

(Mein-)eid des Hippokrates

Auf dem Weg zur Versklavung eines Freien Heilberufs?

Von Dr. phil. nat. Andreas Reimann

Unter dem Titel „Ärztliche Freiheit und Berufsethos“ hat das renommierte Kölner Lindenthal-Institut, das sich seit 30 Jahren interdisziplinären Studien widmet, auf einem hochrangig besetzten internationalen Colloquium Ärzte, Philosophen und Juristen zusammengebracht. Vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Gesundheitswesens diskutierten sie die Bedeutung und das Ausmaß der ethischen Orientierung ärztlichen Handelns. Angesichts der vermehrten Zumutungen, die Patienten an Ärzte gerade am Anfang und am Ende des Lebens stellen, Grund genug, den Lesern von LebensForum wichtige Aspekte der Diskussion nicht vorzuentalten.

Nach wie vor steht der Arztberuf an der Spitze der Berufe mit dem höchsten Ansehen in der Bevölkerung. Für viele sind seine Berufsträger Garanten einer selbstlosen, nur am Wohl des Patienten orientierten Berufsausübung. Weder die Perversion des ärztlichen Berufes durch Nazi-Ärzte noch der Missbrauch ärztlicher Kunst durch Kommunisten und südamerikanische Diktaturen konnten diesem hehren Bild Kratzer zufügen. Auch die periodisch wiederkehrenden echten oder manchmal auch nur herbeigeredeten Skandale um Abrechnungsbetrug oder Korruption in unserem Land haben daran nichts geändert. Und doch erlebt unsere Zeit einen tiefgreifenden Wandel im Selbstverständnis des Arztes. Dieser nimmt seinen Anfang in den Zumutungen der Tötung des ungeborenen Kindes und des „mutmaßlich“ nicht mehr lebenswilligen kranken Menschen. Wer sich in solchen Dienst stellt oder stellen lässt, der erschreckt auch nicht mehr

davor, 57-jährigen zur Mutterschaft zu verhelfen oder Paaren das „Recht auf ein Wunschkind“ im Reagenzglas zu erfüllen. Was aber könnte die Grundlage für eine „Innere Führung“ des Arztes sein, die ihn oder sie veranlassen könnte, den ökonomischen oder sozialen Zwängen zu widerstehen?

Tugend als Grundlage ärztlichen Handelns

Ärztliche Freiheit verlangt Tugend. Das ist die zentrale Aussage von Edmund D. Pellegrino (Bild S. 21), emeritierter Professor für Medizinethik der Georgetown University, Washington D.C.. Mit seinem

Bekenntnis zum Beruf des Arztes ist, so Pellegrino, untrennbar auch eine Selbstbindung an konkrete Tugenden verbunden. Der Titel seines Vortrags „Bekennende Medizin – moralische Fundierung und notwendige moralische Folgen“ ist gleichzeitig Programm. Grundlage seiner Argumentation bildet die Tugendethik. Nach dieser muss derjenige, der ein bestimmtes Ziel zu erreichen sucht, auch über die hierfür erforderlichen inneren Grundgegebenheiten, Tugenden, verfügen. Wenn es aber das Ziel des Arztes schon seit der Antike (vgl. Eid des Hippokrates) ist, die Heilung des Patienten zu wünschen, benötigt der Arzt oder die Ärztin die hierfür erforderlichen intellektuellen und moralischen Tugenden. Anders ge-

sagt: Ohne diese können er oder sie nicht Arzt/Ärztin sein. Im Mittelpunkt klinischer ärztlicher Tätigkeit steht ein bestimmter Mensch und nicht etwa eine Gruppe von Menschen oder die Gesellschaft insgesamt. Das „Gute“ für diesen konkreten hilfeschreitenden Menschen, den Patienten, zu erreichen, dazu ist der Arzt berufen. Ziel und Zweck der Medizin ist das Heilen, also das „Wieder-ganz-Machen“. Wo immer möglich, zielt Heilung auf die Wiederherstellung der Gesundheit ab. Ist das nicht möglich, tritt die Linderung von Leiden in den Vordergrund. Um diese Ziele zu erreichen, benötigen Arzt und Ärztin sowohl fachliche Techniken wie auch die hierfür erforderliche moralische Fähigkeit. Beides voneinander zu trennen ist unmöglich.

Was ist für den Patienten „gut“?

