

Ärztliches Handeln als ethische Praxis*

Medical Action as Ethical Principle

Micha Brumlik

Zusammenfassung

In normativer Hinsicht unterliegt ärztliches Handeln moralischen Imperativen und ethischen Möglichkeiten. Beides führte schon früh zu einer „sprechenden Medizin“. Die Geschichte nazistischer Ärzte hat allerdings gezeigt, dass sogar eine „sprechende Medizin“ unmoralisch sein kann.

Schlüsselwörter

Moral; Ethik; sprechende Medizin; menschliche Würde

Summary

In the light of normativity medical action is bound to moral imperatives and ethical opportunities. This resulted quite early in concepts of a „talking medicine“. However, the history of some Nazi physicians has proven that even „talking medicine“ can be immoral.

Keywords

morals; ethics; talking medicine; dignity of man

Immanuel Kant, der bedeutendste Philosoph der Aufklärung, und Christoph Wilhelm Hufeland, einer der Begründer der Allgemeinmedizin sowie der modernen Naturheilkunde und Diätetik, waren nicht nur Zeitgenossen, sondern auch – wenngleich nur selten – Briefpartner. So schrieb Kant, der sich als eingestandener Hypochonder sehr für medizinische Fragen interessierte, am 15. März 1797 an Hufeland, um sich für ein ihm zugesandtes Buch zu bedanken:

„Ich werde mir diesen Genuß nur langsam zumessen, um teils den Appetit immer rege zu halten, teils auch um Ihre kühne aber zugleich seelenerhebende Idee, von der selbst den physischen Menschen belebenden kraft der moralischen Anlage in ihm, mir klar zu machen und sie auch für die Anthropologie zu nutzen ...“

Zu diesem Zeitpunkt war Immanuel Kant 73 Jahre alt. Vier Wochen später, am 19. April desselben Jahres, hieß es in einem weiteren Brief an Hufeland:

„Mir ist der Gedanke in den Kopf gekommen: eine Diätetik zu entwerfen und solche an Sie zu adressieren, die bloß ‚die Macht des Gemüts über seine krankhafte körperliche Empfindungen‘ aus eigener Erfahrung vorstellig machen soll; welche ein, wie ich glaube nicht zu ver-

achtendes Experiment, ohne ein anderes als psychologisches Arzneimittel, doch in die Lehre der Medizin aufgenommen zu werden verdiente, welches, da ich mit Ende dieser Woche in mein 74stes Lebensjahr eintreten und bisher glücklich alle wirkliche Krankheit (deren Unpäßlichkeit, wie der jetzt epidemisch herrschende kopfbedrückende Katarrh, wird hierzu nicht eingerechnet) abgewehrt habe, wohl Glauben und Nachfolge bewirken dürfte ...“

Kant hatte sich schon früher – weniger mit medizinischen Fragen im engeren Sinne – denn mit der Bedeutung der Medizin als Wissenschaft systematisch auseinandergesetzt und zwar in seiner 1793 erschienenen Schrift über den „Streit der Fakultäten“. Darin setzte er sich mit den Unterschieden zwischen der Rechtswissenschaft, der Theologie und eben der Medizin auseinander. In prägnanten Worten stellt er zu Beginn fest, dass es der Theologie um eines jeden ewiges Wohl, der Jura um das bürgerliche Wohl als Glied der Gesellschaft und schließlich der Medizin um das Leibeswohl, also um langes Leben und Gesundheit gehe. In weiteren Abschnitten, in denen es um die Eigentümlichkeiten der jeweiligen Fakultäten geht, heißt es dann über den Beruf des Arztes:

„Der Arzt ist ein Künstler, der doch, weil seine Kunst von der Natur unmittelbar entlehnt und um deswillen von einer Wissenschaft der Natur abgeleitet werden muß, als Gelehrter irgendeiner Fakultät untergeordnet ist, bei der er seine Schule gemacht haben und deren Beurteilung er unterworfen bleiben muß.“ (Streit der Fakultäten, A 22)

Im letzten Teil dieser Schrift findet sich zu Beginn wiederum ein Schreiben an Hufeland als Antwort auf dessen Brief an ihn. Dort heißt es, dieser habe doch ein Urteil verlangt über sein Bestreben *„das Physische im Menschen moralisch zu behandeln; den ganzen, auch physischen Menschen als ein auf Moralität berechnetes Wesen darzustellen, und die moralische Kultur als unentbehrlich zur physischen Vollendung der überall nur in der Anlage vorhandenen Menschen-natur zu zeigen ...“* (Streit der Fakultäten, A 166)

Entscheidend für die im Dialog von Kant und Hufeland entstehende Theorie der Medizin und des ärztlichen Handelns sind nicht nur die unverkennbar psychosomatischen Ansätze, sondern nicht zuletzt auch die Bestimmung ärztlichen Handelns als Kunst – wobei unter „Kunst“ hier zunächst „Kunstfertigkeit“ zu verstehen ist.

