

MEDIZIN HISTORISCHES JOURNAL

Band 43 · Heft 1 · 2008

Franz Steiner Verlag



Medicine and the Life Sciences
in History

Edited under the auspices of the Mainz Academy
of Sciences and Literature

Herausgegeben von
Johanna Bleker (Geschäftsführend/Managing Editor)
Karl-Heinz Leven
Andreas-Holger Maehle
Volker Roelcke
Heinz-Peter Schmiedebach
Michael Stolberg
Renate Wittern-Sterzel

Inhalt

Rina Knoeff Animals Inside. Anatomy, Interiority and Virtue in the Early Modern Dutch Republic <i>Tiere im Körper. Anatomie, Interiorität und Tugend in der frühmodernen Republik der Niederlande</i>	1
Sascha Topp, Petra Fuchs, Gerrit Hohendorf, Paul Richter, Maike Rotzoll Die Provinz Ostpreußen und die nationalsozialistische „Euthanasie“: SS-„Aktion Lange“ und „Aktion T4“ <i>The province of East Prussia and „euthanasia“ during National Socialism: the SS-„Aktion Lange“ and „Aktion T4“</i>	20
Viola Balz Die Geburt der Stammkarte. Zur Genese eines Epistems der neuroleptischen Wirksamkeit in der frühen Psychopharmakaforschung in der BRD <i>The birth of the ‚diagnostic card‘. - On the genesis of an ‚episteme‘ of neuroleptic efficacy in the early period of research on antipsychotic drugs in the FRG</i>	56
Forum	
Heinz Schott Medizingeschichte und Ethik <i>Medical History and Ethics</i>	87
Internationale Zeitschriftenschau – Journal articles of interest (Bearbeitung: Michael Stolberg)	101
Nachlese – Gleanings (Bearbeitung: Thomas Beddies)	109
Internationale Bücherschau – Books of interest (Bearbeitung: Michael Stolberg)	113

Forum

Heinz Schott

Medizingeschichte und Ethik

*Zum Gedenken an Rolf Winau (1937-2006)*¹

Medical History and Ethics

In memoriam Rolf Winau (1937-2006)

Summary: The paper contributes to the discussion on the self-image of the institutionalized medical history at the medical schools in Germany. Influenced by the curriculum of the new licence to practice medicine (Approbationsordnung für Ärzte) containing a so-called cross-section (Querschnittsbereich) “history, theory, ethics of medicine”, the scientific community is to a certain extent rather prone to assume clear cut different disciplines – especially medical history versus medical ethics – than to consider overlapping and almost inseparable fields of work with corresponding implications. The author supports the latter approach and advocates the appreciation of the “subjective factor” in regard to teaching granting an ample scope for the individual teacher.

Key words: Biomedicine – bioethics (biomedical ethics) – history, theory, ethics of medicine – medical history – medical ethics, teaching

Zusammenfassung: Der Artikel versteht sich als Diskussionsbeitrag zum Selbstverständnis der institutionalisierten Medizingeschichte an den medizinischen Fakultäten in Deutschland. In Anlehnung an den in der neuen Approbationsordnung für Ärzte etablierten Querschnittsbereich „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“ (GTE) ist in der Fachwelt eine gewisse Tendenz zu verzeichnen, eher von scharf abgrenzbaren Fächern – insbesondere Medizingeschichte versus Medizinethik – auszugehen als von übergreifenden und kaum voneinander trennbaren Arbeitsfeldern, deren Implikationen aufeinander verweisen und perspektivisch ineinandergreifen. Der Autor plädiert für die letztere Einstellung

1 Vortrag im Rahmen des Wissenschaftlichen Symposiums zum Gedenken an Rolf Winau (25.2.1937- 15.7.2006) am 16. Februar 2007 in Berlin. Das Redemanuskript wurde leicht verändert, wobei der Vortragsstil insgesamt beibehalten wurde. Ich danke Johanna Bleker für wertvolle inhaltliche Hinweise.

und fordert eine stärkere Beachtung des „subjektiven Faktors“ in der Lehre, die dem einzelnen Dozenten einen großen Spielraum gewähren sollte.

Schlüsselwörter: Biomedizin – Bioethik (biomedical ethics) – Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin (GTE) – Medizingeschichte – medizinische Ethik, Lehre

In seinem Artikel „Der hippokratische Eid und die Probleme der Ethik in der modernen Medizin“ schrieb Rolf Winau (1997):

Wenn der Medizinstudent, wenn der junge Arzt mit den Problemen der Ethik in der Medizin vertraut gemacht werden soll, dann muß das Gespräch über ethische Fragen in der Medizin wieder möglich werden, disziplinär und interdisziplinär. Und deshalb kann Ethik in der Medizin auch nicht nur Gegenstand einer besonderen Vorlesung, gar der eines Theoretikers oder Philosophen sein. Sie muß ständiger Gegenstand in den einzelnen Fächern werden, nicht in ein Spezialkolleg abgeschoben, sondern stets gefragt und gefordert.²

Dieses Zitat eignet sich durchaus als Motto der folgenden Ausführungen. Zunächst möchte ich den Titel meines Beitrags präzisieren: „Ethik“ wird von mir nicht als Gebiet der (praktischen) Philosophie oder der (Moral)Theologie angesprochen, sondern meint Ethik in Lehre und Forschung als fachliches Element im Verbund einer medizinischen Fakultät. Das Verhältnis von Medizingeschichte und Ethik in der Medizin beschäftigt die Medizinhistoriker hierzulande explizit seit den 1970er Jahren, als im Zuge bestimmter Innovationen (u. a. in der Intensiv-, der Reproduktions- und der Transplantationsmedizin) die ethisch zulässigen Grenzen des medizinisch Machbaren vehement problematisiert wurden. Freilich haben sich auch schon frühere Generationen von (zumeist klinisch orientierten) Medizinhistorikern kritisch mit dem Denken und Handeln der modernen naturwissenschaftlichen Medizin auseinandergesetzt, wie etwa Richard Koch (1882-1949) oder Georg Honigmann (1863-1930) im Kontext der viel diskutierten „Krise der Medizin“ zur Zeit der Weimarer Republik.³

- 2 Rolf Winau: Der hippokratische Eid und die Probleme der Ethik in der modernen Medizin. In: Andreas Frewer; Rolf Winau (Hrsgg.): Geschichte und Theorie der Ethik in der Medizin (Grundkurs Ethik in der Medizin in vier Bänden; Bd. 1). Erlangen, Jena 1997, S. 15-35, hier: S. 34.
- 3 Michael Knipper: Medizin zwischen Wissenschaft und Heilkunst? Der Giessener Internist und Medizinhistoriker Georg G. Honigmann (1863-1930) und die „Krise der Medizin“ zur Zeit der Weimarer Republik. In: Ulrike Enke (Hrsg.): Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen: Institutionen, Akteure und Ereignisse von der Gründung 1607 bis ins 20. Jahrhundert. Stuttgart 2007, S. 369-394.