Pellegrino sieht die Heilung als Geschehen auf vier Ebenen:

Der Eid des Hippokrates (Auszug)

Ich schwöre ...
Die diätetischen Maßnahmen werde ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil zum Nutzen der Kranken einsetzen, Schädigung und Unrecht aber ausschließen. Ich werde niemandem, nicht einmal auf ausdrückliches Verlangen, ein tödliches Medikament geben, und ich werde auch keinen entsprechenden Rat erteilen; ebenso werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel aushändigen. Lauter und gewissenhaft werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren...

...In wieviele Häuser ich auch kommen werde, zum Nutzen der Kranken will ich eintreten und mich von jedem vorsätzlichen Unrecht und jeder anderen Sittenlosigkeit fernhalten, auch von sexuellen Handlungen mit Frauen und Männern, sowohl Freien als auch Sklaven.

Über alles, was ich während oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre und das man nicht nach draußen tragen darf, werde ich schweigen und es geheimhalten.

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

Die erste ist das medizinisch-physiologische Wohl, die zweite Ebene die subjektive Erwartung des Patienten, die dritte das für den Patienten als Mensch Gute. Die vierte Ebene schließlich ist das spirituell Gute, also in Bezug auf eine transzendente Wirklichkeit. Wie entscheidend diese umfassende Definition des für den Patienten Guten ist, zeigen die Überlegungen Pellegrinos zu den Grenzen ärztlichen Handelns. Während nämlich die erste, der objektiven Messung zugängliche, Ebene die Domäne des rein handwerklichen ist, muss diese in Einklang mit den anderen Ebenen gebracht werden. Gut ist eben nicht die bloße Korrektur eines unphysiologischen Zustands, sondern die Wiederherstellung der Lebensbalance des Patienten in körperlicher, seelischer und spiritueller Hinsicht. Dabei spielen natürlich die Wünsche des Patienten eine wichtige, nicht aber die alles entscheidende Rolle. Gerade weil der Arzt weit mehr ist als medizinischer Dienstleister, muss er darauf achten, dass medizinisch sinnvolle Handlungen eben im Einklang mit dem subjektiven Empfinden des Patienten, aber auch mit dessen Rolle als Mensch stehen. So kann beispielsweise der Wunsch des Patienten nach Tötung zwar medizinisch erfüllbar und tatsächlich auch vom Patienten so gewollt sein, er wäre aber mit seinem Menschsein nicht zu vereinbaren. Zu letzteren gehören eben Selbsterhaltung und die Wahrung der Würde der menschlichen Person. So ist der Arzt aufgefordert, den Patienten auch als Mitmenschen zu behandeln, der seinen Zweck in sich selbst hat und niemals nur Mittel sein darf. Auf der Basis des Naturrechts ist deshalb das für den Menschen Gute nicht dem Subjektivismus einer gesellschaftlichen Übereinkunft und deren Wandel ausgeliefert. Es ist einfach mit der menschlichen Natur mitgegeben. Auf der vierten Ebene, dem spirituellen Wohl, schließlich hat der Arzt die religiösen, oder allgemeiner gesprochen, die spirituellen Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen. Wäre klinisch eine Bluttransfusion indiziert, wäre sie dennoch nicht zum Guten des Patienten, wenn dessen Religion als Zeuge Jehovas beispielsweise eine solche Handlung verböte.

Pellegrino konzediert, dass nicht immer das, was als „Gut“ für den Patienten angenommen werden muss, für den Arzt in der klinischen Praxis leicht zu ermitteln ist. Dies gilt für geistig Behinderte ebenso wie für neugeborene, demente oder komatöse Patienten. Gerade dann aber benötigt der Arzt eine fundierte Tugendethik, die ihn davon abhält, von reinen Zweckmäßigkeitsüberlegungen oder be-

stimmt durch die Interessen Dritter zu handeln. Auch wenn der subjektive Wunsch des Patienten und dessen spirituelle Bedürfnisse nicht zu ermitteln sind, bleibt für den Arzt nicht nur die klinische Ebene, sondern auch die des für den Menschen allgemein Guten. Gerade in einer pluralistischen Gesellschaft können gesellschaftliche Tendenzen oder auch persönliche Überzeugungen des Patienten im Konflikt mit dem Gewissen des Arztes stehen. Der Vorrang des „Guten für den Patienten“ ersetzt in solchen Fällen nicht die Gewissensentscheidung des Arztes. Vom Arzt kann nicht verlangt werden, sei-