Selma Stern Zentrum für Jüdische Studien, 10178 Berlin

DOI 10.3238/zfa.2020.0018-0023

* Hufeland Lecture 2019 der Stiftung Allgemeinmedizin (Vorstand: Prof. Dr. Jochen Gensichen), gehalten am 13.09.2019 anlässlich des 53. DEGAM-Kongresses in Erlangen

Kunstfertigkeit? Bleibt man einer philosophisch-philologischen Überlegung treu, so finden sich in der Geschichte zumal der griechischen Philosophie, drei unterschiedliche Begriffe für menschliches Tun: Praxis, Techné und Poiesis – worauf zuletzt Hannah Arendt hingewiesen hat. Unter „Praxis“ wurde – gänzlich anders als im heutigen Sprachgebrauch – ein um seiner selbst willen vollzogenes Tun verstanden, etwa das Schwimmen, das Spaziergehen, das Verfertigen von Kunstwerken oder auch das gesellige Gespräch. Unter Techné wurde hingegen verstanden, was gegenwärtig als instrumentelles, zweckgebundenes Tun angesehen wird und schließlich unter „Poiesis“ das „Herstellen“.

„Als dieses praktische Wissen“, so Rudolf Löbl [1], „ermöglicht sie [die Techné, M.B.] vorausplanende Berechnung und zielbewußtes Handeln: wo techn das Tun bestimmt, gibt es ein τέλος, ein Ziel, auf das hin gewirkt, etwas, das bewegt, ein Werk oder eine Tat, die verwirklicht werden sollen. Damit wird techné ein Mittel zur planvollen Erreichung eines Zieles.“

Kants und Hufelands Überlegungen zum ärztlichen Handeln mit- samt seiner moralischen Komponenten gehen mit auf die ältesten diesbezüglichen Überlegungen unseres (westlichen) Kulturkreises zurück, nämlich auf das Corpus Hippocraticum aus dem fünften Jahrhundert vor der christlichen Zeitrechnung. Dort können wir folgendes lesen: *„Das Leben ist kurz, die Kunst aber ist lang, die Gelegenheit geht schnell vorbei, die Erfahrung ist unsicher, die Entscheidung schwierig. Der Arzt muss nicht nur selber bereit sein, das Erforderliche zu tun, sondern auch der Kranke, die Menschen um ihn und die äußeren Umstände.“* [2]

Ethik – der Begriff für die Frage nach dem guten Leben

Folgt man der schon bei den Griechen angelegten Philosophie der Heilkunst, so steht im Zentrum dieses Handelns: hier das Spannungsverhältnis von zweckgerichteter, auf

naturwissenschaftlichem Wissen beruhender Technik und dort ein gleichsam selbstzweckhaftes, dialogisch-intersubjektives und moralbezogenes Handeln, also „Praxis“. Wie ist nun das Verhältnis zwischen einem philosophischen Begriff der „Praxis“ und dem, was unter „Ethik“ zu verstehen ist?

„Ethik“ ist – gemäß der neueren philosophischen Fachsprache im Unterschied zur Moral – der Begriff für die Frage nach dem guten Leben. Der Begriff „Ethik“ selbst geht auf den griechischen Philosophen Aristoteles (384–322 v.d.Chr.Z.) zurück; er entwickelte den Begriff und seine Theorie vor dem Hintergrund, dass im antiken Griechenland die hergebrachten Satzungen und Normen nicht mehr unhinterfragt gültig waren und es nötig wurde, zu begründen, warum man wie leben sollte. Dabei war für Aristoteles klar, dass das Ziel aller Ethik das Glück als Mitglied einer menschlichen, einer politischen Gemeinschaft sein sollte. Der Mensch findet seine Bestimmung als „Zoon Politikon“. Aristoteles widmete etwa der Frage, was es heißt, mit anderen befreundet zu sein, ein ganzes Buch, die sogenannte „Nikomachische Ethik“.