Seit der Etablierung der Medizingeschichte als akademisches Fach zu Anfang des 20. Jahrhunderts (in Deutschland) wurde immer wieder die Frage nach ihrer Nützlichkeit bzw. Legitimation insbesondere im Hinblick auf die klinische Medizin gestellt. So schrieb Paul Diepgen (1878-1966) – mit anderer Blickrichtung als Koch und Honigmann (s. o.) – im Jahre 1933: „Eine richtige medizinhistorische Vorlesung ist eine Fundgrube von Anregungen und Kenntnissen, die der künftige Arzt jeden Tag in der Praxis umsetzen kann.“⁴ Die entsprechenden historischen Argumentationen angesichts des gegenwärtigen „Legitimationszwangs“ hat Jürgen Helm kürzlich in einem Vortrag noch einmal zusammengefasst und kritisch beleuchtet.⁵ Die Indienstnahme der Medizingeschichte zur Affirmation der naturwissenschaftlichen Medizin bzw. Biomedizin und ihres Fortschritts erscheint heute im Sinne einer *whiggish history* obsolet.

Als Schüler von Eduard Seidler (Freiburg) gehöre ich jener Generation an, die eindrucksvoll erfahren hat, wie stark ethische Implikationen medizinhistorische Forschungen beeinflussen können – und umgekehrt. Manche Institute für Geschichte der Medizin – wie etwas das Freiburger oder das (West)Berliner – setzten sich damals selbstverständlich mit den aktuellen medizinethischen Fragen – oft mit aktiver Unterstützung durch andere Fakultätsmitglieder – auseinander, lange bevor der Ruf nach einer Institutionalisierung der Ethik laut wurde. In den 1990er Jahren schließlich verfestigte sich eine Situation, die einen leidigen Dualismus hervorbrachte: Geschichte und Ethik der Medizin wurden zunehmend als eigenständige Fächer postuliert. So weit, so gut. Dies hatte aber eine fatale Konsequenz: Vielerorts wurden nämlich beide Gebiete innerhalb der medizinischen Fakultäten als Alternative wahrgenommen und gegeneinander ausgespielt. Geschichte *oder* Ethik war hier die Frage, die von den Fakultäten recht unterschiedlich, nicht selten jedoch zu Lasten der Medizingeschichte, beantwortet wurde.

Die neue Approbationsordnung für Ärzte von 2002 bewirkte eine tief greifende Änderung der ärztlichen Ausbildung. So wurden im Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (§ 27) eine Reihe von so genannten „Querschnittsbereichen“, in denen Leistungsnachweise zu erbringen sind, eingeführt, darunter auch „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“, im Fachjargon kurz „GTE“ genannt. Entsprechend heißt es in § 1 der Approbationsordnung, die ärztliche Ausbildung

4 Paul Diepgen: Wie stehen wir in der Medizingeschichte? Praemedicus (Beiblatt der Deutschen Medizinischen Wochenschrift) Nr. 21 (1933), S. 2 [Sonderdruck]; zu Diepgens Einstellung vgl. Knipper [wie Fußn. 3], S. 384f.

5 Vortrag auf der Tagung „Medizingeschichte in Forschung und Lehre – aktuelle Perspektiven“ am 30. Juni 2006 in Mainz; erscheint voraussichtlich unter dem Titel: „Bedrohung oder Chance? Medizinhistorische Lehre im Querschnittsbereich Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“ im Medizinhistorischen Journal 2008..

solle die „geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes“ vermitteln. An fast allen medizinischen Fakultäten in der Bundesrepublik Deutschland existieren eigenständige Institute oder zumindest Miniabteilungen – wie immer sie im Einzelnen benannt sein mögen –, die sich der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgabe widmen. So sehr das curriculare Modul quantitativ für alle gleichermaßen vorgegeben ist, so unterschiedlich erscheint das wissenschaftliche Profil der einzelnen Institute. Dem spannungsreichen Verhältnis von Medizingeschichte und Ethik möchte ich im Folgenden in fünf Abschnitten nachgehen.

Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin: Eigenständige Fächer?

Die bei der Formulierung des Gesetzes wohl eher zufällig zustande gekommene komplexe Bezeichnung „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“ in der neuen Approbationsordnung sollte schwerwiegende Folgen für das Selbstverständnis der Akteure haben. Die drei Wörter – Geschichte, Theorie, Ethik – suggerierten nämlich das Vorhandensein von drei eigenständigen Disziplinen, und so entwickelte sich in der Folgezeit weniger die Vorstellung einer Dreifaltigkeit oder Trinität (einer Einheit in der Vielheit) als vielmehr die einer Fächer-Trias. So schrieb kürzlich Claudia Wiesemann, die derzeitige Präsidentin der Akademie für Ethik in der Medizin:

Medizinethik, Medizingeschichte und Medizintheorie sind in Deutschland erst seit kurzer Zeit eine Allianz eingegangen, die von vielen ihrer jeweiligen Fachvertreter mit Misstrauen beäugt wird. Nicht ohne Grund fürchten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aller dreier Disziplinen, in ihrer jeweiligen Besonderheit nicht berücksichtigt und von den anderen Fächern vereinnahmt zu werden.⁶

Die drei miteinander konkurrierenden Disziplinen seien klar voneinander abgrenzbar: Die Medizingeschichte frage

nach der Vergangenheit, die Medizintheorie nach der Gegenwart und die Medizinethik nach der Zukunft der Heilkunde. Geschichte und Theorie analysieren ein Sein, die Ethik ein Sollen. Die Geschichte geht induktiv vor, die Ethik – in der Regel – deduktiv.⁷

So einleuchtend diese Aussagen zunächst erscheinen mögen, so problematisch sind sie bei näherem Hinsehen (was hier nicht im Einzelnen dargelegt werden kann). Freilich nimmt Wiesemann am Ende ihrer Betrachtung die Abgrenzung der drei Fächer wieder ein Stück weit zurück: Sie würden sich dort überschnei-

6 Claudia Wiesemann: Die Beziehung der Medizinethik zur Medizingeschichte und Medizintheorie. *Ethik in der Medizin* 18 (2006), S. 337-341, hier: S. 337.

