 Harper J. C. et al, *ESHRE PGD consortium data collection X: cycles from January to December 2007 with pregnancy follow-up to October 2008*, in: *Human Reproduction* (2010); 25(11): 2685-2707
- 25 Hippokratischer Eid, Punkt 4
- 26 Zimmerli W. Ch., *Dürfen wir, was wir können?*, in Flöhl R., *Genforschung – Fluch oder Segen?*, München (1985), S. 79
- 27 Löw R., *Leben aus dem Labor*, München, 1985, S. 18
- 28 Schlag M., *Zur Regierungsvorlage eines Fortpflanzungs-medizingesetzes*, in: Bydlinki F., Mayer-Maly F., *Fortpflanzungsmedizin und Lebensschutz*, Tyrolia-Verlag, Innsbruck/Wien (1992), S. 65-80
- 29 Schlag M., siehe Ref. 23, S. 117 ff
- 30 Schlag M., siehe Ref. 23
- 31 Rauprich O., Berns E., Vollmann J., *Information provision and decision-making in assisted reproduction treatment: results from a survey in Germany*, *Human Reproduction*, doi: 10.1093/humrep/der 207 (2011)
- 32 Radner K., *Neue Erkenntnisse aus der IVF*, *Imago Hominis* (2003); 10: 143-145
- 33 Radner K., siehe Ref. 32
- 34 Schieve L. A., *Low and very low birth weight in infants conceived with use of assisted reproductive technology*, *N Eng J Med* (2002); 346: 731-737
Strömberg B., *Neurological sequelae in children born after in-vitro fertilisation: a population-based study*, *Lancet* (2002); 359: 461-465
- 35 Wisborg K. et al., *IVF and stillbirth: a prospective follow-up study*, *Human Reproduction* (2010); 25(5): 1312
- 36 Braat D. D. M. et al., *Maternal death related to IVF in the Netherlands 1984-2008*, *Human Reproduction* (2010); 25(7): 1782
- 37 Bewley S., *Adverse outcomes from IVF*, *BMJ* (2011); 342: d436
- 38 Pecks U., Maass N. Neulen J., *Eizellspende – ein Risikofaktor für Schwangerschaftshochdruck: Metaanalyse und Fallserie*, *Dtsch Aerzteblatt Int* (2011); 108(3): 23
- 39 Pöltner G., siehe Ref. 8

Marion Stoll

Zum Tugendprofil des Arztes nach Hippokrates

The profile of virtue of the physician according to Hippocrates

Zusammenfassung

Die Werke des Hippokrates haben über Jahrhunderte hinweg das Berufsethos des Arztes wesentlich beeinflusst. Im vorliegenden Beitrag geht es vor allem um die besonderen Eigenschaften, die im hippokratischen Sinne das Berufsbild des Arztes kennzeichnen und das Selbstverständnis des Arztes auch heute noch prägen sollten. Es geht dabei nicht nur um eine Reihe von hippokratischen Verhaltensregeln, sondern gewissermaßen um ein Tugendprofil, in welchem vor allem Aspekte von Beruf und Berufung, Wertschätzung und Dankbarkeit gegenüber der eigenen Ausbildung, Solidarität und Verantwortungsbewusstsein innerhalb der Ärztegemeinschaft, Verpflichtung zur Selbstreflexion und zu ständiger Weiterbildung und Empathie, Hilfe und Wohlwollen für die Kranken angesprochen und in einem übergeordneten Tugendkonzept zusammengefasst werden.

Schlüsselwörter: Hippokrates, Arzt, Berufsbild, Tugend, Demut

Abstract

For many centuries the works of Hippocrates have influenced the professional ethos of doctors. The present article highlights some of the outstanding characteristics which are typical of doctors in the sense of Hippocrates and should also today influence a doctor's self-conception. Hippocrates not only suggests a wide range of rules of behaviour to observe, he also makes a claim, to a certain extent, for a profile of virtues which doctors should acquire and follow. The text tries to integrate the specific characteristics into a comprehensive concept of virtue.

Keywords: Hippocrates, Physician, Job Profile, Virtue, Humility

Dr. Marion Stoll
IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
mstoll@imabe.org

1. Einleitung

Den Werken des Hippokrates liegen zweifelsohne Konzepte der Medizin zugrunde, welche die Geschichte der Medizin und ihre Entwicklung bis in die heutige Zeit wesentlich beeinflusst haben. Die fünf ärztlich-propädeutischen Bücher des Hippokrates, „Der (Ärzte-) Eid“, „Das Gesetz (für Ärzte)“, „Das ehrbare (ärztliche) Verhalten“, „Vorschriften (für Ärzte)“ und „Der Arzt“, haben über Jahrhunderte hinweg das Selbstverständnis des Arztes geprägt. In einer Übersetzung von Kapferer werden sie unter dem Titel „Sitten- und Standeslehre für Ärzte“¹ gesammelt wiedergegeben. Heutzutage hat aber kaum ein Arzt je diese Schriften in seinen Händen gehalten oder gar gelesen. Und doch kann der Arzt auch heute nicht umhin, immer wieder über die Wurzeln seines beruflichen Ethos nachzudenken und sich allenfalls durch diese Reflexion für sein eigenes Bewusstsein und seine Aufgabe als Arzt bereichern zu lassen.

An zwei Stellen in seinem „Ärztegesetz“² unterstreicht Hippokrates, dass der Arzt nicht nur dem Namen nach, sondern auch dem Tun nach Arzt sein muss. So stellt sich die grundlegende Frage: Welches sind diese herausragenden Eigenschaften, die den Arzt im hippokratischen Sinne zum Arzt machen, die gewissermaßen als *conditio sine qua non* gelten? Bei aufmerksamer Lektüre der fünf genannten Bücher fallen dem Arzt der Moderne einige Aspekte auf, die ihn zur Betrachtung veranlassen sollten: Es sind dies keine Aspekte, die durch die uferlose medizinische Literatur schon breitest abgedeckt und ausgeschöpft wurden; es sind dies auch keine Aspekte, über die man täglich spricht; es sind dies nicht einmal Aspekte, die jedem geläufig sind. Und doch sind genau sie es, die das Selbstverständnis des modernen Arztes charakterisieren sollten.

Die folgenden Überlegungen wollen sich zu diesem Zweck etwas tiefergehend, wenn auch keineswegs erschöpfend, mit eben diesen Büchern des Hippokrates (siehe Übersicht bei Wolff)³ befassen, nicht aus dem Blickwinkel des Medizinhistorikers oder des Philosophen, wenn

auch beide Fachdisziplinen für ein umfassendes Verständnis unabdingbar sind, sondern aus demjenigen eines einfachen im Krankenhaus praktisch tätigen Arztes. Die meisten Aspekte, die im folgenden Beitrag erläutert werden, sind bereits im ersten der erwähnten Bücher, im „Ärzte-Eid“, angesprochen, die anderen Bücher geben in mancher Hinsicht eine nähere Erläuterung bzw. weiterführende Perspektiven dazu.

2.1 Beruf und Berufung

Eine erste durchaus prägende Perspektive zeigt sich in der hippokratischen Auffassung über das Wesen des Arztberufes. Hippokrates unterstreicht in seinem „Gesetz für Ärzte“ die Wichtigkeit, ja Notwendigkeit von natürlicher Anlage, die durch Schulung und Unterricht durch gute Lehrer geformt und zur Entfaltung gebracht wird.⁴ Der eigene Fleiß, die zeitliche Widmung und der persönliche Einsatz sind unter den angeführten die einzigen – wenn auch absolut unverzichtbaren – individuellen, persönlich beigesteuerten Elemente, welche die rechte Aneignung und Entfaltung der ärztlichen Wissenschaft und Kunst begünstigen. Alle anderen Grundvoraussetzungen hat der Arzt sich nicht selbst gegeben. Der Arzt ist nicht nur Arzt, weil er sich diesen Beruf erwählt hat, sondern ist Arzt aus Berufung: Eine gewisse natürliche Anlage ist also unabdingbare Voraussetzung, wie Hippokrates an mehreren Stellen seines Werkes betont. Und diese ist – je nach Weltverständnis und Menschenbild – natur- oder gottgegeben, keineswegs aber selbst verursacht, somit im eigentlichen Sinne Berufung oder noch präziser formuliert, Befähigung zur Berufung: Berufung impliziert nämlich immer auch bewusste Wahl und Orientierung auf ein Ziel hin.

Im Falle des Arztes ist das Ziel allen ärztlichen Handelns unumstritten der Dienst am Menschen. Das Wohl des Patienten ist unmittelbares Ziel, vorausgesetzt, dass das Wohl als solches – ausgerichtet an Wahrheit und Güte – erkannt und anerkannt wird. In diesem Zusammenhang weist Hip-

pokrates darauf hin, dass dem Verständnis und dem Vermögen des Arztes durchaus auch Grenzen gesetzt sein können.

Meine ärztlichen Verordnungen werde ich zum Nutzen der Kranken geben, soweit ich es vermag und verstehe.⁵

Die Anerkennung der eigenen Begrenztheit, die sich vor allem aus der Beschränktheit des menschlichen Denkens ergibt, bewahrt den Arzt vor Überhebung und Überheblichkeit. Positiv formuliert: Hier liegt ein Aufruf zu Bescheidenheit, zu aufrichtiger Erkenntnis der eigenen Grenzen, zu Nüchternheit.

Es geht im ärztlichen Handeln nicht primär um die Anwendung von Wissen und Können, sondern um die Person des Patienten in seiner Gesamtheit, der der Arzt seine Kunst mit all ihrem Wissen und Können zugute kommen lässt. Aus dieser Grundvoraussetzung heraus ergeben sich notwendigerweise weitere Konsequenzen: Zum einen ergibt sich eine Verpflichtung zur kontinuierlichen Weiterbildung, um den Patienten nach bestem Wissen und Gewissen behandeln zu können, zum anderen – grundlegend für jede Fortbildung – auch die Bereitschaft, die eigene Lernfähigkeit zu pflegen und zu fördern (siehe Abschnitt 2.2). Auch die bereitwillige Ratsuche zum Wohl des Patienten mit Überwindung einer gewissen Ratschlagresistenz sowie das Erleichtern oder Anraten zur Einholung einer Zweitmeinung in wichtigen Entscheidungssituationen (siehe Abschnitt 2.4) sind notwendige Konsequenzen aus der erwähnten Zielsetzung des ärztlichen Handelns.

2.2 Wertschätzung und Dankbarkeit

Ein weiterer wesentlicher Aspekt der hippokratischen Schriften sind Dankbarkeit und Hochachtung gegenüber dem Lehrer, der den angehenden Arzt in die ärztliche Wissenschaft und Kunst einführt und unterweist:

Ich werde meinen Lehrer in dieser Kunst so hoch wie meine Eltern achten, er soll teilhaben an meinem Hab und Gut.⁶

Er hat den Samen der Lehre gesät und ihm beständig Nahrung zu Wachstum und Reife gegeben.⁷ Wie viel hat der Arzt dem Lehrer zu verdanken, auch wenn dieser ihn durch ein Lehrbuch und nicht im Rahmen eines praktischen Unterrichtes oder einer Vorlesung unterwiesen hat: Dankbarkeit und Hochachtung für den Lehrer, auch für gute Lehrmaterialien, die dem Studierenden zur Verfügung stehen. Echte Dankbarkeit erschöpft sich jedoch nicht nur in reiner Bekundung der Wertschätzung und Hochachtung gegenüber dem Lehrer. Im Hippokratischen Eid mündet diese Achtung gar in die Verpflichtung, für den Lehrer in Not Sorge zu tragen und seine Söhne unentgeltlich in die Kunst der Medizin einzuführen.⁸

Diese Aspekte der Dankbarkeit sind heutzutage kaum erfahrbar: Wie häufig sind wir mit Haltungen konfrontiert, die Unzufriedenheit und Forderungen an das universitäre System ausdrücken und kein Wort der Dankbarkeit an die Lehre enthalten. Ist dies nur das transportierte mediale Bild, das der Öffentlichkeit präsentiert wird, oder ist diese Ebene bezugter und gelebter Dankbarkeit der heutigen ärztlichen universitären Ausbildung wirklich abhanden gekommen? Eine weiterführende Bearbeitung dieses Themas würde den Rahmen des Aufsatzes überschreiten, da diese unter anderem auch eine Analyse des Selbstverständnisses der Studenten und Lehrer an Universitäten und der Beziehungsebene zwischen diesen, sowie eine Auseinandersetzung mit dem Universitätsbetrieb als solchem notwendig machen würde. In jedem Fall entpflichten Studiengebühren nicht von dieser von Hippokrates geforderten Hochachtung, ist es doch auch heute bei weitem keine Selbstverständlichkeit, die Möglichkeiten einer fundierten Ausbildung zu genießen.

Der unbeirrbar, immer wieder selbst reflektierende Blick auf das innerste Wesen des Arztberufes im Dienst an Mensch und Gesellschaft ermöglicht eben diese Dankbarkeit, denn ein gutes Studium legt das Fundament für die Verwirklichung dieser Berufung. Dankbarkeit mündet in

die Erkenntnis der Notwendigkeit und schließlich auch in die Bereitschaft, sich weiter belehren zu lassen, weiter zu lernen, sich fortzubilden. Die kontinuierliche medizinische Fortbildung wird in der modernen Medizin durch verschiedenste Programme gefördert, entspricht aber darüber hinaus viel mehr einer inneren Grundhaltung: das Streben danach, die eigene Kenntnis zu erweitern, nicht rein um des Wissens willen, sondern um dieses Wissen am Krankenbett fruchtbar werden zu lassen, zum Wohl des Patienten.

Aus der rückblickenden Dankbarkeit für die eigene Belehrung folgt auch die aktuelle und immer wieder aktualisierte Bereitschaft zur Weitergabe des eigenen Wissens, das Bemühen um eine profunde und praxisorientierte Ausbildung der Jungärzte, der Einsatz dafür, Wissen und Niveau der Medizin auf allen ihren Ebenen (nicht nur auf der wissenschaftlichen, sondern ebenso auf der menschlichen, sozialen, kommunikativen Ebene) zu vertiefen.

Ich werde die Lehre, sowohl die mündliche Unterweisung wie alles, was zu diesem Fach gehört, ... weitergeben...⁹

Hier besteht sicherlich nicht nur ein Bezug zur eigentlichen Lehre im engeren Sinne an der Universität, sondern vor allem auch die Notwendigkeit einer Umsetzung dieser Maxime in der Ausbildung der Jungmediziner an den Krankenhäusern zum praktischen Arzt oder zum Facharzt. Dass jeder einzelne Arzt sich dieser Aufgabe widmen sollte, ist eine explizite Forderung von Hippokrates, die keinen Zweifel lässt.

In moderne Konzepte gekleidet geht es hierbei zum einen um Wissensmanagement, zum anderen aber auch um die Weitergabe von Tugenden, in Summe aber immer um Aufbau von Humankapital: Ärzte stellen ihr Wissen zur Verfügung und vermitteln gleichzeitig für den Arztberuf wesentliche Tugenden, was letztendlich zu einer Verbesserung des gesamten medizinischen Systems führt.

2.3 Wissenschaft und Erfolg

Nicht jede Heilung oder Besserung ist kausal mit dem Handeln des Arztes zu verknüpfen. Manches heilt oder bessert sich mit dem Arzt bzw. durch die Hand des Arztes, manches ohne sein Zutun, manches gar trotz des Arztes.¹⁰ Hippokrates warnt den Arzt davor, die eigene Kunst zu überschätzen. Dies betrifft nicht nur Aspekte der Therapie, sondern auch der Diagnostik. Allzu oft jagt der Arzt einer Arbeitsdiagnose hinterher, muss aber im weiteren Verlauf schließlich erkennen, dass hinter den Symptomen eine andere Krankheit steckte als die vermutete oder aber dass die Krankheit gar nicht näher spezifiziert oder klassifiziert werden kann.

Die Versuchung ist, vor allem auf dem Gebiet der Onkologie oder der Intensivmedizin, groß, therapeutische Maßnahmen auf dem Boden einzelner – vielleicht auch selbst gemachter – Erfolgserfahrungen zu ergreifen und dabei die Realität mit ihren Fakten minder zu bewerten. Doch können gerade durch solche Therapieentscheidungen in betroffenen Patienten oft Hoffnungen geweckt werden, die eigentlich vom statistischen und realistischen Standpunkt her keine ernst zu nehmende Grundlage besitzen und darüber hinaus von physischer und seelischer Seite her auch belasten und schaden können. Der Anstrengung eines klärenden, oft sehr intensiven und zeitaufwändigen Gesprächs über fehlende weitere sinnvolle Mittel der Medizin weicht man viel leichter aus, indem man sich in einen neuen Therapieversuch stürzt. Hippokrates ruft hier klar zur Vernunft:

Die Ärzte beugen sich vor den Göttern, weil in der ärztlichen Kunst keine außergewöhnliche Kraft enthalten ist. Die Ärzte behandeln zwar viele Leiden, aber davon heilen unter ihren Händen viele auch von selbst.¹¹

Ganz unmissverständlich äußert sich Hippokrates auch in Bezug auf die Wissenschaft: Liebe zur Wissenschaft und Vertiefung der wissenschaftlichen Kenntnisse allein reichen nicht aus für das ärztliche Ethos. Die immer umfassendere Erkenntnis von Zusammenhängen und die präklinische Erforschung und Erprobung neuer

Heilmittel ist natürlich Auftrag an die medizinische Wissenschaft, ohne sie ist die Medizin nicht in der Lage, sich weiter zu entwickeln. Die praktische Umsetzung jedoch ist es, die eben diese ärztliche Erkenntnis vertieft.

Etwas Schönes ist die Theorie, die einer erlernten Tätigkeit entspringt, denn jedes kunstgerecht geschaffene Werk fußt auf der Theorie. ... Die (bloße) Einbildung nämlich, die sich nicht auf eine Tat stützt, ist ein Zeichen für den Mangel an Kenntnissen und an Kunst.¹²

Wissenschaft mit Erweiterung der Erkenntnisse ist absolut notwendig für den Fortschritt der Medizin. Doch sind eine reine Vertiefung des faktischen medizinischen Wissens und eine bloße Verbesserung technischer Fähigkeiten ohne gleichzeitige Reifung im Bereich der Humanität, ohne parallelen Zuwachs ebenso an Tugenden im Umgang mit eben diesem Wissen bzw. mit dessen Anwendung am Patienten, unvollständig.

Karl Jaspers unterstreicht diesen Aspekt mit folgenden Worten: „[Das] ärztliche Handeln steht auf zwei Säulen: einerseits der naturwissenschaftlichen Erkenntnis und dem technischen Können, andererseits auf dem Ethos der Humanität. Der Arzt vergißt nie die Würde des selbstentscheidenden Kranken und den unersetzlichen Wert jedes einzelnen Menschen. Die Wissenschaft wird weitergegeben durch die Lehre, ausdrücklich, in breitem Umfang. Die ärztliche Humanität dagegen wird überliefert durch die ärztliche Persönlichkeit, unmerklich in jedem Augenblick durch die Weise des Handelns, des Sprechens, durch den Geist einer Klinik, durch diese still und unausgesprochen gegenwärtige Atmosphäre des ärztlich Gehörigen. Die Lehre ist zu planen. Sie wird klarer, didaktischer. Die wissenschaftliche Forschung vermehrt das Wissen und Können, sie wird kritischer und methodischer. Die Humanität dagegen ist nicht zu planen. Sie entfaltet sich ohne grundsätzlichen Fortschritt neu in jedem Arzte, in jeder Klinik durch die Wirklichkeit des ärztlichen Menschen selber“.¹³

2.4 Grenzen und Selbstbeherrschung

Eine weitere Richtlinie besteht in der freiwilligen Selbstbeschränkung des Arztes, nicht all das auszuführen, wozu er imstande wäre bzw. wozu ihn die Technik befähigt, unter Anerkennung entsprechender regulativer Normen, die im natürlichen Sittengesetz grundgelegt sind.

So schreibt Hippokrates in seinem „Ärztteid“:

An niemand werde ich ein tödlich wirkendes Gift abgeben, auch dann nicht, wenn man mich darum bittet, (...) ebenso wenig werde ich einem Weib ein Mittel zur Vernichtung des keimenden Lebens geben. Lauter und gottgefällig will ich mein Leben und meine Kunst bewahren.¹⁴

Die technischen und pharmakologischen Entwicklungen der modernen Medizin bedeuten in vielen Bereichen einen großen Fortschritt in der Medizin, aber auch eine große Gefahr der Überschätzung und der Hörigkeit gegenüber dem Machbarkeitsdenken. Weitere Entwicklung wird allzu häufig nur im rein technologisch-pharmakologischen Kontext angestrebt. Auf der einen Seite ermöglicht die Medizin heute, durch großen technischen Einsatz das Leben auch in wenig aussichtsreichen Situationen zu verlängern, auf der anderen Seite werden – diesem Streben entgegengesetzt – häufig unter dem Anstrich von Objektivität Urteile über den Wert eines Lebens gefällt, welche dann die Grundlage für Entscheidungen bilden, menschlichem Leben ein Ende zu setzen. Zum einen werden immer wieder sterbende Menschen unter Intensivbedingungen ohne sinnvolle Zielsetzung betreut, während (in manchen Ländern) dem Leben leidender Menschen auf Wunsch ein Ende gesetzt wird, anstatt zu versuchen, dem Leiden auf all seinen Ebenen adäquat und optimiert zu begegnen.

Zahlreiche medizin-ethische Fragestellungen – eingefasst in den Zeitraum zwischen dem Beginn des menschlichen Lebens und dem natürlichen Moment des Todes – zielen im Grunde auf eine Herrschaft über das Leben ab: Leben erzeugen und beenden, wann immer der Mensch es will. Technologische Entwicklungen mit anfänglich durchaus

sinnvoller und menschenwürdiger Zielsetzung werden auf Situationen angewandt, die diesen natürlichen und vernunftgemäßen Rahmen überschreiten. Selbstbeschränkung in diesem Zusammenhang bedeutet zum einen, die Möglichkeiten der Medizin in ihrem sinnvollen Kontext unabhängig von der Person und ihrem Stand einzusetzen, zum anderen aber auch die freiwillige Begrenzung des eigenen Handelns in seinen Möglichkeiten.

Ohne Fähigkeit zur Selbstbeherrschung ist es kaum möglich, dem eigenen ärztlichen Handeln bewusst, reflektiert und überzeugt Grenzen zu setzen. Doch wird diesen Anforderungen, die der ärztliche Alltag mit sich bringt, auch im Studium und im Rahmen der Ausbildung Rechnung getragen?

Ein weiterer Aspekt der Selbstbeherrschung betrifft den ökonomischen Kontext des Arztberufes, der an dieser Stelle nur angedeutet werden soll. Hippokrates greift das Thema des Honorars explizit in seinen Vorschriften (für Ärzte) auf⁵ und mahnt den Arzt, unter Umständen umsonst zu behandeln und „*lieber dankbare Erinnerung als augenblickliches Wohlgefallen (an Entgelt) auf sich [zu nehmen]*“. Diese Hinweise lässt er im bekannten Aphorismus gipfeln: „*Wo Liebe zur Menschheit, da auch Liebe zur ärztlichen Kunst.*“⁶

2.5 Arzt unter Ärzten

Den Blick fest auf die Wahrheit und das Gute geheftet, ist jegliches Konkurrenzdenken in der praktischen Ausübung der Medizin undenkbar: Vielmehr sind Zusammenarbeit zum Wohl des Patienten, Haltungen wie prinzipielle Wertschätzung und Loyalität gegenüber der Person und dem Handeln anderer Ärzte sowie Entgegenkommen und Bereitschaft zur Mitarbeit wesentliche Elemente, woran auch Hippokrates keinen Zweifel lässt. So ist diese berufliche Haltung im Hippokratischen Eid fest verankert (wenn auch die Interpretation über diese Passage verschiedene Deutungen zulässt):

*Ich werde niemals an Steinleidenden den Steinschnitt selbst vornehmen, sondern solches Tun Leuten überlassen, die besondere Übung darin haben.*⁷

Die Überweisung eines Patienten an einen erfahrenen Spezialisten ist keineswegs in erster Linie Ausdruck von Unwissenheit, sondern bedeutet die rechte Betonung der eigentlichen Maxime ärztlichen Handelns: das Wohl des Patienten. So betont Hippokrates, dass es Zeichen eines unzuverlässigen Arztes ist, sich davor zu scheuen, andere Ärzte hinzuzuziehen, um ihre Hilfe in Anspruch zu nehmen. Oder positiv formuliert: Es ist Ausdruck von Klugheit und Tüchtigkeit, mit der Hilfe anderer Ärzte zu rechnen, die Resistenz gegenüber der Ratsuche zu überwinden.

*Es ist aber nicht unschicklich, wenn ein Arzt, der in einer augenblicklichen Verlegenheit bezüglich eines Kranken ist und der aus Mangel an Erfahrung nicht klar sieht, auch andere (Ärzte) hinzuzieht, damit man sich gemeinsam bespricht und den Zustand des Kranken erforscht und damit jene zu der Auffindung eines helfenden Mittels beitragen.*⁸

Hippokrates geht in seiner Auslegung so weit, den Umgang der Ärzte miteinander zu thematisieren, Loyalität zu fordern:

*Niemals – das sage ich unter Eid – soll der eine dem anderen Arzt seine Klugheit missgönnen, das würde armselig ausgehen.*⁹

Diese Haltung schließt freilich weder Diskussionen fachlicher Natur aus noch entpflichtet sie davon, auf irrige Vorstellungen oder therapeutische Fehler – zur rechten Zeit gegenüber der richtigen Person im richtigen Ton – aufmerksam zu machen. Aufgrund ihrer Ausrichtung an der Wahrheit und am Dienst am Nächsten drängt sie den Arzt vielmehr dazu, diesen Herausforderungen von Diskussion, Zurechtweisung, Korrektur usw. nicht auszuweichen. Damit gekoppelt ist notwendigerweise die unermüdliche Bemühung um Reflexion des eigenen ärztlichen Handelns sowie um Begradigung, sollte eine solche notwendig sein. Auch hier ist es die Erkenntnis der eigenen Grenzen, die im Arzt eine kritische Haltung gegenüber seiner eigenen Meinung ermöglicht, die somit nicht unumstößliches Dogma wird und die eine fruchtbare Zusammenarbeit fördert, untrennbar vereint mit der Klugheit, um Rat zu bitten, wo

man selbst nicht weiter weiß. Alter und Erfahrung sind nicht Garantie für Wahrheit.

Hippokrates ruft nach dem Grundsatz *Salus aegroti suprema lex* im Weiteren auch dazu auf, die Weisheit des Laien aufzugreifen und zu nützen:

Man trage auch kein Bedenken, sich bei Laien zu erkundigen, wenn irgend etwas für die augenblickliche Behandlung Nutzen zu bringen scheint. Ich glaube nämlich, dass die ganze Kunst sich so darstellt, dass man, von jeder einzelnen (Erkenntnis) ausgehend, auf das Ziel hinblickt und (seine Beobachtungen) auf dieses selbst hin vereintigt.²⁰

Dies kann man zweifelsohne auch in die Richtung deuten, dass die Fremdanamnese durch Angehörige und Freunde überaus wertvoll ist und keineswegs missachtet werden darf.

2.6 Umgänglichkeit und Heiterkeit

Der Arzt soll sich mit dem Kranken auf die gleiche Ebene begeben, nicht von oben herab das Gespräch mit ihm aufnehmen: Dies reicht von der rein äußeren Gleichstellung, die damit beginnt, dass Arzt und Patient in gleicher Höhe sitzen sollen, bis hin zur Einfachheit im Umgang mit dem Patienten. Letztere ist eine von Hippokrates an mehreren Stellen hervorgehobene Tugend, die der Arzt erwerben soll.