Die spätere, auf Aristoteles folgende philosophische Diskussion unterschied dann im Lauf der Jahrhunderte bis in die Gegenwart zwischen „Ethik“ als der Frage nach dem guten, dem geglückten, dem gelingenden Leben hier und „Moral“ als jenen Normen und Pflichten, die zu erfüllen wir auf jeden Fall uns und anderen gegenüber gehalten sind.**

Bei der Frage jedoch, worin ein gelingendes, ein ethisches Leben besteht, sind eine Reihe von Unterscheidungen zu treffen: So spricht man von einem glücklichen, einem geglückten und einem guten Leben, um schließlich die Frage zu stellen, wann und unter welchen Umständen ein entsprechendes Urteil – über das Ganze eines Lebens – überhaupt sinnvoll gefällt werden kann. Etwa so, wie die alten Griechen meinten, ganz am Ende des Lebens, gleichsam

auf dem Totenbett? Oder doch auch von beliebigen Zeitpunkten aus? Klar ist nur eines: Die Beurteilung eines Lebens ist die Beurteilung einer Erzählung, eines Narrativs, wie man heute sagt. In losem Anschluss an den Philosophen Martin Seel [3] unterscheide ich daher zwischen einem guten, einem gelingenden und einem geglückten Leben:

1. Ein Leben ist dann gut, wenn die Person, die es lebt, über die Möglichkeit verfügt, ihre Lebensziele zu erreichen bzw. sie überhaupt in der Lage ist, Lebensziele zu artikulieren und über Ressourcen zu verfügen, diese Ziele zu erreichen. Wo beides nicht der Fall ist, kann von einem guten Leben nicht die Rede sein, allerdings gilt dann umgekehrt, dass auch ein gutes Leben von Erfahrungen des Scheiterns gekennzeichnet sein kann.
2. Von einem geglückten – im Unterschied zu einem guten – Leben wäre dann zu sprechen, wenn Personen nicht nur Lebensziele artikulieren können und auch über die zum Erreichen ihrer Ziele entsprechenden Ressourcen verfügen, sondern sie mithilfe dieser Ressourcen auch mehr oder minder erreichen können.
3. Von einem glücklichen Leben ließe schließlich sich dann sprechen, wenn Menschen tatsächlich alle, oder doch die meisten ihrer Ziele durchsetzen können – wobei immer noch fraglich bleibt, ob ein derart als glücklich bezeichnetes Leben tatsächlich ein gutes Leben ist.

Um ein läppisches Beispiel zu bemühen: Würden wir es als ein gutes und geglücktes Leben bezeichnen, wenn sich jemand schon in seiner Jugend vorgenommen hat, der Welt größter Bierdeckelsammler zu sein und er es dann tatsächlich wurde? Hängt die Güte, das Glück eines Lebens nicht auch davon ab, in welchen Beziehungen Menschen zu anderen Menschen stehen? Lässt sich überhaupt eine sinnvolle Hierarchie der Glücksgüter ethisch begründen?

** Es war der italienische Philosoph Giorgio Agamben, der mit Blick auf auf diese Tradition in seinem Buch „Homo Sacer“ noch einmal die Unterscheidung von „Zoe“ als bloßem, animalischem Lebensvollzug hier und „Bios“ als bewusst geführtem menschlichen Leben getroffen hat. Dabei leuchtet ein, dass es bei der Frage nach dem gelingenden Leben um „Bios“ und nicht um „Zoe“ geht, wenngleich die Frage nach der Einbettung der biologischen Lebensvollzüge Teil jener Aufgabe sind, die darin besteht, ein gelingendes Leben zu führen.

Ärztliches Handeln und Moral

Diese Frage ist nun auf die Spezifik ärztlichen Handelns zu beziehen: Welches sind die für ärztliches Handeln unbedingt – und das heißt in diesem Falle „moralisch“ – geltenden Normen? Und was kann es im Bereich ärztlichen Handelns heißen, ein gutes Leben trotz Beeinträchtigungen und Krankheiten zu ermöglichen?

Was die ärztliche Moral betrifft, so sind die Vorgaben jedenfalls in unserem Kulturkreis (ich hatte es anfangs erwähnt) seit zweieinhalbtausend Jahren bekannt: der – wie ich hier nicht ausführlich begründen muss – hippokratische Eid, ein Gelöbnis, das schon vor so langer Zeit mindestens zweierlei enthielt:

- Eine unmittelbar patientenbezogene Maxime, Leid zu vermindern und Leben zu retten,
- sowie eine Standesethik, die (das könnte aktueller nicht sein) schon damals das Verbot körperlich-sexueller Übergriffe im Zentrum hatte.

