

**Thema: Seine Grundlinien einer Philosophie der Medizin** legt der Autor anhand der Entwicklung in den Vereinigten Staaten von Amerika dar. Sein vor drei Jahren verfasster Beitrag erscheint angesichts der Tendenzen einer Ökonomisierung der Medizin auch in Deutschland und einer Deprofessionalisierung des Arztberufes hochaktuell. Das Plädoyer lautet, jenseits von Business, Kommerz und Technik den moralischen Kern des Berufes zu stärken.

**von Edmund D. Pellegrino**

## Bekenntnis zum Arztberuf – und was moralisch daraus folgt



**I**n den Vereinigten Staaten wächst in der Öffentlichkeit, bei politischen Entscheidungsträgern und selbst in der Ärzteschaft die Überzeugung, dass der moralische Status der Medizin abgesunken ist, dass die Ärzteschaft nicht mehr als Gruppe mit einer anderen Orientierung als dem Eigeninteresse gelten kann. Demnach gehen wir Ärzte zwar noch einer Beschäftigung nach, sind aber nicht mehr wirklich eine Profession. Wir üben nicht mehr wirklich einen Beruf im Sinne von Berufung aus. Zwischen einer Profession und einer Beschäftigung in der Gesellschaft – einem Job – gibt es einen substantiellen Unterschied. Essenz einer Profession ist ein moralischer Kern des Berufs. Ich bin überzeugt, dass wir noch die Wahl haben: Entweder wir gewinnen den Kern dessen, was unseren Beruf ausmacht, zurück. Oder wir geben uns damit zufrieden, unseren Job als abhängig Beschäftigte zu tun.

Gehen wir den letzteren Weg, werden meines Erachtens nicht wir Ärzte, sondern in hohem Maße die Patienten die Verlierer sein. Auch die Gesellschaft steht dann auf der Verliererseite. Sie verliert, was stets ein wichtiger Stimulus war zu einer ethischen Lebensführung, die sich unterschied von Business, Kommerz und Technik. Was ich hier über die Medizin sage, gilt analog gleichermaßen für die anderen helfenden Berufe: für den Rechtsanwalt, den Lehrer, den Seelsorger.

### Krise des ärztlichen Berufsbilds

Gründe für die offenkundige Krise des Berufsbilds des Arztes in den USA gibt es mehrere. Erstens die steigenden Kosten des Gesundheitswesens. Inzwischen

sind die Ressourcen ein Thema, das die Ärzte trifft. Sie verantworten 75 Prozent der Kosten im Gesundheitssystem. Reaktion der Öffentlichkeit: Lasst uns die Ärzte kontrollieren. Zugleich wächst die öffentliche Nachfrage nach Gesundheitsdiensten unersättlich. Das hat in den USA die Medizin zur Ware gemacht. Medizin wird zum Business. Aber Business und Medizin sind nicht kompatibel. Business ist zwar ein Bestandteil der Medizin, macht aber nicht den Beruf aus. Wir aber haben die Art und Weise, Medizin auszuüben, kommerzialisiert, industrialisiert, bürokratisiert. Healthcare ist, wie wir in den USA sagen, zu einer Art Spielball für Wahlkämpfer geworden, für den Stimmenfang.

Ein vielleicht noch wichtigerer Grund ist – zweitens – das Fehlverhalten unserer eigenen Berufskollegen, die den Business-Aspekt willfährig aufgegriffen haben, Gefallen daran finden und ihn weidlich nutzen. Folge: „Aha, die Ärzte... Sollen mal deren Kosten auf den Prüfstand“. Ergebnis: Zunahme der öffentlichen und politischen Kontrolle. Das nennen wir „managed care“. Gemeint damit ist die Kontrolle über die Entscheidungen des Arztes am Krankenbett. Ich arbeite unter managed-care-Verhältnissen und spreche nicht über Imaginäres. Ich begegne Patienten unter managed-care-Verhältnissen. Die Entwicklung geht dahin, das Vertrauen in den Arzt als Person und auf sein Ethos zu ersetzen durch Systeme und Organisation.