Der Arzt muss (ferner) eine gewisse Umgänglichkeit an sich haben, denn ein mürrisches Wesen ist unzugänglich sowohl für Gesunde wie Kranke.²¹

Was geschehen muss, soll man mit freundlicher und heiterer Miene anordnen.²²

Auch hier ist das rechte Maß zu finden, um die größere Gefahr einer allzu distanzierten, wenig empathischen Haltung zu vermeiden.

Andererseits, wer sich durch jede Kleinigkeit zum Lachen reizen lässt oder über die Maßen heiter ist, wird lästig empfunden, wovor man sich gerade am meisten in acht nehmen muss.²³

Welches sind die Grundelemente für diese geforderte Umgänglichkeit und Einfachheit? Sie liegen in einer von Empathie, Vertrauen und Wohlwollen geprägten Arzt-Patient-Beziehung,

die in erster Linie durch eine gut geführte Kommunikation als vertrauensbildende Maßnahme und durch ein ausgeprägtes Einfühlungsvermögen gestärkt wird.²⁴

Wenn es in der ärztlichen Berufsausübung um die Behandlung des Patienten in seiner Gesamtheit geht, dann ist auch der Arzt in seiner Gesamtheit gefordert. So schreibt Schmidt-Wyklicky über den ganzheitlichen therapeutischen Ansatz bei Hippokrates: „Im Zentrum der Therapie durch den Arzt hippokratischer Prägung stand der individuelle 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. ... Der Arzt sollte ein Begleiter des Patienten in allen Phasen seiner Krankheit sein.“²⁵

3. Das einende Element

Dies sind einige der Aspekte, die sich bei der Lektüre der fünf erwähnten hippokratischen Werke besonders aufdrängen. Im Licht dieser Ausführungen stellt sich schließlich die Frage: Gibt es ein Element, das all diese Richtlinien in sich vereint und zum Ausdruck bringt?

Der ärztliche Beruf erfordert zahlreiche Tugenden, die in vielen rezenten und aktuellen Werken in ihren mannigfaltigsten Facetten, insbesondere auf der Ebene der Kommunikation und des Umgangs mit dem Patienten analysiert und dargestellt wurden. Eine dieser Tugenden ist die Demut – im religiös asketischen Kontext zwar ein vormals häufig verwendeter (und auch missverstandener) Begriff, in Bezug auf die Medizin oder vielmehr auf die Person des Arztes jedoch wenig geläufige Bezeichnung. Sie ist die Tugend, die eine Grundvoraussetzung für Haltungen wie Dankbarkeit, Wertschätzung, Bewahrung vor Überheblichkeit, fruchtbarer Zusammenarbeit mit anderen Ärzten, Wissen um die eigenen Grenzen etc. darstellt.

Zwar sind Auffassung von Medizin und Berufung des Arztes im Altertum zu großen Teilen nicht auf den heutigen kulturellen und gesellschaftlichen Kontext übertragbar, dennoch finden sich vor allem in jenen Schriften des Corpus Hippocraticum, die sich dem Beruf des Arztes selbst widmen, zahlreiche implizite und explizite Hinweise darauf, wie Hippokrates den Arzt in seiner ärztlichen Berufung dachte.

Der klassische Begriff der Demut als prägendes Element für die Haltung des Arztes kommt als solcher bei Hippokrates nicht vor; ihm haftete im Altertum der negative Beigeschmack von Unterwerfung an. Es geht jedoch in erster Linie nicht um den Begriff als solchen, sondern um den damit zum Ausdruck gebrachten Inhalt, der trotz aller Einwände seine Berechtigung hat. Daher scheint es im Licht der oben angeführten Überlegungen durchaus legitim, aus den erwähnten hippokratischen Werken eine Tugend der Demut im heutigen christlich-anthropologischen Verständnis als wesentlich für die ärztliche Haltung heraus zu kristallisieren, auch wenn zahlreiche Interpreten in der Haltung des Hippokrates eine gewisse elitäre Exklusivität²⁶ des Arztes zu erkennen glauben.

Dabei müssen freilich zum rechten Verständnis des Begriffes irrige Deutungen weggelassen werden, bei denen Demut Konnotationen von Unterwürfigkeit, kleinmütigen Unterlegenheitsbewusstseins,²⁷ von grundsätzlicher Herabsetzung des eigenen Wesens oder Mangel an Selbstvertrauen anhaften. Diese Färbungen haben mit der eigentlichen Bedeutung des Begriffes nichts gemein, behindern vielmehr ein umfassendes Verständnis seines Inhaltes.

Sehr treffend und in knappen Worten fasst der Philosoph Josef Pieper unter Rückbezug auf die Ausführungen des Hl. Thomas von Aquin in der *Summa theologiae*²⁸ den Kerngehalt der Tugend zusammen: „Demut gründet darin, dass der Mensch sich so einschätzt, wie es der Wahrheit entspricht.“²⁹ „Sie ist, hinblickend auf Gott und die eigene Kreatürlichkeit, die Haltung der restlosen An-

erkennung dessen, was, kraft göttlichen Willens, wirklich ist; sie ist einfältige Hinnahme vor allem dieses Einen: dass der Mensch und die Menschheit nicht Gott ist und nicht wie Gott.“³⁰ Mit anderen Worten: Die Demut ist Anerkennung des eigenen Geschaffenseins.

Und genau diese Haltung der Demut und Bescheidenheit auf verschiedenen Seins- und Handlungsebenen finden wir vielerorts in den Werken des Hippokrates. Er lässt somit außer Zweifel, dass die Haltung der Demut mit dem Ethos des Arztes untrennbar verknüpft ist.

Der Arzt hat sich seine grundlegenden Voraussetzungen für das Erlernen des Berufs nicht selbst gegeben, auch wenn er im Rahmen seiner Ausbildung viel daran gearbeitet und darin investiert hat. Die Dankbarkeit und Wertschätzung gegenüber der erhaltenen Lehre erwächst aus der Betrachtung, dass er vieles von anderen erhalten hat, die ihn an ihrem Wissen haben teilhaben lassen bzw. es ihm ermöglichten, an ihrem Vorbild einer um Tugend bemühten ärztlichen Berufsausübung in der eigenen Persönlichkeit zu wachsen. Es ist entscheidend, anzuerkennen, dass die Wissenschaft zwar vieles erforschen, dabei doch niemals das Geheimnis des Menschen bis ins Letzte entschlüsseln kann. Die Annahme von Grenzen und freiwilliger Selbstbeschränkung im eigenen Tun sind nur dank einer demütigen Haltung möglich, die in der wahren Einschätzung seiner selbst gründet.

Demut als Maß wahrer Größe schließt aber immer auch die Tugend der Hochgemutheit ein: mit beiden Beinen fest auf der Erde verankert, wissend um die eigene Beschränktheit, die zum einen gegeben und zum anderen bewusst gewählt ist, aber dennoch ausgespannt nach höheren Zielen und größeren Dingen.

4. Schlussfolgerungen

Die Demut zeigt sich schon bei Hippokrates als eine der notwendigen inneren Grundvoraussetzungen des Arztes, die sich in der Wahrnehmung der eigenen ärztlichen Berufung niederschlägt, im Um-

gang mit anderen, auch in der Haltung gegenüber der medizinischen Wissenschaft als solcher. Aber auch unabhängig und losgelöst von den Werken des Hippokrates stellt diese Tugend ein essentielles Element für das Selbstverständnis des Arztes in seiner Berufsausübung dar. Und doch wird dieser Tugend im Vergleich zum klassischen Wissenserwerb in der Ausbildung und Weiterbildung nicht entsprechend Rechnung getragen. Wenn diese Tugend so grundlegend ist, wäre es dann nicht auch notwendig, diese ihre Bedeutung in der Ausbildung junger Ärzte gebührend zu berücksichtigen? Und wenn ja, wie kann man dieser Forderung am besten gerecht werden?

Wesentlich dafür ist, den angehenden Ärzten zu helfen, die Fähigkeit zu einer kritischen Selbstreflexion über das eigene Handeln und Nichthandeln zu entwickeln und sich ein eigenes berufliches Gewissen anzueignen. Der Aufbau einer solchen praktischen Berufsethik müsste sich stets an der Eignung und Entscheidung für den Beruf orientieren, müsste zum wesentlichen beruflichen Ziel – dem Dienst am recht verstandenen Wohl der Patienten – hinführen und sollte auch dazu befähigen, mit eigenen Fehlern produktiv umzugehen, Verbesserungen anzustreben und sich dabei an bewusst gewählten Prämissen und Richtlinien zu orientieren.

Referenzen

- 1 Kapferer R., *Die Werke des Hippokrates*, Hippokrates Verlag (1934)
- 2 Hippokrates, *Das Gesetz (für Ärzte)*, in: Kapferer R., siehe Ref. 1, I/27 Kap. 1 und I/28 Kap. 4
- 3 Wolff U., *Abschied von Hippokrates*, Corpus Hippocraticum, Colloquium, Berlin (1981), S. 44-46
- 4 Hippokrates, siehe Ref. 2, I/28, Kap. 3
- 5 Hippokrates, *Der (Ärzte-)Eid*, in: Kapferer R., siehe Ref. 1, I/21
- 6 Hippokrates, siehe Ref. 5
- 7 Hippokrates, siehe Ref. 2, I/28 Kap. 3
- 8 Hippokrates, siehe Ref. 5, I/21
- 9 Hippokrates, siehe Ref. 5
- 10 Hippokrates, *Das ehrbare (ärztliche) Verhalten*, in: Kapferer R., siehe Ref. 1, I/34, Kap. 6
- 11 Hippokrates, siehe Ref. 10
- 12 Hippokrates, siehe Ref. 10, I/33, Kap. 4
- 13 Jaspers K., *Die Idee des Arztes. Der Arzt im technischen Zeitalter*, Pieper, München (1986)
- 14 Hippokrates, siehe Ref. 5, I/21
- 15 Hippokrates, *Vorschriften (für Ärzte)*, in: Kapferer R., siehe Ref. 1, I/44, Kap. 6
- 16 weitere Ausführungen dieses Themas finden sich in Piza H., *Der Arzt zwischen Heilauftrag und Geschäft*, *Imago Hominis* (2008); 15(4), 313-317
- 17 Hippokrates, siehe Ref. 5, I/22
- 18 Hippokrates, *Vorschriften (für Ärzte)*, in: Kapferer R., siehe Ref. 1, I/46, Kap. 8
- 19 Hippokrates, siehe Ref. 18
- 20 Hippokrates, siehe Ref. 18, I/42, Kap. 2
- 21 Hippokrates, *Das ehrbare (ärztliche) Verhalten*, in: Kapferer R., siehe Ref. 1, I/35, Kap. 7
- 22 Hippokrates, siehe Ref. 21, I/37, Kap. 16
- 23 Hippokrates, *Der Arzt*, in: Kapferer R., siehe Ref. 1, I/53, Kap. 1
- 24 siehe auch Auner N., *Vertrauen und Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung*, *Imago Hominis* (1997); 4(2): 99-107; Geisler L. S., *Sprachlose Medizin?*, *Imago Hominis* (1997); 4(1): 47-55
- 25 Schmidt-Wyklicky G., *Der Hippokratische Eid und das Corpus Hippocraticum. Ein medizinhistorischer Wegweiser*, *Imago Hominis* (2011); 18(2): 85-91
- 26 Wolff U., siehe Ref. 3, S. 48
- 27 Pieper J., *Zucht und Maß*, Im Kösel-Verlag (1960), S. 89
- 28 Thomas von Aquin, *Summa Theologica II-III, Quaestio 162*
- 29 Pieper J., siehe Ref. 27, S. 89
- 30 Pieper J., siehe Ref. 27, S. 93

Karl-Heinz Leven

Der Hippokratische Eid: Tradition, Mythos, Fiktion

The Hippocratic Oath: Tradition, Myth, Fiction

Zusammenfassung

Der Hippokratische Eid gilt gemeinhin als ein ehrwürdiges und überzeitlich verbindliches Dokument ärztlicher Ethik. Die medizinhistorische Analyse erweist jedoch, dass sich im Themenfeld Hippokrates und Hippokratischer Eid die geschichtliche Überlieferung untrennbar mit mythischen Elementen vermischt. Die Gestalt des von Platon bezeugten historischen Hippokrates verband sich bereits in hellenistischer Zeit mit einem auf seinen Namen gestellten Schriftencorpus. Das Adjektiv „hippokratisch“ wurde in einer auf Tradition und Autorität ausgerichteten Heilkunde zu einem Qualitätsmerkmal. Der Hippokratische Eid, in der griechischen Antike unbekannt, wurde erst in der christlichen Spätantike und in der islamisch-arabischen Kultur rezipiert. Im 20. Jahrhunderts galt er im Kontext der Bearbeitung der NS-Medizinverbrechen als vermeintlich universeller ethischer Maßstab. Die medizinhistorische Perspektive analysiert das Bild des Hippokratischen Eids als Projektionsfläche für jeweils kultur- und epochenspezifische Bedürfnisse nach Identität und Selbstvergewisserung.

Schlüsselwörter: Ludwig Edelstein, Genfer Gelöbnis, Hippokrates, Hippokratischer Eid, Nürnberger Ärzteprozess

Abstract

The Hippocratic Oath is usually regarded as a venerable document of medical ethics whose issues are timeless. Within a medical praxis based on tradition and authority, since antiquity “Hippocratic” became to label unchanging quality and primal truths. Notwithstanding, the Hippocratic Oath, unknown in Greek antiquity, gained influence only in Christian late antiquity and in the Arabic-islamic tradition.

In the 20th century, when confronted by nazi medical crimes, the Hippocratic Oath was regarded as the one universal codex of ethical principles - a picture in which professional medical historiography does not indulge but which recognizes it as yet another cultural manifestation of contemporaneous needs and concerns inscribed in the same mythical shell.

Keywords: Ludwig Edelstein, Declaration of Geneva, Hippocrates, Hippocratic Oath, Nuremberg Medical Trial

Univ.-Prof. Dr. med. Karl-Heinz Leven
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Glückstraße 10, D-91054 Erlangen
Karl-Heinz.Leven@gesch.med.uni-erlangen.de

Einleitung: Hippokrates im Himmel und auf der Erde

Berufungen auf „Hippokrates“ und seinen „Eid“ begegnen häufig in der zeitgenössischen Publizistik,¹ der antike Arzt und/oder der mit seinem Namen verbundene Eid bilden gleichsam ein unerschütterliches Fundament bzw. eine autoritative Instanz, die auch in härtesten medizinethischen Dilemmata Halt und Orientierung verspricht. Die Wirkung des Hippokratischen Eides strahlt, dies dürfte nicht allen bekannt sein, sogar in den Weltraum aus. In der amerikanischen Science Fiction-Serie „Star Trek“, in Mitteleuropa als „Raumschiff Enterprise“ seit den 1960er Jahren bekannt, zitieren menschliche und Alien-Ärzte ferner auch (aus Kostengründen) nur als Hologramme an Bord tätige Schiffsärzte in schwierigen Lagen von Leben und Tod einen „Hippokratischen Eid“.² Meist ist er verkürzt auf einen einzigen Halbsatz – „to do no harm“, die hippokratische Sentenz „zu nützen oder wenigstens nicht zu schaden.“³

An vielen Medizinischen Fakultäten, in Deutschland und weltweit, ist es bei der feierlichen Übergabe der Staatsexamenszeugnisse oder der Promotionsurkunden üblich, dass die Absolvent/innen einen Gelöbnistext rezitieren; hierbei handelt es sich in Deutschland meist um das „Genfer Gelöbnis“, in englischsprachigen Ländern häufig um eine (englische) Fassung des Hippokratischen Eides.⁴ Anders als die Beispiele aus der Populärkultur, bizarre Krisensituationen, in denen Ärzte in dramatischen Lagen Hippokrates als (letzten) ethischen Rettungsanker bemühen, sind die Examensfeiern festliche Rituale, bei denen „Hippokrates“ für gemeinschaftsstiftende Zugehörigkeit, berufliche Identität und Loyalität steht. Dass sich der antike Arzt bis in die vermeintlich „geschichtslose“ Gegenwart so sehr als Berufungsinstanz eignet, hat, so thesenhaft zugespitzt der vorliegende Beitrag, zwei wesentliche Gründe, einen speziellen und einen allgemeinen; gemeint sind zum einen die NS-Medizinverbrechen und zum anderen ein dauerhaft vorhandenes Bedürfnis nach Mythos im Alltag.

Hippokrates vor Gericht

Im Jahr 1948 schuf in Genf die zwei Jahre zuvor in London gegründete World Medical Association (Weltärztebund) eine für alle Ärzte gültige „Declaration of Geneva“; ihr französischer Nebentitel, „Serment d'Hippocrate, formule de Genève“, lässt deutlich erkennen, dass hier inhaltlich und formal an den Hippokratischen Eid angeknüpft wurde. Der Hippokratische Eid sollte, zeitgemäß umformuliert, als Basis der ärztlichen Ethik des 20. Jahrhunderts dienen. Die Entstehung des Genfer Gelöbnisses ist vor dem Hintergrund des vorangegangenen Nürnberger Ärzteprozesses (1946/47) zu sehen, der erwiesen hatte, zu welchen Verbrechen die moderne Medizin fähig sein konnte.⁵ Dieser Prozess um „Kriegsverbrechen“ und „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“, begangen von deutschen Ärzten und Gesundheitsfunktionären des NS-Regimes, hatte auch die vom Gericht als Mord bewerteten tödlichen Experimente an Kriegsgefangenen und Insassen von Konzentrationslagern zum Gegenstand gehabt. Die Verteidigung hatte sich bemüht, die Untaten der Angeklagten durch Verweis auf vermeintlich analoge Fälle aus der medizinischen Weltliteratur zu relativieren und zu verharmlosen. Die Anklage und das Gericht kamen damit in die zunächst nicht vorausgesehene Schwierigkeit, einen unbestrittenen Maßstab für die Verbrechen der NS-Ärzte aufzustellen. Zugleich erwuchs daraus die Aufgabe, auch zukünftige medizinische Forschung ethisch zu regeln bzw. einzugrenzen. Zunächst hatte die Anklage den NS-Ärzten pauschal vorgeworfen, den Hippokratischen Eid, dem sie sich verpflichtet hätten, verletzt zu haben.⁶ Im weiteren Verlauf des Prozesses beriefen sich auch die Zeugen der Anklage, die als Sachverständige für medizinische Ethik berufen waren, der deutsche Medizinhistoriker Werner Leibbrand (1896 – 1974) und der amerikanische Physiologe Andrew C. Ivy (1893 – 1978), auf den Eid. Im Kreuzverhör durch die Verteidigung verwickelten sie sich jedoch in Widersprüche, aus denen zumindest klar hervorging, dass der Hippokratische Eid als zeitloser Maßstab

ärztlicher Ethik und insbesondere der NS-Medizinverbrechen nicht geeignet war. Dies wurde vollends deutlich, als der (Haupt-) Angeklagte Karl Brandt (1904 – 1948 [hingerichtet]), einer der Verantwortlichen der NS-„Euthanasie“, versuchte, die medizinischen Verbrechen als eine zeitgemäße Auslegung des Hippokratischen Eides zu rechtfertigen.⁷ Das Gericht akzeptierte diese Interpretation des Hippokratischen Eides nicht – allerdings versuchte es auch nicht, sie zu widerlegen. Das Gericht schuf 1947, mit Unterstützung durch die Zeugen der Anklage, Andrew Ivy und Leo Alexander (1905 – 1985), einen neuen, vom Hippokratischen Eid unabhängigen, ethischen Maßstab, der als „Nürnberger Code“ in 10 Punkten „Zulässige Versuche mit Menschen“ regelte und Teil des Urteils war.⁸ Innerhalb eines Jahres und im Kontext der Bearbeitung der NS-Medizinverbrechen entstanden somit zwei Kodizes: zum einen der von Juristen formulierte, der Medizin aufgebundene „Nürnberger Code“ (1947) und zum anderen das von der internationalen Ärzteschaft selbst geschaffene „Genfer Gelöbnis“. Bemerkenswerterweise beriefen sich Vertreter des deutschen Ärztestandes, in eben diesen Jahren konfrontiert mit der NS-Vergangenheit der deutschen Medizin, auf den Hippokratischen Eid als vermeintlichen Kronzeugen ihrer professionellen Integrität.⁹

Hippokrates und Corpus Hippocraticum

Unter dem Namen des Hippokrates ist eine Schriftengruppe überliefert, modern Corpus Hippocraticum genannt, die aus ca. 60 Schriften (die Zählung variiert) zu allen Themenbereichen der Heilkunde besteht.¹⁰ Wie bereits in der Antike erkannt, können keineswegs alle Texte von einem Autor verfasst worden sein. Nicht nur die Spannweite der Thematik, sondern offensichtliche Widersprüche und Gegensätze grundsätzlicher Art machen deutlich, dass verschiedene Autoren am Werk waren. Hinzu kamen „Qualitätsunterschiede“ der Schriften, die in verschiedenen Epochen unterschiedlich wahrgenommen wurden. Die Entstehungszeit des Corpus reicht vom späten 5.

Jh. v. Chr. bis in die späthellenistische Zeit. Das Schriftencorpus ist offensichtlich erstmals im hellenistischen Alexandria unter dem Autornamen des Hippokrates zusammengestellt worden.¹¹ Dort begann auch die Hippokrates-Exegese in Form von Kommentaren zu einzelnen Schriften; diese Kommentare, die in der antiken Medizin sehr einflussreich waren, sind bis auf einen, denjenigen des Apollonios von Kition (1. Jh. v. Chr.), nur bruchstückhaft überliefert. In hellenistischer Zeit beriefen sich Ärzte auf Hippokrates als Qualitätsausweis eigener Anschauungen. In einer Medizin, die ihre Autorität aus der Tradition bezog, war das Adjektiv „hippokratisch“ eine Art Markenzeichen. Im Streit verschiedener antiker Ärzteschulen, so etwa der „Herophileer“ mit den „Empirikern“, galt es auch, die eigenen Ansichten als „hippokratisch“ und diejenigen des Gegners als „un-hippokratisch“ zu erweisen. Hierbei war es wichtig, sich auf den „echten“ Hippokrates zu berufen bzw. denjenigen, den man dafür hielt.

Der griechische Arzt Galen aus Pergamon (129 – ca. 210 n. Chr.) verstand es, das Hippokrates-Bild entscheidend zu prägen und sich selbst als den vollkommenen „Hippokratiker“ zu stilisieren. Er erfand damit gleichsam Hippokrates, und sein Bild des Meisters von Kos wirkt bis heute nach.¹² Die Grundlehre des Hippokrates sah Galen in der Schrift „Über die Natur des Menschen“ enthalten. Seither gilt Hippokrates als Begründer der Vier-Säftelehre (Humoralpathologie), die in dieser Schrift erstmals angerissen ist.

Die Frage der „Echtheit“ einzelner hippokratischer Schriften ist eng verknüpft mit den Anschauungen über die Entstehung des Corpus Hippocraticum.¹³ Die seit der Antike traditionelle Sicht, der auch Galen anhing, besagte, dass Hippokrates auf Kos eine Schule begründet und selbst einige der „besten“ Schriften des späteren Corpus verfasst habe.¹⁴ Seine Schüler und Nachfolger hätten diesem „echten“ Kern des Corpus einen Kranz von „unechten“ Werken beigegeben. Alle Schriften hätten sich zunächst auf der Insel Kos befunden und die dor-

tige „Ärztbibliothek“ gebildet. Von dort seien die Texte in frühhellenistischer Zeit in das Zentrum der Wissenschaften, die Bibliothek des neu gegründeten Alexandria, gelangt. Die alexandrinischen Gelehrten hätten die Schriften unter dem Namen des Hauptautors – Hippokrates – katalogisiert und herausgegeben. Das Corpus bestünde demnach aus „echten“ und „unechten“ Schriften.

Für diese von der Antike bis heute geläufige Theorie sprechen einige innere und äußere Indizien. So stammen die ältesten Schriften („Epidemien I, III“, „Prognostikon“ u. a.) aus der Lebenszeit des historischen Hippokrates (um 400 v. Chr.); die Texte lassen eine innere Verwandtschaft erkennen. Weiterhin war es glaubhaft, dass die ptolemäischen Herrscher Ägyptens alle Bücher, auch diejenigen auf der Insel Kos, die zu ihrem Herrschaftsbereich gehörte, nach Alexandria geschafft hätten.

Dies glaubte auch Galen, obwohl keine Quelle darüber berichtet.¹⁵ Die Problematik der antiken Echtheitskritik wird am Beispiel Galens besonders augenfällig.¹⁶ Die hippokratische Schrift „Über die Natur des Menschen“ war von Aristoteles (384 – 322 v. Chr.) einem sonst unbekanntem Autor namens Polybos zugewiesen worden (Aristoteles, *Historia animalium* 512 b 12). Dies hätte bedeutet, dass ausgerechnet die „Programmschrift“ schlechthin nicht von Hippokrates stammte. Galen löste dieses Dilemma, indem er eine geteilte Autorschaft postulierte; in der späteren Antike wurde Polybos zudem als „Schwiegersohn“ des Hippokrates bezeichnet und damit gleichsam in die Familie aufgenommen.

Der historische Hippokrates und der Hippokrates-Roman

Platon (428/27 – 348/47 v. Chr.) erwähnt in zwei Dialogen den Arzt Hippokrates als Zeitgenossen des Sokrates (469 – 399 v. Chr.). Im „Protagoras“ (311 bc), dessen fiktiver Zeitpunkt (also die Gesprächssituation mit Protagoras, Hippias und Prodikos) vor 429 v. Chr. liegt, erwähnt er den „Koer Hippokrates, den Asklepiaden“, der gegen Bezahlung junge Leute zu Ärzten ausbilde; für Platon hatte Hippokrates

in der Medizin denselben hohen Rang, den Polyklet bzw. Pheidias in der Plastik und Protagoras unter den Sophisten hatte (Protagoras 311c). Im platonischen Dialog „Phaidros“ (270 a) heißt es beiläufig, dass Hippokrates eine wissenschaftliche Methode anwende, indem er den Körper im Zusammenhang mit der „Natur des Ganzen“ betrachte. Allerdings bleibt offen, ob die Natur des ganzen Körpers oder diejenige des Alls gemeint ist. Dieses Zeugnis Platons über Hippokrates, so beiläufig es erscheinen mag, sollte für das Bild, das sich spätere Generationen von dem „Vater der Heilkunde“ machten, besonders wichtig werden. Platons Schüler Aristoteles erwähnt eine Generation später, dass Hippokrates von Gestalt eher klein, als Arzt aber groß, d. h. bedeutend gewesen sei, fügt also den Bemerkungen Platons inhaltlich nichts hinzu („Politik“ 1326 a 15f.). Als Autor medizinischer Fachtexte wird dieser Hippokrates nicht bezeichnet.

Wie also gelangte das umfangreiche Corpus Hippocraticum unter seinen Namen? Eine „traditionelle“ Theorie (Schulbildung auf Kos, Verlagerung der Ärztbibliothek) wurde bereits erwähnt; doch gibt es eine andere, als „skeptisch“ zu bezeichnende Theorie.¹⁷ Danach katalogisierten die alexandrinischen Philologen eine anonyme Sammlung medizinischer Schriften und wählten als Autornamen denjenigen Arzt, den die Klassiker der Antike schlechthin – Platon und Aristoteles – als bedeutenden Arzt ihrer Zeit genannt hatten: Hippokrates von Kos, über den man nichts wusste, außer was Platon (und Aristoteles) berichteten. Die „skeptische“ Theorie vermutet, dass der historische Hippokrates hinter dem fiktiven Autor verschwunden sei.