„professionell“, also ein professioneller, im etymologischen Sinn „Bekennender“ zu sein. Mit diesem Bekenntnisakt, der abstrakt im Standesrecht (vgl. Kasten) niedergelegt ist und konkret durch das Eingehen des Behandlungsvertrages mit einem spezifischen Patienten geleistet wird, ist ein Versprechen verbunden. Der Arzt verspricht nicht etwa die Heilung, sondern er verspricht, seine gesamten Fähigkeiten und Möglichkeiten in das Ziel einer Heilung oder Linderung zu setzen. Auf der Seite des Patienten weckt dieser „Bekenntnisakt“ die Erwartung, dass der Arzt über das erforderliche Wissen verfügt und dieses



Photo: Archiv
Großes Interesse am Symposium des Lindenthal-Instituts

ne persönliche und wissenschaftliche Integrität jeder Patientenvorstellung zu opfern. Gerade weil Konflikte dieser Art an der Tagesordnung sind, müssen sich Ärzte der für ihre Profession erforderlichen Tugenden bewusst sein.

Was aber sind die ärztlichen Tugenden?

Der Tugendbegriff könnte nun leicht im Unbestimmten bleiben. Damit er aber konkret wird, regt Pellegrino an, die drei entscheidenden Phänomene des Arzt-Patienten-Verhältnisses zu betrachten: Nämlich die Tatsache der Krankheit, den Bekenntnisakt und die medizinische Kunst. Die Tatsache der Krankheit beinhaltet die Hilfsbedürftigkeit des Patienten, sein Zustand der Verletzlichkeit und die Abhängigkeit von anderen, die Hilfe leisten können. In diesem Zustand ist der Patient ausnutzbar. Genau in diesem Moment der Hilflosigkeit begegnet er dem Arzt (oder einem anderen Heilberufler), der sich dazu bekennt, Hilfe leisten zu können. Im Englischen wird das noch deutlicher durch die Formulierung „to be profes-

im Interesse des Hilfsbedürftigen einsetzen wird. Die „medizinische Kunst“ schließlich besteht darin, dass der Arzt tatsächlich das tut, was er versprochen hat. Dabei muss er sämtliche ihm vertrauten Möglichkeiten einsetzen. Diese Analyse des Arzt-Patienten-Verhältnisses gestattet es Pellegrino, die hierfür erforderlichen moralischen Tugenden abzuleiten.

Gerade weil eine große Ungleichheit zwischen dem hilfeschreitenden Patienten und dem Hilfe versprechenden Arzt besteht, muss dieser sich einem autoritären Paternalismus enthalten. Im Gegenteil, wird ihm die Pflicht auferlegt, seine Vertrauenswürdigkeit unter Beweis zu stellen. Sie ist deshalb eine zentrale und unverzichtbare ärztliche Tugend. Weiterhin sind mit dem Bekenntnisakt verbunden: Wohlwollen, Selbstlosigkeit, intellektuelle Redlichkeit, Empathie, Mut und Demut. Jede dieser Tugenden befähigt den Arzt dazu, das „Gute“ des Patienten zu erstreben. Wohlwollen beispielsweise ist mehr als einfaches „Nicht-Schaden“. Es verlangt vom Arzt, eben auch mehr als bei anderen Berufen auf das eigene Wohl zu verzichten (z.B. mehr Zeit zu haben),

wenn dies für den Patienten erforderlich ist. Intellektuelle Redlichkeit und Demut verlangen, die Grenzen des eigenen Wissens und Könnens anzuerkennen. Sie bewahren den Arzt davor, einen Patienten weiter zu behandeln, obgleich die eigene Kompetenz damit überschritten werden würde. Diese Tugenden helfen aber auch, externen Sachverstand (z.B. den von Kollegen, wissenschaftliche Erkenntnis) hinzuzuziehen und nicht selbstherrlich auf den eigenen Erfahrungen zu verharren. Mut schließlich wird nicht nur benötigt für den Arzt, der sich ungeachtet der Gefahr einer Ansteckung mit einem infizierten Patienten beschäftigt. Er ist ganz trivial auch gefragt, wenn es darum geht, eine notwendige Behandlung gegenüber der Krankenkasse zu begründen oder für die Interessen der Patienten öffentlich einzustehen.