Was aber kann es dann darüber hinaus heißen, kranken Menschen ein gutes Leben zu ermöglichen, also nicht nur moralisch, sondern ethisch zu handeln?

Oben hatte ich definiert, dass ein gutes Leben dann gegeben ist, wenn die Person, die es lebt, über die Möglichkeit verfügt, ihre Lebensziele zu erreichen bzw. sie überhaupt in der Lage ist, Lebensziele zu artikulieren und über Ressourcen zu verfügen, diese Ziele zu erreichen. In diesem Falle würde die Logik ärztlichen Handelns darin bestehen, evtl. Defizite körperlicher und auch geistiger Art nach Möglichkeit auszugleichen, d.h. Menschen in die Lage zu versetzen, jenseits von Schmerz und Behinderung ihren Zielen und Wünschen mindestens nachzugehen. Damit wird noch lange nicht gesagt, dass sie diese Ziele dann auch tatsächlich erreichen: Es geht um nicht mehr und nicht weniger als um die hierzu notwendigen Bedingungen – etwa Personen, die (in unserer alternden Gesellschaft immer häufiger) beim Gehen eingeschränkt sind, dabei behilflich zu sein, sich fortbewegen zu können.

Beschränkt sich ärztliches Handeln demnach darauf, die notwendi-

gen Bedingungen für ein gutes Leben zu schaffen? Oder kann bzw. soll ärztliches Handeln auch dazu dienen können, ein im definierten Sinne nicht nur gutes, sondern auch gelücktes Leben zu führen (d.h. nicht nur die hierzu notwendigen Bedingungen zu schaffen, sondern auch die jeweils hinreichenden Bedingungen zu schaffen – etwa jene gynäkologischen Vorkehrungen zu treffen, die einen Kinderwunsch erfüllbar machen)? Oder alle möglichen Formen plastischer Chirurgie bei Männern und Frauen, die ihrerseits einen Zugewinn an persönlicher Attraktivität verheißen?

Um bei diesem Beispiel zu bleiben: Ob ärztlich, plastisch-chirurgisch hergestellte Attraktivität und Fruchtbarkeit dann tatsächlich dazu führen, Beziehungen eingehen zu können, die zu dem führen, was mindestens zeitweise als „Glück“ empfunden oder verstanden wird, entzieht sich dann aber ärztlichem Handeln. Es sei denn, dass alle möglichen Formen psychotherapeutischer Hilfe zur Behebung sozialer Verhaltensschränkungen auch noch als ärztliche Handlungen verstanden werden. Damit ließe sich die Differenz von ärztlicher Moral im Sinne des hippokratischen Eides sowie einer weiter gefassten Ethik glückenden Lebens im Sinne einer Hierarchie von jeweils notwendigen und hinreichenden Bedingungen verstehen.

In diesem Sinne ist es nun unumgänglich, noch einmal auf Kant und Hufeland bzw. auf deren brieflichen Dialog zurückzukommen. Kant jedenfalls scheint ärztliches Handeln nicht nur auf das hippokratische Minimum beschränkt sehen zu wollen – das von ihm postulierte Minimum umfasst mehr als nur die unmittelbare Rettung von Leib und Leben. Ich darf die entsprechenden Passagen noch einmal in Erinnerung rufen:

„Ich werde mir“, so Kants Dankesbrief an Hufeland, „diesen Genuß nur langsam zumessen, um teils den Appetit immer rege zu halten, teils auch um Ihre kühne aber zugleich seelenerhebende Idee, von der selbst den physischen Menschen belebenden kraft der moralischen Anlage in ihm, mir klar zu machen und sie auch für die Anthropologie zu nutzen ...“

In einem späteren Schreiben dann hieß es, dass es darum ginge, *„das Physische im Menschen moralisch zu behandeln; den ganzen, auch physischen Menschen als ein auf Moralität berechnetes Wesen darzustellen, und die moralische Kultur als unentbehrlich zur physischen Vollendung der überall nur in der Anlage vorhandenen Menschennatur zu zeigen ...“*