Bereits in Alexandria sei man nicht mehr fähig gewesen, überhaupt „echte“ Schriften zu benennen, also habe man z. T. willkürliche Kriterien in der Echtheitskritik gewählt. Das Bedürfnis, mehr über den Autor der hochgeschätzten und im ärztlichen Gebrauch befindlichen Schriften zu erfahren, sei durch spätere legendenhafte biographische Texte erfüllt worden. Letztere, modern als „Hippokrates-Roman“ bezeichnet, schildern in grellen

Farben, wie Hippokrates als großer Arzt und hellenischer Patriot lebte und wirkte.¹⁸ Dieser Roman entstand, als das Corpus Hippocraticum längst vorlag. Die „skeptische“ Theorie betont daher, dass das Hippokrates-Bild des Romans nicht dazu taugte, Schriften des Corpus in ihrer Echtheit zu beurteilen, vielmehr zeige der Roman die Sehnsucht nach biographischen Details aus dem Leben des vermeintlichen Stammvaters der Medizin, dessen nützliche Schriften man schon besaß. Hippokrates erscheint im Roman als ein äußerst langlebiger, vielgereister und dabei etwas geheimnisvoller Arzt – diese Gestalt brauchte man, um das heterogene Corpus zu erklären.

Für die „skeptische“ Betrachtungsweise, die im 20. Jahrhundert insbesondere von dem klassischen Philologen und Medizinhistoriker Ludwig Edelstein (1902 – 1965) seit Beginn der 1930er Jahre ausgestaltet wurde, bleibt von Hippokrates wenig mehr als sein Name – „ein Name ohne jede noch fassbare historische Wirklichkeit“.¹⁹

Die „traditionelle“ Theorie bestand (und besteht) seit der Antike und wirkt zunächst alleine durch ihre lange Wirkungsgeschichte bereits glaubwürdiger als Edelsteins „skeptische“ Anschauung. Allerdings ist bereits um 1900, d. h. eine Generation vor Edelstein, ein wesentlicher Eckpfeiler der „traditionellen“ Anschauung eingestürzt: die Rede ist von einem Papyrus des Britischen Museums, dem sog. Anonymus Londinensis, einem fragmentarisch erhaltenen spätantiken Auszug (1./2. Jh. n. Chr.) aus einem antiken Abriss der Medizingeschichte.²⁰ Die überragende Bedeutung dieses Fundes erklärt sich daraus, dass hiermit ein auf Aristoteles bzw. dessen Schüler Menon zurückgehendes Zeugnis über Hippokrates vorliegt; es handelt sich um eine aussagekräftige vor-hellenistische Quelle, die Platons Angaben ergänzt. Der Text hat seit seiner Entdeckung für Verstörung gesorgt; vereinfacht ausgedrückt schreibt der Anonymus dem Hippokrates eine medizinische Theorie zu, die zwar im Corpus Hippocraticum enthalten ist, aber seit der Antike als „unecht“ galt. Denn leider,

so müsste man als Anhänger der „traditionellen“ Theorie sagen, ist es nicht die Viersäftelehre! Um gleichwohl die tradierte Sichtweise zu retten, haben moderne Interpreten behauptet, Aristoteles bzw. Menon habe sich geirrt und dem Hippokrates die falsche Theorie zugeschrieben. Dies behauptete bereits der spätantike Bearbeiter des Anonymus Londinensis, der sich genauso gewundert hatte wie die modernen Gelehrten. Geprägt von Platons Hippokrates-Bild glaubte man stets zu wissen, was „hippokratisch“ sei: die interessantesten und wirkmächtigsten, Ärzte aller Epochen ansprechenden Texte und Gedanken des Corpus Hippocraticum. Dieses Idealbild des Hippokrates ist freilich stets die Rückprojektion des späteren Hippokrates-Mythos in klassische Zeit gewesen und damit zugleich ein in die Geschichte verlegtes Idealbild der eigenen medizinischen Realität.

Der Hippokratische Eid im Umfeld des Corpus Hippocraticum

Fragen der Echtheitskritik, wie sie hier für das Corpus Hippocraticum skizziert wurden, sind auch für den Hippokratischen Eid bedeutsam, also die Fragen nach Autorschaft und Datierung.²¹ Im Unterschied zu einigen hippokratischen Texten, die eindeutig der Zeit um 400 v. Chr. zugeordnet werden können und damit in die Lebenszeit des historischen Hippokrates fallen, scheint der Eid in der griechischen Antike unbekannt gewesen zu sein. Doch ist er in der späteren Überlieferung, so in den ältesten vorliegenden Handschriften der byzantinischen Zeit aus dem 10. Jahrhundert, dem Corpus Hippocraticum als Eingangsseite vorangestellt; durch diese hervorgehobene Position wurde (und wird) der Eid – im Sinne der „Paratextualität“ – zur Essenz des Corpus Hippocraticum, „zum eigentlichen Vermächtnis des Hippokrates, zur Leitformel seiner gesamten Lehre und zum Gütesiegel seiner Medizin“.²² Dass dieser Eid nicht dem historischen Hippokrates zuzurechnen ist, ist schon länger Konsens der Forschung.²³ Gleichwohl galt (und gilt mancherorts) der Eid, wenn schon nicht

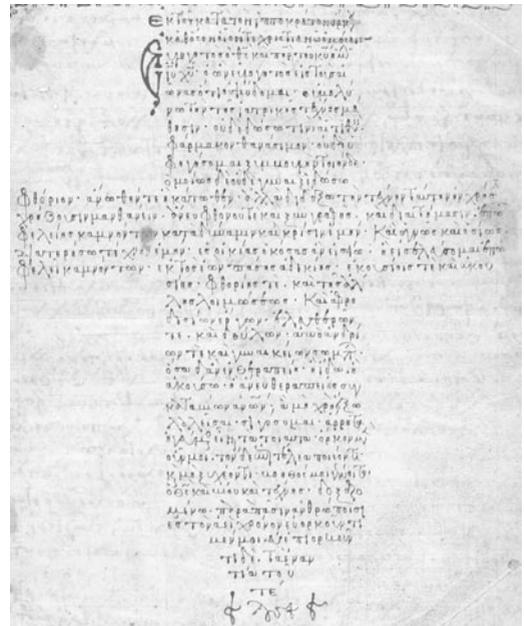
als Werk des Meisters von Kos, als „hippokratisch“ in einem übertragenen Sinne; W. H. S. Jones, Herausgeber hippokratischer Texte, darunter des Hippokratischen Eids und seiner Textvarianten, glaubte an die Ausstrahlungskraft des Eides sogar bei denjenigen Ärzten, die ihn gar nicht gekannt hätten.²⁴ Losgelöst von der Autorschaft des Hippokrates ist die Verbindlichkeit des Eides in der Antike zu problematisieren. Bei einem vermeintlichen Schlüsseldokument hippokratischen Denkens wäre zu erwarten, es häufiger in der antiken Literatur erwähnt zu finden. Dies ist jedoch nicht der Fall. Der Eid ist zwar mit der im *Corpus Hippocraticum* enthaltenen Medizin vereinbar, aber keine der zahlreichen Schriften des *Corpus Hippocraticum* bezieht sich inhaltlich oder formal auf ihn; dies gilt auch für die sog. deontologischen Texte des *Corpus*, die ethische Aspekte der ärztlichen Tätigkeit thematisieren.²⁵ Die früheste Erwähnung des Eides findet sich im 1. Jahrhundert n. Chr. bei dem Griechen Erotian und bei Scribonius Largus, der Kaiser Claudius (41 – 54 n. Chr.) als Leibarzt diente. Soran von Ephesos, der Ende des 1. Jh. n. Chr. in Rom tätig war, paraphrasiert in seinen gynäkologischen Schriften eine Passage des Hippokratischen Eides; Hippokrates habe gesagt: „Ich werde niemandem ein Abortivum geben.“²⁶ Der griechische Wortlaut bei Soran lautet allerdings anders als der ansonsten überlieferte griechische Text des Eides an dieser Stelle. Es handelt sich um das sog. „Abtreibungsverbot“ des Hippokratischen Eides, das in seinem wörtlichen Sinn schwierig zu erfassen ist. Es ist freilich in der späteren abendländischen Tradition des Eides häufig als ein generelles Abtreibungsverbot aufgefasst worden.²⁷

Bemerkenswerterweise ist der Eid in den griechisch überlieferten Schriften Galens (2. Jh. n. Chr.), der durchgehend das Idealbild des Hippokrates beschwört und sich selbst in dessen Nachfolge stellt, nicht erwähnt. In der mittelalterlichen arabischen Überlieferung wird Galen allerdings ein Kommentar zum Hippokratischen Eid zugeschrieben. Hunain Ibn Ishaq (808 – 873),

christlicher arabischer Arzt und Philologe in Bagdad, erwähnt erstmals diesen Kommentar, den er aus dem Griechischen ins Syrische übersetzt habe.²⁸ Die Schrift ist nur fragmentarisch, in Zitaten bei späteren arabischen Autoren überliefert. Darin geht es nicht um die ethischen Vorschriften des Eides, sondern um Fragen des mythischen Ursprungs der Medizin, um Asklepios und dessen Ikonographie.

Zurück zu Hippokrates

Der Hippokratische Eid hat seine eigentliche Wirkung erst seit der christlichen Spätantike und in der mittelalterlichen islamischen Kultur entfaltet.²⁹ Dass im Mittelalter der hippokratische Eid nicht nur tradiert, sondern auch rezipiert wurde, zeigen Textvarianten in der handschriftlichen Überlieferung. So finden sich Fassungen, in denen die Invokation der paganen Heilgötter (Apoll, Asklepios, Hygieia) an die christliche oder



Der Hippokratische Eid in Kreuzform geschrieben und in einen christlichen Deutungshintergrund eingeordnet; griechische Handschrift, 11. Jahrhundert (Vatikan, Cod. Urbinae graecus 64, fol. 116). Der Anfang lautet: „Aus dem Eid nach Hippokrates, soweit ein Christ ihn schwören darf.“

islamische Umgebung angepasst wurde. Zwei griechische Manuskripte (Vatikan, Urbinas graec. 64 und Mailand, Ambrosianus B 113 sup.) bieten den christlich modifizierten Text in Kreuzform, um die Kongruenz von hippokratischer und christlicher Ethik zu verbildlichen. Das nicht eindeutige „Abtreibungsverbot“ wurde im christlichen Sinne als ein generelles Abtreibungsverbot umformuliert.³⁰ In der Renaissance wurde die Passage des „Abtreibungsverbots“ ebenfalls eindeutig, d. h. im Sinne eines kategorischen Verbotes ins Lateinische übersetzt.³¹ In der Frühen Neuzeit tauchen Versatzstücke des Hippokratischen Eids in den Promotionseiden und Fakultätsstatuten der medizinischen Hochschulen auf.³² Der komplette Text wurde erstmals in Montpellier, gemäß den Statuten des (nachrevolutionären) Jahres 1804, von den Absolventen der Medizin rezitiert. Andere Universitäten, insbesondere in den USA, folgten dem Beispiel, einen „Hippokratischen“ Eid (variablen Wortlauts) einzuführen. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhundert verebte diese Welle, da in der nun naturwissenschaftlich orientierten Medizin der Meister von Kos seinen Nimbus verloren hatte. Nachdem der anfängliche Fortschrittsoptimismus im 20. Jahrhundert enttäuscht wurde, erschien auch das Ideal des Hippokrates wieder am Horizont. In einer „Krise der Medizin“ nach dem Ersten Weltkrieg wurde „hippokratisch“ in Deutschland ein attraktives Etikett, mit dem sich unterschiedliche Richtungen der Medizin schmückten.³³ 1928 erschien erstmals die Zeitschrift „Hippokrates“ im gleichnamigen Stuttgarter Verlag (die bis 1978 bestehen sollte).³⁴ Dieser modische „Hippokratismus“ einigte „biologische“, „ganzheitliche“ und „natürliche“ Bestrebungen sehr unterschiedlicher Arzt-Persönlichkeiten. „Hippokratisch“ meinte für diese Ärzte nichts Bestimmtes, sondern etwas Gutes und Echtes, also gerade das, was ihre eigene Medizin auszumachen schien. Unzufrieden mit der Gegenwart suchten manche Außenseiter Autorität für ihre (z. T. bescheidenen) neuen Ansätze in der vermeintlich idealen Vergangenheit.

Eine Richtung dieses neuen „Hippokratismus“ war deutsch-national und „völkisch“ geprägt und neigte seit den frühen 1930er Jahren der NS-Ideologie zu. Von hier führte ein Weg zu einer NS-spezifischen Rezeption des Hippokratismus, die 1942 in einer Ausgabe hippokratischer Schriften zum Gebrauch für SS-Ärzte Gestalt annahm.³⁵

Ein einziges Mal wurde im NS-Regime der Hippokratische Eid öffentlich als Argument benützt, als der Freiburger Pathologe Franz Büchner (1895 – 1991) in seinem Vortrag „Der Eid des Hippokrates. Die Grundgesetze der ärztlichen Ethik“ am 18. November 1941 die Tötung von Kranken und Behinderten kritisierte.³⁶ So mutig Büchners offener Widerstand gegen das Regime war, so anachronistisch war sein Argument: Nicht der Hippokratische Eid verbot die Ermordung von Kranken im Deutschen Reich, sondern das Reichsstrafgesetzbuch. Hierauf wiesen andere Gegner der Krankenmorde hin, so der Bischof (später Kardinal) von Münster Clemens August Graf von Galen (1878 – 1946) in öffentlichen Predigten im August 1941.³⁷

Dass im Nürnberger Ärzteprozess der Hippokratische Eid nicht als Maßstab für die Verbrechen der NS-Ärzte taugte, wurde eingangs erwähnt. Stattdessen schuf das Gericht den „Nürnberger Code“, der als neues Fundament ärztlicher Forschungsethik wirken sollte. Hingegen stellte der Weltärztebund 1948 sein „Genfer Gelöbnis“ bewusst in die hippokratische Tradition, woraus einmal mehr die identitätsstiftende Bedeutung des Mythos Hippokrates erhellt.³⁸

Die Erfindung des Hippokrates

Für eine „traditionelle“ Sicht auf Hippokrates war und ist der Eid ein Schlüsseldokument der antiken ärztlichen Ethik mit einem fortdauernden, überzeitlichen Anspruch. Die im 20. Jahrhundert aufgekommene „skeptische“ Sicht auf Hippokrates hat das Idealbild epochen- und kulturspezifisch historisiert. Es überrascht nicht, dass der Protagonist dieser „skeptischen“ Sicht, Ludwig Edelstein, auch hinsichtlich des Hippokratischen

Eides eine mit der Tradition brechende Theorie aufstellte. Bestimmte Passagen des Textes, so das sog. „Euthanasie-Verbot“ und das sog. „Chirurgie-Verbot“ ließen ihn folgern, der Eid sei im 4. Jahrhundert v. Chr. als esoterische Formel einer kleinen pythagoreischen Ärztegruppe entstanden.³⁹ Ein pythagoreischer, geheimer Ärzteeid fügte sich freilich nicht in ein überzeitliches ideales Arztbild. Edelstein bemerkte rückschauend bitter scherzend, dass er „Hippokrates den Bart abscher-te“.⁴⁰ In den frühen 1930er Jahren trotz seiner provokanten Thesen noch als origineller Kopf der Medizingeschichte gewürdigt, wurde Edelstein 1933 als Jude aus Deutschland vertrieben; zwischen seiner Existenz als Emigrant, der in den USA an seine frühere Karriere anknüpfen konnte, und seinen Werken, so seiner Studie über den Hippokratischen Eid (1943), besteht ein innerer Zusammenhang.⁴¹ Edelsteins Theorie vom pythagoreischen Charakter des Eids, die einige Probleme plausibel löst, ist allerdings im Kern spekulativ und wird in der neueren Forschung nicht mehr vertreten.⁴²

Überzeugend jedoch und nicht widerlegt ist Edelsteins Standpunkt, den zeitgebundenen Charakter jeder medizinischen Ethik zu betonen und damit den Hippokratischen Eid, das vermeintliche Grundgesetz der ärztlichen Ethik aller Zeiten, als Mythos und Projektionsfläche von Wunschvorstellungen zu erkennen. Die verzweigte Wirkungsgeschichte des Eids in Mittelalter und Neuzeit ist als Rezeptionsgeschichte dieses vieldeutigen Textes zu analysieren. Der Hippokratische Eid und das auf ihn bezogene Genfer Gelöbnis sind Kristallisationskerne eines fortwährenden Ethikdiskurses. Vorstellungen, wie sie öffentlich oder in ärztlichen Kreisen gelegentlich vorgebracht werden, sich „zurück zu Hippokrates“ zu wenden, erweisen sich als Instrumentalisierung eines Mythos – eines Mythos, der offensichtlich einen Bedarf erfüllt. Der Hippokratische Eid selbst ist und bleibt, mit den Worten des Medizinhistorikers Owsei Temkin (1902 – 2002), „a puzzling document.“⁴³

Referenzen

- 1 Leven K.-H., *Hippokrates im 20. Jahrhundert. Ärztliches Selbstbild, Idealbild und Zerrbild*, in: Leven K.-H., Prüll C.-R. (Hrsg.), *Selbstbilder des Arztes im 20. Jahrhundert. Medizinhistorische und medizinethische Aspekte*, H. F. Schulz, Freiburg 1994, S. 39-96
- 2 Cantor D. (Hrsg.), *Reinventing Hippocrates*, Ashgate, Aldershot 2002, S. 1f.
- 2 Wenskus O., *Umwege in die Vergangenheit. Star Trek und die griechisch-römische Antike*, Studienverlag, Innsbruck 2009, S. 175-180
- 3 Hippokrates, *Epidemien 1, 11* (Übers. Diller H., *Hippokrates. Ausgewählte Schriften*, Reclam, Stuttgart 1994, S. 25)
- 4 Smith D. C., *The Hippocratic Oath and Modern Medicine*, *Journal of the History of Medicine* (1996); 51: 484-500
- 4 Roth G., *Die ärztlichen Gelöbnisse heute. Eine weltweite Umfrage*, *Arzt und Christ* (1962); 8: 11-34
- 5 Forschungsstand und Literaturüberblick bei Schmuhl H. W., *Brüche und Kontinuitäten nach 1945*, in: Jütte R. et al., *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*, Wallstein, Göttingen 2011, S. 267-282
- 6 So Ankläger Telford Taylor (1908-1998) in seinem Eröffnungsplädoyer am 9. Dezember 1946: „All of them violated the Hippocratic commandments which they had solemnly sworn to uphold and abide by, including the fundamental principle never to do harm – *primum non nocere*“, zitiert nach Annas G. J., Grodin M. A. (Hrsg.), *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code. Human Rights in Human Experimentation*, Oxford Univ. Press, New York, Oxford 1992, S. 87
- 7 Mitscherlich A., Mielke F., *Medizin ohne Menschlichkeit*, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M. 1978, S. 207
- 7 Schmidt U., *Hitlers Arzt Karl Brandt. Medizin und Macht im Dritten Reich*, Aufbau-Verlag, Berlin 2009, S. 582
- 8 Annas G. J., Grodin M. A. (Hrsg.), siehe Ref. 6, S. 121-144
- 9 Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Vorwort zu Mitscherlich A., Mielke F., *Wissenschaft ohne Menschlichkeit*, L. Schneider, Heidelberg, 1949, S. v: „Mit der Öffentlichkeit der ganzen Welt hat die deutsche Ärzteschaft entsetzt Kenntnis genommen von den Vorfällen, welche den Anlaß des Nürnberger Prozesses bildeten... Die Masse der deutschen Ärzte hat unter der Diktatur des Nationalsozialismus ihre Pflichten getreu den Forderungen des Hippokratischen Eides erfüllt, von den Vorgängen nicht gewußt und mit ihnen nicht im Zusammenhange gestanden.“ Vgl. Leven, Hippokrates im 20. Jahrhundert, siehe Ref. 1, S. 84f.
- 10 Jouanna J., *Hippocrates*, Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore 1999

- Nutton V., *Ancient Medicine*, Routledge, London 2004
- Leven K.-H. (Hrsg.), *Antike Medizin. Ein Lexikon*, C. H. Beck, München 2005
- Golder W., *Hippokrates und das Corpus Hippocraticum. Eine Einführung für Philologen und Mediziner*, Königshausen & Neumann, Würzburg 2007
- 11 Smith W. D., *The Hippocratic tradition*, Cornell Univ. Press, Ithaca 1979
 - 12 Smith W. D., siehe Ref. 11, S. 175
Lloyd G. E. R., *Galen on Hellenistics and Hippocrateans. Contemporary Battles and Past Authorities*, in: Lloyd G. E. R., *Methods and Problems in Greek Science*, Cambridge Univ. Press, Cambridge 1991, S. 398-416
 - 13 Leven K.-H., *Echtheitskritik*, in: Leven K.-H. (Hrsg.), siehe Ref. 10 Sp. 238-241
 - 14 u. a. „Epidemien“, „Aphorismen“, „Über die heilige Krankheit“, „Prognostikon“, „Über die Umwelt“
 - 15 Smith W. D., siehe Ref. 11, S. 201: „That modern scholarly myth can be ignored because it would be in the sources if it had any basis at all“.
 - 16 Leven K.-H., *Die Erfindung des Hippokrates. Eid, Roman und Corpus Hippocraticum*, in: Tröhler U., Reiter-Theil S. (Hrsg.), *Ethik und Medizin 1947 - 1997. Was leistet die Kodifizierung von Ethik?*, Wallstein, Göttingen 1997, S. 19-39
 - 17 Smith W. D., siehe Ref. 11, S. 31-44
 - 18 Pinault J. R., *Hippocratic Lives and Legends*, Brill, Leiden 1992
 - 19 Edelstein L., *Hippokrates*, in: *Pauly's Realencyclopädie der classischen Altertumswissenschaft*, Supplement 6, Stuttgart 1935, Sp. 1290-1345, hier Sp. 1328
Smith W. D., siehe Ref. 11, S. 43
zu Ludwig Edelstein vgl. Rütten Th., *Ludwig Edelstein at the Crossroads of 1933. On the Inseparability of Life, Work, and their Reverberations*, *Early Science and Medicine* (2006); 11: 50-99
 - 20 Flashar H., *Anonymus Londinensis*, in: Leven K.-H. (Hrsg.), siehe Ref. 10, Sp. 52-54
Manetti D., *Aristotle and the Role of Doxography in the Anonymus Londiniensis*, in: Eijk Ph. v. d. (Hrsg.), *Ancient Histories of Medicine*, Brill, Leiden 1999, S. 95-141
 - 21 Jouanna J., siehe Ref. 10, S. 401f.
Leven K.-H., *Hippokratischer Eid*, in: Leven K.-H. (Hrsg.), siehe Ref. 10, Sp. 420-423
Staden H. v., „In a pure and holy way“. *Personal and Professional Conduct in the Hippocratic Oath?*, *Journal of the History of Medicine* (1996); 51: 404-437
Staden H. v., *The Oath, the Oaths, and the Hippocratic Corpus*, in: Boudon-Millot V., Guardasole A., Magdelaine C. (Hrsg.), *La Science médicale antique. Nouveaux regards*, Beauchesne, Paris 2007, S. 425-466
 - 22 Rütten Th., *Hippokrates im Gespräch*, Münster 1993, S. 52
 - 23 Eine Ausnahme bildet hier Lichtenthaler Ch., *Der Eid des Hippokrates. Ursprung und Bedeutung*, Deutscher Ärzteverlag, Köln 1984, S. 323, der glaubte, mit „kumulierender Evidenz“ bewiesen zu haben, dass Hippokrates Autor des Eids gewesen sei.
 - 24 Jones W. H. S. (Ed./transl.), *Hippocrates*, Vol. I, Cambridge/Mass., London 1923, S. 296. „So some [Greek] physicians did not feel bound by all the clauses, and some may not have felt bound by any. We may suppose, however, that no respectable physician would act contrary to most of the Oath, even if he were ignorant of its existence.“
 - 25 Zu dieser Textgruppe vgl. Edelstein L., *The Professional Ethics of the Greek Physician*, in: Edelstein L., *Ancient Medicine*, Temkin O., Temkin C. L. (Hrsg.), Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore 1987, S. 319-348
Gourevitch D., *Le triangle hippocratique dans le monde Gréco-Romain*, Paris 1984, S. 251-288
Staden H. v., *Character and Competence. Personal and Professional Conduct in the Greek Medicine*, in: Flashar H., Jouanna J. (Hrsg.), *Médecine et morale dans l'antiquité*, Vandoeuvre, Genf 1997, S. 157-210
 - 26 Soranos d'Éphèse, *Maladies des femmes*, 1, 20, Burguière P., Gourevitch D., Malinas Y. (Ed./trad.), Paris 1988, S. 59
 - 27 Rütten Th., *Receptions of the Hippocratic Oath in the Renaissance. The Prohibition of Abortion as a Case Study in Reception*, *Journal of the History of Medicine* (1996); 51: 456-483
 - 28 Rosenthal F., *An Ancient Commentary on the Hippocratic Oath*, *Bulletin of the History of Medicine* (1956); 30: 52-87
 - 29 Ullmann M., *Die Medizin im Islam*, Brill, Leiden 1970, S. 32f., S. 62
Temkin O., *Hippocrates in a World of Pagans and Christians*, Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore 1991, S. 181-183
 - 30 Der „originale“ Text lautet (in Übersetzung): „ich werde keiner Frau ein keimvernichtendes Vaginalzäpfchen verabreichen“; daraus wurde in der christlichen Fassung: „ich werde Frauen kein Abtreibungsmittel geben, weder von unten noch von oben“ (griechischer Text bei Jones W. H. S., *The Doctor's Oath. An Essay in the History of Medicine*, Cambridge 1924, S. 22f.)
 - 31 Rütten Th., siehe Ref. 27
 - 32 Nutton V., *What's in an Oath?*, *College Lecture*, *Journal of the Royal College of Physicians of London* (1995); 29: 518-524
 - 33 Timmermann C., *A Model for the New Physician. Hippocrates in Interwar Germany*, in: Cantor D. (Hrsg.), siehe

- Ref. 1, S. 302-324
- 34 Bothe D., *Neue Deutsche Heilkunde 1933-1945. Dargestellt anhand der Zeitschrift „Hippokrates“ und der Entwicklung der volkshelkundlichen Laienbewegung*, Matthiesen, Husum 1991
- 35 Grawitz E. R. (Hrsg.) [1899-1945, Reichsarzt SS und Präsident des Deutschen Roten Kreuzes], *Ewiges Arzttum*. Bd. 1 Hippokrates, bearb. Gottlieb B. J., Prag 1942, hierzu Leven K.-H., siehe Ref. 1, S. 75; Bruns F., *Medizinethik im Nationalsozialismus. Entwicklungen und Protagonisten in Berlin (1939-1945)*, Steiner, Stuttgart 2009, S. 81-84
- 36 Seidler E., Leven K.-H., *Geschichte der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg im Breisgau. Grundlagen und Entwicklungen*, Alber, Freiburg 2007, S. 545-548
- 37 Klee E., „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M. 1985, S. 334f.
- 38 Die Ständesvertretung der deutschen Ärzteschaft (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern) wurde 1950 unter Auflagen in den Weltärztebund aufgenommen; eine Auflage bestand darin, das Genfer Gelöbnis (in deutscher Übersetzung) der Berufsordnung für die deutschen Ärzte als Präambel voran zu stellen. Daher ist in dieser deutschen Fassung des Genfer Gelöbnisses die Freiwilligkeit des englischen Originals („I make these promises solemnly, freely and upon my honour“) weggelassen („Dies alles verspreche ich feierlich auf meine Ehre.“), vgl. Leven K.-H., *Der Hippokratische Eid im 20. Jahrhundert*, in: Toellner R., Wiesing U. (Hrsg.), *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation*, G. Fischer, Stuttgart 1997, S. 111-129, hier S. 123
- 39 Edelstein L., *The Hippocratic Oath. Text, Translation and Interpretation*, Johns Hopkins Univ. Press., Baltimore 1943, wieder abgedruckt in Edelstein L., siehe Ref. 25, S. 3-63
- 40 Temkin, *Introduction*, in: Edelstein L., siehe Ref. 25, S. vii
- 41 Überzeugend herausgearbeitet von Rütten Th., siehe Ref. 19
- 42 Staden H. v., siehe Ref. 21, S. 409f.; zur neueren Forschung vgl. auch Schubert Ch., Schöll R., *Der Hippokratische Eid. Wie viele Verträge und wie viele Eide?*, *Medizinhistorisches Journal* (2005); 40: 247-273
- 43 Temkin O., *What Does the Hippocratic Oath Say?*, in: Temkin O., *“On Second Thought” and Other Essays in the History of Medicine and Science*, Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore 2002, S. 21

Martin W. Schnell, Thorsten Langer, Maren Bongartz, Ole Jung

Wandel des studentischen Urteils in klinisch-ethischen Entscheidungen

Change of students' judgement in clinical ethical decisions

Zusammenfassung

Entscheidungen sind Bestandteil des ärztlichen Handelns. Das Treffen von Entscheidungen in ihrem ethischen Bezugsrahmen muss erlernt werden. Diese Studie untersucht, wie sich das studentische Urteil in klinisch-ethischen Entscheidungen im Laufe des Medizinstudiums entwickelt. Innerhalb einer Befragung schildert eine Fallvignette eine Entscheidungssituation im Bereich der Pädiatrie; der Erhebungsbogen erfragt das studentische Urteil zu Entscheidungsaspekten der Fallgeschichte. Die Auswertung der Fragen erfolgte deskriptiv, mit qualitativen und quantitativen Methoden.