7 Ebd.

den, „wo es um die angemessene Berücksichtigung der Lebenswirklichkeit der Handelnden im Gesundheitswesen und dessen sozialen und kulturellen Wandel geht“. Ja, in ihrem Schlusssatz ist sogar von der „Zukunft des [!] Fachs ‘Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin’“ explizit die Rede.⁸

Doch was bedeutet eine solche Redeweise von drei wissenschaftlichen Fächern? Gehen wir zunächst von der Medizingeschichte, genauer: der Medizingeschichtsschreibung, aus. Bisher hat sie sich einer methodologischen wie inhaltlichen Engführung entzogen und zeigt einen bemerkenswerten Pluralismus unterschiedlicher Forschungsansätze. Zum Beispiel: Der romanistische Philologe, der sich mit Volksmedizin und Magie in der Frühen Neuzeit auseinandersetzt; der Arzt und Theologe, der sich vor dem Hintergrund medizinethnologischer Studien mit der Kulturalisierung der Medizin im Horizont der Zeitgeschichte befasst; der Neuhistoriker, der eine archivalische Bestandsaufnahme der Fakultätsgeschichte durchführt; der ideengeschichtlich orientierte Medizinhistoriker mit ärztlicher und philosophischer Ausbildung, der sich psychiatriehistorischen und medizinanthropologischen Fragestellungen zuwendet – sie alle betreiben Medizingeschichte. Und sie alle können unter dem Dach eines entsprechenden Instituts kooperieren, nicht nur in der Lehre, sondern auch in der Forschung. Wer die Strategie homogener Arbeitsgruppen mit gemeinsamem Arbeitsprogramm nach dem Vorbild der Naturwissenschaften verfolgt, wird eine solche Gemengelage vielleicht als unerträglich empfinden; wer dagegen Freude an interdisziplinärer Kooperation hat und heterogene Ansätze in einem kooperativen Arbeitsklima als anregend und bereichernd wahrnimmt, wird gerade von dieser Situation profitieren und sie genießen können.

Auf das zweite Glied der Trias „Theorie“ (Theorie der Medizin) möchte ich hier nicht näher eingehen. In der Regel wird es als Wissenschaftstheorie aufgefasst. Es gibt sicherlich einzelne Ansätze zu einer solchen Wissenschaftstheorie der Medizin.⁹ Aber handelt es sich deshalb bereits um ein eigenständiges Fach? Unter „Theorie der Medizin“ könnten wir ebenso auch philosophische, kultur- und medizinanthropologische, phänomenologische Ansätze subsumieren, welche die „geistigen Grundlagen [...] ärztlichen Verhaltens“ betreffen, von denen in der Approbationsordnung die Rede ist.

Aber wie steht es nun mit der „Ethik“ (Ethik der Medizin)? Kürzlich unterstrich Gerald Neitzke noch einmal deren Eigenständigkeit: Ziel und Absicht der zunehmenden Integration der Ethik ins Medizinstudium sei „die Etablierung

8 Ebd., S. 341.

9 Vor allem wäre hier auf einen Schwerpunkt des Münsteraner Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin zu verweisen; ein weiterer Ansatz bietet das Center for Advanced Central European Studies mit dem Arbeitskreis „Ethik und Wissenschaftstheorie der Medizin“ an der Universität Viadrina Frankfurt/Oder.

von Ethik als methodisch und inhaltlich eigenständiges Fach im Curriculum“.¹⁰ Und im Hinblick auf den Querschnittsbereich GTE spricht er von einer „Fächertrias“, von der die Ethik derzeit einen Anteil von durchschnittlich 40% in der Lehre habe.¹¹ Angesichts der zweidimensionalen Struktur des Medizinstudiums – Vermittlung von Kenntnissen und Fakten *versus* Förderung von praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten (*skills*) – gehöre Ethik zu letzterer Zielsetzung. Schließlich gehe es hierbei um die Lösung moralischer und nicht naturwissenschaftlicher Probleme.¹²

Wohin gehört aber, so wäre zu fragen, die Medizingeschichte (oder auch die Medizintheorie) bei dieser Einteilung? Hat sie vorwiegend Kenntnisse und Fakten zu vermitteln? Wenn wir die Empfehlungen des Fachverbands Medizingeschichte zu einem „Kerncurriculum Medizingeschichte“ von 2003 zugrunde legen, ist die Frage klar zu verneinen. Hat die Medizingeschichte andererseits praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln? Sicherlich nicht im Sinne der klinischen Praxis. Freilich kann Medizingeschichte als eine gewisse Art des Philosophierens unter bestimmten Voraussetzungen dazu beitragen, dass Studierende gemeinsam lernen, Kenntnisse und Fakten kritisch zu reflektieren, was sich auch auf ihre praktischen Fähigkeiten auswirkt, ja selbst bereits eine Form der Praxis darstellt. Und warum sollte die Medizinethik etwas grundsätzlich anderes anstreben?

Eine schematische Dichotomie zwischen *knowledge* und *skills* – traditionell gesprochen: zwischen *scientia* und *experientia* – ist dazu angetan, die notwendige Dialektik von theoretischem Wissen und existentieller Erfahrung in der ärztlichen Ausbildung zu verkennen. So wird in der medizinethischen Debatte gerne das Klischee vom praxisfernen, allgemein spekulierenden Philosophen gegen das Klischee vom philosophisch unbedarften, aber in seiner Praxis aufgehenden Arzt ins Feld geführt, wie dies kürzlich in einer (in ihrer Rhetorik sehr englisch erscheinenden) Kontroverse zum Ausdruck kam.¹³

Medizinethik heute: Das kanonisierte Spektrum

Die etablierte medizinische Ethik bzw. Bioethik (*biomedical ethics*) versteht sich heute als eine ständige Begleiterin der Biomedizin. Giovanni Maio hat auf die

10 Gerald Neitzke: Ethik im Medizinstudium – Entwicklungen und Herausforderungen. Ethik in der Medizin 18 (2006), S. 374-378, hier: S. 374.