Der Mensch als vernünftiges und autonomes Wesen

Im Zusammenhang von Kants Theorie der Moral geht es um jene innere, jedem Menschen innewohnende Stimme, die ihn als vernünftiges, als autonomes Wesen ausweist, das zwischen gut und böse zu unterscheiden weiß und sich der Konsequenzen seiner Handlungen bewusst ist. Auf jeden Fall ist dann aber zu fragen, was es heißen soll, das Physische im Menschen moralisch zu behandeln. Kann und soll das mehr heißen, als sich bei der Behandlung des Physischen im Sinne des hippokratischen Eides zu verhalten? Nimmt man Kants Äußerungen im Ganzen, scheint genau dies der Fall zu sein: auch der physische Mensch soll als moralisches Wesen behandelt werden. Soll das am Ende heißen, Patienten eine moralische Haltung zu ihrer Krankheit zu vermitteln? Und wenn ja, was genau sollte das heißen? Mindestens doch jenes, sich auch und gerade im Falle körperlicher Schmerzen und Gebrechen weiterhin zu achten, d.h. die evtl. aufgrund der Krankheit verloren gehende Selbstachtung zu bewahren und nicht aufzugeben. In diesem Fall geht es also um die „Würde“ des Kranken, die Arzt und Patient gleichermaßen zu achten haben.

Als oberstes Prinzip der Tugendlehre weist Kant in der Metaphysik der Sitten folgendes aus:

„Nach diesem Prinzip ist der Mensch sowohl sich selbst als andern Zweck und es ist nicht genug, dass er weder sich selbst noch andere bloß als Mittel zu brauchen befugt ist, sondern den Menschen überhaupt sich zum Zwecke zu machen, ist des Menschen Pflicht.“ (Metaphysik der Sitten, A 30)

Einen Menschen als Zweck seiner selbst zu betrachten, bedeutet, ihn in mindestens drei wesentlichen Dimensionen nicht nur zur Kenntnis zu

nehmen, zu tolerieren, sondern auch anzuerkennen. Das heißt nicht nur hinzunehmen, sondern zu bejahen in der Dimension körperlicher Integrität, personaler Identität und soziokultureller Zugehörigkeit. Diese Anerkennung korrespondiert mit einem Demütigungsverbot, das sich auf die „Würde“ eines Menschen bezieht. Diese „Würde“ ist der äußere Ausdruck seiner Selbstachtung, also jener Haltung, „die Menschen ihrem eigenen Menschsein gegenüber einnehmen; die Würde ist die Summe aller Verhaltensweisen, die bezeugen, dass ein Mensch sich selbst tatsächlich achtet.“ Diese Selbstachtung wird verletzt, wenn Menschen die Kontrolle über ihren Körper genommen wird, sie als die Person, die spricht und handelt, nicht beachtet oder ernst genommen wird bzw. wenn die Gruppen oder sozialen Kontexte, denen sie entstammen, herabgesetzt oder verächtlich gemacht werden. Die Verletzung dieser Grenzen drückt sich bei den Opfern von Demütigungshandlungen als Scham aus.

Kants Forderung nach einer im weitesten Sinne dann auch moralischen Behandlung physischer Krankheiten, Gebrechen oder Leiden wäre dann so zu verstehen, dass die Würde der kranken Person im ärztlichen Handeln jederzeit gewahrt bleiben muss. Der kranke Mensch darf also niemals als ein nur physisches Objekt angesehen und behandelt werden, sondern stets als ein Co-subjekt, als eine menschliche Person, als Partner oder Partnerin in einem dialogischen, mehr noch: in einem Anerkennungsverhältnis. Mit anderen Worten besteht nach Kant und Hufeland ärztliches Handeln in erster Linie nicht nur darin, Körper körperlich zu reparieren oder sie wegen mangelnder *compliance* zu erziehen, sondern sie auf Augenhöhe anzuerkennen.

Ist das – professionssoziologisch gesehen – eine sinnvolle Forderung? Haben doch Ärzte – wie Anwälte und Steuerberater – nicht nur einen Beruf, sie sind auch Angehörige einer Profession.

Professionell ist, so der Soziologe Ulrich Oevermann, wer in seinem stets personenbezogenen, auf Hilfestellung bei der Bewältigung von Le-

benskrisen ausgerichteten Beruf über 1. sozialwissenschaftliches Sachwissen, 2. eine einschlägige mindestens konventionelle Ethik sowie 3. über die hermeneutische Kompetenz zum Fallverstehen verfügt. Ist auch nur eine diese Kompetenzen mangelhaft ausgebildet, kann das den Erfolg der professionellen Intervention schmälern. Von besonderer Bedeutung ist demnach weniger sozial- oder naturwissenschaftliches Wissen denn ein entwickeltes ethisches Bewusstsein sowie weit entwickelte Empathie.