Schlüsselwörter: Medizinstudierende, medizinische Ausbildung, Entscheidung, Medizinethik, Therapiebegrenzung

Abstract

Physicians are confronted with clinical decisions in their daily routine. Decision making regarding its ethical dimensions must be learned. This study investigated the development of student's judgment concerning ethical decisions in the course of their academic studies. Inside a survey an expert-based vignette describes a situation of decision-making in a pediatric clinical case. The questionnaire asks for the student's judgment upon aspects of decision-making in the vignette.

Keywords: medical students, medical education, medical ethics, decision-making, withholding treatment

Univ.-Prof. Dr. Martin W. Schnell, M. A.,
Maren Bongartz, Ole Jung
Institut für Ethik und Kommunikation im
Gesundheitswesen (IEKG), Fakultät für Medizin,
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50, D-58448 Witten
Schnell@uni-wh.de

Dr. med. Thorsten Langer
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Helios Klinikum Wuppertal
Heusnerstr. 40, D-42283 Wuppertal

1. Einleitung

1.1 Klinisch-ethische Entscheidungen

Ärztliches Handeln ist immer auch Entscheidungshandeln. Entscheidungen stehen an, wenn Sachlagen nicht eindeutig sind, da es Alternativen gibt. Wenn nicht alle Alternativen zugleich oder problemlos nacheinander realisiert werden können, muss eine Entscheidung her. Die Entscheidung gibt einer Alternative den Vorzug. Entscheidungen können kritisch befragt werden und sind dann vom Entscheidungsträger ethisch zu verantworten. Entscheidungen können fraglos sein, aber auch sehr konfliktreich.

Die Sachlage stellt sich dem Arzt dramatisch dar, wenn von ihm Entscheidungen für und über nichteinwilligungsfähige Patienten, möglicherweise unter Zeitdruck, erwartet werden.¹ In diesem Fall ist der maßgebliche Wille des Patienten nicht einfach offenbar, sondern aus Patientenverfügungen oder als mutmaßlicher Wille zu ermitteln. Entscheidungen benötigen Informationen. Entsprechende Informationen müssen interpretiert, und die Interpretationen müssen behauptet werden. Kurz: Da eine sich selbst erklärende Sachlage, die völlig evident und durch alle möglichen Informationen belegt ist und viel Zeit zur Überlegung lässt, nicht immer oder nur selten angetroffen werden kann, muss die anstehende Entscheidung aktiv und verantwortlich getroffen werden. Es besteht dann die Anforderung zu handeln und zwar oft aufgrund unzureichender Gründe.

In diesem Sinne bildet die Annahme des Konzepts der gemeinsamen Entscheidungsfindung („shared-decision-making“), dass es einen Punkt gibt, an dem „alles für die Entscheidung Relevante“ Arzt und Patient zur Verfügung steht, einen Grenzfall.²

Die mit einer Entscheidung verbundene Verantwortung zu übernehmen, ist Teil des ärztlichen Handelns. Diese Verantwortung ist eine ernste Angelegenheit, da der Akt der Entscheidung in der Medizin (ähnlich dem Akt der Entscheidung im Juristischen)

einen Einschnitt setzt: Wir machen es (zunächst) so und nicht anders! Mit der Entscheidung wird die allgemeine Ebene des allgemeinen Wissens verlassen in Richtung auf die Singularität eines Patienten.³

1.2 Urteil und Entscheidung in ethischer Sicht

Das in einer Beurteilung enthaltene ethische Urteil gibt Auskunft darüber, ob eine Entscheidung in ethischer Hinsicht akzeptabel ist oder (eher) nicht. Das Urteil ist wiederum als Maßstab akzeptabel, wenn es sich auf eine allgemeine Ethik bezieht.

Die Literatur, die das Urteilsvermögen und dessen Umfeld zum Gegenstand hat, bezieht sich in dieser Frage mehrheitlich und alternativ auf zwei Ethiken: die Tugendethik bzw. die Prinzipienethik.⁴

Der tugendethische Ansatz betrachtet Entwicklung und Ausbau einer handlungsleitenden Einstellung, die in konkreten Situationen das Angemessene zu tun ermöglicht. Der Tugendhafte wird dem Kontext, auf den er handelnd einwirkt, gerecht.⁵ Der prinzipienethische Ansatz geht davon aus, dass die moralische Entwicklung einer Person diverse Stufen (i. d. R. im Ausgang von L. Kohlberg) durchläuft und dabei von der Ausrichtung auf situative Ansprüche auf eine Orientierung an universellen Normen, die für jedermann gelten, abzielt.⁶

Ein Urteil, das sich auf den tugendethischen Ansatz bezieht, fragt danach, ob eine Entscheidung einem Individuum gerecht geworden ist. Das Urteil, das dem prinzipienethischen Ansatz folgt, fragt hingegen, ob eine Entscheidung universelle Normen beachtet habe.

1.3 Die Einheit von Tugend- und Prinzipienethik

Im Hinblick auf die Ziele von Ausbildung und Unterricht in der Humanmedizin besteht in der Moralphysikologie die Meinung, dass Gehalte aus beiden Ansätzen, dem tugend- und dem prinzipienethischen Ansatz, für Mediziner relevant sind.⁷ Es ist somit sinnvoll und wünschenswert, wenn Ärzte gleichermaßen tugend- und prinzipienethisch handeln. Sie sollen fürsorglich auf die Individualität ihres Patienten eingehen und zugleich allgemein

geltende Regeln und Normen beachten, so dass ein Patient stets als Einzelperson und als Bürger und Mensch behandelt und geachtet wird.

Dieses Ziel wird als Ergebnis einer fortschreitenden Entwicklung der ethischen Orientierung des werdenden Mediziners angesehen. Fortschritt im Sinne der Tugendethik bedeutet, dass der Handelnde auf eine Situation und einen konkreten Menschen immer besser einzugehen vermag. Fortschritt im Sinne des prinzipienethischen Ansatzes bedeutet hingegen, dass der richtig Handelnde die einmal erreichte Orientierung an universellen Normen beibehält und in allen kommenden moralisch relevanten Situationen zur Geltung kommen lässt.

1.4 Die Evaluation der Entwicklung von Tugenden und Prinzipienorientierung: ein Dilemma

Die Lehrevaluationsforschung fragt danach, ob angehende Ärzte während des Medizinstudiums diese wünschenswerte Verkopplung von tugend- und prinzipienethischer Orientierung ausbilden und fortentwickeln. Der somit angestrebten Überprüfung der Effektivität der Lehre stehen allerdings methodische Schwierigkeiten gegenüber, die die Frage betreffen, wie Ausbildung und Entwicklung von Tugenden und Prinzipienorientierung nachgeprüft und ggf. gemessen werden können.

Dem tugendethischen Ansatz geht es um eine Förderung der ärztlichen Fürsorge und anderer Haltungen. Der evaluative Nachteil dieses Ansatzes liegt darin, dass Haltung und Charakter „schwer objektiv überprüft werden können.“⁸ Dem prinzipienethischen Ansatz geht es hingegen um eine Förderung des kognitiven Vermögens von Ärzten. Der Nachteil dieses Konzepts ist seine „einseitige Berücksichtigung unpersönlicher kognitiver Fähigkeiten.“⁹ Eine gleichzeitige Entwicklung von Tugenden und Prinzipienorientierung gilt als wünschenswert, die Messung einer solchen Entwicklung befindet sich jedoch in einem Dilemma!

1.5 Die Fragestellung

Das Medizinstudium soll Studierende darauf vorbereiten, klinische Entscheidungen fällen, begründen und verantworten zu können.¹⁰ Die Approbationsordnung sieht daher vor, dass die ärztliche Ausbildung wissenschaftliche Grundlagen, praktische Fertigkeiten und Fähigkeiten vermitteln soll, so dass der Studierende lernt, Gesundheitsversorgung auch im einzelnen Krankheitsfall durchführen zu können. Im Studium üben die Studierenden, simulierte Entscheidungen an Fallbeispielen und im Patientenkontakt zu treffen und kritisch zu beurteilen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die allgemeine Frage, welche Faktoren im Verlauf des Studiums auf das Urteilsverhalten der Studierenden einen nachweisbaren Einfluss haben. Sind es ethische, technische, naturwissenschaftliche oder noch andere?

Mit der Frage nach der Entwicklung des studentischen Urteils in klinisch-ethischen Entscheidungen befasst sich die vorliegende vergleichende Vignettenstudie. Die Studie arbeitet mit folgender Zuordnung: In einer Vignette geht es um eine klinisch-ethische Entscheidung, die von den Figuren innerhalb der Vignette getroffen wird. Die damit entstandene Situation wird wiederum den Probanden vorgelegt, um deren Urteil einzuholen.

Entwicklung zu thematisieren heißt: die Gestalt des Urteils in Entscheidungssituationen im Verlaufe der Zeit des Studiums zu beschreiben. Dabei wird von uns die Frage, ob das studentische Urteil in der Entwicklung einen Fortschritt, einen Rückschritt oder eine andere Richtung eingeschlagen hat, ausgeklammert zugunsten einer qualitativen Beschreibung, weil die vergleichende Vignettenstudie in der Frage der Entwicklung kein normatives Stufenmodell zur Bemessung von Fort- oder Rückschrittlichkeit zugrunde legt.

Um dem im Hinblick auf eine Evaluation bestehenden Dilemma von Tugend- und Prinzipienethik zu entgehen, verzichtet die vorliegende Studie auf wichtige, aber umstrittene Entwicklungsmodelle und verfährt deskriptiv. Mit diesem Vorgehen ist die Hoffnung verbunden, Erkenntnisse über den

ethischen Entwicklungsprozess von Medizinstudierenden zu gewinnen, die in der Ausbildung wiederum genutzt werden können. Zusammenfassend wird in der vorliegenden Studie untersucht, wie sich das klinisch-ethische Urteil Medizinstudierender im Laufe des Studiums in Bezug auf eine ethisch konfliktreiche Fallgeschichte verändert und welche Rückschlüsse dadurch auf etwaige Entwicklungsprozesse bei den Studierenden gezogen werden können.

2. Methode

Die vorliegende Studie verwendet ein hypothesen-generierendes Design, wobei qualitative und quantitative Verfahren zum Einsatz kommen.

2.1 Die Probanden

Die in die Studie eingeschlossenen Probanden rekrutieren sich aus einem Jahrgang (n= 84) Studierender im Modellstudiengang Humanmedizin der Privaten Universität Witten/Herdecke. Das Studium an der Universität Witten/Herdecke ist problem- und patientenorientiert. Die Studierenden haben, wie in Modellstudiengängen der Humanmedizin in Deutschland mittlerweile allgemein üblich, vom ersten Semester an Patientenkontakt. Sie durchlaufen über neun Semester Lehre im Bereich „Kommunikation in der Medizin“, die zusätzlich in Form eines integrierten Curriculums mit dem Querschnittsfach „Ethik“ verbunden ist und die auch auf die Inhalte in der (Vor)Klinik Bezug nimmt.¹¹ Das Ethikcurriculum ist problemorientiert aufgebaut. Von einer Fallgeschichte ausgehend, werden die ethisch-klinische Situation und die zu ihrer Gewichtung relevanten Werte und Normen herausgestellt. Die Studierenden sollen in die Lage versetzt werden, durch ihr Urteilsvermögen eine konkrete Situation und relevante Normen/Werte aufeinander beziehen zu können. Im Laufe des Studiums nimmt die Komplexität der zu beurteilenden klinisch-ethischen Situationen zu.

Die als Probanden zu gewinnenden Studierenden wurden in ihrem 1. Fachsemester zu einer Informationsveranstaltung eingeladen und um

Mitarbeit gebeten. Dabei sind Ziele und Methoden der Studie erläutert, Datenschutz und die Achtung forschungsethischer Grundsätze zugesichert worden.¹² Den Studierenden wird ein und dieselbe Fallvignette mit identischem Fragebogen dreimal während des Studiums vorgelegt. Die Ergebnisse der ersten beiden Erhebungen, zweites und viertes Semester werden hier vorgelegt, die dritte Erhebung (siebtes Semester) steht noch aus.

2.2 Das Instrument der Vignette

Studien im Bereich der Forschung zum Urteilsverhalten in medizinischen Zusammenhängen weisen darauf hin, dass es sinnvoll ist, die Entwicklung der moralischen Urteilsfähigkeit von Studierenden der Humanmedizin im Verlaufe ihrer klinischen Ausbildung zu thematisieren.¹³ Ebenso sinnvoll sei es, die Thematisierung dieser Entwicklung in eine longitudinale Studie einzubetten.¹⁴ Da es in diesem Zusammenhang nicht darauf ankommt, klinisches Handeln zu evaluieren – zumal die Probanden keine Ärzte sind und daher auch nicht klinisch handeln –, sondern es um eine Thematisierung von urteilsbezogenen Einstellungen und Werten geht, gilt es in diesbezüglich geeignetes Instrument einzusetzen. In der Literatur wird die Vignette als ein geeignetes Instrument angesehen, um einen Einblick in Einstellungen und Werthaltungen in ethischen Urteilsfindungen erlangen zu können.¹⁵

Das Instrument der Vignettenstudie eignet sich dazu, ein Spektrum von Wertentscheidungen durch die Konstruktion von Begebenheiten zu erfassen. Es wurde in Fragen klinisch-ethischer Entscheidungen zuletzt unter anderem von Schöne-Seifert, Sahn und Schnell et al verwendet.¹⁶ Vignettenstudien arbeiten mit kleinen Fallgeschichten oder Bildern, die Probanden vorgelegt werden und von diesen meist eine Kommentierung oder Bewertung erwarten. Diese Studienart ist ein Mittel, um Informationen darüber zu erhalten, wie Menschen in Situationen urteilen würden, die nur schwer zu beobachten sind und die den Probanden deshalb als zu bewertende narrative Beschreibungen vorgelegt werden.¹⁷

Vergleichend ist die vorliegende Vignettenstudie, da sie die Antworten der Teilnehmer an den Erhebungszeitpunkten einander gegenüberstellt und somit Aufschlüsse über die Entwicklung des studentischen Urteils in klinisch-ethischen Entscheidungen erhält.

Hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung der Vignette erscheint es als relevant, den Studierenden einen Fall zur Beurteilung und Entscheidung vorzulegen, der inhaltlich in der Pädiatrie verortet ist und somit den Studierenden in das Spannungsfeld zwischen minderjährigem Patienten und dessen Eltern stellt.¹⁸ Dies ist aus didaktischer Sicht günstig, da der Fall eine ethisch und kommunikativ anspruchsvolle Situation ermöglicht, die für die Antwortmöglichkeiten und Begründungen mehrere Möglichkeiten bietet.

Die *Vignette* beschreibt den Fall eines 10-jährigen Jungen mit einer spinalen Muskelatrophie, d.h. einer genetisch bedingten Krankheit, die u. a. die Atemmuskulatur betrifft und schwächt. Im Rahmen dieser Grunderkrankung muss er bei einer Lungenentzündung intubiert und beatmet werden. In Hinblick auf die weitere Behandlung befürworten die Ärzte die Anlage eines Tracheostomas. Dabei handelt es sich um eine permanente Öffnung unterhalb des Kehlkopfes, die die Atemarbeit erleichtert und mit der man eine erneute Intubation, die als schwierig erachtet wird, vermeiden kann. Die Eltern lehnen den Eingriff ab, da er den Verlust der natürlichen Stimme für Paul bedeuten würde und sie ihm die Möglichkeit erhalten wollen, mit der eigenen Stimme zu kommunizieren.

Die ungekürzte Version der Vignette ist bei den Autoren erhältlich.

Die Vignette wurde von drei erfahrenen Ärzten aus den Bereichen Pädiatrie und Chirurgie auf ihre Realitätsnähe geprüft.

Entscheidungen im Bereich der Pädiatrie sind sehr häufig geteilte und gemeinsam getroffene Entscheidungen. Die „Dreiecksstruktur aus Kind, Eltern und Arzt“¹⁹ bildet eine Eigentümlichkeit der Kinderheilkunde.

2.3 Der Fragebogen

Der der Vignette angefügte Fragebogen beinhaltet offene und geschlossene Fragen zu unterschiedlichen Aspekten der Entscheidungssituation. Das Instrument wurde von den Autoren entwickelt, von Experten aus den Bereichen Ausbildungsforschung, Ethik, Pädiatrie sowie von Medizinstudenten auf seine Verständlichkeit und inhaltliche Sinnhaftigkeit hin beurteilt. Verbesserungsvorschläge wurden von den Autoren diskutiert und in die Endversion des Bogens eingearbeitet.

Die Fragen bezogen sich auf eine Bewertung der ärztlichen Entscheidung sowie auf eine Einschätzung der Motive und Implikationen für den Patienten, die Eltern und den Arzt. Dabei sollten die Probanden zunächst in einer dichotomen Antwortmöglichkeit beurteilen, ob der Arzt die Entscheidung der Eltern zu akzeptieren habe. Die Ja/Nein-Stellungnahmen konnten durch eine kurze Freitextäußerung erläutert werden. Weiterhin wurden die Probanden gebeten, mögliche Verhaltensweisen des Arztes zu beurteilen (tugendethische Perspektive) und sodann die Relevanz einer Einbeziehung des moral point of view durch eine Ethikkommission (prinzipienethische Perspektive) zu beschreiben. Schließlich wurde nach der Selbsteinschätzung der Kompetenz der Probanden im Hinblick auf eine Beurteilung von klinisch-ethischen Entscheidungen wie im Falle der Vignette gefragt.

2.4 Auswertung des Fragebogens

Die von den Probanden ausgefüllten Fragebögen wurden von einem der Autoren in eine elektronische Form überführt. Die Freitextantworten wurden hierfür transkribiert, die Antworten auf geschlossene Fragen in ein Statistikprogramm (SPSS, Version 17.0) eingegeben.

An der Datenanalyse waren alle Autoren beteiligt. Um ein hohes Maß an intersubjektiver Validität zu erreichen, wurde auf eine interprofessionelle Zusammensetzung (Ethik, Pädiatrie, Medizinstudium) und eine gemischte Geschlechterverteilung geachtet (1 Frau, 3 Männer). Dass die Analysegrup-

pe die Bereiche Lehre, Klinik und Studium abdeckte, erschien in Hinblick auf eine größtmögliche Validität der Daten ebenfalls sinnvoll, da die Bewertungen der studentischen Probanden aus ihrer Perspektive rekonstruiert werden und in Bezug zu den klinischen und ethischen Aspekten der Fallgeschichte gesetzt werden sollten.

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mittels deskriptiver statistischer Verfahren. Die Freitextantworten wurden mittels eines hermeneutisch, interpretativen Verfahrens in einer Gruppe analysiert. Die Freitextantworten aller Probanden wurden in Bezug auf jede Frage des Fragebogens jeweils nacheinander ausgewertet. Ziel war hierbei die Beschreibung von sog. Typen. Ein Typus besteht aus einzelnen Objekten, die einander ähnlich sind, häufig vorkommen und einen gemeinsamen Merkmalsraum bilden.²⁰ Der Typus ist als Kategorie umfassender als der singuläre Fall und weniger umfassend als eine Totalerhebung.

Die Freitextantworten wurden dahingehend analysiert, welche impliziten Annahmen der Probanden in den jeweiligen Äußerungen sichtbar werden. Auf diese Hinweise wurden Hypothesen über mögliche Zusammenhänge formuliert. In einem zweiten Schritt wurde versucht, diese Hypothesen an späteren Passagen sowie anderen Textabschnitten zu testen und ggf. zu modifizieren bzw. zu verwerfen. In einem dritten Schritt wurden die einzelnen Aspekte gruppiert und die Formulierung der o. g. Typen vorgenommen.

Im Anschluss an jedes Analysetreffen verfasste der Erstautor eine schriftliche Zusammenfassung der Ergebnisse, die von den anderen Gruppenmitgliedern ggf. ergänzt oder korrigiert wurde.

Um inhaltlich verstehen zu können, was ein Typus als Gestalt eines Urteils inhaltlich bedeutet, wird die Interpretationstechnik der Zusammenfassung, die durch die Qualitative Inhaltsanalyse, aber auch durch andere Methoden bekannt ist, eingesetzt. Die Zusammenfassung arbeitet mit sinnkonstitutiven Prozessen wie der Auslassung, der Generalisierung und der Selektion.²¹

In der Auswertung wurden schließlich die Typiken, die an den beiden Erhebungszeitpunkten identifiziert werden konnten, miteinander verglichen und hinsichtlich ihrer Entwicklung beschrieben.

3. Ergebnisse

Die Erhebungen wurden im Zeitraum September 2008 bis Juni 2010 durchgeführt. Zum Zeitpunkt der ersten Befragung befanden sich die Studierenden im 2. Semester, zum Zeitpunkt der zweiten Befragung im 4. Semester.

3.1 Teilnehmer

Erhebungszeitpunkte	Fachsemester	Teilnehmer (n)
WS 2008/2009 (erfolgt)	2 (Vorklinik)	25
WS 2009/2010 (erfolgt)	4 (Klinikeintritt)	24

Tab. 1: Teilnehmer zum Erhebungszeitpunkt 1 und 2

Der Rücklauf der Fragebögen innerhalb der ersten Erhebung lag bei 29,8% und bei der zweiten bei 28,6% (siehe Tab. 1). Auf telefonische Nachfrage gaben Studierende an, dass Überforderung, unzureichendes Wissen und Prüfungsdruck sie an der Teilnahme gehindert hätten.

3.2 Klinisch-ethisches Urteilsvermögen

3.2.1 Bewertung des ärztlichen Urteils der Vignette durch die Probanden

In der Fallvignette empfehlen die Ärzte aus medizinischen Gründen das Tracheostoma. Die Eltern stehen dieser ärztlichen Entscheidung aber ablehnend gegenüber. In der Frage, welche Entscheidung – die der Ärzte oder die der Eltern – zu akzeptieren sei, urteilen die Probanden sehr klar.

Zum 1. Erhebungszeitpunkt votierten Probanden in der deutlichen Minderzahl (36%) dafür, dass die elterliche Entscheidung nicht zu akzeptieren sei, da die Eltern aus Angst und damit unsachge-

mäß entscheiden würden, da der Patientenwille nicht berücksichtigt werde oder der junge Paul eine eigene Entscheidung unter Mithilfe des Arztes treffen müsse.

Mit 64% beurteilt in diesem Sinne die Mehrzahl der Probanden die Entscheidung der Eltern für gewichtiger als die der Ärzte. Die Eltern können demnach grundsätzlich die Tragweite der anstehenden Entscheidung übersehen, da sie – so die Begründungen – nicht nur die gesetzlichen Vormünder des Patienten sind, sondern diesen auch lieben, am besten kennen, sein Wohl wollen, ja seinen Willen und das, was für ihn Lebensqualität sei, ausmachen könnten. Der Arzt hätte den Prozess zu begleiten und die Eltern zu beraten.

Diese grundsätzliche Vorrangstellung der Eltern ist in Rahmenbedingungen eingefasst. Die Entscheidung der Eltern dürfe nicht fahrlässig sein, keine Lebensgefahr oder dauerhafte Schädigungen bewirken. Zudem – so eine Mindermeinung innerhalb der Mehrheitsfraktion – solle Paul in die Entscheidung einbezogen werden, auch wenn er selbst die anstehende Entscheidung vielleicht nicht voll und ganz einsehen könne.

Zum 2. Erhebungszeitpunkt ist das Ergebnis kaum anders. 66,7% halten die Entscheidung der Eltern für maßgeblicher als die der Ärzte. In der Begründung überwiegen gegenüber den familiär-emotionalen nun die eher rechtlichen Komponenten („Ja. Sorgerecht.“ „Die Eltern sind der gesetzliche Vertreter von Paul.“) Hinzu treten die aus Erhebung 1 bekannten emotionalen Momente. Verändert zu diesem Erhebungszeitpunkt sind zwei weitere Aspekte. Erstens kommt der zeitlichen und sachlichen Angemessenheit des Entscheidungsprozesses eine große Bedeutung zu. Er dürfe nicht zu schnell sein und müsse gut beraten werden. Zweitens ist jetzt die Rolle des Arztes verändert. Auch wenn er die Entscheidung der Eltern aus formaljuristischen Gründen akzeptieren müsse, solle er die Eltern nicht nur beraten, sondern auch von einer Fehlentscheidung warnen, ja, sie gar von seiner Meinung, das Tracheostoma zu legen, letztlich überzeugen.

Diese veränderte Stellung kommt auch in der Mindermeinung der Opponenten zur Geltung. Die elterliche Entscheidung sei nicht zu akzeptieren, da ärztliche Aufgaben wie die Lebensrettung und die medizinische Indikation wichtiger als die Vormundschaft der Eltern sei.

Antwortdimension	Entwicklung	
	Erhebungszeitpunkt 1	Erhebungszeitpunkt 2
Die Entscheidung der Eltern sei zu akzeptieren	Rechtliche und familiäre Gründe werden genannt	Eher rechtliche als familiäre Gründe werden genannt
Die Qualität des Entscheidungsprozesses sei von Bedeutung	Die Qualität sei durch verantwortliche Entscheidungsträger (die Eltern) gesichert	Der Prozess als solcher müsse sachlich und zeitlich angemessen sein
Die Rolle des Arztes	Der Arzt ist Berater und Begleiter	Der Arzt ist kritischer und ggf. intervenierender Begleiter

Tab. 2: Die Entscheidung

3.2.2 Einschätzung der Konsequenzen der elterlichen Entscheidung

Hier fällt insgesamt auf, dass die Probanden in ihren Beurteilungen schematisch vorgehen und zwischen zwei verschiedenen Schemata unterscheiden.

Das „existentielle Schema“ besteht aus einer dominanten Opposition. Das heißt, dass in diesem Schema nicht alle, aber doch die meisten *items* oppositionell (A vs. Non A) angeordnet sind. Diese Oppositionen (Unabhängigkeit vs. Bindung, Verlust der Stimme vs. Stimme haben, Leistungsfähigkeit vs. Belastung usw.) überwiegen und sind daher dominant. Lediglich eine Kategorie („eingeschränkte

Lebensqualität“) tritt in beiden Antwortreihen auf.