11 Ebd., S. 375.

12 Ebd., S. 377.

13 Christopher Cowley (University of East Anglia): Why Medical Ethics Should Not Be Taught by Philosophers. Discourse: Learning and Teaching in Philosophical and Religious Studies 5

unterschiedlichen Wurzeln des Begriffs *bioethics* hingewiesen, der um 1970 auftauchte. Der amerikanische Onkologe Van Rensselaer Potter (1911-2001), ein namhafter Unitarier, wollte ihn als einen „Brückenschlag zwischen Metaphysik und Naturwissenschaft“ verstehen, um den Fortbestand von Mensch und Natur gleichermaßen zu sichern. Diesem umfassenden ökologischen Ansatz stand derjenige von André Hellegers gegenüber, der 1971 an der Georgetown University das „Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics“ gründete, das sich ganz auf die medizinische Problematik richtete und schließlich zum Vorbild für Nachahmer in aller Welt wurde.¹⁴

Diese Bioethik als „spezifisch amerikanisches Produkt“ (Maio) entstand gleichzeitig mit dem Aufkommen von Reproduktions-, Transplantations- und molekularer Medizin. Sie ging von der Autonomie des Individuums als dem höchsten Wert aus und orientierte sich pragmatisch an den konsensfähigen „Prinzipien mittlerer Reichweite“ (Beauchamp und Childress)¹⁵ im Sinne einer angewandten Ethik: Diese beanspruche, „durch die Anwendung mittlerer Prinzipien auf die konkrete Situation das normative Raster ethischer Entscheidungen sichtbar zu machen.“¹⁶ Die Mangelhaftigkeit dieser Position ist verschiedentlich festgestellt worden: als positivistisches und reduktionistisches Denkmuster oder als ideologisches Konstrukt. Insbesondere wurde kritisiert, dass sie den kulturhistorischen Kontext vernachlässige. In diesem Zusammenhang wird dann der Ruf nach der Medizingeschichte laut und so wird Eduard Seidlers mehr als 30 Jahre altes Votum, wonach Medizingeschichte ein „unentbehrliches Instrumentarium für die Offenlegung der Probleme des gegenwärtigen Systems der theoretischen und praktischen Medizin“ sein solle, hie und da wieder aufgegriffen.¹⁷

(no. 1, Autumn 2005), S. 50-63; hierzu die kritische Entgegnung: Andrew Fisher (University of Nottingham): Why Shouldn't Philosophers Teach Medical Ethics? Discourse: Learning and Teaching in Philosophical and Religious Studies 6 (no. 2, Spring 2007) S. 227-236.

14 Vgl. Giovanni Maio: Entwicklungen und Grenzen der „Bioethik“ und deren Implikationen für einen Beitrag der Geschichte an einer zeitgenössischen Ethik in der Medizin. In: Richard Toellner; Urban Wiesing (Hrsgg.): Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation [...]. (Medizin-Ethik; 10) Stuttgart u. a. 1997, S. 91-110, hier: S. 92-95.

15 Tom L. Beauchamp und James F. Childress: Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford 1994.

16 Maio [wie Anm. 14], S. 99.

17 Eduard Seidler: Gedanken zur Funktion der historischen Methode in der Medizin. Medizinische Klinik 70 (1975), S. 726-731; vgl. hierzu Maio [wie Fußn. 14], S. 106; im Hinblick auf seine Studie zur Ethik des Humanexperiments spricht Maio von der „Verbindung der philosophischen Überlegungen mit der historischen Untersuchung“, die für ethische Fragestellungen „sensibilisieren“ könne, vgl. Giovanni Maio: Ethik der Forschung am Menschen. Zur Begründung der Moral in ihrer historischen Bedingtheit. (Medizin und Philosophie; Bd. 6) Stuttgart-Bad Cannstatt 2002, S. 321.

von Ethik als methodisch und inhaltlich eigenständiges Fach im Curriculum“.¹⁰ Und im Hinblick auf den Querschnittsbereich GTE spricht er von einer „Fächertrias“, von der die Ethik derzeit einen Anteil von durchschnittlich 40% in der Lehre habe.¹¹ Angesichts der zweidimensionalen Struktur des Medizinstudiums – Vermittlung von Kenntnissen und Fakten *versus* Förderung von praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten (*skills*) – gehöre Ethik zu letzterer Zielsetzung. Schließlich gehe es hierbei um die Lösung moralischer und nicht naturwissenschaftlicher Probleme.¹²

Wohin gehört aber, so wäre zu fragen, die Medizingeschichte (oder auch die Medizintheorie) bei dieser Einteilung? Hat sie vorwiegend Kenntnisse und Fakten zu vermitteln? Wenn wir die Empfehlungen des Fachverbands Medizingeschichte zu einem „Kerncurriculum Medizingeschichte“ von 2003 zugrunde legen, ist die Frage klar zu verneinen. Hat die Medizingeschichte andererseits praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln? Sicherlich nicht im Sinne der klinischen Praxis. Freilich kann Medizingeschichte als eine gewisse Art des Philosophierens unter bestimmten Voraussetzungen dazu beitragen, dass Studierende gemeinsam lernen, Kenntnisse und Fakten kritisch zu reflektieren, was sich auch auf ihre praktischen Fähigkeiten auswirkt, ja selbst bereits eine Form der Praxis darstellt. Und warum sollte die Medizinethik etwas grundsätzlich anderes anstreben?

Eine schematische Dichotomie zwischen *knowledge* und *skills* – traditionell gesprochen: zwischen *scientia* und *experientia* – ist dazu angetan, die notwendige Dialektik von theoretischem Wissen und existentieller Erfahrung in der ärztlichen Ausbildung zu verkennen. So wird in der medizinethischen Debatte gerne das Klischee vom praxisfernen, allgemein spekulierenden Philosophen gegen das Klischee vom philosophisch unbedarften, aber in seiner Praxis aufgehenden Arzt ins Feld geführt, wie dies kürzlich in einer (in ihrer Rhetorik sehr englisch erscheinenden) Kontroverse zum Ausdruck kam.¹³

Medizinethik heute: Das kanonisierte Spektrum

Die etablierte medizinische Ethik bzw. Bioethik (*biomedical ethics*) versteht sich heute als eine ständige Begleiterin der Biomedizin. Giovanni Maio hat auf die

10 Gerald Neitzke: Ethik im Medizinstudium – Entwicklungen und Herausforderungen. *Ethik in der Medizin* 18 (2006), S. 374-378, hier: S. 374.