Dann gibt es – drittens – noch eine starke Strömung, die uns Ärzten vorhält, zu sehr den individuellen Patienten in den Mittelpunkt gestellt zu haben. Deren Botschaft lautet: Eure Ethik sollte viel mehr Sozialethik sein als Individualethik. Das mag verlockend klingen, aber Vorsicht: Das befördert die Reduzierung des ärztlichen Berufs auf eine Beschäftigung wie andere und spielt die persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient herunter. Es entkleidet die Ethik in der Medizin ihres universalen Charakters und macht sie verhandelbar. So etwas wie ein hippokratisches Gelöbnis oder hippokratisches Ethos gibt es dann nicht mehr.

Alle Gelöbnisse, die in den Medical Schools in den Vereinigten Staaten noch abgelegt werden, sind so verändert, dass sie dem Stand dieser Krisenentwicklung des Berufs noch genügen. In meiner 60-jährigen klinischen Tätigkeit habe ich kein durchschnittlich niedrigeres moralisches Niveau unter den Ärzten erlebt als jetzt. Und ich habe auch zu keinem Zeitpunkt so viele Ärzte sich aus dem aktiven Beruf zurückziehen sehen. Gewissenhafte Ärzte verkraften diese Art Wandel nicht. Und die jungen Ärzte? Sie sind auch keine an-

dere Art Mensch als wir. Aber sie werden von vornherein in der Welt der Dienstleistung sozialisiert: Dienst an einer öffentlichen Aufgabe.

Und was gibt es an Versuchen zur Wiederherstellung des Arztberufs? Die Internistenvereinigung in den USA, der ich angehöre, hat, wie andere Berufsorganisationen, eine Charta verfasst, die bestimmte Verpflichtungen festschreibt. Aber es ist eine bloße Aufzählung von Bestimmungen. Und das macht sie zu einer bloß gesellschaftlichen Konvention. Und Konventionen kann man ändern, um mit dem Zeitgeist konform zu gehen. Das passiert. Was fehlt? Diese Charta hat keine philosophische Grundlegung. Das ist das Problem.

### Grundlage einer Philosophie der Medizin: Phänomenologie der Arzt-Patient-Begegnung

Das Kerngeschehen des gesamten medizinischen Betriebs ist die Begegnung zwischen Arzt und Patient. Ohne sie gäbe es keine Medizin. Meine These ist: Wenn wir zum moralischen Herz der Medizin zurückfinden wollen, müssen wir von der Phänomenologie dieser Begegnung zwischen Arzt und Patient ausgehen. Die theoretischen Grundlinien einer Philosophie der Medizin behandle ich ausführlicher in meinem Beitrag zu dem Buch des Lindenthal-Instituts „Ärztliche Freiheit und Berufsethos“ (siehe unten).

Richten wir den Blick darauf, was – phänomenologisch unbestreitbar – bei der Begegnung zwischen Patient und Arzt vor sich geht, und zwar immer vor sich geht. Was keinem Wandel unterliegt, auch dann nicht, wenn wir uns mit einem Raumschiff in eine andere Galaxie begeben. Erst wenn das phänomenologisch Unverrückbare geklärt ist, lässt sich etwas zu den Tugenden sagen, die aufgrund dieser Phänomenologie von den Beteiligten gefordert sind.

Unverändert bleibt dreierlei – und auf diesen drei Phänomenen baut auch meine Philosophie auf:

1. die Tatsache der Krankheit
2. der Akt des Bekenntnisses (zum Arztberuf)
3. der Akt der Medizin

#### Tatsache Krankheit

Die meisten Menschen waren krank, werden krank oder haben Kranke in der Familie. Typische Situation: Jemand spürt plötzlich Schmerzen in der Brust. Der Schmerz in der Brust nimmt zu. Irgendwann entscheidet er: Dieser Schmerz bedarf der Hilfe. Es könnte ja ein Infarktschmerz sein. Ich muss zu irgendjemandem hin. Das ist die typische Situation – auch bei geringfügigen Beschwerden.