Um die medizinische Kunst im Interesse der Patienten auszuüben, bedürfen Arzt und Ärztin auch der intellektuellen Tugenden. Insbesondere die Klugheit, die dem moralisch richtigen klinischen Urteil entspricht, hat für den klinischen Alltag eine zentrale Bedeutung. Der berufliche Bekenntnisakt, so Pellegrino in seinem wegweisenden Referat, ruft nach bestimmten Tugenden, die zur Erfüllung der moralischen Zwecke der Medizin entscheidend sind. Ohne sie wird der Arzt nicht nur zum reinen Techniker, sondern auch zum Ausbeuter des verwundbaren Patienten. Arztsein bedeutet moralisch Verantwortung zu übernehmen für das Wohl anderer.

Noch Raum für Tugenden im klinischen Alltag?

Ein wesentlicher Einwand gegen die Argumentation Pellegrinos, der von ihm auch selbst nicht verschwiegen wird, könnte nun sein, dass unter den heutigen Zwängen kein Raum mehr sei für eine solche auf Tugenden basierenden Medizinethik. Gerade die ökonomischen Zwänge in Deutschland und die nicht enden wollende Reformdiskussion im Gesundheitswesen machten einen solchen idealistischen Ansatz unmöglich. Sicher braucht eine berufsbezogene Ethik die Auseinandersetzung mit der Praxis. Folgt man der Argumentation Pellegrinos, wird man aber nicht umhinkönnen, gerade unter solchen Umständen die Erforderlichkeit bestimmter Grundtugenden zu betonen. Dass Ärzte gegenwärtig vielfäl-

tigem Druck aus Politik, Krankenkassen und nicht zuletzt von Patienten ausgesetzt sind, machte einer der prominentesten Sprecher dieses Colloquiums deutlich. Als Präsident der Bundesärztekammer sind von Prof. Jörg-Dietrich Hoppe milde Worte nicht zu erwarten. So geißelte er die aus seiner Sicht immer stärker werdende Gängelung des freien Arztes durch ein fast unüberschaubares Regelungsdickicht. Gerade Entwicklungen der jüngeren Zeit, z.B. die Einführung von strukturierten

Auszug aus der (Muster-) Berufsordnung für Ärzte

1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Der ärztliche Beruf verlangt, dass der Arzt seine Aufgabe nach seinem Gewissen und nach den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt.

(2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.

Behandlungsprogrammen (sog. Disease Management Programms), ließen den Weg in die „Kochbuchmedizin“ befürchten. Wer so dem Arzt die Therapiefreiheit nehme, der störe gewaltig die Arzt-Patienten-Beziehung. Es mag daher auch nicht überraschen, dass Hoppe eine zunehmende Fremdbestimmtheit des Arztberufes konstatieren musste. Zwar wird die gesellschaftliche Komponente dieser Entwicklung von ihm nicht geleugnet, doch kann man den Eindruck nicht von sich weisen, dass er die Hauptverantwortlichen hierfür auf der Seite der Politik sucht. Eine mögliche Engführung, die dem obersten Ärzterepräsentanten denn auch aus dem Publikum entgegengehalten wurde. Waren es nicht gerade Ärzte selbst, die sich durch ein williges Nachgeben auf noch so abwegige Forderungen ihrer Patienten zum Erfüllungshelfen machen ließen?

Doch wird niemand ernsthaft bestreiten, dass Ärzte nicht in einem luftleeren Raum praktizieren. Sie (und ihre Patienten) sind an Rahmenbedingungen gebunden, die natürlich nicht von ökonomischen

Einschränkungen frei sind. Der Medizinrechtler Prof. Adolf Laufs aus Heidelberg geht denn auch von einem tiefgreifenden Wandel des ärztlichen Berufsbildes und des rechtlichen Rahmens der ärztlichen Berufsausbildung aus. Immer mehr näherte sich der Charakter eines freien Berufs rechtlich einer gewerblichen Berufsausübung. Was von einigen als „verfassungskonforme Enthymologisierung des Arztberufes“ gefeiert wird, ist für Laufs Grund zur Sorge. Immer mehr trete der „Leistungserbringer“ an die Stelle des sich um den gesamten Menschen sorgenden Arztes. Letztendlich sei diese Entwicklung die Folge der Auffassung, dass es keine objektive Wahrheit als Grundlage des Rechts gäbe. Der Arzt ist nun gezwungen, um Marktanteile bei dem zum Kunden mutierten Patienten zu werben. Der niedergelassene Arzt wird zum Unternehmer, der Klinikarzt zum Administrator. Gerade in einigen neuen Formen der ärztlichen interprofessionellen Berufsausübung, wie beispielsweise dem mit dem Gesundheitsreformgesetz zum 1.1.2004 eingeführten „Medizinischen Versorgungszentrum“, sieht Laufs die Gefahr, dass ärztliches Ethos abgeschwächt und die ärztliche Unabhängigkeit aufgehoben werde. Gerät der Arzt in die Rolle des „verteilenden Rationators“ von begrenzten Gesundheitsdienstleistungen, ist, so Laufs, seine freiberufliche Verantwortung nahezu dahin. Der umfassendste Angriff auf die hergebrachte Rolle des Arztes aber ist die Aufgabe der traditionellen Verpflichtung zum Schutz des Lebens. Reproduktionsmedizin, Abtreibung und Sterbehilfe sind – frei formuliert – die Wegsteine hin in eine Selbstversklavung des Arztberufes.