11 Ebd., S. 375.

12 Ebd., S. 377.

13 Christopher Cowley (University of East Anglia): Why Medical Ethics Should Not Be Taught by Philosophers. *Discourse: Learning and Teaching in Philosophical and Religious Studies* 5

unterschiedlichen Wurzeln des Begriffs *bioethics* hingewiesen, der um 1970 auftauchte. Der amerikanische Onkologe Van Rensselaer Potter (1911-2001), ein namhafter Unitarier, wollte ihn als einen „Brückenschlag zwischen Metaphysik und Naturwissenschaft“ verstehen, um den Fortbestand von Mensch und Natur gleichermaßen zu sichern. Diesem umfassenden ökologischen Ansatz stand derjenige von André Hellegers gegenüber, der 1971 an der Georgetown University das „Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics“ gründete, das sich ganz auf die medizinische Problematik richtete und schließlich zum Vorbild für Nachahmer in aller Welt wurde.¹⁴

Diese Bioethik als „spezifisch amerikanisches Produkt“ (Maio) entstand gleichzeitig mit dem Aufkommen von Reproduktions-, Transplantations- und molekularer Medizin. Sie ging von der Autonomie des Individuums als dem höchsten Wert aus und orientierte sich pragmatisch an den konsensfähigen „Prinzipien mittlerer Reichweite“ (Beauchamp und Childress)¹⁵ im Sinne einer angewandten Ethik: Diese beanspruche, „durch die Anwendung mittlerer Prinzipien auf die konkrete Situation das normative Raster ethischer Entscheidungen sichtbar zu machen.“¹⁶ Die Mangelhaftigkeit dieser Position ist verschiedentlich festgestellt worden: als positivistisches und reduktionistisches Denkmuster oder als ideologisches Konstrukt. Insbesondere wurde kritisiert, dass sie den kulturhistorischen Kontext vernachlässige. In diesem Zusammenhang wird dann der Ruf nach der Medizingeschichte laut und so wird Eduard Seidlers mehr als 30 Jahre altes Votum, wonach Medizingeschichte ein „unentbehrliches Instrumentarium für die Offenlegung der Probleme des gegenwärtigen Systems der theoretischen und praktischen Medizin“ sein solle, hie und da wieder aufgegriffen.¹⁷

(no. 1, Autumn 2005), S. 50-63; hierzu die kritische Entgegnung: Andrew Fisher (University of Nottingham): Why Shouldn't Philosophers Teach Medical Ethics? *Discourse: Learning and Teaching in Philosophical and Religious Studies* 6 (no. 2, Spring 2007) S. 227-236.

14 Vgl. Giovanni Maio: Entwicklungen und Grenzen der „Bioethik“ und deren Implikationen für einen Beitrag der Geschichte an einer zeitgenössischen Ethik in der Medizin. In: Richard Toellner; Urban Wiesing (Hrsgg.): *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation [...]*. (Medizin-Ethik; 10) Stuttgart u. a. 1997, S. 91-110, hier: S. 92-95.

15 Tom L. Beauchamp und James F. Childress: *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford 1994.

16 Maio [wie Anm. 14], S. 99.

17 Eduard Seidler: Gedanken zur Funktion der historischen Methode in der Medizin. *Medizinische Klinik* 70 (1975), S. 726-731; vgl. hierzu Maio [wie Fußn. 14], S. 106; im Hinblick auf seine Studie zur Ethik des Humanexperiments spricht Maio von der „Verbindung der philosophischen Überlegungen mit der historischen Untersuchung“, die für ethische Fragestellungen „sensibilisieren“ könne, vgl. Giovanni Maio: *Ethik der Forschung am Menschen. Zur Begründung der Moral in ihrer historischen Bedingtheit*. (Medizin und Philosophie; Bd. 6) Stuttgart-Bad Cannstatt 2002, S. 321.

Wenn wir die Inhaltsangaben und Gegenstandskataloge gegenwärtiger Lehrbücher und Curricula der Medizinethik ansehen, so ist von der Medizingeschichte als einem unentbehrlichen Instrumentarium indes kaum mehr die Rede. Es ist üblich, die Klinische Ethik von der Forschungsethik abzugrenzen, wobei erstere auch als „ärztliche Ethik“ und letztere als „Bioethik“ bezeichnet wird. In der Klinischen Ethik sieht der Gegenstandskatalog etwa folgendermaßen aus: Patientenaufklärung und ärztliche Schweigepflicht, Entscheidungen am Lebensanfang und Lebensende; Patientenverfügungen, Ressourcenverteilung, Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung.¹⁸ Bei der Forschungsethik sind die Standardthemen Tierversuche, Menschenversuche mit dem Sonderproblem der Forschung an Nichteinwilligungsfähigen sowie die Forschung mit menschlichen embryonalen Stammzellen.¹⁹ Es handelt sich hierbei um einen klar umrissenen Kanon von Gegenständen im Sinne eines *core curriculum*, wie es die AEM vor wenigen Jahren vorgelegt hat.²⁰

Affirmative oder kritische Einstellung gegenüber der Biomedizin?

Allenthalben kann man hören, dass die ethischen Probleme aus dem unerhörten Fortschritt der Medizin erwachsen seien. Demnach solle Medizinethik die bedrohlich erscheinenden Umwälzungen der Medizin kulturell einholen und gewissermaßen moralisch zähmen. „Mit dem wissenschaftlich-technischen Fortschritt der Medizin muß eine gleichwertige Entwicklung der moralischen Kompetenz einhergehen“, heißt es in einem entsprechenden Positionspapier der Konrad-Adenauer-Stiftung von 1998.²¹ Analoge Aussagen finden sich regelmäßig und

18 Vgl. Andreas Frewer; Rolf Winau (Hrsgg.): Grundkurs Ethik in der Medizin. 4 Bde. Erlangen 1997-2005; Christian Hick (Hrsg.): Klinische Ethik. Unter Mitarbeit von Michael Gommel [...]. Heidelberg 2007.

19 Vgl. Urban Wiesing; Alfred Simon; Dietrich von Engelhardt (Hrsgg.): Ethik in der medizinischen Forschung. Stuttgart, New York 2000; speziell zur Problematik der Stammzellforschung vgl. das umfassende Werk von Thomas Heinemann: Klonieren beim Menschen. Analyse des Methodenspektrums und internationaler Vergleich der ethischen Bewertungskriterien. (Studien zu Wissenschaft und Ethik; 1) Berlin u. a. 2005.

20 Siehe Nikola Biller-Andorno et al.: Lehrziele „Medizinethik im Medizinstudium“. Ethik in der Medizin 15 (2003), S. 117-121. – Vgl. u. a. Hans-Martin Sass (Hrsg.): Medizin und Ethik. Stuttgart 1989; Urban Wiesing (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Stuttgart 2004; Ortrun Riha: Ethik in der Medizin. Eine Einführung. (Schriftenreihe des Instituts für Ethik in der Medizin e. V.; Bd. 1) Aachen 1998.