Wann und wo immer jemand für sich entscheidet, ich brauche Hilfe, wird der Betreffende existentiell zum Patienten – pati, patior, passus sum –, zu jemand, der eine Last trägt. Er ist verwundbar. Und er hat Angst. Das kann ich, wenn er zu mir kommt, ausnutzen. Er ist ausbeutbar und abhängig von mir. Das passiert ihm wie mir in dieser Lage. Die Phänomenologie

der Situation ist eben diese: Weil ich zum Patienten geworden bin, habe ich die Hilfe eines anderen gesucht, der zu helfen sich kompetent erklärt. Mit anderen Worten: Als Ärzte begegnen wir Personen in einem besonderen Zustand der Abhängigkeit und Angst.

#### Akt des Bekenntnisses

Angesichts dieses Zustands machen wir Ärzte einen „act of profession“ (zu Deutsch wörtlich: Bekenntnisakt). Das aus dem Lateinischen abgeleitete Wort ist wichtig. Es bedeutet: vernehmbar erklären, ein Versprechen abgeben, eine Verpflichtung eingehen. Denn was sage ich, wenn der Betreffende in meine Praxis kommt? Ich frage: Kann ich Ihnen helfen? Oder: Was kann ich für Sie tun? Oder: Wo fehlt's? Das ist ein Bekenntnisakt, ein Akt des Bekenntnisses zum Beruf. Damit verspreche ich zweierlei: Mit der Frage „Kann ich Ihnen helfen?“ verspreche ich, der Erwartung des Patienten zu entsprechen. Ich verspreche, dass ich kompetent bin, dass ich über Kenntnisse verfüge, die die gewünschte Hilfe gewährleisten können. Ich lade ihn ein, mir zu vertrauen. Mir darin zu vertrauen, sowohl dass ich imstande bin, ihm zu helfen, als auch, dass ich diese Kompetenz nur zu seinem Wohl einsetze: weder zu meinem Wohl noch zum Wohl der Gesellschaft.

Im Kriegs- oder Katastrophenfall mögen die Verhältnisse einmal komplizierter liegen. Aber auch hier gilt uneingeschränkt: Ich handle nicht im Dienst irgendwelcher Vorteile der Gesellschaft, noch der Familie, noch einer Versicherungsgesellschaft, im Interesse von niemandem außer dem Patienten. Ist das nicht, was jeder als Patient erwartet und was jeder Patient auch erwarten darf? Der zweite Inhalt meines beruflichen Bekenntnisaktes als Arzt ist also dieses Versprechen gegenüber einer Person in verletzlichem, von mir abhängigem Zustand.

Es gilt, sich die ganze Bedeutung dessen vor Augen zu halten, dass man sich als Heiler angeboten hat. Und genau das meint der Begriff „profession“: Profession, Beruf. Und darum kommt niemand herum, dass der Arztberuf eben auf diesem „act of profession“ gründet. So nimmt es der Patient entgegen, und darin liegt der Kern des Bekenntnisses zum Beruf. In diesem Bekenntnis ist bereits die Selbstverpflichtung zu bestimmten Verhaltensweisen enthalten.



Unser Beitrag ist eine gekürzte Fassung des Beitrags von Professor Pellegrino zu dem Band aus dem Kölner Lindenthal-Institut: Hans Thomas (Hrsg.), „Ärztliche Freiheit und Berufsethos“, Verlag J.H. Röll, Dettelbach 2005, 296 Seiten, Euro 19,80, ISBN 3-89754-112-2



**Professor Dr. Edmund D. Pellegrino:**

„Essenz einer Profession ist ein moralischer Kern des Berufs.“

Foto: The President's Council on Bioethics

## Akt der Medizin

Mit diesem Begriff fasse ich diese Verhaltensweisen zusammen. Zweck des „act of medicine“ ist Heilbehandlung vornehmen, helfen, Sorge tragen für, kurz: Einsatz zum Wohl des Patienten, bemüht sein um das für den Patienten Gute. Das ist der vorrangige Zweck medizinischen Handelns.