Das scheint nun im Bereich der Medizin zu jener Form ärztlichen Handelns zu führen, die im Unterschied und in Abgrenzung zur sogenannten Schul- oder Apparatemedizin als „sprechende Medizin“ gepriesen wird – wobei unter Sprechen hier ein dialogisches, auf wechselseitiger Anerkennung beruhendes Verhältnis verstanden wird, bei dem mindestens der Arzt, wenn nicht die Arzt-Patientenbeziehung das wesentliche Heilmittel darstellen.

Das Beispiel Viktor von Weizsäckers

Der Begriff der „sprechenden Medizin“, der den bisherigen Überlegungen gemäß als Teil einer ärztlich vermittelten gelingenden Lebensführung gelten kann, der also mithin unter das fällt, was oben als ethisches Handeln bezeichnet wurde, wurde von Viktor von Weizsäcker geprägt.

Geboren 1886 in eine gebildungs-bürgerlich-aristokratische Familie studierte er noch vor dem Ersten Weltkrieg Philosophie und machte sich mit neukantianischer Philosophie sowie mit den Schriften Sigmund Freuds bekannt. Nach einem Medizinstudium wurde er 1910 mit einer Studie über „Blutgeschwindigkeit“ promoviert. Später – noch immer vor dem Krieg – habilitierte er sich erneut über ein im engeren Sinne physiologisches Thema, den Energiestoffwechsel. Im Kriege dann war er in Verdun und dann bei der Inspektion von Feldlazaretten aktiv – unter der Leitung Ludolf von Krehls, an dessen Klinik in Heidelberg er ab 1920 die neurologische Abteilung leitete. Nach Besuchen bei Sigmund Freud und Max Scheler

publizierte er als Mitherausgeber der von Martin Buber und Josef Wittig gegründeten dialogphilosophischen Zeitschrift „Die Kreatur“ die Schrift „Stücke einer medizinischen Anthropologie“, um sich später für Fragen der Körperpsychotherapie und Gestaltpsychologie zu interessieren. 1941 schließlich wurde von Weizsäcker Professor für Neurologie in Breslau, um ab August 1945 das physiologische Institut der Ruprechts-Karl-Universität Heidelberg zu leiten – ein Institut, aus dem später die tatsächlich sogenannte Psychosomatische Klinik hervorging, die lange Zeit seinen Namen trägt. Victor von Weizsäcker hat seine Überlegungen zur sprechenden Medizin folgendermaßen auf den Punkt gebracht:

„Das Problem des Menschen [...] in dieser Art Medizin ist, daß er, der Mensch, seine Krankheit, die als Teil seiner ganzen Biografie zu verstehen ist, nicht nur hat, sondern auch macht. Daß er die Krankheit, die Ausdrucksgebärde, die Sprache seines Körpers produziert, wie er jedes andere Ausdrucksgebiet und jedes andere Sprechen formt.“ [4]

Was am Ende nichts anderes bedeutet, denn Heilkunst als einen Dialog zwischen der Körpersprache der Patienten sowie Gestik, Mimik und Ansprache des Arztes zu verstehen – Inbegriff dessen, was in philosophischer Sprache als eine Praxis des guten Lebens zu bezeichnen wäre.

Am Beispiel Victor von Weizäckers zeigt sich, dass zwischen dem, was als „sprechende Medizin“ Inbegriff ethischer Praxis zu sein scheint, in Konflikt mit dem kommen kann, was anfangs als unbedingt gebotene ärztliche Moral im Sinne des hippokratischen Eides ausgewiesen wurde. Denn Victor von Weizsäcker war nicht mehr und nicht weniger als ein Beihelfer zum Mord. Als Professor in Breslau nahm er im Jahr 1942 Kontakt zu einer nur sogenannten „Kinderfachabteilung“ der Jugendpsychiatrischen Klinik in Loben (dem heutigen Lubliniec) auf. Für diese Klinik ist der Mord an nicht weniger als 280 Kindern nachgewiesen, die soeben das Schulalter erreicht hatten. Diesen Kindern wurde

im Zuge der sogenannten „Kinder-euthanasie“ vom dort leitenden Arzt Ernst Buchalik, einem Mitglied der NSDAP, solange Luminal verabreicht, bis sie an Kreislaufversagen oder Lungenentzündung starben. Es war Buchalik, der die Gehirne und das Rückenmark dieser Kinder mit samt ihren Krankengeschichten an von Weizsäcker nach Breslau schickte. Über die Herkunft der Gehirne konnte sich Weizsäcker – soweit die Forschung – nicht täuschen. Mehr noch: Von Weizsäcker zeigte ab 1933 durchaus Sympathien für den Nationalsozialismus. So hielt er 1933 auf Einladung von Martin Heidegger in Freiburg einen Vortrag über „Ärztliche Aufgaben“ und plädierte in diesem Zusammenhang (Heidegger nicht unähnlich) für eine Synthese, einen Kompromiss zwischen autoritärem Führerprinzip und individueller Freiheit. In dem in der nationalsozialistischen Zeitschrift „Volk im Werden“ publizierten Beitrag hieß es entsprechend:

„Jeder Führer muss wissen, und der wahre Führer weiß es, daß es an ihm liegt, dem Einzelnen zu befreiender Entfaltung zu helfen. Darin und in nichts anderem beruht die Tüchtigkeit und Kraft eines Führers. Hier ist die Wurzel der Gemeinschaft.“ [5]

In einer aktuellen, höchst zweideutigen, eher apologetischen Stellungnahme der „Victor von Weizsäcker Gesellschaft“ heißt es zu Äußerungen v. Weizsäckers zu „Erbhygiene“ und „Vernichtungslehre“:

„Weizsäcker hat in seinen Vorlesungen die Begriffe ‚Vernichtung‘, ‚Vernichtungslehre‘ und ‚Vernichtungspolitik‘ weder verworfen noch tabuisiert, sondern er versuchte, mit dieser Begrifflichkeit eine aus seiner Sicht ‚unentrinnbare‘ Seite ärztlichen und politischen Handelns bewusst zu machen und näher zu bestimmen.“ (GS 5, S. 328) Zu klären ist, wie dies aus heutiger Sicht beurteilt werden muss. Was ist unter Nicht-blinder-Vernichtung zu verstehen? Hat Weizsäcker durch die Enttabuisierung des Begriffs „Vernichtung“ die wenige Jahre später beginnenden Vernichtungs- und Tötungsmaßnahmen begünstigt? [6]

Eine derart reklamierte ethische Praxis steht – auch bei gutwilliger

Prof. Dr. Micha Brumlik ...

... Jg. 1947. Senior Advisor am Selma Stern Zentrum für Jüdische Studien Berlin/Brandenburg; emeritierter Professor am Institut für Allgemeine Erziehungswissenschaft der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/M. Von 2000 bis 2005 Leiter des Fritz-Bauer-Instituts Frankfurt/M, Studien- und Dokumentationszentrum zur Geschichte des Holocaust und seiner Wirkung. 2013 Distinguished Harris Visiting Professor, Dartmouth College; seit 2013 Senior Professor am Zentrum für Jüdische Studien Berlin/Brandenburg; 2016 Franz-Rosenzweig-Gastprofessor Universität Kassel. Mitherausgeber der „Blätter für deutsche und internationale Politik“; Autor und regelmäßiger Kolumnist der taz („Gott und die Welt“); Mitherausgeber von Jalta – Positionen zur jüdischen Gegenwart.

Interpretation – in eindeutigen Widerspruch zur ärztlichen Moral, zum hippokratischen Eid.

Thure von Uexküll

Um nicht missverstanden zu werden, sei an einem anderen Beispiel demonstriert, dass sprechende Medizin als ethische Praxis und hippokratische Moral durchaus miteinander vereinbar sind und überhaupt erst so auf ihren Begriff kommen. Die Person, um die es geht, ist etwas jünger als Victor von Weizsäcker, kann aber auf einen ähnlichen Lebensweg und mithin vergleichbare historische Erfahrungen zurückblicken.

Thure von Uexküll wurde 22 Jahre nach Victor von Weizsäcker, im Jahre 1908 in Heidelberg geboren, wuchs in Pommern auf und studierte von 1928 bis 1934 zuletzt in Hamburg Medizin, wo er in Barmbek Assistenzarzt in der dortigen Neurologie wurde. 1935 wurde er in Berlin Volontär bei einem weiteren Begründer der Psychosomatik, bei Gustav von Bergmann; in diesen Jahren verzichtete von Uexküll bewusst auf eine akademische Karriere, weigerte er sich doch, in die NSDAP einzutreten oder dem NS-Staat irgendeine Reverenz zu erweisen – zudem hatte sein Bruder vor seiner Flucht ins schwedische Exil jüdischen Verfolgten zur Flucht verholfen. Als Polizeiarzt in Russland und Jugoslawien überstand er den

Krieg, leitete nach Kriegsende eine ärztliche Sammelstelle des Roten Kreuzes für soeben entlassene KZ-Häftlinge, habilitierte sich 1948 und publizierte im selben Jahr ein Grundlagenwerk zur psychosomatischen Medizin. In einer Würdigung des Lebens von Thure von Uexküll kurz nach seinem Tode 2004 zitierte der Autor Bernd Hontschik Thesen Uexkülls zur theoretischen Grundlagen der integrierten Medizin. Die achte These lautete so:

„Die traditionelle Medizin betrachtet den Körper als triviale Maschine, das heißt nach der Metapher des Handgriffs. Damit deutet sie den Körper des Patienten als Objekt der Umwelt des Arztes, der den Körper für Eingriffe der Hand (= technische Eingriffe) „in Passung“ bringen muss. Die Erfolge dieser Medizin beruhen auf den Möglichkeiten, Eingriffe der Hand durch technische Hilfsmittel zu verfeinern und zu potenzieren. Integrierte Medizin betrachtet den Körper nach der Metapher der nicht-trivialen Maschine, das heißt als Empfänger von Zeichen, die er unter dem Aspekt ihrer Bedeutung für die Passung zwischen ihm und seiner Umwelt deutet und beantwortet. Damit wird der Arzt für den Patienten zunächst zu einem Objekt in seiner Patienten-Umwelt mit allen Möglichkeiten der Übertragung und den daraus gespeisten Hoffnungen und Befürchtungen. Um den ärztlichen Auftrag richtig verstehen zu können, der sich aus einem gestörten Passungsgefüge des Patienten für Interventionen psychischer und/oder technischer Art ergibt, muss zwischen Patient und Arzt eine begrenzte gemeinsame Wirklichkeit entstehen.“ [7]

Mit seiner Unterscheidung von trivialen und nicht-trivialen Maschinen nimmt von Uexküll die klassische aristotelische Unterscheidung von „Praxis“ und „Techne“ wieder auf und bestimmt das ärztliche Handeln als einen Dialog des Sendens und Empfangens von Zeichen. Auf jeden Fall: Die Erfahrungen einer auch ethisch als Lehre von guten Leben verstandenen, dennoch der hippokratischen Moral widersprechenden, unmenschlichen Medizin nicht nur in der NS-Zeit hat zuletzt 2017 zum erweiterten Gelöbnis des Weltärztebundes geführt:

„Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein. Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren. Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren. Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“

Womit wir am Ende zwar nicht bei Hufeland, wohl aber wieder bei Immanuel Kant wären, der in der „Metaphysik der Sitten“ schrieb: „Handle so, daß du die Menschheit so-

wohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“ [8]

Und das kann vor dem Hintergrund einer von der hippokratischen Moral befreiten, nur ethischen ärztlichen Praxis nur heißen, dass Menschen und ihr Leiden bzw. dessen Behebung niemals nur als Mittel zur Demonstration einer besseren Lebensweise gebraucht werden dürfen.

Literatur

1. TEXNH – Techne – Untersuchung zur Bedeutung dieses Wortes in der Zeit von Homer bis Aristoteles. Band I: Von Homer bis zu den Sophisten. Würzburg: Königshausen & Neumann, 1997: 211–212
2. Zitiert nach Flashar, Hippokrates. Meister der Heilkunst, München, C. H. Beck 2016: 188
3. Seel M. Versuch über die Form des Glücks. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1995

4. https://de.wikipedia.org/wiki/Viktor_von_Weizsäcker
5. Benzenhöfer U. Der Arztphilosoph, Viktor von Weizsäcker. Leben und Werk. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2007: 116
6. https://viktor-von-weizsaecker-gesellschaft.de/mitt_mehr.php?id=8&slD=4 (letzter Zugriff am 06.09.2019)
7. Hontschik B, Bertram W, Geigges W. Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens. Bausteine der integrierten Medizin. Stuttgart 2013, S. 23
8. Kant I. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Akademieausgabe IV, S. 429

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Micha Brumlik
Selma Stern Zentrum
für Jüdische Studien
Sophienstrasse 22a
10178 Berlin
m.brumlik@selma-stern-zentrum.de



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärztinnen und Hausärzte, sondern auch an Patientinnen und Patienten und Praxismitarbeiter/innen. Neben der Langversion gibt es zu jeder Leitlinie eine Kurzfassung für die Anwendung im Praxisalltag. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (www.degam-leitlinien.de) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Kontakt:
Dr. Philipp Leson
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 88
10117 Berlin
Tel.: 030 209669800
Fax: 030 209669899
E-Mail: presse@degam.de
Homepage: www.degam.de

Prof. Dr. med. Anne Barzel
DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 741059769
Fax: 040 741053681
E-Mail: leitlinien@degam.de