Das „medizinische Schema“ besteht aus einer Kopplung einwertiger Argumente.

Der Konsequenz aus einem Eingriff = A steht ein B als Beurteilung der Konsequenzen aus einem Nichteingriff gegenüber. Medizinische Begriffe sind nämlich einwertige Begriffe, die sehr häufig über keinen Opponenten innerhalb der medizinischen Denkweise verfügen. So hat die Formulierung „neurolog. Ausfälle“ in der möglichen Gegenformulierung „keine neurolog. Ausfälle“ nicht auf dieselbe Weise einen Opponenten, wie dieses bei den existentiellen Begriffen „Leben“ und „Tod“ der Fall ist. Dem entspricht die Ansicht, dass der Begriff „Krankheit“ medizinisch zu verstehen ist, der Begriff „Gesundheit“ jedoch nicht unbedingt, da er starke existentielle Aspekte aufweist.²² Die medizinische Argumentation verzichtet weitgehend auf sog. endgültige Szenarien, sie spricht abgeschwächt („Paul würde möglicherweise wahrscheinlich ...“).

Das „existentielle Schema“ arbeitet mit den in Tabelle 3 aufgelisteten dominanten Oppositionen.

Das „medizinische Schema“ arbeitet mit den in Tabelle 4 dargestellten Begriffen.

Inhaltlich spannt das „existentielle Schema“

Eingriff	Kein Eingriff
Unabhängigkeit von der Beatmungsmaschine	Lebenslange Bindung an die Beatmungsmaschine
Endgültiger Verlust der eigentlichen, natürlichen, vollständigen Sprechfähigkeit	Natürliche Stimme, aber „Paul habe an Kraft verloren“
Leistungsfähigkeit	Große Belastung
Mit einem Tracheostoma sei Paul ein Außenseiter, „anders“	Ohne Tracheostoma sei Paul „normal“, „Person“, „Identität“
„Paul würde leben“	„Paul verstirbt“
Eingeschränkte Lebensqualität	Eingeschränkte Lebensqualität

Tab. 3: Begründungen im existenziellen Schema

Eingriff	Kein Eingriff
Verlust der Stimme	Atemnot
Verlust der Persönlichkeit	Mehr Pflege, Behinderung
Schulwechsel auf die Sonderschule	Schwache Atemmuskulatur
Soziale Schwierigkeiten	„Sauerstoffunterversorgung“
Hohe Lebensqualität	„Neurologische Ausfälle“
Auseinandersetzung mit Leben und Tod	Tod

Tab. 4: Begründungen im medizinischen Schema

einen Bogen zwischen Leben und Tod, normaler Person und Außenseitertum. Das „medizinische Schema“ hingegen verkoppelt die Frage der sozialen Teilhabe Pauls („Schulwechsel“) direkt mit medizinischen Sachverhalten („Sauerstoffmangel“).

Der Entwicklung nach dreht sich nun die Gewichtung um. Zum 1. Erhebungszeitpunkt verwendeten 65% der Probanden das existentielle Schema mit entsprechenden Inhalten. Zum 2. Erhebungszeitpunkt wurde das medizinische Schema von 65% verwendet.

3.3 Empfehlung für ein beratendes Vorgehen des Arztes durch die Probanden

Zum 1. Erhebungszeitpunkt stimmten 44% der Ansicht zu, dass der Arzt die Eltern ergebnisoffen beraten müsse. Zum 2. Erhebungszeitpunkt ist die Verteilung der Antworten in etwa gleich. Die eine Hälfte der Probanden plädierte dafür, dass der Arzt seine Expertise vorbringen solle, ohne die Eltern in eine Richtung zu drängen. Die andere Hälfte ergänzte, dass der Arzt zusätzlich eine persönliche Präferenz hinzufügen solle. Die Eltern müssten zwar entscheiden, aber sie könnten „emotional überlagert“ und daher in ihrer Entscheidungsreife eingeschränkt sein. Die Eltern müssen mit den Konsequenzen der anstehenden Entscheidung im Alltag „leben“. Eben das trifft auf den Arzt nicht

zu, weshalb Eltern und Arzt einen je eigenen Blick auf die Situation haben würden.

Interessant sind die über beide Erhebungszeitpunkte verteilten Charakteristika für den Arzt und die Eltern, die deren jeweils eigenen Blick auf die Situation begründen. Der Arzt wird bezeichnet als „objektiv“, „Fachmann“, „Aufklärer“, „Führer“, „erfahren“, „Berater“, „Möglichkeiten aufzeigen“, „Argumentierer“. Die Eltern erhalten die Attribute „emotional“, „kennen Paul gut/besser“, „besorgt“, „nicht objektiv“, „unerfahren“, „wollen das Beste“. In der Begegnung zwischen Arzt und Eltern treffen „Fachmann“ und „Sorge“ aufeinander.

3.4 Beurteilung des Stellenwertes einer Ethikkommission durch die Probanden

Die Probanden wurden darüber aufgeklärt, dass ein Ethikforum nur eine beratende Funktion hat und selbst keine Entscheidung fällen kann.

Externe Unterstützung durch ein Ethikforum wünschen sich fast alle Probanden. Am ersten Erhebungszeitpunkt 92% (8% contra) und am zweiten noch 80% (12% contra, 8% fehlend).

Das Urteil der Probanden besagt an beiden

Erhebungszeitpunkten: Arzt und Eltern als diejenigen, die eine Entscheidung im Falle Pauls zu treffen bzw. auszuführen haben, sollten sich einer Reflexion von Außen durch ein Ethikforum unterstellen. Das Forum ermöglicht eine unparteiliche und reflektierte Sicht auf die Dinge, die kognitiv („Erkennen“, „Durchblicken“) und nicht emotional ausgerichtet ist. Als Ziel dieser Maßnahme wird angegeben: Das Ethikforum könne als unabhängige Instanz einen möglichen Streit zwischen Arzt und Eltern schlichten, es könne den Eltern Orientierung bieten und dem Arzt helfen, wenn er sich in eine zu einseitige Betrachtungsweise „verrennen“ sollte.

Mit dem Plädoyer für den Einsatz des Ethikforums bedienen sich die Probanden der urteilsethischen Perspektive: Es komme nicht nur auf die individuelle Sicht und Perspektive („Fürsorge“, „Fachlichkeit“, ...) der Beteiligten an, sondern auch auf unparteiliche Reflexion.

3.5 Selbsteinschätzung der Studierenden in bezug auf ihre Entscheidungskompetenz

Vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt kommt es hinsichtlich der Frage, wie gut sich die

Erhebungszeitpunkt 1		Erhebungszeitpunkt 2	
Pro (92%)	Contra (8%)	Pro (80%)	Contra (12%)
<ul style="list-style-type: none"> - fachlichere, neutrale, objektivere Abwägung - differenzierter Blick von außen - könnte den Eltern helfen - ist zum Wohl des Kindes - könnte dem Arzt neue Aspekte eröffnen - Vermittlerrolle (dritte Instanz) - Konfliktvermeidung 	<ul style="list-style-type: none"> - nur theoretische Hilfestellung - verwirrt die Eltern - der Arzt kann die Situation besser beurteilen 	<ul style="list-style-type: none"> - Arzt ist Fachexperte - Forum bündelt verschiedene Sichtweisen - unabhängige Meinung - da es keine objektiv richtige Entscheidung gibt - hilft den Eltern - komplexe Situation - schwerwiegende Entscheidung - Arzt könnte sich verrennen - neutrale Instanz 	<ul style="list-style-type: none"> - stellt das Vertrauen in den Arzt in Frage - setzt die Eltern unter Druck - die Eltern treffen die Entscheidung - Arzt klärt sie auf - es geht nur die Eltern und den Jungen an

Tab. 5: Ethikforum

Studenten durch das Studium der Humanmedizin zur Beurteilung von Situationen wie im „Fall Paul“ vorbereitet fühlen, zu einer deutlichen Veränderung. Aus Sicht der Probanden bereitet das Studium im Laufe der Semester zunehmend besser darauf vor.

Die Probanden beriefen sich bei der ersten Erhebung eher auf eigene Ressourcen („gesunder Menschenverstand“, „Bauchgefühl“, „Gewissen“) und führten bei der zweiten Erhebung dann eher externe Evidenzquellen an („Studium“, „Seminare“, „Praktika“). Diese tendenzielle Verlagerung war stets von dem Hinweis begleitet, dass der „Fall Paul“ sehr komplex sei und konkretes Erfahrungswissen im Umgang mit einer derartigen Situation mehrheitlich benötigt werde, aktuell aber fehle.

4. Diskussion

Aus Sicht der Probanden gilt es in klinisch-ethischen Entscheidungen zahlreiche Aspekte zu beurteilen: die rechtliche Situation („Sorge-recht“), familiäre Sorge („Die Eltern müssen mit der Entscheidung leben“), medizinische Fakten („Die Eigenatmung“), die Rolle des Arztes („Der Fachmann“), die Perspektive der Unparteilichkeit („Ethikforum“) und schließlich die Grenze zwischen Leben und Tod. Tugend- bzw. Prinzipienethik allein greifen zur Bemessung dieser Aspekte zu kurz, da sich während des Studiums sozialisatorische Effekte zeigen. Der Erwerb von medizinischem Fachwissen prägt das Urteil der Probanden und schiebt die auf den Alltag bezogene Sichtweise, die einen medizinischen Eingriff danach beurteilt, wie Paul und seine Eltern mit diesem leben könnten, in den Hintergrund.

Die Einschätzung, dass ein Zusammenspiel von Tugend- und Prinzipienethik innerhalb des Medizinstudiums *kein* allein hervorstechendes Merkmal des studentischen Urteilsverhaltens bildet, wird auch von anderen, neueren Studien geteilt. Eine Querschnittsstudie an der LMU München untersuchte die moralischen Positionen, die medizinethischen Kenntnisse und die Motivation

Studierender innerhalb des Medizinstudiums.²³ Sie hob hervor, dass das Studium zukünftige Mediziner darin ausbilden solle, gute Entscheidungen treffen zu können, und legte den Probanden Fragen und Sachverhalte aus den Bereichen Forschung, Genetik, Patientenautonomie, Lebensende, Transplantation und Güterverteilung zur Beurteilung vor. Die Studie gelangt u. a. zu dem Ergebnis, dass die Probanden (Studierende vor dem Eintritt ins PJ) in ihren Beurteilungen eindeutigen Stellungnahmen ausweichen. Innerhalb des Studiums sei kein Entwicklungstrend erkennbar, der anzeige, dass die Studierenden urteils- und kenntnissicher eine medizinethische Position einnehmen würden. Da auch kein nachhaltiger Zuwachs medizinethischen Wissens im Laufe des Studiums vorhanden sei, könne es als fraglich gelten, ob die Studierenden in ethischer Hinsicht auf ihre künftigen Aufgaben gut vorbereitet seien.

Die vorliegende Studie gelangt ihrerseits zu folgendem, weiter führendem *Ergebnis* hinsichtlich der Entwicklung des studentischen Urteils: Bei der ersten Erhebung akzeptieren die Probanden, dass besonders die Eltern maßgebliche Entscheidungsträger sind. Der Arzt sei ein Begleiter und Berater. Die Probanden urteilen im Rahmen eines existentiellen Schemas, das seine Maßstäbe von den Bedingungen der menschlichen Existenz her gewinnt. Innerhalb dessen sollte der Arzt tugendethisch handeln und zwar abgewogen und kooperativ gegenüber den Eltern! Eine prinzipienethische Zusatzbeurteilung der Sachlage durch ein Ethikforum sei zudem wichtig oder könne zumindest nicht schaden.

Bei der zweiten Erhebung sind folgende Veränderungen zu verzeichnen: Der Arzt als Funktionsträger tritt deutlicher hervor. Er sei ein Fachmann und müsse die ggf. zu emotional und daher tendenziell einseitig denkenden Eltern unterweisen und „objektiv“ beraten. Ein relatives medizinisches Denken tritt langsam in den Vordergrund: die Sauerstoffunterversorgung des Gehirns von Paul wird jetzt relevant, die Fragen der alltägli-

chen Lebensführung Pauls und seiner Familie nehmen an Bedeutung hingegen nicht weiter zu. Eine tugendethisch grundierte Sorgehaltung gegenüber Paul befürworten die Probanden nur sehr dosiert. Der Arzt solle den Eltern zur Seite stehen und sich nur im äußersten Notfall direkt an Paul richten. Eine tendenziell prinzipienethische Beurteilung der Entscheidungssituation um Paul wird lediglich einmal, nämlich, wie auch schon bei der ersten Messung, durch die Befürwortung der Hinzuziehung eines Ethikforums als sinnvoll erachtet.

Am ersten Erhebungszeitpunkt fühlten sich die Studierenden tendenziell überfordert, den „Fall Paul“ beurteilen zu können. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt bot das inzwischen innerhalb des Studiums neu hinzugewonnene Wissen dann eine gewisse Orientierungssicherheit.

Die vorliegende Studie hat durch typengenerierende Interpretationsweisen die beiden Schemata „existentielles Schema“ und „medizinisches Schema“ ermittelt. Im Studium und damit in der Entwicklungsperspektive des studentischen Urteils erfolgt offensichtlich eine gewisse Ablösung des medizinischen Schemas vom existentiellen Schema. Dieses zentrale Phänomen hat jedoch auch eine Kehrseite, die möglicherweise auf Nachteile im ärztlichen Urteilsverhalten hindeuten könnte.

Aus dem Blick gerät bereits bei den studentischen Probanden die hohe Interpretationsbedürftigkeit der Situation um Paul und die Involviertheit des Arztes in diese Situation. Die Probanden verwenden selten das Wort „Ich“ und identifizieren sich nicht mit den Akteuren der Fallvignette, sie führen zudem zunehmend „medizinische Fakten“ ins Feld, die sie offenbar als „Tatsachen“ ansehen, die hinzunehmen sind und an denen somit nichts zu interpretieren sei. „Objektive Fakten“, wie die „Eigenatmung“, werden offenbar als unveränderliche „Naturtatsachen“ betrachtet, die auf Grenzen des Interpretations-, Entscheidungs- und Verantwortungsbereiches eines Arztes hindeuten.

5. Schlussfolgerungen

Für die Probanden der vorliegenden, auf die Universität Witten/Herdecke bezogenen Studie gilt der Arzt nicht als Ethikfachmann, sondern eher als Experte für medizinische Sachverhalte. Einige Studierende klagten bei Telefonaten mit unseren Studienthelfern über den Prüfungsdruck, der sie am Ausfüllen des Bogens gehindert habe. In der Konkurrenz mit den großen Fächern der Medizin wird der Ethik eine eher geringe Bedeutung zugemessen.

Die tugend- und die prinzipienethische Einstellung sind bei den Probanden nachweisbar innerhalb einer professionellen Sozialisierung, die ihr primäres Ziel nicht in einer tugend- und prinzipienorientierten Urteilsbildung in klinisch-ethischen Entscheidungen hat. Tugenden und Prinzipien sind keine primären Orientierungsweisen der Probanden, da sich diese hinsichtlich ihres Urteils zwischen dem existentiellen Schema (Annahmen über Gesundheit, Leben und Krankheit) und dem medizinischen Schema (Annahmen über den Status des medizinischen Wissens und die Aufgaben eines Arztes) bewegen. Die Veränderung des Urteils, die die tendenzielle Ablösung des existentiellen Urteilsschemas durch das medizinische bedeutet, sollte von der universitären Lehre stärker beachtet werden.

Die Zunahme medizinischen Wissens verschafft Orientierungssicherheit, bedeutet aber auch eine tendenzielle Abnahme, alltagsrelevant die Situation des Patienten beurteilen zu können. Dieser Befund ist für die Lehre wichtig, sofern neben den Fragen, ob Ethik im Studium unterrichtet werden soll, welche Ansätze dabei Beachtung zu finden haben, welche Bedeutung die Auseinandersetzung mit moralischen Dilemmata für Studierende hat,²⁴ auch darüber nachgedacht werden muss, wie ein Arzt auf die Alltagseinstellung des Patienten gegenüber Krankheit und Medizin einzugehen in der Lage sein sollte.²⁵

Inwieweit sich die beobachteten ansatzweisen Veränderungen im Studium fortsetzen, wird im Rahmen der 3. Befragung der Kohorte im Wintersemester 2011 untersucht werden.

Referenzen

- 1 May A., *Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige*, Lit-Verlag, Münster (2005)
- 2 Loh A., Simon D., *Gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient. Das Konzept des „shared decision making“*, in: Langer Th., Schnell M. W. (Hrsg.), *Das Arzt-Patient-Gespräch*, München (2009), S. 145
- 3 Ricoeur P., *La prise de décision dans l'acte médical et dans l'acte judiciaire*, in: Ricoeur P., Le Juste 2, Éd. Esprit, Paris (2001)
- 4 Biller-Andorno N., *Gerechtigkeit und Fürsorge. Zur Möglichkeit einer integrativen Medizinethik*, Campus, Frankfurt (2001)
- 5 MacIntyre A., *Die Anerkennung der Abhängigkeit. Über menschliche Tugenden*, Rotbuch, Hamburg (1999)
- 6 Edelstein W., Nunner-Winkler G. (Hrsg.), *Zur Bestimmung der Moral*, Suhrkamp, Frankfurt/M. (1986)
- 7 Buyx A. M., Maxwell B., Supper H., Schöne-Seifert B., *Medizinethik als Unterrichtsfach. Lernziele und Evaluation*, Wien Klin Wochenschr (2008); 120: 655-664
Ortun R., *Ethik der Medizin*, Huber, Bern (2008)
Frewer A., *Moral und Ethik in der Medizin - Grundlagen und Grundmodelle ärztlichen Handelns*, in: Frewer A. (Hrsg.), *Geschichte und Theorie der Ethik in der Medizin*, Enke, Erlangen (2001)
- 8 Buyx A. M., Maxwell B., Supper H., Schöne-Seifert B., siehe Ref. 7
- 9 Buyx A. M., Maxwell B., Supper H., Schöne-Seifert B., Siehe Ref. 7
- 10 Biller-Andorno N., Neitzke G et al., *Lehrziele „Medizinethik im Medizinstudium“*, Ethik Med (2003); 15: 117-121
- 11 Schnell M. W., Langer T., *Arzt/Patient-Kommunikation im Medizinstudium. Die Integrierten Curricula an der Universität Witten/Herdecke*, in: Langer T., Schnell M. W. (Hrsg.), *Das Arzt-Patient-Gespräch*, Hans Marseille Verlag, München (2009)
- 12 Schnell M. W., Heinritz C., *Forschungsethik*, Huber, Bern (2006)
- 13 Lind G., *Moral regression in medical students and their learning environment*, Revista Brasileira de Educacao Médica (2000); 24(3): 24-33
Patenaude J., Niyonsenga T., Fafard D., *Changes in the components of moral reasoning during students' medical education: a pilot study*, Med Educ (2003); 37(9): 822-9
Savulescu J., Crisp R., Fulford K. W. M., Hope T., *Evaluating ethics competence in medical education*, Journal of Medical Ethics (1999); 25: 367-374
Self D. J., Schrader D. E., Baldwin D. C. Jr., Wolinsky F. D., *The moral development of medical students: a pilot study of the possible influence of medical education*, Med Educ (1993); 27(1): 26-34
Slovácková B., Slováček L., *Moral judgement competence and moral attitudes of medical students*, Nur Ethics (2007); 14(3): 320-8
- 14 Goldie J., Schwartz L. Morrison J., *Students' attitudes and potential behaviour to competent patient's request for withdrawal of treatment as they pass through a modern medical curriculum*, J Med Ethics (2004); 30(4): 371-6
Helkama K., Uutela A., Pohjanheimo E., Salminen S., Koponen A., Rantanen-Väntsi L. (2003) *Moral reasoning and values in medical school: a longitudinal study in Finland*, Scand J Educ Res. (2003); 47(4): 399-411
- 15 Goldie J., Schwartz L., Morrison J., siehe Ref. 14
Goldie J., Schwartz L., Morrison J., *Whose information is it anyway? Informing a 12-year-old patient of her terminal prognosis*, J Med Ethics (2005); 31(7): 427-34
Hébert P. C., Meslin E. M., Dunn E. V., *Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto*, J Med Ethics (1992); 18: 142-147
Savulescu J., Crisp R., Fulford K. W. M., Hope T., siehe Ref. 13
- 16 Sahn S., *Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht*, Camps, Frankfurt/New York (2007)
Schnell M. W. et al., *Autonomie und Fürsorge am Lebensende*, in: Schnell M. W. (Hrsg.), *Patientenverfügung - Begleitung am Lebensende im Zeichen des verfügbaren Patientenwillens*, Huber, Bern (2009)
Schöne-Seifert B. et al., *Behandlungsverzicht bei Schwerkranken: Wie würden Ärzte und Pflegekräfte entscheiden?*, in: Bruder Müller G. (Hrsg.), *Angewandte Ethik und Medizin*, Alber, Würzburg (1999), S. 122-139
- 17 Polit D., Beck C., Hungler B., *Lehrbuch Pflegeforschung*, Huber, Bern (2004)
- 18 Goldie J., Schwartz L., Morrison J., siehe Ref. 15
- 19 Langer T., *Das Gespräch zwischen Patient, Eltern und Arzt in der Pädiatrie*, in: Langer T., Schnell M. W. (Hrsg.), *Das Arzt-Patient-Gespräch*, Hans Marseille Verlag, München (2009), S. 43
- 20 Kuckartz U., *Typenbildung*, in: Mey G., Mruck K. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, VS-Verlag, Wiesbaden (2010), S. 178-204
- 21 Mayring H., *Qualitative Inhaltsanalyse*, in: Flick U. et al. (Hrsg.), *Qualitative Forschung*, Reinbek bei Hamburg (2002), S. 210-234
- 22 Schnell M. W., *Ethik als Schutzbereich*, Huber, Bern (2008)
- 23 Strube W. et al., *Moralische Positionen. Medizinethische Kenntnisse und Motivation im Laufe des Medizinstudiums - Ergebnisse einer Querschnittstudie an der Ludwig-Maxi-*

- milian-Universität München, *Med Ethik* (2011); 10: 30-52
- 24 Pellegrino E. D., *Teaching medical ethics: some persistent questions and some responses*, *AAMC* (1989); 64: 701-703
- Self D.J. et al., *The effect of teaching medical ethics on medical students' moral reasoning*, *AAMC* (1990); 64: 755-759
- Roff S., Preece P., *Helping medical students to find their moral compass: ethics teaching for second and third year undergraduates*, *Med Ethics* (2004); 30: 487-489
- 25 Langer T., *Die Arzt/Patient-Beziehung zwischen Individualität und Funktionalität. Wie Patienten mit der Diagnose COPD ihre Beziehung zum Arzt beschreiben*, in: Schnell M. W. (Hrsg.), *Ethik der Interpersonalität. Die Zuwendung zum anderen Menschen im Licht empirischer Forschung*, Schlüter, Hannover (2005), S. 54-98

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.



Margit Spatzenegger

Drug Development: Animal Ethics vs. Protection of Man?

Arzneimittel-Entwicklung: Tierethik vs. Schutz des Menschen?

Zusammenfassung

Arzneistoffentwicklung muss sich heute neuen ethischen Herausforderungen stellen: Der Verbindung von Tierschutz mit dem Schutz menschlichen Lebens. Auf Basis der neuen EU Direktive zum Tierschutz analysiert der Artikel philosophische Hintergründe und Auswirkung auf die medizinische Forschung. Um Tierversuche zu ersetzen, unterstützt die EU unter anderem Alternativmethoden mit menschlichen embryonalen Stammzellen. Gleichzeitig bekräftigen EU-Deklarationen zum Schutze des Menschen in der medizinischen Forschung die unveräußerliche Würde jedes menschlichen Lebewesens. Dieses Paradoxon und seine Folgen für traditionelle Konzepte der Menschenwürde und Person rufen zum Überdenken der Mensch-Tierbeziehung auf. Eine moderate anthropozentrische Perspektive des Tierschutzes, vom thomistischen Personalismus inspiriert, könnte eine Chance für mehr Innovation in der Arzneistoffentwicklung sein.

Schlüsselwörter: Tierschutz, Schutz des menschlichen Lebens, Präklinische Arzneistoffentwicklung, menschliche embryonale Stammzellen, Europäische Gesetzgebung

Abstract

Today's drug development is confronted with new ethical requirements: to find the right balance between animal welfare and protection of man. Analysing the philosophical background of the new EU Directive on protection of animals this article outlines major consequences for medical research. To substitute animal studies with alternative methods, the development of methods using human embryonic stem cells, among others, is supported by the EU. At the same time, EU Declarations on human rights and the protection of man in medical research affirm the inviolable dignity of every human being. This paradox – and its repercussions on traditional concepts of human dignity and the person – require a renewed reflection of the man-animal relationship. A moderate anthropocentric perspective on animal welfare inspired by Thomistic personalism may be a chance for more innovation in drug development.

Keywords: Animal welfare, human protection, preclinical research, human embryonic stem cells, European legislation

Dr. Margit Spatzenegger, Lic. bioethics
Scheibenbergstrasse 38, Top 2.21, A-1180 Wien
Margit.Spatzenegger@gmx.net

Albert Schweitzer once complained that European intellectuals keep an eye on the fact that no animals have found their way into ethics.¹ Indeed, ethics in medical research traditionally have focused on the protection of the human subject and the good of the patient. The Hippocratic rule of “do no harm” to man, as expressed in the principle of non-maleficence, has represented the most important principle for medical research until recently. However, the contemporary discovery of animals in philosophical ethics and the increased awareness for animal welfare by the public requires additional responsibility and duties. Non-clinical research and drug development still relies heavily on animal studies in toxicology and safety pharmacology to predict the risk for the human subjects as well as on animal disease models to predict the efficacy of a drug candidate. Furthermore, regulatory authorities still require increasing numbers of animal studies for clinical trials and for market approval of a new drug. In addition, the development of biological drugs often requires the use of non-human primates (NHP) to prove the safety of the biological drug candidate for man.

Therefore, preclinical drug development is caught between two major demands: to protect man and to improve animal welfare. The debate is currently ongoing at all levels of society:

1. At the philosophical level: In June 2011, Peter Singer, an Australian ethicist, received the “Ethics Prize” from Germany’s Giordano-Bruno-Stiftung for his “important achievements as animal rights activist”. Singer defines some higher animals like NHP as persons, whereas newborn human beings are regarded as no persons.² According to his philosophy, the life of a monkey is of higher value than the life of mentally handicapped human being.
2. At the legislative level: A new Directive 2010/63/EU on the protection of animals used for scientific purposes,³ published on September 22, 2010, and to be applied by all EU Member States from 2013 on, strives to find the right balance

between improving animal welfare and assisting research against human diseases. The new Directive focuses on the replacement of animal studies by alternative methods, the reduction of the use of animal numbers and a refinement of methods to avoid any suffering of animals during scientific experimentation.

3. At the financial and research level: Through its European Research Framework Programmes, the European Commission financially supports the development of alternative strategies to animal testing such as computational biology, modelling and estimation techniques, as well as high throughput techniques and cell-based technologies.⁴ From 2007 to 2010, research with human embryonic stem cells (hESC), including the development of alternatives to animal studies, was supported by the EU with 21 million Euros, including 1 million Euros for a European Registry for hESC.⁵ Currently, consultations and evaluations are ongoing for approval of new research programmes from 2012 on.

These recent events demand an analysis of the legislative development on animal welfare in light of the following questions: What are the philosophical currents and pre-decisions which have shaped animal welfare in scientific research? Does the focus on animal welfare change the perception of the traditional values of medical research? Which values are at stake? Which factors influence the ethical decisions in preclinical drug development?