21 Felix Anschütz et al.: Medizinische Ethik in der ärztlichen Ausbildung. St. Augustin 1998 (Konrad-Adenauer-Stiftung; Interne Studie Nr. 176/1998), S. 7.

stereotyp in der einschlägigen Literatur.²² Sie suggerieren, dass Ethik eine Folgeerscheinung des Fortschritts darstellt und ohne diesen Fortschritt für Ethik kaum Bedarf entstanden wäre. Diese Einstellung ist kennzeichnend für die weit verbreitete Begleit- oder Vermittlungsethik, wie ich sie hier einmal so bezeichnen möchte. Sie macht es sich zur Aufgabe, den wissenschaftlich-technischen Fortschritt zu begleiten und seine Zumutungen und Schrecken zu vermitteln und durch kommunikative Regelwerke annehmbar zu machen.²³ Ein solcher Ansatz stellt das historisch und kulturell bedingte Menschenbild der Biomedizin *vor* der betreffenden Neuerung und *außerhalb* seiner praktischen Reichweite nicht mehr in Frage. Insofern fällt auf die Ethik selber noch ein wenig der Glanz der Fortschrittlichkeit und Innovation der Hightechmedizin. Dies mag unter anderem erklären, warum es offenbar attraktiver ist, sich mit dem Status des Embryos in der Reproduktionsmedizin zu befassen, als das Thema Armut und Krankheit in Altenheimen zu bearbeiten.

Im Diskurs der medizinischen Ethik fallen einige „blinde Flecken“ auf, die sich allerdings auch in der Medizingeschichtsschreibung bemerkbar machen. Ich darf im Folgenden auf einige wenige Skotome hinweisen, die mit der Frage des Menschenbildes zusammenhängen.

(a) Es ist auffallend, wie wenig im gesamten Bereich von GTE über die Begriffe „Natur“ und „Geist“ reflektiert wird. So sind die klassischen Fragen der Naturphilosophie offenbar völlig belanglos geworden, wie sie etwa in Medizin und Naturforschung in Renaissance und Früher Neuzeit aufgeworfen wurden: Was bedeutet irdisches Leben im Kosmos? Wie verhalten sich organische und anorganische Natur zueinander? Wie ist das Verhältnis von Mensch und Welt (Mikrokosmos und Makrokosmos) beschaffen? Wie begegnen sich tierische und geistige Natur im Menschen? Ist schon der Begriff der Natur für die Biomedizin ein blinder Fleck, so gilt dies umso mehr für den Begriff des Geistes. Der Bonner Philosoph Wolfram Högrefe hat dies polemisch auf die Formel gebracht:

Im Stile einer Renaissance des 19. Jahrhunderts propagiert man heute, nur um dem Geist ausweichen zu können, Life Sciences, Lebenswissenschaften. Sie sollen die Geisteswissen-

22 Z. B.: „Die durch wissenschaftliche und technische Fortschritte in der Medizin aufgeworfenen ethischen Fragestellungen sind hoch brisant und zum Gegenstand öffentlicher und politischer Debatten geworden“, vgl. Karl. H. Wehkamp: Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderungen der Ökonomie. (Berliner Medizinethische Schriften; H. 49) Berlin 2004, S. 3; ein anderer Autor meint, Ethik-Projekte seien DFG-förderwürdig geworden, weil „die medizinischen Fortschritte der letzten Jahre und Jahrzehnte vielfach auch unerwünschte Nebenwirkungen hervorgebracht [...] haben“, vgl. Wolfgang Tress und Michael Langenbach (Hrsgg.): Ethik in der Psychotherapie. Göttingen 1999, S. 10.

23 Zur Auffassung von medizinethischer Beratung als „Begleitung“ technischer Neuerungen vgl. Heinz Schott: „Ethik des Heilens“ versus „Ethik der Menschenwürde“. Eine kritische Betrachtung jenseits von Pro und Kontra. Deutsches Ärzteblatt 99 (2002; H. 4), S. A-172-175.

schaften unnötig machen. [...] Was braucht man Geist, wenn man die Gene hat, mit denen Geld zu machen ist? [...] Wenn wir jemanden fragen ‚Wer bist du?‘, dann fragen wir nicht nach seinen Genen, sondern nach seiner geschichtlichen Identität, über die er zugleich immer auch hinaus ist.²⁴

Der Begriff des Geistes ist für den Diskurs der Biomedizin offensichtlich bedeutungslos, auch (und gerade!) wenn manche Neurowissenschaftler dem erstaunten Fernsehpublikum demonstrieren, wie man dem Geist mit Hilfe bildgebender Verfahren bei der Arbeit zuschauen könne.²⁵

(b) Ebenso auffallend ist, dass die Begriffe „Leben“, „Sterben“ und „Tod“, die ja im Zentrum medizinethischer Problematik stehen, im Diskurs der Experten merkwürdig blass erscheinen. Entsprechende Termini wie „Lebensqualität“, „Sterbehilfe“, „Hirntod“ gehen letztlich von medizinischen Vorstellungen und Handlungsoptionen aus, die eng mit allgemein anerkannten Wertvorstellungen (*common sense*) verbunden, ja mit diesen weitgehend identisch sind. Der Lebensbegriff ist ganz auf das individuelle menschliche Dasein (im Hier und Jetzt) eingegrenzt. Wie steht es aber mit den anderen Lebewesen, den Tieren – ganz abgesehen von den Pflanzen und dem Kosmos schlechthin? Das Tier ist in der Biomedizin zum reinen Versuchsobjekt, zum „Tiermodell“ geworden, während gleichzeitig der Mensch in der neodarwinistischen Sicht vieler Molekularbiologen dem Tier immer verwandter erscheint. Doch ungeachtet biologistischer Ideologie ist der Mensch im Zeitalter der molekularen Biomedizin sozusagen blind für seine tierische Natur geworden, hat er das Tier in sich vergessen. Es sei hier an Franz Kafkas erschütternde Erzählungen „Ein Bericht für eine Akademie“ und „Die Verwandlung“ erinnert. Es ist eine *crucial question*: Wie viel Tierisches steckt im Menschen und wie viel Menschliches im Tier? Albert Schweitzers Maxime einer „Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben“ ist in meinen Augen von fundamentaler Bedeutung.