Keine Angst vor neuen Formen ärztlicher Berufsausübung

Ungeachtet der Übereinstimmung in diesem letzten Punkt, kann Prof. Winfried Kluth (Halle/Saale) den neuen Formen ärztlicher Berufsausübung, z.B. auch der institutionalisierten Zusammenarbeit mit anderen Heil- und Heilhilfsberufen, durchaus positive Seiten abgewinnen. Es sei ja gerade ein Merkmal eines freien Berufes, dass neue Formen der wirtschaftlichen Betätigung gesucht und realisiert werden könnten. Auch seien Leistungs- und Kostenbeschränkungen dem Gesundheitswesen immanent und würden ihm keines-

wegs von außen aufgezwungen. Das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot darf jedoch gerade nicht zu einem Zurückbleiben hinter dem wissenschaftlichen Fortschritt führen, weil der Gesetzgeber ausdrücklich die Berücksichtigung des „allgemeinen Standes der medizinischen Erkenntnisse unter angemessener Berücksichtigung des wissenschaftlichen Fortschritts“ (§ 2 Sozialgesetzbuch V) gefordert hat. Bedenklich findet Kluth eine Tendenz in allen zurückliegenden „Gesundheitsreformen“ hin zu einer Abwälzung des Gesamtrisikos der Krankenkassen auf die Leistungserbringer, also auch die Ärzte. Die Folgen sind die Ausgrenzungen und die Pauschalierung von Leistungen. Gerade in diesem Kontext ist eine individuelle Tugendethik des Arztes dringend erforderlich. Das Gesundheitssystem steht am Scheideweg: Hin zu einer Staatsmedizin nach britischem Vorbild (National Health System) oder zu einem selbstregulierendem System in dem den Akteuren – auch im Rahmen neuer Formen – die Möglichkeit zur Selbstorganisation eingeräumt wird. Gerade das durch eine staatliche Regulierungsbehörde moderierte Telekommunikationswesen könnte, so Kluth, hierfür Vorbildcharakter haben.

Fremdbestimmung des Arztes durch Politik und Gesetzgeber

Einstweilen aber sieht sich der Arzt – zumindest solange er im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Leistungen erbringt – einer straffen Regulierung seiner Tätigkeit ausgesetzt. Eine immer größer werdende Zahl von Richtlinien und „Empfehlungen“ führen de facto zu einer Einschränkung seiner Therapiefreiheit gegenüber dem konkreten Patienten. Auch das System der budgetierten Leistungspauschalen und Punktesysteme, so Prof. Christian Hillgruber (Bonn), üben einen das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient beeinträchtigenden Kosten- und Einspardruck aus. Der (Vertrags-)Arzt selbst sei mehr „Regelungsobjekt denn selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Rechtssubjekt“. Zunehmend wird daher in der Rechtsliteratur in Frage gestellt, ob der Arzt im GKV-System überhaupt noch einen freien Beruf ausübt. Gerade die erhebliche Einschränkung der Autonomie des Vertragsarztes im Hinblick auf seine Vergütung lässt diese Frage in den Augen vieler berechtigt erscheinen. Hillgruber plädiert dafür, die gegenwärtige Fremdbestimmung des Vertragsarztes zu über-

winden und „wieder zu Selbstbestimmung und Selbstverantwortung“ zurückzufinden. Damit unvereinbar ist die Vergütungshöchstgrenze für Ärzte bei gleichzeitig – zumindest theoretisch – unbegrenztem Leistungsanspruch der Patienten.