1. Current facts on animal welfare and future EU legislation

In 1986, the Council of the European Communities adopted Directive 86/609/EEC regarding the protection of animals used for experimental and other scientific purposes.⁶ In brief, this Directive aims to maximise animal welfare and to reduce the number of animals used in studies for scientific purposes to a minimum. Furthermore, it requires the guarantee of animal welfare in experiments,

as far as general care and accommodation are concerned.⁷ Since the 1980s, the number of animals used for scientific experimentation has decreased significantly. This development can be observed almost in all West European nations. In Switzerland, where a large number of pharmaceutical companies are located, the number of animals used in authorized studies declined from about 2 million to about 700.000 animals during the last 25 years.⁸ In addition, the stress on animals has been significantly reduced using analgetics and anesthetics if procedures are painful. Animals of higher species like monkeys and dogs are only used if there are no other possibilities to show the benefit and risk for the patient. This is especially the case for biotherapeutics. Furthermore, almost all large pharmaceutical companies and contract research organisations (CROs) have local animal ethics committees in place as well as Animal Welfare Officers who are in dialogue with researchers.⁹ In addition, almost all European countries require a national or regional review of animal studies. Furthermore, especially US-based companies, volunteer to be accredited by the AAALAC – the Association for Assessment and Accreditation of Laboratory Animal Care International – which is a private, non-profit organisation that promotes the humane treatment of animals and inspects the companies every second year.¹⁰ The new Directive 2010/63/EU, which will replace Directive 86/609/EEC in 2013, has as its goal the harmonization of animal welfare for animals used for scientific purposes in all EU countries. Whereas countries like Great Britain, Germany and Austria already have strict animal welfare regulations in place, southern and eastern countries are well behind these requirements.

In the new Directive 2010/63/EU, animal care is based on the principles of “replacement, reduction and refinement” which were first published by W. M. S. Russell and R. L. Burch in 1959.¹¹ These principles are also called the “3 R’s”, which are: *replacement* of animal studies by alternative methods, *reduction* of the number of animals used in an

experiment and *refinement* of techniques used in order to decrease the incidence or amount of animal pain and distress. Therefore, as a major point, the new Directive stresses that more efforts are needed to devise alternative methods: The legislation is presented as “an important step towards achieving the final goal of full replacement of procedures on live animals for scientific and educational purposes as soon as it is scientifically possible to do so”.¹² All Member States must ensure that whenever an alternative method is recognised by Community law, it is used instead of animal testing. Increasing funding for projects aiming to replace, reduce and refine the use of animals for scientific experiments is provided by the Community Framework Programmes for Research and Technological Development.¹³ If animal studies cannot be avoided, the choice of the species is crucial – especially when the highest developed animal species, NHP, are intended for scientific experiments.

Therefore, a second important topic deals with the use of fewer NHP. A ban proposed on using great apes such as chimpanzees and gorillas for scientific testing was generally endorsed by committee members. But the measures would have also restricted the use of other NHP such as macaques and would have hampered European scientific research on, e.g., neurodegenerative illnesses such as Alzheimer’s and chronic autoimmune diseases especially when biologics are developed.¹⁴ As a consequence, the Directive allows the use of such NHP only if there is scientific evidence that the goal of the test cannot be achieved without using these species and that it is essential for the benefit of human beings.

The use of NHP is also a very sensitive topic as these animals have a high capacity to experience pain, suffering and distress. Consequently, the new legislation will introduce categories of pain inflicted during a test (“non-recovery”, “mild”, “moderate” or “severe”). To avoid repeated suffering, the Commission proposed to allow the same animals to be reused only if the previous test entails pain classed as “up to moderate”. Furthermore, the new Direc-

tive also covers the fetuses of mammals especially in their last third of the period of development to avoid the experience of pain, suffering and distress. An upper limit of pain is required and death as an end-point of a study should be avoided.¹⁵

It is precisely the sensitivity of the animal to experience pain and suffering that is one of the most important ethical concerns related to animal studies. When carefully reading the new Directive one will discover further key phrases which go beyond the practical requirements as mentioned above and outline the philosophical background of the legislation. The demanding environment for the pharmaceutical industry often makes it very difficult to be aware of this philosophical background.

2. The complex environment for ethical decisions in preclinical research

The factors which must be considered for an ethical judgement are quite diverse and complex

(see Figure 1): The major agents are academia, CROs and the pharmaceutical industry. The biological facts or means to gain valid results and information for preclinical research include the *in vivo* and *in vitro* preclinical research concerning toxicological effects, pharmacological effects and pharmacokinetics. Legislations and regulatory guidelines heavily restrict and control the process of preclinical drug development especially concerning drug safety. In this context it may be of interest to note that the new Directive 2010/63/EU will influence the revision of ICH (International Conference on Harmonisation) guidelines.¹⁶ The importance of animal welfare is also reflected in the ISO (the International Organization for Standardization) 10993 Guidelines for the development of medical devices, especially Part 2 on animal welfare requirements.¹⁷

It, however, depends on the perception, how one looks at preclinical research and which values are included in one's consideration, which represent a

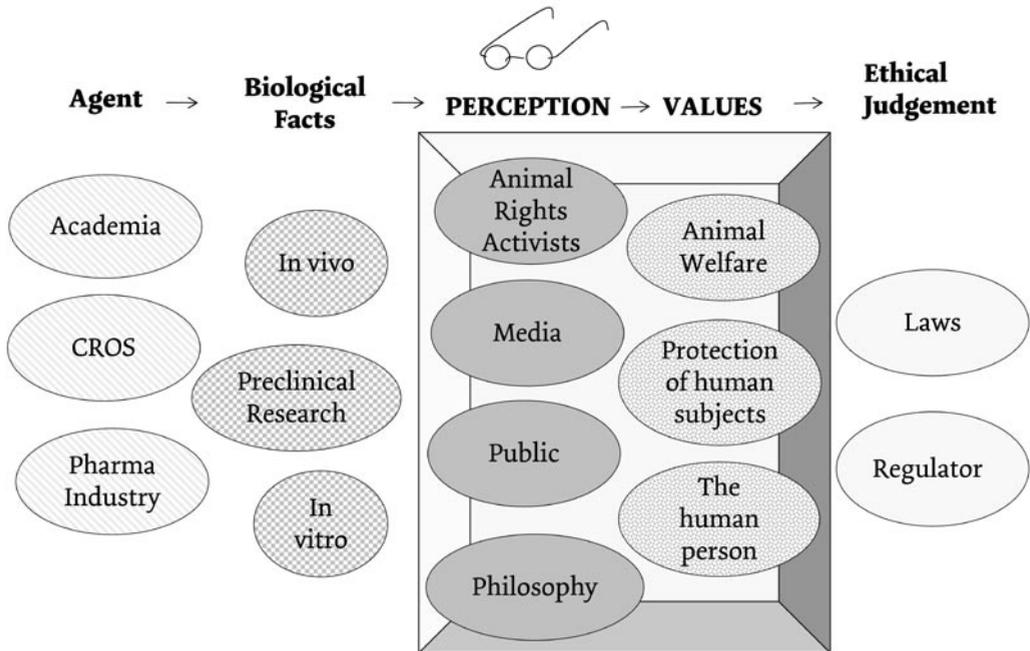


Figure 1: The complexity of factors relevant for an ethical judgement in preclinical research.

critical step favouring an ethical judgment on pre-clinical research. According to Thomas Aquinas, one can only find out the truth when reason and fact are in agreement with each other, meaning that one observes the things as they are in reality: *Veritas est adaequatio rei et intellectus*.¹⁸ J. Pieper calls this “*seinstreues Gedächtnis*”.¹⁹ But this pre-requisite is also the most endangered one, as the truth of reality is often masked by interests. The legislative and pharmaceutical industry perception on preclinical research is often shaped by hidden pre-decisions that one is not even aware of. These pre-decisions are like coloured glasses which shape one’s point of view and analysis of values. As just indicated above, the Directive’s perception is influenced by the general public, animal rights activists, media and, finally, philosophical currents. These pre-decisions decide to which extent special values will be included into the ethical judgement on preclinical research. Will it just be animal welfare? What role does the protection of human subjects play? Do animals have rights and dignity similar to man? Can animals be persons? Are alternative methods always an ethical solution?

3. The perception and pre-decisions

When we observe animals, we are *inclined* to care of, respect and even love the animal. We disapprove of any cruelty in our feelings. In a further step, our *reason/intelligence* submits our inclination to an analysis of values, which may be of biological, psychological and cultural reasons. But instead of being open for the fullness of being and the whole good of reality, the question of animal welfare and the status of the animals is influenced by philosophical pre-decisions, which have their roots on the one hand in utilitarian approaches and materialistic evolutionism, and on the other hand in a misinterpreted anthropocentrism which results in irresponsible actions against animals.²⁰

For anyone who is new to animal ethics, it might be quite surprising that the subject of the moral status of animals is entangled in a quite complex and fascinating philosophical debate. In the

following section, I will mainly focus on views that obviously influenced the new EU legislation.

3.1 Only animal welfare and liberation

The philosophers, who can be called the “midwives” of animal ethics and animal liberation movement, are mainly found in the English-speaking world.²¹ Their thought is based on the reasoning that both animal and man are similar in being sensitive and feeling pain and, therefore, they have equal interests or similar rights as man. The root of this thought is found in English utilitarianism.

“...the capacity of animals to sense and express pain, suffering, distress and lasting harm”²²

In the year of the French Revolution, Jeremy Bentham, the founder of modern utilitarianism, said that analogous to the abolishment of slavery, animals should also have rights. His hope was summarized in his famous sentence: “The question is not, Can they *reason*, Can they *talk*? But, Can they *suffer*”.²³

“Non-human primates, dogs and cats should have a personal history file...”²⁴

Peter Singer, the most prominent utilitarian advocate of animal liberation, continues Bentham’s thought. According to him all sentient beings have the right for equal consideration of their interests. Discrimination of any sensitive species has to be avoided. “To avoid *speciesism* we must allow that beings that are similar in all relevant respects have a similar right to live – and mere membership in our own biological species cannot be a morally relevant criterion for this right.”²⁵ Therefore, Singer views animals on equal moral terms with humans. However, as important as the consideration of pain and intrinsic value of animals is for animal welfare, Singer’s philosophy on “*speciesism*” has repercussions on human rights. In his books “Animal Liberation”, he reasons that “there will surely be some nonhuman animals whose lives, by any standards, are more valuable than the lives

of some humans. A chimpanzee, dog, or pig, for instance, will have a higher degree of self-awareness and a greater capacity for meaningful relations with others than a severely retarded infant or someone in a state of advanced senility”.²⁶ According to Singer some animals are persons whereas some humans are non-persons.²⁷ Singer combines here his reasoning on the equality of human and non-human animals with a concept of a human person which requires certain capacities for being regarded as such and therefore for having human rights.²⁸ In many cases, the relevant moral capacities as mentioned above may be more developed in some animal fetuses than in human fetuses. The practical consequences for the ethical justification of animal studies are the following: Either all animal experimentation with higher developed mammals must be stopped or we have the same right to perform human trials with small children and retarded or senile humans as with animals.²⁹ A further consequence of this current of thought is setting up alternative methods to animal studies using human embryonic stem cells supported by the European Community.³⁰

“Animals have an intrinsic value which must be respected”³¹

In contrast to the utilitarian thought of equality of interests, the American ethicist Tom Regan adds another point to the ethics of animal liberation – the pro-rights argument. He continues Henry Salt’s thought, whose “Animals’ Rights” was published in 1892.³² The key concept of Regan’s philosophy is inherent/intrinsic value. This is a value that is independent of any use that it may have to others and is attributed to every creature that possesses life that matters to it.³³ Many animals have something that he calls *preference autonomy*, which is to have preferences and the ability to initiate action with a view to satisfy them. When life matters to oneself or a being we must speak of a being as a *subject-of-a-life*. The subjects-of-a-life are those “beings with a biography, not merely a bi-

ology”. They “are somebodies, not somethings”.³⁴ This includes having desires, memory, sense of the future, feelings of pain and pleasure. Every individual who is the subject-of-a-life has moral rights. What rights do animals have? They must be treated respectfully and it is unacceptable to use them as means for the goal of others. This right is an unacquired right and entitles an animal to the basic right not to be harmed. If Regan’s view gains recognition by society, it will not only prohibit the harming of animals for the purposes of scientific research, but also for recreation or the production of food and clothing.³⁵

“The use of great apes, as the closest species to human beings with the most advanced social and behavioural skills, should be permitted only for the purposes of research aimed at the preservation of those species...”³⁶

One philosophical thought which is often used in the debate is the *argument from marginal cases*. This argument stresses that humans and animals have overlapping capacities (cognitive and sensitive) and therefore we must either include at least some animals in the moral community or exclude some humans.³⁷ Mark Rowlands writes that, “[t]he argument from marginal cases provides us with a powerful argument that applies to almost any suggested morally relevant difference between humans and animals. Whatever feature is proposed, ask yourself: ‘Do all humans have it?’ If they don’t, then ask yourself: ‘What about those humans who don’t have it?’ This argument ... rules out most of the suggested relevant differences between humans and animals”.³⁸ The argument above reflects Darwin’s view that the differences between man and animal are differences not of kind but only of degree. However, quite surprisingly, although his respect for animals is quite evident, he believed that animal experimentation was necessary for the progress of science.³⁹ Nevertheless, Darwin represents a dividing line between pro-liberation and anti-liberation philosophers.

3.2 Man as the only moral agent: the protection of human subjects

“...the use of live animals continues to be necessary to protect human and animal health and the environment.”⁴⁰

The contemporary philosophers who argue against animal liberation and the animal rights argument draw heavily from Kant's philosophy. Kant says that human beings can have only indirect duties to animals because only human beings are ends-in-themselves as they are autonomous and can rationally consider different courses of action.⁴¹ Only human beings are moral agents. Animals cannot be moral agents. However, one must avoid being cruel to animals because those who treat animals callously are more likely to treat man without respect. The Contractarian theory by contemporary philosophers Jan Narveson and Peter Carruthers says that rights and duties need the principle of reciprocity.^{42,43} Morality can be only an agreement among rational, self-interested individuals. Animals cannot share an agreement with us, because they are not rational agents. On the question of how human beings like children or the senile elderly should be treated, Narveson answers that human beings have a personal interest to treat old people and children well because they will one day end up like them or because they want to avoid raising children who will be nasty adults.⁴⁴ Like Kant, Peter Carruthers maintains that animals have only indirect moral significance because the way we treat them shows something about our humanity.⁴⁵ Carl Cohen, another philosopher in Kant's tradition, stresses that human beings have an obligation to treat sentient animals humanely but never owe the same moral concern to animals as to humans.⁴⁶ Bonnie Steinbock concludes that humans have capacities as moral autonomy and the desire for self-respect that animals don't have. Therefore, freedom from pain and disease is a necessary condition for the exercise of the human capacities that enables a fulfilled human life. For that reason, we are justified in mak-

ing animals suffer in animal experimentation if that is the only way to free humans from pain and disease.⁴⁷ This thought of balance is reflected as an essential element in the new EU guideline.

*“The likely harm to the animal should be balanced against the expected benefits of the project.”*⁴⁸

Indeed, despite the complex philosophical dispute many philosophers now agree that animals are at least of direct moral concern and overriding the interests of animals can be only justified for important human interests.⁴⁹ In contrast to hunting and eating meat scientific research is regarded as “a lifeboat situation” where we have to decide if we or the animals should suffer. Since human beings would be harmed more by suffering than animals, animal experimentation can be justified.⁵⁰

4. Human embryonic stem cells instead of animals- the ethical solution?

The animal-rights movement requires the total replacement of animal studies. This is reflected in the EU Directive's promise that,

“this Directive represents an important step towards achieving the final goal of full replacement of procedures on live animals. ... The Community Framework Programmes for Research and Technological Development provided increasing funding for projects which aim to replace, reduce and refine the use of animals in procedures”.⁵¹

The European Community supports the Sixth and Seventh European Research Framework Programmes (FP6 and FP7) which look for alternatives to replace animal testing by cell-based technologies, integrated testing strategies, bioinformatics, computational biology, computational modeling and estimation and high throughput techniques.⁵² Several European Organisations have the task to support, coordinate and validate alternative methods. These are the Institute for Health and Consumer Protection, the European Centre for the Validation of Alternative Methods (ECVAM), The European Partnership for Alternative Approaches to Animal Testing and the Europe-

an Consensus-Plattform for Alternatives. Thereby, ECVAM will play a critical role for the validation of *in vitro* methods which will further influence regulatory and ICH guidelines.⁵³ Many alternative methods (like cell-based technologies and computer modelling) are quite impressive and will definitively be helpful to replace and reduce animal experimentation.

However, there are several projects in the Framework Programmes FP6 and FP7, supported by the European Community on an ongoing basis, which develop alternatives for replacing animal studies by developing tests with human embryonic stem cells (hESC) from supernumerary embryos from *in vitro* fertilization. In 2007, the European Commission decided to build up a European Registry for hESC, which is sponsored by 1 million Eu-

ros from FP6.⁵⁴ Although Austria, Malta, Slovakia, Poland and Lithuania voted against hESC research, they must support the project financially because of the EU decision.⁵⁵

In the following list, some of the 18 EU research projects using hESC (supported by 21 million Euros from the European Commission) which focus on the development of alternative methods to animal studies are summarized: VITROCELLOMICS is a predictive drug testing by human hepatic *in vitro* models derived from hESC.⁵⁶ The aim is to deliver *in vitro* models that could be used by the pharmaceutical industry to replace the use of animals in investigations on liver toxicity, drug metabolism, uptake and efflux properties of compounds in the drug discovery and development processes. Especially for the risk-assessment of drug-drug inter-

Country	Animal welfare regulations	Creation of human embryos for procurement of hESC ^{67,68}	Image of man Man- animal relationship
UK	Very strict	Allow creation of embryo for research	J. Bentham; Utilitarianism; origin of animal liberation
Australia	Strict	Allow creation of embryo for research	P. Singer; man and animal can be persons
USA	Strict	Allow creation of embryo for research	T. Regan; animal rights; principles for human protection
Austria	Strict	Prohibit embryo research	Human dignity, indirect duties to animal
Germany	Strict	Prohibit creation of embryo for research	Constitution, Nuremberg Trial, I. Kant; indirect duties to animal
France	Moderate	Prohibit creation of embryo for research	Human dignity, personalism
Italy	Moderate-low	Prohibit creation of embryo for research	Human dignity, personalism
China	Low	Allow creation of embryo for research	Benefit to Society > Individual

Table 1: Animal welfare regulations, hESC and the Image of Man/Man-animal relationship in selected countries

actions based on Cytochrome P450 metabolism for regulatory purposes, the *in vitro* test is suggested. Further projects include testing of cardiovascular effects by human cardiomyocyte *in vitro* models derived from embryonic stem cells (INVITRO-HEART)⁵⁷ and ESNATS developing a battery of toxicity tests using mostly hESC.^{58,59} The January 2011 Progress Report on alternative methods for reproductive toxicity testing mentions that hESC are used for the assessment of developmental toxicity by several companies.⁶⁰ The hESC is suggested as a test system more closely related to the *in vivo* situation but is still far away from being validated.

In the US, a company focused on discovery, development and commercialization of molecular biomarkers for improvement of drug safety combines hESC and metabolomics. Recently, the company announced a partnership with a European contract research organisation (CRO) which provides toxicological animal testing.⁶¹ This example indicates the pressure on pharmaceutical industry to provide alternatives to animal studies. Alternatives like the above mentioned one are suggested by CROs as an ethical solution to animal experimentation.

In April 2011, consultations started for financial support for EU research projects. During the development of the new programmes of research there will be a chance to re-evaluate research with hESC.⁶² This will be an opportunity for the member states to pay attention to several paradoxes:

1. A paradox concerning European legislation: Article 6 of Directive No. 1982/2006/EG of the European Parliament and Council allows the financial support of research with hESC by EU in the context of FP7, whereas the European Commission declares on December 30, 2006, that research projects which involve destruction of embryos for the development of hESC will be excluded from financial support. However, the exclusion of this step of research will not prevent financial support of subsequent steps involving hESC.⁶³
2. A paradox concerning European integration

of Member States: Although some Member States prohibit research with hESC or vote against it during ethical evaluation of research projects, the taxpayers of these Member States must nevertheless support financially projects with hESC.⁶⁴

3. A paradox concerning the protection of human subjects: Declarations and Conventions regarding medical research request the protection of each human being.^{65,66} But for the purpose of protecting some human beings, other human beings – human embryos – are legally allowed to be used as testing material.
4. A paradox concerning human dignity, the person and human rights: Does the importance of respecting animal welfare outweigh human dignity although almost all legislation on medical research refer to human right and dignity? Comparing the regulations of English-speaking countries regarding animal welfare and protection of the human embryo confirms this (see Table 1). The points above outline the ethical dilemmas of the preclinical drug development which tries to comply with the requirements for the protection of human subjects and animal welfare.

5. The dilemma of preclinical drug development: between animal welfare and human protection

As summarized in Table 1, regulations concerning animal and hESC use for research are strongly influenced by national perception on man and animal. And these perceptions are again influenced by historically grown philosophical currents. Over time these philosophical currents have influenced the meaning of words. As nations are linguistic communities the new language constitutes also national and EU law.

However, it seems also that over time we have lost the context of many ethical key expressions and we now have only fragments of a conceptual scheme for ethics. A. MacIntyre compares this situation in

Animal⁷⁰	Human embryo / hESC^{71,72}
Killing	Destroying
Intrinsic value must be respected	Human dignity may not be maintained
A personal history file	“no neutral object”
Of great public concern	Promote public governance
Concern for foetal forms of mammals	Concern for the donor and health care justice

Table 2: Comparison of key words used in Directive 2010/63/EU and in EU documents regarding hESC research

his book “After Virtue” with an imaginary situation after environmental disasters where science was destroyed and only fragments of science are still known.⁶⁹ Many of the meanings presupposed would have been lost and the expressions used would be arbitrary and subjective. A comparison of key expressions used in the new EU Directive for animal welfare and ethical recommendations made by the European Group on Ethics in Science and new Technologies for hESC use in research reflects well how this loss and arbitrary change of meaning shapes language. Examples of key expressions are summarized in Table 2.

For animals, the expression “killing” is used whereas EU documents speak of “destruction” of the embryo. Reading the documents in parallel gives one the impression that whereas animals must be respected always as living beings, human embryos at the blastocyte stage are just things with no special value. To “respect the intrinsic value of the animal” one may be allowed “not to maintain human dignity”.⁷³ The new EU directive on animal welfare requires “a personal history file” for NHP, cats and dogs.⁷⁴ But in the Recommendations on the ethical review of hESC FP7 research projects of 2007 the ethical concern on hESC is based on the fact “that human embryos are not ‘neutral’ objects”.⁷⁵

These key expressions reflect the ethical dilemma of the preclinical research and drug development. Its first and most important aim is to predict the risk for the human patient and to guarantee the protection of human subjects in clinical trials. The protection of human subjects

implies that man has dignity. Indeed, almost all declarations concerning the protection of human subjects in medical research from the Declaration of Helsinki⁶⁶ to the Convention on Human Rights and Biomedicine⁷⁷ refer to inviolable human dignity. In these declarations human dignity is meant as inalienable or intrinsic dignity present by virtue of membership to the human species regardless if the human being has certain capacities as self-awareness, social or intellectual skills. As the embryo also in the blastocyst stage is an individual human being, it has also intrinsic dignity with the same right like a human person not to be harmed. However, with the Anglo-Saxon utilitarianism and animal liberation movement, the meanings of dignity, person and intrinsic value started to change and attributed to other living species and applied in an arbitrary sense. According to P. Singer, some human beings are non-persons whereas some animals are persons. The terms person and dignity can be attributed by others and are dependent on capacities as self-awareness, social and intellectual skills and sentience. Therefore, the conclusion is that animals as dogs and NHP have extrinsic dignity, whereas human embryos and mentally handicapped new-born human beings have no extrinsic dignity.⁷⁸ The consequence is that the substitution of animal studies by *in vitro* tests with hESC is regarded as an ethical solution according to the “extrinsic dignity” perspective. But this “ethical solution” is quite a slippery slope. As this dignity is dependent on certain capacities somewhat arbitrarily related to dignity, why should not handicapped, terminal ill or senile people substitute

animals in some studies in the future?

In this context, one should remember that strong support of human dignity comes from recent emphases on international human rights for medical research and the Nuremberg trials after the Nazi's unparalleled medical atrocities. It should be noted that in 1933, the *Reichstierschutzgesetz* in Nazi Germany determined that animals must be protected because of their intrinsic/inherent value. For the first time, animal studies were only allowed under certain conditions. The official Nazi ideology included respect for animals and was sensitive to animal suffering. Hitler originally planned to forbid all animal experimentation. The pressure to be competitive in medical research in Germany prevented this plan from being carried out.⁷⁹ In addition, between 1933 and the end of World War II, Japanese researchers killed thousands of humans in medical experiments. Most of the researchers involved were never brought to trial. Instead, the United States got secret information from the results of Japanese biological warfare experiments and the researchers made prestigious careers.⁸⁰ The Japanese called their human experimental subjects "apes",⁸¹ whereas some victims in German concentration camps called themselves "The Rabbits".⁸² One may ask if the thousands of human embryos used for human embryonic stem cell research are not today's victims instrumentalised to promote the career of some researchers? Indeed, the EGE explicitly warns against the instrumentalisation of human life, when it notes in its recommendations on the ethical review of hESC FP7 research projects: "The creation of embryos for the sole purpose of research represents a further step in the instrumentalisation of human life." However, it considers spare human embryos from *in vitro* fertilization as an ethical alternative source to animal experimentation.⁸³

The exclusive focus and pressure on animal welfare and reduction of animal numbers may also endanger the risk/benefit assessment for first-in-man doses. For statistical analysis, sufficient

numbers of animals must be used to get meaningful results and conclusions concerning the safety margin for human subjects. Furthermore, up to now, no *in vitro* system is capable of predicting on its own the safety and efficacy of human subjects and is not able to substitute a whole organism. Therefore, the new EU Directive's final goal of full replacement of procedures on live animals in medical research is a utopia. Similar to the hype concerning human embryonic stem cell research promising a cure for diverse diseases in the near future,⁸⁴ *in vitro* tests with hESC will turn out not to be suitable to substitute all animal studies for regulatory purposes. Tests with hESC will be limited to the screening of drug candidates. New consultations for the next EU framework program are currently ongoing which may lead to a new judgment of hESC research.⁸⁵

There may be also a chance for new judgments on the basis of the new animal welfare requirements at least in two areas:

1. A philosophical chance: A revision of the anthropocentric relationship between man and animal as an alternative to animal rights theory, utilitarianism and contractarianism.
2. A practical chance: A revision of the strategy of drug development in the pharmaceutical industry based on a harm/benefit analysis by the new EU Directive.⁸⁶

6. Animal welfare as a chance for a renewed moderate anthropocentric perspective and drug development

All philosophical foundations concerning animal welfare suggest a deeply rooted respect for nature. God is substituted by Nature.⁸⁷ At stake is our traditional anthropocentric conception of man as the pinnacle of the universe when "equality of animals and man" is postulated. However, Thomas Aquinas, who is deeply rooted in the anthropocentric tradition of the Middle Ages, writes: "Each error about creatures results in wrong knowledge about the creator and leads man's spirit away from

God”.⁸⁸ It seems that Western industrialisation, where nature has only been playing a marginal role in recent centuries, deeply misinterpreted the original anthropocentric tradition. According to this traditional view, man has the duty to act within the order of creation and never misuse his uniqueness in the universe for domination. Currently, we are lost – not just in our irresponsibility with animals, but also in our irresponsibility with Nature and all future generations. We want a cheap price for eggs but have forgotten about the value of the chicken by getting used to the terrible housing conditions of industrial food production.