Angesichts der Ausblendung solcher Fragestellungen, die wir allgemein der medizinischen Anthropologie zurechnen können, nimmt es nicht wunder, wenn im gegenwärtigen Diskurs wirkmächtige Autoren wie Paracelsus, Albert Schweitzer oder Sigmund Freud nicht sonderlich beachtet werden.²⁶ Diese blinden Flecken betreffen wohlgerne den gesamten Bereich von GTE. Aber sie

24 Zit. n. H. Schott, ebd.

25 Siehe die entsprechende DVD Gehirn und Geist mit Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer, Vol.1, Folge 14: „Bilder des lebendigen Geistes“. Der Werbetext des Fernsehsenders BR-alpha hierzu lautet: „Heute können Wissenschaftler Bilder vom ‚Geist‘ machen und dabei die subtilsten Gefühle erfassen.“

26 In dem oben zitierten grundlegenden Werk „Principles of Biomedical Ethics“ von Beauchamp und Childress [wie Fußn. 15] werden Paracelsus und Freud gar nicht erst erwähnt; Schweitzer wird nur in einem einzigen Satz gestreift: „Examples of prominent moral saints include St. Francis, Mother Theresa, and Albert Schweitzer.“ (S. 47)

fallen besonders peinlich dort ins Gewicht, wo die ausgeblendeten, verdrängten Inhalte eine entscheidende Rolle spielen könnten und sollten, nämlich bei Fragen, welche die Medizinethik in ihrem innersten Kern berühren. Was soll hier „innerster Kern“ bedeuten? Ganz sicher nicht die routinemäßige Kontrolle der Patientenaufklärung im Antrag zu einem geplanten Arzneimittelversuch durch eine Ethik-Kommission, ebenso wenig die Frage nach der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe bei einer Multiple-Choice-Prüfung oder das korrekte Abheften und Vermerken einer Patientenverfügung bei der stationären Aufnahme – so unverzichtbar entsprechende Standards im medizinischen Alltag auch sein mögen. Vielmehr meine ich das Denken und Handeln der einzelnen Ärzte und Pflegekräfte in der alltäglichen klinischen Praxis, die Qualität der Mitmenschlichkeit und den notwendigen Spielraum, der ihnen im Umgang mit ihren Patienten gewährt wird.

Warum *Medical Humanities* nicht als Chance für die Lehre begreifen?

Bei der Durchführung des GTE-Pflichtunterrichts, wie immer er strukturiert sei, mögen sich vielleicht die Powerpoint-Präsentationen und der Seminarstil inhaltlich im einzelnen unterscheiden, die Situation, Hundertschaften von Studierenden in recht knappem Zeitfenster das vorgeschriebene Modul in abprüfbarer Form darzubieten, führt – so behaupte ich – zu recht ähnlichen Vermittlungsproblemen. So wird inzwischen die Lehre in einzelnen Fächern vielerorts auf ein halbes Semester komprimiert (mit einer Prüfungswoche in der Mitte und am Ende des Semesters), und der Gruppenunterricht wird nicht selten in ein einmaliges Blockseminar gepackt.²⁷ Machen wir uns nichts vor: Eine optimal wirkende Vorlesung, die vom Auditorium während der Dauer eines Semesters systematisch rezipiert und nachbereitet werden kann, ist unter den gegebenen curricularen Verhältnissen ebenso wenig realisierbar, wie nachhaltig wirkende Seminare bzw. Übungen in kleineren Gruppen, deren Stoff von den Teilnehmern in Ruhe und mit Energie kontinuierlich über einen längeren Zeitraum hin gemeinsam erarbeitet wird. Umso wichtiger ist es, unter solchen Umständen erst einmal überhaupt Interesse und vielleicht sogar Begeisterung bei den Studierenden zu wecken. So kann es durchaus gelingen, diese zu eigenem Nachdenken anzuregen und ihnen eine Vorstellung von der (nicht zuletzt historischen) Relativität der gegenwärtigen Universitätsmedizin zu vermitteln.

27 Ein erster Überblick findet sich bei Mareike Möller; Gerald Neitzke; Sigrid Stöckel; Brigitte Lohff; Andreas Frewer: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: Ergebnisse einer Umfrage zur Lehre an deutschen Hochschulen. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 23/2 (2006), Doc38.

In inhaltlicher und methodologischer Hinsicht lässt sich der Querschnittsbereich GTE den *Medical Humanities* zuordnen, wobei dieser angelsächsische Begriff, der zumeist Literatur und Kunst im medizinischen Kontext meint, sicher zu eng gefasst wäre. Wir sollten deshalb vielleicht besser von Kulturwissenschaften in der Medizin, von *humanities* oder *cultural studies in medicine* sprechen. Wie soll nun GTE gelehrt werden? Obwohl uns die Approbationsordnung keinerlei inhaltliche Vorgaben macht – sehen wir einmal von den vagen Termini Geschichte, Theorie, Ethik ab – schwebt bei den Diskussionen in den betroffenen Fachzirkeln²⁸ doch irgendwie das Leitbild eines einheitlichen und umfassenden *core curriculum* im Raum, möglicherweise mit einer prozentualen Zuteilung der Lehranteile, z. B. 40% Geschichte, 20% Theorie, 40% Ethik. Wohlgermerkt: Kein Gesetz, keine Kommission, keine zentrale Instanz schreibt so etwas vor, gleichwohl hat sich ein solches Proporzdenken in den Köpfen vieler Dozenten unterschiedlicher Provenienz (leider) festgesetzt.

Ich plädiere hier für einen Unterricht²⁹, der dem „subjektiven Faktor“, dem wissenschaftlichen Profil des jeweiligen Dozenten entsprechen sollte. Dieser sollte es sich dabei zur Aufgabe machen, GTE entsprechend seiner eigenen Qualifikation und Überzeugung „aus einem Guss“ zu thematisieren. Wenn er dabei gezielt mit Kollegen kooperieren kann, die komplementäre Forschungsschwerpunkte und/oder didaktische Methoden einsetzen, umso besser! In jedem Falle sollte klar werden: Medizingeschichte impliziert immer ethische Fragestellungen, wie auch umgekehrt die Auseinandersetzung mit aktuellen medizinethischen Problemen immer in der einen oder anderen Weise auf ihre (medizin)historische Relativierung angewiesen ist.

Es ist nützlich, einmal die Dinge von außen zu betrachten. Der Londoner Medizinhistoriker Vivian Nutton betonte jüngst im Hinblick auf die Vermittlung der Lehre des antiken griechischen Arztes Galen den subjektiven Faktor im Unterricht und sagte emphatisch: „*How we teach, not what (which period) we teach is important! [...] If we cannot explain, why we are interested, we should go home!*“³⁰ In einem Brief schrieb er mir kürzlich:

The UK situation is so very different, both in the type of student we have and in the absence of any organised national curriculum, whether in medicine or in medical history, that we begin from standpoints that are miles apart. What is taught depends almost entirely on the ability of the lecturer to gain and hold an audience, and very few places offer a comprehensive survey of the sort once envisaged in Germany.³¹

28 Gemeint sind hier in erster Linie der „Fachverband Medizingeschichte“ und die „Akademie Ethik in der Medizin“ (AEM).

29 Dies gilt meines Erachtens *cum grano salis* auch für die Forschung.

30 Vortrag am 30. Juni 2006 in Mainz, im Rahmen des Symposiums „Medizingeschichte in Forschung und Lehre: aktuelle Perspektiven“, organisiert vom Fachverband Medizingeschichte e. V. [Mitschrift H. S.].