Eine Fremdbestimmung des Arztes in ganz anderer Weise ist seine potentielle



Professor Edmund D. Pellegrino

Mitwirkung an Abtreibung und aktiver Sterbehilfe. Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts mutet dem Arzt auf der einen Seite eine Mitwirkung im sogenannten „Schutzkonzept“ zu und „sichert“ auf der anderen Seite die ärztliche Berufsausübungsfreiheit, indem er auf Abtreibung spezialisierten Ärzten weitgehend einen Grundrechtsschutz zubilligt. Immerhin aber haben Ärzte – auf dem Papier – das Recht, die Mitwirkung an einer Abtreibung zu verweigern. Wie sich eine solche Weigerung auf die eigene Karriere auswirkt, steht dann natürlich auf einem anderen Blatt. Selbst diese Rückzugsmöglichkeit soll ihnen zumindest nach dem Willen der Weltvereinigung der Ärzte in „Familienplanungszentren“ abgesprochen werden. Auf ihrem jüngsten Kongress in Wien forderten sie nämlich, Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung von Abtreibungen zu verpflichten, selbstredend im Namen der „reproduktiven“ Gesundheit.

Zu welchen Perversionen eine solche Überforderung ärztlichen Handelns führen kann, zeigt die von den Befürwortern der Euthanasie geplante Rolle des Arztes bei der Tötung auf Verlangen. Natürlich müsse der Arzt frei entscheiden können, ob er dem Patienten „einen letzten Dienst“ erweisen wolle oder nicht. Aber wie frei ist eine solche Entscheidung wirklich?

Noch mehr aber: Wie „selbstbestimmt“ ist der Tod eines Patienten, wenn dieser nur „fremdbestimmt“ herbeigeführt werden kann? Ist denn nicht unklar, ob im entscheidenden, unumkehrbaren Moment der Tötung der ursprünglich geäußerte (oder gar „mutmaßliche“) Wille des Patienten noch besteht? Hillgruber betont deshalb, dass es ein „Ding der Unmöglichkeit“ sei, wenn jemand versucht, „einem anderen die Verantwortung für sein definitives Ende aufzubürden“ und gleichzeitig bis zuletzt die Selbstbestimmung zu wahren. Der häufig verwendete Begriff von der „individuellen Verantwortung“ ist dabei irreführend: Schließlich handelt der Arzt bei der Tötung auf Verlangen eben gerade nicht ärztlich, sondern als jemand, der über ein gewisses Wissen hinsichtlich der Lebensbeendigung verfügt. Können und dürfen wir darauf vertrauen, so fragt Hillgruber, dass die Ärzteschaft getreu der Erkenntnis, dass Euthanasie mit dem ärztlichen Berufsethos unvereinbar ist und aktive Sterbehilfe das ärztliche Berufsbild pervertieren würde, sich dem an sie gerichteten Ansinnen verweigern wird? Seine wenig optimistische Antwort: Wohl kaum. Er zitiert den Bonner Strafrechtler Günther Jakobs, nachdem eine „Profession, die keine Probleme damit hat, jährlich rund 200.000 Embryos zu töten, auch mit der Tötung auf Verlangen keine unüberwindbaren Probleme haben wird, vorausgesetzt, die Gebührenordnung stimmt“.

So verschieden die Herausforderungen an die Selbst-, respektive Fremdbestimmung des Arztberufes heute auch sind, haben sie eines nach Hillgruber gemein: Sie lenken den Arzt von der Wahrnehmung seines genuinen Heilauftrages ab. Sie verfremden ihn. Nur wenn die Ärzteschaft geschlossen und kollektiv diese Zumutung zurückweist, kann es zu einem Umdenken bei Gesetzgeber und Politik kommen. Voraussetzung hierfür wäre allerdings, dass die Ärzteschaft selbst, die sich „teilweise bereits geistig hat korrumpieren lassen“, zunächst einmal sich auf ihre eigentlichen Werte zurückbesinnt.

Dem Lindenthal-Institut kann man es nicht hoch genug anrechnen, mit diesem Colloquium die ganze Breite der Grundlagen der ärztlichen Berufsausübung von ihren ethischen Grundlagen bis zu den bürokratischen Details des Vertragsarztesystems diskutiert zu haben. Naturgemäß konnten hier nur einzelne Aspekte und keinesfalls alle Vortragenden gewürdigt werden. Man darf auf den Berichtsband, der bald erscheinen soll, gespannt sein.