The document on Prospects for Xenotransplantation of the Pontifical Academy for Life states: “there should be a reaffirmation of the right and the duty of man ... to act within the created order ... in order to achieve the final goal of all creation ... The sacrifice of animals can be justified only if required to achieve an important benefit for man. ... However (in every) case there is the ethical requirement that in using animals, man must observe certain conditions: unnecessary animal suffering must be prevented; criteria of real necessity and reasonableness must be respected; genetic modifications that could significantly alter the biodiversity and the balance of species in the animal world must be avoided”.⁸⁹ But the document also affirms that man transcends all living beings when it says that “it is man who has always directed the realities of the world, controlling the other living and non-living beings according to determined purposes”.⁹⁰ This reflection of the documents is also based on Thomistic personalism according to Boethius’ definition: “Persona est naturae rationalis individua substantia”.⁹¹ This implies that man has an inalienable and intrinsic dignity which is rooted in his rational nature. Between man and the rest of creation exists a gulf precisely because of his rational and spiritual nature which finds its expression in the person’s freedom, creativity, self-consciousness and interiority.⁹² Only man can be the subject of ethical responsibility. Only the human

person can be object and subject at the same time. Whereas objectivity of persons is connected to the assumption of reducibility of the human being to the world, subjectivity means “that the human being’s proper essence cannot be reduced to and explained by the proximate genus and specific difference. Subjectivity is, then, a kind of synonym for the irreducible in the human being”.⁹³

In addition, J. Maritain, who contributed to the drafting of the United Nations Universal Declaration of Human Rights in 1948, says that personality “signifies interiority to self”.⁹⁴ This means that “the person differs even from the most advanced animals by ‘a specific inner self, an inner life’ which revolves around truth and goodness”.⁹⁵ Jane Goodall, who studied chimpanzees in Tanzania almost all her life, says that the main difference between man and chimpanzees lies in the explosive development of the human intellect which is especially evident in our human language. In contrast to man chimpanzees do not ask for the sense and truth of life.⁹⁶ Indeed, man is the only animal who asks the question concerning possible life after death.⁹⁷ The animal is trapped by his instincts in the presence of the moment. It has all the time of the world to perceive and observe. R. Hagenecord considers the animal’s life in the presence of the moment a challenge for the modern human being. Man lost the true perception of reality and is very often only guided by intellectual pre-decisions which prevent him to recognize the challenges of the moment.⁹⁸

Indeed, it is in the openness of reality where the chance for animal welfare and ethical requirements for the pharmaceutical industry has to be found:

1. A chance for more time to reflect and observe before animal studies are initiated.

Today’s drug developments are heavily restricted by shareholder value and, therefore, by narrow timelines and the requirement to receive market approval as quick as possible. Studies involving animals are often started without sound scientific justification. In addition, the pressure

on scientists to publish as many papers as possible results in studies with inconclusive outcome. The importance of having sufficiently high numbers of animals included in the study, for statistical analysis and the risk/benefit analysis for human subjects must be taken into account. Simple reduction of animal numbers under the pressure of animal rights activists and public figures without regard to the final goal of the project will either set at risk the human subject's safety or require a repetition of the study – therefore enhancing the number of animals significantly. Thus, careful reflection on selection of relevant animal disease models and on possible combinations of safety/efficacy/pharmacokinetics and toxicology studies must be performed. For the ethical evaluation, not only should the possible harm of animals be assessed, but also the importance and benefit of the study for the whole project.

2. A chance for a harm/benefit analysis taking into account the harm of animals and the expected benefit of the drug candidate for patients.

The new European Directive on animal welfare will require from pharmaceutical industry, CROs and research institutes a harm/benefit assessment for studies and projects including animals.⁹⁹ The Federation of European Laboratory Animal Science Associations (FELASA) provides some valuable principles for a thorough ethical evaluation and review of animal experiments.¹⁰⁰ Three key points are especially interesting to note: First, the ethical evaluation of scientific projects must take into account the overall objectives of the project. Therefore, a wide enough range of expertise is of vital importance to understand the *whole of reality*. Secondly, “factors for consideration” are regarded valuable. However, ethical evaluation can never be reduced to checking boxes. Ethical evaluation is *not a mechanical method*. Ethical review must be a *dialogue* and can evolve with *experience*.¹⁰¹ Indeed, drug development is more than just production of a drug. The requirements for animal welfare remind us that each decisive step of drug development is also an act that

may change the life of man. There is a significant difference between acting and producing, between *praxis* and *poesis*. Whereas a simple technical activity “stays outside” of the actor himself, the act as an *operatio immanens* stays in the actor himself and changes his life and the life of human patients.¹⁰² Reflections and decisions on the strategy of drug development will influence not just the quality of the drug product and its benefit for patients, but also affect the selection of therapeutic areas as future goals for drug development. The new focus on animal welfare requires also some revisions for drug development strategy as a whole.

3. A chance for real innovation in drug development.

Drug development is driven by the market. The current utilitarian focus on health enhancement and life-style drugs often creates a health need by “condition branding” that threatens to confuse the human subject's well-being with the well-being of the market.¹⁰³ For the development of such medications, the use of animals is not ethically justified. In addition, developing “me-too-drugs” with just minor improvements of benefits for patients using animals for experimentation is ethically questionable with respect to both animal and patient: Both animal and human life will be harmed by a drug development strategy just focused on life-style and “me-too-drugs”. This is indeed the important achievement of animal ethics: to remind us that human and animal life are connected. According to the Old Testament, both man and animal have a soul (*nefäs*ch). This does not mean that both have reason but both have the longing for happiness and need. The Latin word *anima* refers to “animal”. This reminds man that life is a gift and ties his happiness to all other creatures.¹⁰⁴ Man experiences real happiness when he can accomplish his creative and innovative powers.¹⁰⁵ Therefore, more courage for innovation is required to develop drugs which are urgently needed in the Third World – which are life-saving or are indicated for rare diseases, or which improve the life of chronically diseased patients.

The only ethical answer to today's animal welfare requirements is courage – to find new creative ways in drug development rather than relying on anxious, re-active actions in response to the pressure of animal rights activists. The special freedom that man has from the instinctive re-activity that animals have is also his responsibility: But without knowing about his intrinsic dignity, no ethics exist which will lead to either the happiness of man or animals.

Referenzen

- 1 Schweitzer A., *Gesammelte Werke*, Grabs R. (Ed.), München (1974), p. 263: "Wie die Hausfrau, die die Stube gescheuert hat, Sorge trägt, daß die Türe zu ist, damit ja der Hund nicht herein komme und das getane Werk durch die Spuren seiner Pfoten entstelle, also wachen die europäischen Denker darüber, daß ihnen keine Tiere in der Ethik herumlaufen."
- 2 *Menschenverachtend? Kritik an Ethik-Preis für Peter Singer*, Die Presse, 16 June 2011
- 3 The European Parliament and The Council of The European Union, *Directive 2010/63/EU of the European Parliament And of the Council of 22 September 2010 on the protection of animals used for scientific purposes*, Official Journal of the European Union (2010); L 276: 33-79
- 4 European Commission – Directorate General for Research Life Sciences, *Genomics and Biotechnology for Health, Alternative Testing Strategies, Progress Report 2009, Replacing, reducing and refining use of animals in research*, European Communities, Belgium (2009)
- 5 *Europäische Kommission richtet Stammzellen-Register ein*, Europa Press Release Rapid, 29 March 2007, <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/07/437&format=HTML&aged=0&language=DE&guiLang uage=en>
- 6 The Council of the European Communities, *Council Directive 86/609/EEC of 24 November 1986 on the approximation of laws, regulations and administrative provisions of the Member States regarding the protection of animals used for experimental and other scientific purposes*, Official Journal of the European Union (1986); L358, 18/12/1986: 1-28
- 7 European Commission – Directorate General for Research Life Sciences, see Ref. 4
- 8 Interpharma, VIPS and SGCI, *Pharmaforschung- Ohne Tierversuche keine Medikamente*, Themendossier Gesundheitspolitik (2009); 4/09: 1-8
- 9 FELASA-Federation of European Laboratory Animal Science Associations, *Principles and practice in ethical review of animal experiments across Europe. A report prepared by the FELASA Working Group on Ethical Evaluation of Animal Experiments* (2005), December 2005, pp. 1-36, here p. 36, <http://www.felasa.eu/recommendations>
- 10 Association for Assessment and Accreditation of Laboratory Animal Care International, www.aaalac.org
- 11 Russell W. M. S., Burch R. L., *The Principles of Human Experimental Technique*, Methuen, London (1959)
- 12 The European Parliament and The Council of The European Union, see Ref. 3, 34
- 13 European Commission – Directorate General for Research Life Sciences, see Ref. 4
- 14 De Girolamo F., *Limiting animal testing without hindering scientific research*, Press release, Committee on Agriculture and Rural Development (2010), 12 July 2010
- 15 The European Parliament and The Council of The European Union, see Ref. 3, 34, 35, 42
- 16 Olejniczak K., *European regulatory authorities: Critical updates to guidelines, implications moving forward and thinking behind new guidance*, Outsourcing Preclinical Development, Berlin (2010), 1-2 December 2010
- 17 The International Organization for Standardization, *ISO 10993-2 Biological evaluation of medical devices- Part 2: Animal welfare requirements*, ISO copyright office, Geneva (2006)
- 18 Aquin T. von, *Summa Theologiae*, I, qu. 16, art. 2
- 19 Pieper J., *Das Viergespann*, Kösel-Verlag KG, München (1998), p. 29
- 20 De Dios Vial Correa J., *Ethics in animal experimentation*, in: De Dios Vial Correa J., Sgreccia E. (Eds.), *Ethics of Biomedical Research in a Christian Vision*, Proceedings of the Ninth Assembly of the Pontifical Academy for Life, Libreria Editrice Vaticana, Vatican City (2004), [http://www.academivita.org/english/Pubblicazioni/ indice/eth_resbiom.html](http://www.academivita.org/english/Pubblicazioni/indice/eth_resbiom.html)
- 21 Taylor A., *Animals & Ethics. An overview of the philosophical debate*, Broadview Press, Toronto (2009), p. 8
- 22 The European Parliament and The Council of The European Union, see Ref. 3, 36 (6)
- 23 Bentham J., *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, Athlone Press, London (1789), section 17, 1
- 24 The European Parliament and The Council of The European Union, see Ref. 3, 36 (33)
- 25 Singer P., *Animal Liberation. The definitive classic of the animal movement*, Harper Perennial, New York (2009), p. 19
- 26 Singer P., see Ref 25, p. 19
- 27 Singer P., *Praktische Ethik*, Reclam, Stuttgart (1984), p.

156

- 28 Schockenhoff E., *Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen*, Verlag Herder, Freiburg im Breisgau (2009), p. 53
- 29 Singer P., see Ref. 27, p. 76ff.
- 30 European Commission – Directorate General for Research Life Sciences, see Ref. 4
- 31 The European Parliament and The Council of The European Union, see Ref. 3, 36 (12)
- 32 Taylor A., see Ref. 21, p. 62
- 33 Taylor A., see Ref. 21, pp. 67-73
- 34 Regan T., *Animal Rights, human wrongs. An Introduction to Moral Philosophy*, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham (2003), p. 80
- 35 Taylor A., see Ref. 21, p. 73
- 36 The European Parliament and The Council of The European Union, see Ref. 3, 36 (18)
- 37 Taylor A., see Ref. 21, p. 27
- 38 Rowlands M., *Animals Like Us*, Verso, London (2002), p. 45
- 39 Darwin Ch., *The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex*, John Murray, London (1890), p. 79
- 40 The European Parliament and The Council of The European Union, see Ref. 3, 36 (10)
- 41 Kant I., *Lectures on Ethics*, Cambridge University Press, Cambridge (2001), pp. 212-213
- 42 Narveson J., *On a Case for Animal Rights*, *The Monist* (1987); 70: 31-49
- 43 Carruthers P., *The Animals Issue: Moral Theory in Practice*, Cambridge University Press, Cambridge (1992)
- 44 Taylor A., see Ref. 21, pp. 76-77
- 45 Taylor A., see Ref. 21, p. 77
- 46 Cohen C., *The Case for the Use of Animals in Biomedical Research*, *N Engl J Med* (1986); 315: 865-870
- 47 Steinbock B., *Speciesism and the Idea of Equality*, *Philosophy* (1978); 53: 247-256
- 48 The European Parliament and The Council of The European Union, see Ref. 3, 36 (39)
- 49 Taylor A., see Ref. 21, p. 175
- 50 Taylor A., see Ref. 21, p. 135
- 51 The European Parliament and The Council of The European Union, see Ref. 3, 36 (39) und 36 (10, 46)
- 52 European Commission – Directorate General for Research Life Sciences, see Ref. 4
- 53 ECVAM Database Service on Alternative Methods to Animal Experimentation, <http://ecvam-dbalm.jrc.ec.europa.eu>
- 54 European Human Embryonic Stem Cell Registry, <http://www.hescreg.eu>
- 55 Europäische Kommission richtet Stammzellen-Register ein, see Ref. 5
- 56 Vitrocellomics, er-projects.gfl.liu.se/~vitrocellomics
- 57 Invitroheart, <http://er-projects.gfl.liu.se/~invitroheart>
- 58 Embryonic Stem cell-based Novel Alternative Testing Strategies, <http://www.esnats.eu>
- 59 European Commission, *Alternative Testing Strategies, Progress Report 2010, Replacing, reducing and refining use of animals in research*, AXLR8 Consortium, Germany (2010), p. 58, 84, 139, <http://axlr8.eu/axlr8-2010-progress-report.pdf>
- 60 Moschallski N., Schuhmacher-Wolz U., Hassauer M., Schneider K., *Final Progress Report: Thematic Review: Alternative Methods for Reproductive Toxicity testing - Revision and update of the sector Reproductive Toxicity testing of the publicly available DataBase service on ALternative Methods to animal experimentation (DB-ALM)*, Reviewed and approved by EC JRC, Institute for Health and Consumer Protection (IHCP), European Centre for the Validation of Alternative Methods (ECVAM), DataBase service on ALternative Methods (DB-ALM) (2011), January 2011, p. 89
- 61 Stemina Biomarker Discovery, <http://www.stemina.com/web/index.php>
- 62 Ramos-Ascensao J., *Forschung - Stammzellen und die Finanzierung von Forschungsvorhaben in der EU*, *Europeinfos* (2011), p. 137
- 63 The European Parliament and the Council, *Decision No 1982/2006/EC of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006, concerning the Seventh Framework Programme of the European Community for research, technological development and demonstration activities (2007-2013)*
- 64 Ramos-Ascensao J., *Forschung- Stammzellen und die Finanzierung von Forschungsvorhaben in der EU*, *Europeinfos* (2011), p. 137
- 65 World Medical Association, *Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*, 59th WMA General Assembly, Seoul, October 2008, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- 66 Council of Europe, *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*, Oviedo, 4.IV., ETS no. 164 (1997), <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/html/164.htm>
- 67 The European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission, *Recommendations on the ethical review of hESC FP7 research projects*, *Opinion* (2007); 22: 32
- 68 Stem Cell Policy, *World Stem Cell Map*; <http://www.mbbnet.umn.edu/scmap.html>

- 69 MacIntyre A., *After virtue*, University of Notre Dame, Notre Dame, Indiana (2002), pp. 1-5
- 70 The European Parliament and The Council of The European Union, see Ref. 3
- 71 The European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission, see Ref. 67, 22: 1-143
- 72 Commission of the European Communities, *Commission Staff Working Paper Report on Human Embryonic Stem Cell Research*, SEC (2003), 441: 1-96
- 73 The European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission, see Ref. 67, 22: 1-143
- 74 The European Parliament and The Council of The European Union, see Ref. 3, 36 (33)
- 75 The European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission, see Ref. 67, 22: 41
- 76 World Medical Association, see Ref. 65
- 77 Council of Europe, see Ref. 66
- 78 Singer P., see Ref. 27, pp. 168ff., 184ff.
- 79 Schockenhoff E., *Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen*, Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau (2009), p. 571, footnote 26. See also Lortz A., *Die Entwicklung des deutschen Tierschutzrechts*, in: Händel U. M. (Ed.), *Tierschutz*, pp. 129-143
- 80 Tsuchiya T., *The Imperial Japanese Experiments in China*, in: Emanuel E. J., Grady C., Crouch R. A., Lie R. K., Miller F. G., Wendler D. (Eds.), *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*, Oxford University Press, Oxford, New York (2008), p. 31
- 81 Tsuchiya T., see Ref. 80, p. 35
- 82 Weindling P. J., *The Nazi Medical Experiments*, in: Emanuel E. J., Grady C., Crouch R. A., Lie R. K., Miller F. G., Wendler D. (Eds.), *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*, Oxford University Press, Oxford, New York (2008), p. 25
- 83 The European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission, see Ref. 67, 22
- 84 Girgis S., *Stem Cells: The Scientists knew they were lying?*, Public Discourse: Ethics, Law and the Common Good, April 13, 2011
- 85 Ramos-Ascensao J., see Ref. 62
- 86 The European Parliament and The Council of The European Union, see Ref. 3, 37 (43)
- 87 De Dios Vial Correa J., see Ref. 20
- 88 Aquin T. von, *Summa contra gentiles*, II, c3, in: Hagen-cord R. (Ed.), *Wenn sich Tiere in der Theologie tummeln. Ansätze einer theologischen Zoologie*, Verlag Friedrich Pustet, Regensburg (2010), p. 2, "Jeder Irrtum über die Geschöpfe mündet in ein falsches Wissen über den Schöpfer und führt den Geist des Menschen von Gott fort."
- 89 Pontifical Academy For Life, *Prospects for Xenotransplantation Scientific Aspects and Ethical Considerations*, Libreria Editrice Vaticana, Vatican City (2001), No. 7, 8, 15
- 90 Pontifical Academy For Life, see Ref. 89
- 91 Boethius, *De persona et duabus naturis*, ch. III, PL 64 :1345
- 92 Williams T. D., *What is Thomistic Personalism?*, Alpha Omega (2004);VII, No. 2:174-176
- 93 Wojtyła K., *Subjectivity and the Irreducible in the Human Being*, in: Woznicki A. N. (Ed.), *Person and Community: Selected Essays*, Catholic Thought from Lublin, Peter Lang, New York (1993), vol. 4, p. 211
- 94 Maritain J., *The Person and the Common Good*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, IN (1985), p. 41
- 95 Williams T. D., see Ref. 92, see also: Wojtyła K., *Love and Responsibility*, Farrar, Straus and Giroux, New York (1995), p. 23
- 96 Goodall J., *Why it is Time for a Theological Zoology!*, in: Hagen-cord R. (Ed.), *Wenn sich Tiere in der Theologie tummeln. Ansätze einer theologischen Zoologie*, Verlag Friedrich Pustet, Regensburg (2010), pp. 14-17
- 97 Hagen-cord R., *Vom verhängnisvollen Irrtum über die Tiere. Zum Projekt einer theologischen Zoologie*, in: Hagen-cord R. (Ed.), *Wenn sich Tiere in der Theologie tummeln. Ansätze einer theologischen Zoologie*, Verlag Friedrich Pustet, Regensburg (2010), p. 26
- 98 Hagen-cord R., see Ref. 97, pp. 27-28
- 99 The European Parliament and The Council of The European Union, see Ref. 3, 36 (33)
- 100 FELASA-Federation of European Laboratory Animal Science Associations, see Ref. 9, pp. 1-36
- 101 FELASA-Federation of European Laboratory Animal Science Associations, see Ref. 9, pp. ii-iv
- 102 Rhonheimer M., *Die Perspektive der Moral. Philosophische Grundlagen der Tugendethik*, Akademie Verlag, Berlin (2001), pp. 59-60
- 103 Moynihan R., Henry D., *The Fight against Disease Merging: Generating Knowledge for Action*, PloS Medicine (2006); 3: e 191
- 104 Hagen-cord R., see Ref. 97, p. 35
- 105 Messner J., *Widersprüche in der menschlichen Existenz. Tatsachen, Verhängnisse, Hoffnungen*, Verlag für Geschichte und Politik; Oldenbourg Wissenschaftsverlag, Wien/München (2002), p. 138

Gesundheitswesen: Ökonomische Zwänge contra Patientenwohl?

Unnötige medizinische Behandlungen seien europaweit ein dringliches Problem, dem entschieden begegnet werden muss. Das betonte EHFG-Präsident Günther Leiner anlässlich der Eröffnung des 14. *European Health Forum Gastein (EHFG)* in Bad Hofgastein. Leiner, selbst Internist, zeigte den Widerspruch der Debatte über die einerseits „drohende Unfinanzierbarkeit des Gesundheitssystems“ und andererseits das zunehmende Phänomen der „Überbehandlung“, das seinerseits ökonomische Gründe habe: Hier würden im System „falsche finanzielle Anreize, ein Ausreizen der Abrechnungssysteme, aber auch Anspruchsdenken“ herrschen.

Kritisch betrachtet werden müsste der oft unnötige Einsatz aufwändiger diagnostischer Verfahren. Ein typisches Beispiel seien etwa zu häufig angeordnete CT- oder MRT-Untersuchungen bei Rückenschmerzen: Die Spanne reicht laut OECD-Daten aus dem Vorjahr von 60 CT pro 1.000 Einwohner in den Niederlanden bis zu 320 CT in Griechenland. „Dass sie mehr untersucht werden, macht die Griechen nicht gesünder, aber sicher ihren Staatshaushalt noch ein weiteres Stück ärmer“, kritisiert der EHFG-Präsident. Besonders beunruhigend sei in diesem Zusammenhang das Problem unnötiger Operationen, weil chirurgische Eingriffe immer mit einem nicht zu unterschätzenden Risiko behaftet sind. Laut OECD gibt es europaweit enorme Unterschiede betreffend Hüft- oder Knieersatzoperationen: Sie reichen bei Hüfteingriffen von 289 pro 100.000 Einwohner in Deutschland oder 243 in Österreich bis zu 39 Operationen in Polen oder 15 in Zypern. Bei Knieoperationen reicht die Spanne von 206 (Deutschland) bis nur fünf (Rumänien). „Derartige Unterschiede lassen sich ganz gewiss nicht mit medizinischen Gründen erklären“, so Leiner: Nicht die Frage, „wie gut man Menschen geholfen hat“, sondern ob das wirtschaftliche Soll erfüllt wurde, werde zum Leitmotiv einer „Ökonomisierung der Medizin“. Dadurch würden „Gesundheitsberufe in Konfliktsituationen hineingetrieben, die schwer

auszuhalten sind. Die Orientierung am Wohle des Patienten wird Zug um Zug zu einem rein idealistischen Beiwerk herabgestuft“, warnte Leiner.

Presseaussendung des European Health Forum Gastein, online, 5. Oktober 2011

Österreich: Vorsitzende der Bioethikkommission will PID zügig etablieren

Die Mitglieder der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt wurden von Bundeskanzler Werner Faymann (SPÖ) neu bestellt, ihre Amtsperiode dauert bis 2013.

Die Vorsitzende der Bioethikkommission, Christiane Druml, betonte anlässlich der neuen Amtsperiode, dass die Bioethikkommission mehr Öffentlichkeit suchen wolle und „kein Spielplatz für radikale Einzelmeinungen“ sei. Pluralismus sei das Gebot der Stunde. Anlässlich des 10-jährigen Bestehens der Kommission warf der Moraltheologe Günther Virt als ehemaliges Kommissionsmitglied kritisch ein, dass die Bioethikkommission ihre eigene Ethik, d. h. die ethische Kompetenz ihrer Mitglieder überprüfen müsse. Weder Politik noch bloße Mehrheitsentscheide dürften bestimmen, was gut und was schlecht sei. Ethik müsse politikunabhängig sein, die „liberalste Lösung“ sei nicht „immer die menschlichste“.

Kommissionsvorsitzende Druml sieht derzeit vorrangigen Handlungsbedarf, die umstrittene Präimplantationsdiagnostik (PID) möglichst rasch in Österreich zu legalisieren, ebenso die Möglichkeit von Eizellenspenden. Bei SP-Frauenministerin Gabriele Heinisch-Hosek rennt sie dabei offene Türen ein: Die Ministerin betont, sie wolle „so schnell wie möglich“ auch in Österreich den Gencheck bei in vitro erzeugten Embryonen zulassen und kündigte eine politische Enquete an. Ihr Parteikollege, Gesundheitsminister Alois Stöger, forderte jüngst, dass die künstliche Befruchtung auch für Single-Frauen und Homosexuelle in Österreich legalisiert werden sollte.

Kleine Zeitung, online, 29. September 2011

Standard, online, 14. Oktober 2011

Israel: Kinder klagen auf Schadenersatz für ihre Existenz

Immer mehr israelische Kinder mit Geburtsdefekten gehen zu Gericht und klagen Ärzte dafür, dass sie ihre Geburt zugelassen hätten. Der Anstieg bei den sogenannten „wrongful life“-Klagen (mittlerweile handelt es sich um an die 600 Fälle seit 1987) hat eine Untersuchung seitens der Regierung ausgelöst. Mediziner mahnen angesichts des Trends auf Schadenersatzklagen von Kindern im *New Scientist*, dass diese Fälle eine ernste ethische Sorge bedeuten – nicht zuletzt im Hinblick auf den Wert des Lebens behinderter Personen. Sie würden außerdem fördern, dass sich Ärzte in der Bewertung diagnostischer Verfahren zunehmend absichern, mit dem Ergebnis, dass im Zweifelsfall auch gesunde Föten der Abtreibung zum Opfer fallen.

In Israel sind bei genetischen Tests, Embryonenforschung, Klonen usw. kaum gesetzliche Schranken gesetzt, auch Spätabtreibung (nach der 22. Woche bis zu Geburt) ist erlaubt. In Österreich wurde ein Schadenersatzanspruch des (behinderten) Kindes im Hinblick auf das unerwünschte eigene Leben („wrongful life“) durch den OGH in einer Entscheidung aus dem Jahr 1999 ausgeschlossen. Dass die neuen Möglichkeiten auch eine neue ethische Debatte fordern, wurde jüngst in *Nature* diskutiert. Die steigende Verfügbarkeit von nicht-invasiven genetischen Tests erhöhe den Druck auf Eltern und Ärzte.

Nature (2011); 478, 440 (2011), doi:10.1038/478440a

New Scientist, online, 26. Oktober 2011

Studie: Gesetzte Erwartungen in Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen häufig überzogen

Wie sinnvoll sind Vorsorge- bzw. Screening-Untersuchungen? In Hinblick auf die Brustkrebsvorsorge wurden nun unter der Leitung von Karla Kaerliowkse von der *University of California-San Francisco* die Daten des *US-Breast Cancer Surveillance Consortium* ausgewertet, das seit 1994 fast 170.000 Mammographien durchgeführt hat. Die Untersuchung wurde damals in den USA bereits ab dem 40. Lebensjahr empfohlen. Das Ergebnis: Innerhalb

eines Jahrzehnts mit jährlichem Screening bekam fast zwei Drittel aller Frauen mindestens einmal ein falsch-positives Resultat, sieben bis neun Prozent unterzogen sich deshalb einer (eigentlich unnötigen) Biopsie, so das Ergebnis der in den *Annals of Internal Medicine* veröffentlichten Studie.

Lag das Intervall der Untersuchungen zwei Jahre auseinander, sank die Rate für eine zweite grundlose Biopsie, ebenso verringerte sich die Rate der falsch-positiven Befunde auf 41,6 Prozent. Die prospektive Kohortenstudie zeigte, dass auch bei Frauen, die das Screening erst mit dem 50. Lebensjahr begannen, wie dies auch in den Leitlinien der WHO und EU empfohlen wird, eine ähnlich hohe Rate von falsch-positiven Befunden und Biopsien festzustellen war.