31 Brief vom 9. Januar 2007 an den Autor.

Dass nur ein von seinem Stoff begeisterter Dozent seine Studenten begeistern kann – eine Grundvoraussetzung jeder guten Lehre – steht für mich außer Frage. Doch schöpfen wir die Möglichkeiten des GTE-Unterrichts im Sinne der *medical humanities* auch wirklich aus? Können wir jene Standpunkte, welche wir durch unsere eigene Forschung gewonnen haben, wirklich mit Begeisterung in die Lehre einbringen? Droht angesichts von selbst gebastelten *core curricula* nicht ein permanent schlechtes Gewissen, wenn wir nicht den Standard-Katalog abarbeiten, sondern uns stattdessen von eigenen Forschungsschwerpunkten und persönlichen Interessen leiten lassen und uns etwa der Lektüre von Romanen, der Betrachtung von Gemälden, dem Verfassen von Gedichten oder dem Besprechen eigenen Erlebens zuwenden? Warum sollte der psychologisch ausgebildete GTE-Dozent in der Lehre nicht die Methode der Balint-Gruppen-Arbeit nutzen und der philosophisch ausgebildete die Methode philosophischer Textinterpretation und Begriffsanalyse? Warum soll sich der historisch ausgebildete Dozent nicht die Sprache der schriftlichen Zeugnisse und Augenzeugen problematisieren und der ärztlich ausgebildete die oft missverstandene Sprache bzw. Sprachlosigkeit des Patienten? Oder, um auf Vivian Nutton zurückzukommen: Warum soll der Galenforscher seinen Unterricht nicht auf die Geschichte des Galenismus fokussieren? Ich habe den Eindruck, dass hierzulande die Bedeutung des subjektiven Faktors als Qualitätsmerkmal der Lehre viel zu sehr ausgeblendet, ja, negiert wird.

„Gewissensbildung“ als pädagogische Utopie

Wir erleben derzeit einen radikalen Umbruch im Gesundheitswesen. Wurde noch vor zehn Jahren die Überversorgung, das Zuviel an medizinischen Maßnahmen als ethische Herausforderung gesehen, so sollte heute nach meinem Dafürhalten eher die Unterversorgung, das Zuwenig problematisiert werden. Modische Stichwörter sind Kundenorientierung, Selbstverantwortung, Ökonomisierung, Wettbewerb.³² Die Folgen für die Patienten, aber auch die für die Ärzte, sind enorm. Die jüngsten Ärztestreiks zeigen, dass gerade die Jüngeren unter diesem als schmerzlich empfundenen Umbruch leiden: Nicht nur deshalb, weil sie für ihre Dienste schlecht entlohnt werden, sondern auch, weil sie angesichts ihres Arbeitsalltags, wo Bürokratismus ärztliches Denken und Handeln zu ersticken droht, in ihrem ärztlichen Selbstverständnis erschüttert werden.

32 Vgl. Heinz Schott: Wettbewerb im Gesundheitswesen? Medizin- und kulturhistorische Anmerkungen. Westfälisches Ärzteblatt 04/2007, S. 16-18; Klaus Bergdolt: Ärzte und Wettbewerb. Westfälisches Ärzteblatt 12/2007, S. 46-50.

Im Vokabular der medizinischen Ethik ist viel die Rede von Qualitätssicherung, Gesundheitsmanagement, ethischem Pluralismus, Autonomie, Patientenrecht usw. Der altmodische Begriff „Gewissen“, ein Zentralbegriff der philosophischen Anthropologie, ist offenbar weniger griffig und findet im Rahmen der ärztlichen Ausbildung kaum Beachtung. Wie der romantische Naturphilosoph und Arzt Gotthilf Heinrich Schubert (1780-1860) in seinem Hauptwerk „Die Symbolik des Traumes“ (1814) darlegte, könne der sich selbst (d. h. von seiner göttlichen Natur) entfremdete Mensch durch das Hören auf die Sprache des Gewissens die verlorenen Kräfte wiedergewinnen.³³ Wenige Jahre zuvor schrieb Wilhelm von Humboldt in seinem Bericht an den König: „Es gibt schlechterdings gewisse Kenntnisse, die allgemein sein müssen, und noch mehr eine gewisse Bildung der Gesinnungen und des Charakters, die keinem fehlen darf.“³⁴ Es mag heute naiv, antiquiert oder utopisch klingen: Die ärztliche Ausbildung – keineswegs nur im Bereich von GTE – sollte immer auch eine Bildung des Gewissens, oder – um mit Humboldt zu sprechen – eine „Bildung der Gesinnungen und des Charakters“ ermöglichen. Diese „Bildung durch Selbstbildung“ (Humboldt) hängt von manchen Faktoren ab, die sich freilich dem *core curriculum*, der Abschlussklausur oder der allfälligen Evaluation entziehen: Ich meine vor allem die subjektiven Faktoren, den Charakter der einzelnen Person, ihre Empathie in der Begegnung und Zusammenarbeit mit anderen, die Freude an der intellektuellen oder praktischen Arbeit. Aber „Gewissen“ lässt sich ebenso wenig wie „Freiheit“ gesetzlich verordnen und bürokratisch erzwingen.

Am Schluss sei noch einmal Rolf Winau zitiert. Ethik in der Medizin solle weder eine Normen- noch eine Situationsethik sein, sie habe stets Verantwortungsethik zu sein, betonte er im eingangs erwähnten Artikel. Wichtiger als Kenntnisse und Entscheidungsbereitschaft sei die „*Gewissensbildung* [...] dringend zu fordern. Denn gerade der Arzt lebt in Situationen, häufig Grenzsituationen, in denen ethische Normen, ethische Kasuistik nur wenig helfen.“³⁵

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. Dr. Heinz Schott
 Medizinhistorisches Institut der Universität Bonn
 Sigmund-Freud-Str. 25
 53105 Bonn
 Email: Heinz.Schott@ukb.uni-bonn.de

33 Vgl. Heinz Schott: Der versteckte Poet in uns. Zur Sprachtheorie in der naturphilosophischen Seelenlehre von Gotthilf Heinrich von Schubert (1780-1860). *Sudhoffs Archiv* 65 (1981), S. 226-250, hier: S. 241.

34 Bericht an den preußischen König vom Dezember 1809; siehe http://de.wikipedia.org/wiki/Wilhelm_von_Humboldt (3.01.2008)

35 Winau [wie Fußn. 2], S. 23 [Hervorhebung H. S.].