Auch beim Prostata-Screening sind die Effekte spärlich: Eine über 20 Jahre geführte randomisierte im *British Medical Journal* veröffentlichte Studie untersuchte die Effizienz des PSA-Tests bei über 9.000 Männern. Bei 1.410 drei Mal jährlich untersuchten Männern wurde innerhalb von 20 Jahren bei 5,7% ein Prostatakarzinom entdeckt, bei einer nicht-gescreenten Kontrollgruppe waren es 3,9% – ein Unterschied, der nicht signifikant war. Dem Mangel an signifikantem Nutzen des Screenings für ein längeres Leben mit Prostatakrebs stünde dagegen ein beträchtliches Risiko zur Überentdeckung („overdetection“) von zum Teil (noch) harmlosem Prostata-Krebs und einer Überbehandlung („overtreatment“) mit Nebenwirkungen entgegen.

Die Fakten zeigen, dass ein gut gemeinter, aber undifferenzierter Ruf nach flächendeckenden Vorsorgeuntersuchungen nicht zielführend und noch dazu kostspielig ist. Dafür sollte mehr zur Definition des individuellen Risikos geschehen, und zwar im direkten, vertraulichen Kontakt mit dem behandelnden, entsprechend geschulten Arzt.

Annals of Internal Medicine (2011); 155: 481-492

British Medical Journal 2011; 342:d1539, doi:10.1136/bmj.d1539

RdM Recht der Medizin

Wien, Zeitschrift in Deutsch
18. Jahrgang, Heft 5, 2011
Christian Kopetzki: Editorial;
Felix Wallner: Der Arztvorbehalt
und seine Grenzen;
Karl Stöger: Neues vom Klinischen
Mehraufwand;
Lukas Stärker: Aktuelle Facetten
des Haftungsrechts.

18. Jahrgang, Heft 5a, 2011
Felix Wallner: Editorial;
Katharina Pabel: Versorgungspflichten
des Landes im stationären
Krankenanstaltenwesen;
Reinhard Resch: Ausgewählte
Rechtsfragen zur Betriebsvereinbarung
nach § 4 KA-AZG;
Thomas Eilmansberger und Friedrich
Rüffler: Inanspruchnahme von
Spitalsambulanzen aus Sicht des
nationalen und EU-Beihilferechts;
Martin Karollus: Ausgewählte
gesellschaftsrechtliche Fragen
zur ärztlichen und zahnärztlichen
„Gruppenpraxis neu“;
Beatrix Krauskopf: Zulassungsvoraussetzungen
von Wahlarztgruppenpraxen.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch
44/2, 2011
Estudios:
José Casas Pardo: La filosofía económica
de James M. Buchanan;
Jesús Conill Sancho: Más allá del
progresismo: la reforma del hombre
desde la perspective de Ortega
y Gasset;
Amparo Muñoz Ferriol: Sociedad
abierta, progreso y discusión crítica
en Popper;
Pedro Jesús Pérez Zafrilla: Desigualdad,
pobreza y desarrollo. El reto de la
justicia distributiva en el pensamiento
de John Rawls;
Pedro Talavera Fernández: Kant y la

idea del progreso indefinido de la
humanidad.

Acta Philosophica

Rom, Italien
Quartalzeitschrift in Italienisch
Vol. 20 (2011), fasc. II
Studi:
Ana Marta González: Norma moral
y cambio social. La aproximación de
los filósofos;
Daniele Guastini: Per una genealogia
delle immagini cristiane;
Carlos Ortiz de Landázuri: Maurice
Blondel y la crisis modernista, 100
años después. A través de Oliva
Blanchette;
Joy Samad: The Fundamental
Political Fact: Aristotle's Path to
Establishing the Importance of a
City's Regime in Politics III/1-9.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in
Deutsch
19. Jahrgang, Heft 3, 2011
Leitartikel:
Johannes Brantl: Wer soll das
bezahlen...? Ärztlicher Auftrag und
Kostendruck im Gesundheitswesen;
Wolfgang Schlögl: Durchbruch
oder Dambruch? Der Abbruch
lebenserhaltender Maßnahmen auf
der Grundlage des am 1.09.2009 in
der Bundesrepublik Deutschland
in Kraft getretenen Patientenverfügungsgesetzes;
Tobias Trappe: Über die Annahme
der Unverfügbarkeit. Ein vielleicht
wenig beachteter Aspekt der
Prä-nataldiagnostik.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch
18. Jahrgang, Heft 4, 2011
Ferdinand Kerschner und Erika
Wagner: Editorial;
Charlotte Vogel: Wasserrechtsgesetz-
novelle 2011. Unionsrechtliche
Vorgaben und die nationale Forde-
rung nach weniger Behörde;

Matthias Pichler: Die subsidiäre
Verantwortung des Liegenschafts-
eigentümers für Behandlungsauf-
träge nach dem AWG 2002;
Thomas Alge: Der Aarhus Con-
vention Compliance-Mechanismus.

18. Jahrgang, Heft 5, 2011
Wilhelm Bergthaler, Ferdinand
Kerschner und Eva Schulev-Steindl:
Editorial;
Andreas Bernegger und Sebastian
Mesecke: UVP-Pflicht und Kumula-
tionsprüfung bei „Städtebauvor-
haben“;
Claudia Mayer und Teresa Weber:
Sind die verwaltungsrechtlichen
Präklusionsvorschriften im UVP-
Verfahren unionsrechtskonform?

Acta Medica Catholica Helvetica

Vereinigung katholischer Ärzte der
Schweiz
13. Jahrgang, Heft Nr. 2/2011 (Sep-
tember 2011)
Referate der Jahrestagung VKAS in
Uznach 2011;
Rudolf Ehmann: Bericht über die
drei Aufenthaltstage vom 30. Mai 2010
bis 16. Juni 2011 im Centre Hos-
pitalier Dominicain Saint Martin
de Porres (CHDSMR) in Yaoundé,
Kamerun;
Peter Ryser: Vernehmlassung zu
den revidierten SAMW-Richtlinien
„Feststellung des Todes mit Bezug
auf Organ-Transplantationen“;
Ernest Truffer: Morale hippocratica,
étique médicale;
Nikolaus Zwicky-Aeberhard: Jah-
resbericht des Präsidenten Uznach
2011
Peter Ryser: Protokoll der Mitglie-
derversammlung Uznach 2011;
FEAMC: Colloque à Bruxelles, 21
octobre 2011: „Sens ou non-sens de
la fragilité humaine dans la Société
Européenne contemporaine“; Pré-
sentation et Programme.

Paternalismus. Fallstudien zur Genese des Begriffs
Heiko Ulrich Zude
Verlag Karl Alber, Freiburg-München 2010
262 Seiten
ISBN 978-3-495-48178-8

Man liest in der Einleitung des Autors – er ist evangelischer Theologe, der 2011 einer Berufung nach Bielefeld-Bethel (Fachhochschule der Diakonie) gefolgt ist, dass der Anstoß zur Paternalismus-Frage für ihn aus der Medizinethik gekommen sei, zumal dieser Begriff dort „sehr unklar“ gehandhabt werde. Daher verspricht der Autor eine Analyse des grundsätzlichen Problems in seiner Publikation, „vor allem in der Medizinethik, darüber hinaus in der Wirtschafts-, Rechts- und politischen Ethik“. Umso eigenartiger ist der bioethisch-interessierte Rezensent dann berührt, wenn von Medizinethik im Buch von Zude nichts zu finden ist.

Dafür erfährt man viel über die Prägung und Entwicklung des Begriffes Paternalismus auf den Gebieten der politischen und Rechtsethik, und dies in einem gediegenen, historisch-systematischen Zugang.

Für den unvoreingenommenen Leser ist es interessant, dass „paternalism“ eine angloamerikanische Wurzel hat (um 1875 John Stuart Mill, Thomas Carlyle). Der Begriff wird im englischen Sprachraum bereits ab 1890 Allgemeingut, um etwa 70 Jahre später durch Peter Devlin und Herbert L. A. Hart (und deren in Fachkreisen berühmte Kontroverse) noch populärer zu werden. Durch einen zugereisten Amerikaner und Nachfolger Harts in Oxford, Ronald Dworkin (Rechtsphilosoph), seinem Namensvetter Gerald Dworkin (Berkeley/California) und Landsmann Joel Feinberg wurde der Begriff weiter differenziert und ist heute aus der modernen Staatstheorie und Rechtsphilosophie nicht mehr wegzudenken. Zweifellos ist dies auch in der Medizin- bzw. Bioethik der Fall, doch wird diesem Kapitel im vorliegenden Buch wie gesagt leider nicht Rechnung getragen; sie werden nur in Fußnoten und am Rande im Rahmen der „Principles of Biomedical Ethics“ (nach Beauchamp und Childress) erwähnt, aber nicht erläutert.

In der Frühzeit des paternalism (1880er Jahre) wird die Initiative der britischen Regierung hinsichtlich Einführung der allgemeinen Schulpflicht, der Post und Eisenbahn kritisch diskutiert und trägt dem Begriff die erste negative Konnotation ein: „We are not the children of the state, but the state is our functionary“ versus „when property in land is intended for common use, it should be in common!“

Sehr lesenswert ist der Einschub über den protestantisch-religiös gefärbten Paternalismus eines väterlichen Regenten (patriarchalische Souveränität), propagiert von Richard T. Ely, einem Amerikaner mit starker deutscher Bindung (fraternalism vs. paternalism, 1889).

Dem stellt Ely einen Modern Industrial Paternalism gegenüber, eine moderne Negativvariante, die in der Nähe von Auto-, Pluto- und Aristokratie angesiedelt wird (Beispiel: Pullman´s üppig ausgestattete Wohnsiedlung für seine Arbeiter, die aber in völliger Abhängigkeit gehalten werden).

Der Paternalismus von Isaiah Berlin (Oxford 1958) beruht auf der „positiven Freiheit“ (ich weiß besser, was die Menschen brauchen, als sie selber). Hier steht das „reale Selbst“ dem von irrationalen Impulsen bewegten „empirischen Selbst“ gegenüber, wobei das erstere die „höhere Natur“, also das „wahre Selbst“ darstellt, zu welchem man den Menschen notfalls zwingen kann (relativiert durch eine „paternalistische Skepsis“).

Jetzt folgt die ausführliche Darstellung der rechtsphilosophischen Debatte zwischen Herbert L. H. Hart und P. Devlin, für die der Autor das Herzstück des Buches reserviert hat (70 Seiten). Hart begründet einen „Paternalismus des Staates“ mit „protection of people against themselves“ (1963), wenngleich die freie Entscheidung des Einzelnen letztlich gewahrt bleiben soll. Damit wendet er sich gegen den „law moralism“ Devlins, der gesetzliche Regelungen für Maßnahmen zur Erhaltung der Moral fordert. Der Paternalismus Harts schützt daher das Individuum, nicht die Gesellschaft, während der Rechtsmoralismus Devlins die Moral der Gesellschaft aufrechterhalten soll.

Nach diesen ersten beiden Teilen (1. Early Paternalism in den USA, 2. Die Diskussion des Paternalismus in England) widmet sich Teil 3 der Paternalismusdebatte in den USA, die etwa in den 1970er Jahren beginnt und von Namen wie Beauchamp, Feinberg und Gerald Dworkin getragen wird.

Letzterer „charakterisiert“ seinen Paternalismusbegriff als Einflussnahme auf die Freiheit einer Handlung, wenn dieser Einfluss (coercion) auf das Wohl des Handelnden gerichtet ist (for his own good).

J. Feinberg ist davon nicht weit weg, wenn seine Charakterisierung darauf zielt, eine Person vor sich selbst zu schützen (angelehnt an Herbert L. A. Hart), also eine offensive „protection“ durch Rechtsnormen (Beispiel: Sicherheitsgurt, Helm etc. bis zum Verbot der Kinderarbeit).

Aus der einschlägigen Literatur (bes. Feinberg) zitiert der Autor illustrative Beispiele für „starken“ (unerbittlichen) und „schwachen“ (kompromissbereiten) Paternalismus. Dworkin und Feinberg vertreten daneben auch einen „gemäßigten“ Paternalismus, der dem Grad der Rationalität des (freien) Willens Rechnung trägt. Gemeinsam ist den verschiedenen Ansätzen das „Moment der altruistischen (benevolenten) Intention“.

Mittlerweile (ab 1990) sei der Terminus Paternalismus in alle maßgeblichen philosophischen und ethischen Enzyklopädien aufgenommen worden. Am Ende des Buches wird unter dem Titel „Zusammenfassung der Debatten“ auf etwa 20 Seiten ein klarer, knapper und dennoch umfassender Überblick geboten – geeignet allemal zur Schnellinformation. Das eigentliche Manko des Buches – die Ausklammerung der in der Einleitung versprochenen Diskussion des Paternalismus in der Medizinethik: eine schmerzliche Lücke – oder Thema eines weiteren Buches? Jedenfalls bleibt der Autor eine nachträgliche Erklärung schuldig.

F. Kummer

Menschenwürde und personale Autonomie. Demokratische Werte im Kontext der Lebenswissenschaften

Michael Quante

Felix Meiner Verlag, Hamburg 2010

250 Seiten

ISBN 978-3-7873-1949-7

Michael Quante, geboren 1962, ist Professor für Philosophie an der Westfälischen Wilhelms-Universität (WWU) Münster. Er hat sich eingehend mit dem Thema der Grenzen des menschlichen Lebens an dessen Anfang und Ende, der personalen Würde und der Frage der Autonomie befasst. Rund zwanzig Publikationen werden im Literaturnachweis aus seiner Feder angeführt.

Das vorliegende Buch übergreift die vergangenen 14 Jahre (1995 – 2009) und stützt sich auf drei Themen: Menschenwürde, Person und Autonomie.

Michael Quante definiert „Lebenswissenschaft“ einerseits als Biotechnologie, andererseits als bioethische Anthropologie. Er nennt als erstes Ziel seines Buches die Bestimmung des Zusammenhangs zwischen eben diesen Lebenswissenschaften und demographischen Werten, und zwar an den Beispielen der Reproduktionsmedizin und ihrer diversen Implikationen (Bewertung des Kinderwunsches, Entwertung des menschlichen Lebens, Graduierung der Menschenwürde etc.) und der Humangenetik (Erbkrankheiten, Präimplantations- und Pränataldiagnostik, damit Fragen der Entsolidarisierung bei Behinderung).

Im ersten Teil (Menschenwürde) greift der Autor zunächst auf einen 2005 erschienenen Aufsatz zurück. Dort will er die Annahme widerlegen, dass eine Bewertung von Lebensqualität mit der Menschenwürde nicht vereinbar sei. So würde z. B. die Präimplantationsdiagnostik „leichter“ beurteilt werden können, wenn man Frühstadien des menschlichen Embryos einfach die Menschenwürde abspräche. Damit bewege man sich an die Grenze heran, wo *horribile dictu* zwischen lebenswertem und nicht lebenswertem Leben unterschieden werde – der sog. Fundamantaleinwand gegen die Bewertung der Lebensqualität, vornehmlich basierend auf der theologisch-fundierten Heiligkeit des Lebens.

Von jetzt ab legt der Autor seine liberalistische Auffassung dar: In einer pluralistischen Gesellschaft dürften theologische Argumente nicht ins Treffen geführt werden, da sie mehrheitlich, so meint er, nicht als sachlich begründbar angesehen würden. Ein philosophischer Einwand gegen die Menschenwürde der Zygote sei (unter Zitierung von D. Birnbacher) ein starker, zumal hier von beginnendem Leben zu sprechen sei. Der Autor spricht dem Embryo in diesem Stadium den Status der Person ab.

Ein interessanter Absatz (S. 37) umreißt „Menschenwürde“ aus zwei Traditionen; jene der Heiligkeit des Lebens (welche in der pluralistischen Gesellschaft unter dem Begriff „absolute Werte“ firmiert) und jene der Menschenwürde, die durch Autonomie gekennzeichnet ist und aus der internen Struktur des Geistes einer Person reflektiert. Die Menschenwürde sei nicht obsolet, sondern intrinsisch, somit aber relativierbar, da – bei einer nicht theologisch fundierten Menschenwürde – dem faktischen Pluralismus einer Gesellschaftsordnung Rechnung zu tragen sei.

Damit ist der Autor bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) im Rahmen der In-vitro Fertilisation (IVF) und Stammzellforschung angelangt und plädiert wieder für eine pluralistische Ethik, um eine fundamentalistische Position auszugrenzen. Schließlich sollten in einem eben erst zusammengewachsenen Europa nicht nur rechtliche, sondern auch ethische Fragen und Differenzen in einer moralisch aufrichtigen Weise angesprochen, aber auch angenommen werden können.

Seine unter Ethikern heute verbreitete Position schlägt sich auch in der Frage des Rechtes auf Leben nieder, welches von der Menschenwürde unabhängig sei, ja dass, wie im Falle des ethisch zulässigen Suizids und auch der freiwilligen Sterbehilfe, nicht jede Tötung per se mit Menschenwürde unvereinbar sei (S. 48).

An diesem Punkt wird so mancher Leser möglicherweise das Buch enttäuscht aus der Hand legen. Diese Form der Argumentation könnte aber

auch der Schärfung der Gegenargumente dienlich sein, die in sich kohärenten Ansichten eines liberalen Philosophen vom Rang Michael Quantes zu studieren.

Im Sinne eines state-of-the-art würdigt er von seiner Meinung divergierende Standpunkte (S. 52 ff.). So zitiert er Schockenhoff als Anwalt der Menschenwürde des bei der IVF ausgesonderten Embryos, bzw. die mit der Menschenwürde unvereinbare Selektion selbst, zumal letztere eine Demütigung der mit einer Behinderung geborenen Menschen bedeutet – wenngleich er selbst höchst liberal argumentiert, dass hier das Recht auf Leben gegen personale Autonomie (wessen?) und individuelles Wohl abzuwägen sei (S. 57).

Philosoph Quante findet, dass es praktisch erwiesen sei, dass die Grundlagenforschung ohne Stammzellen aus den überzähligen IVF-Embryonen nicht auskomme. Dass embryonale Stammzellen auch aus dem Fruchtwasser und dem Nabelschnurblut gewonnen werden können und dass für die Grundlagenforschung die sogenannten induzierten pluripotenten Stammzellen (ipS-Zellen) als ethisch unbedenkliche Alternativen längst verwendet werden sowie therapeutische Erfolge mit adulten Stammzellen bereits etabliert sind, erwähnt er mit keinem Wort. Überflüssig, weil provokativ, ist sein Grübeln, ob Befürworter einer Anerkennung des Lebensrechtes des Embryos ab der Verschmelzung von Ei- und Samenzellen nicht auch den totipotenten Stammzellen eine Menschenwürde zuerkennen müssten, findet sich aber doch zu der Differenzierung bereit, dass nicht die Stammzellen, sondern deren Gewinnung für manche ein moralisches Problem sein dürfte.

Für ihn sei die eben befruchtete Eizelle jedenfalls kein „personaler“ Organismus (siehe Fußnote 66) und daher kein Träger von Menschenwürde. Sein Institutskollege Ludwig Siep steuert noch den Gedanken bei, dass die ursprünglich reproduktive Zielsetzung der IVF gänzlich vom therapeutischen, also fremdnützigen Umgang mit den Gameten, Zygoten und frühen Embryonen

zu trennen sei: Eine extensionale Strategie, bei der man diese Formen des beginnenden menschlichen Lebens nicht unter das Prinzip der Menschenwürde fallen lässt. Damit unterliegen sie auch keiner ethischen Normierung, bei welcher das verfassungsrechtlich begründete Grundrecht auf Schutzwürdigkeit in Kraft anzuwenden sei.

Diese Position gerät angesichts des jüngsten Urteils des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) (18.10.2011, *Brüstle C-34/10*) nun deutlich ins Wanken. Demnach dürfen in Europa Stammzellen, die aus menschlichen Embryonen gewonnen wurden, nicht für die wissenschaftliche Forschung patentiert werden. Nach dem Urteil der Richter in Luxemburg heißt es, wenn Embryonen zur Gewinnung von Stammzellen zerstört und als Rohstoff für die Forschung verwendet werden, verstoße dies gegen den Schutz der Menschenwürde. Diese Begründung wird wohl nicht nur die genannten Philosophen, sondern auch Juristen in Zukunft intensiv beschäftigen.

Im dritten Aufsatz des ersten Teils weist der Autor zu Recht auf die Widersprüchlichkeiten in der Stellungnahme des deutschen Nationalen Ethikrates zur PID hin (2003) und kritisiert die Vermischung von Ethik und politischem Kalkül, wobei eine tiefer gehende philosophisch korrekte Diskussion unterbleibt (Inkonsistenz der Argumente). Die Empfehlung des Ethikrates lautet allerdings, dass der Verzicht auf Elternschaft in Konfliktsituationen die angemessenere Entscheidung sei. Die liberalistische Grundhaltung des Autors lässt ihn die Frage nach Autonomie versus Verantwortung der Eltern aufwerfen, ob nämlich „Gut“ und „Böse“ rein von den Folgen her definiert wird: Soll durch die Geburt eines möglicherweise geschädigten Kindes dessen Lebensqualität, oder aber die der Eltern, aufs Spiel gesetzt werden? Im Hintergrund schwingt die straflos bleibende Abtreibung im Rahmen der Fristenlösung mit und stellt eine konstante „Schieflage“ in der Argumentation dar.

Die Aufsätze des zweiten Teiles (IV, V, VI) widmen sich der „Person“: Gleich vorweg: Der Status

der Person sei von ethischer Relevanz und bioethisch „brauchbar“, doch plädiert der Autor für eine reflektierte Handhabung. So wird die Identität einer Person zur „Personalität“, welche wieder – in einem biographischen Kontext – zur Persönlichkeit wird. Was seine positive Haltung zur Patientenverfügung (PV) betrifft, so wirkt seine Stellungnahme dazu in Anbetracht der Diskussion um ihre Schwächen zu locker (die ethischen Implikationen für den Arzt vor Ort gar nicht eingerechnet).

Im Abschnitt „Klonieren und personale Identität“ interessiert den Autor nicht der ethische Aspekt, sondern eher der Begriff der personalen Identität. Vernünftigerweise wird das Kapitel mit dem „Fazit“ geschlossen, dass es einfach falsch sei, von einem genetischen Determinismus zu träumen, der gegen Selbstbestimmung in Freiheit oder epigenetische Einflüsse immun wäre.

Auch der Selbstmanipulation ist ein Aufsatz gewidmet und wärmt die Debatte um ein Neuro-Enhancement auf der Wissensbasis von 2006 auf. Die wichtige Frage nach der Kompatibilität von Freiheit und Determinismus wird ebenfalls abgehandelt, ohne die neueren Diskussionen um die Versuche von Benjamin Libet (aufgegriffen von Wolfgang Singer) zu erwähnen oder diese Autoren auch nur zu zitieren.

In Teil 3 des Buches geht es um Autonomie, nachdem bisher die Menschenwürde (Teil 1) und die Person (Teil 2) abgehandelt worden waren. Die Kapitel VII (Patientenaufklärung, 1997) und VIII (Sterbehilfe, 1998) sind älteren Datums, ergänzt durch ein abschließendes Kapitel mit dem Titel „Verlängerte Autonomie“ (IX).

Er beschäftigt sich dabei u. a. mit der Frage der Sterbehilfe und auch der genetischen Beratung. Hier ist es dem Autor weniger um die informierte Zustimmung zu einer Therapie zu tun, sondern schon auf die Weitergabe der Testergebnisse selbst, er diskutiert dabei das „Recht auf Nichtwissen“. Auch lässt er durchblicken, dass er diese Form der autonomen Entscheidung höher einschätzt, wenn weitere Konsequenzen in der Verwerfung von frü-

hen Embryonen bei der PID oder in der Abtreibung bestehen. Zwar neigt er zur Freigabe der ersteren), aber quasi als zweite (mindere) Wahl zur Lösung des Problems gegenüber dem Heroismus der Annahme eines Schicksals. Damit wird schon das Recht auf Informationsverweigerung (als Routineangebot) artikuliert. Ein genetischer Test unter Zwang würde gegen alle ethischen Prinzipien verstoßen (siehe auch Gentests z. B. bei Einstellungsuntersuchungen).

Im „Ausblick“ am Ende des Buches fasst er die behandelten Themen zusammen:

1. Hat der „frühe Embryo“ Menschenwürde oder nicht? Wenn ja, dann wäre seine Lebensqualität nicht verhandelbar – wogegen sich der Autor argumentativ sträubt (das jüngste EuGH-Urteil ist da sicher auch nicht nach seinem Geschmack), da für ihn die Bewertung der Lebensqualität sehr wohl zulässig sei. Doch sollten allfällige Konsequenzen dem „absoluten Wert des Lebens“ (oder gar der „Heiligkeit des Lebens“) untergeordnet werden.

2. Der irreduzible Pluralismus unserer Gesellschaft fordert eine nicht religiös fundierte Begründung, dass sich Menschenwürde und personale Autonomie als verträglich erweisen: Die individuelle Autonomie muss angesichts unverfügbarer Werte nicht völlig aufgegeben werden, so wenig wie ethische Werte mit individuellen Wertvorstellungen konkurrieren dürfen.

Resümee: Ein Buch mit vielen Ambivalenzen, dennoch mit unzweifelhaften Stärken: die ehrliche Sicht eines Philosophen liberaler Prägung, auf Fragen der biomedizinischen Ethik Antworten zu finden, die einen Dialog nicht abwürgen, sondern stimulieren können.

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.

2. Gestalten der Manuskripte

Länge/Umfang: 25.000 - 35.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

Die erste Seite soll enthalten:

1. einen kurzen Titel der Arbeit auf Deutsch und Englisch
2. Name des Autors/ der Autoren
3. Kontaktdaten
4. eine Zusammenfassung des Beitrags (max. 900 Zeichen inkl. Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter auf Deutsch und Englisch

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 (hoher Auflösung) benötigt. Nach Drucklegung werden dem Autor die

entsprechenden Belegexemplare zugesandt.

3. Literatur

Die Zitierung erfolgt in Form von Endnoten, wobei die Nummerierung fortlaufend und die Zitierungszahlen hochgestellt sein sollen.

Bei Zeitschriftenbeiträgen sind anzugeben:

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

Beispiel: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

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

Beispiel: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

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).

2. Formation of Manuscripts

Length/ scale: 25.000 - 35.000 characters including whitespace characters

First page:

1. Short title in English and German
2. Name of the author/ the authors
3. Contact details
4. Abstract of the article in English (max. 900 characters including whitespace characters) and 3 - 5 keywords in English and German (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 (high resolution).

The author will receive accordant copies of the published issue.

3. References

The quotation is effected in terms of endnotes, in which the numbering should be consecutive, the quotation numbers elevated.

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: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897-903

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: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9-10

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)

2011: Nr. 1: Die „Pille“ vs. Natürliche Empfängnisregelung, Nr. 2: Neurowissenschaft, Nr. 3: Fehlerkultur in der Medizin

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

Vorschau

Imago Hominis · Band 19 · Heft 1/2012

Schwerpunkt: Ethik in der Pflege I

Editorial	259	
Current Issues	262	Berta Moritz, Susanne Kummer CJEU: No patent for human embryonic stem cells
Focus	265	Giovanni Maio Pleading for the rediscovery of an art of temperance in medicine
	277	Werner Waldhäusl The holistic view of man and specialization in modern medicine
	287	Johannes Bonelli Protection of life today, as reflected in hippocratic ethics
	297	Marion Stoll The profile of virtue of the physician according to Hippocrates
	307	Karl-Heinz Leven The Hippocratic Oath: Tradition, Myth, Fiction
	317	Martin W. Schnell, Thorsten Langer, Maren Bongartz, Ole Jung Change of students' judgement in clinical ethical decisions
Discussion	331	Margit Spatzenegger Drug Development: Animal Ethics vs. Protection of Man?
News	347	
Journal Review	349	
Book Reviews	350	