In unserem Versprechen fallen alle drei Elemente in eins. Wir laden den Patienten ein, uns darin zu vertrauen, dass wir erstens über das erwartete Wissen verfügen und es zweitens ausschließlich zu seinem Wohl einsetzen. Zu dem, was das Versprechen drittens beinhaltet, sei mir eine Anmerkung erlaubt: Alle medizinischen Grundsätze und Normen weltweit, alle Formen hippokratischer Gelöbnisse, Vorschriften und Richtlinien, berufsethische Codices wo immer, Weltärztebund-Erklärungen von Genf, Tokio, Venedig und so weiter kommen darin überein: Handeln nur zum Wohl des Patienten!

Was folgt daraus? Ich soll jetzt in einem UNESCO-Komitee an der Abfassung universaler bioethischer Normen mitarbeiten – für die ganze Welt. Ein grandioses Schema! Entscheidend bleibt gleichwohl der Charakter des Arztes. Schließlich kommt es auf die Art Mensch an, der er ist, der ich bin. Alles hängt davon ab, ob ich vertrauenswürdig bin – und das auch um drei Uhr morgens, wenn niemand zuschaut. Dieser Nachsatz ist sehr wichtig. Denn es geht um Charaktereigenschaften, die ich habe oder nicht habe.

## Das Bekenntnis zum Beruf enthält die Selbstverpflichtung zu Tugenden

Aus den erwähnten drei unumstößlichen Tatsachen ergibt sich die Verpflichtung medizinischen Handelns auf das für den Patienten Gute. Daher das Versprechen des Einsatzes zu seinem Wohl. Aufgrund der Tatsache Krankheit ist der Patient verwundbar, und ich als Arzt habe Macht über ihn. Ich kann diese Macht ausüben zu seinem Schaden oder aber, um ihm zu helfen. Die gute Erfüllung des Zwecks medizinischen Handelns setzt beim Arzt bestimmte Tugenden voraus. Ich nenne beispielhalber vier oder fünf. Die erste ist Vertrauenswürdigkeit. Ich habe etwas versprochen. Und das muss ich halten. Ich habe mich zu etwas bekannt – zur Profes-

sion. Und daran habe ich mich gebunden. Das kennzeichnet die Profession, den Beruf.

Als professionell gelten heute viele, auch Fußballer. Der Inhaber eines bewährten Beerdigungsinstituts ist ein professioneller Bestatter, und so weiter. Ohne deren gut getane Arbeit abzuwerten, haben sie aber, so Leid es mir tut, nicht das, was das Wesen einer Profession ausmacht, nämlich die Verpflichtung auf etwas anderes als ihr Eigeninteresse. Das Eigeninteresse ist aber die Triebkraft schlechthin in der Welt von heute, zumindest in Amerika.

Erste Kernverpflichtung einer Profession also: Vertrauen rechtfertigen, Versprechen halten. Dann Wohlwollen: so handeln, dass man das für den Patienten Gute voranbringt. Dieses Gute bedarf noch einer inhaltlichen Erläuterung. Drittens intellektuelle Redlichkeit: offen zugeben, dass man etwas nicht weiß – statt zu tun versuchen, was man nicht beherrscht. Als Ärzte kennen wir zur Genüge die Versuchung, immer wieder einmal über die Grenzen unseres Fachwissens hinaus zu handeln. Intellektuelle Redlichkeit bedeutet die Charakterstärke zu sagen: Das ist nichts für mich. Da brauche ich selbst Hilfe.

Ich habe Prüfungsaufgaben in Medizinischen Fakultäten der Vereinigten Staaten. Bei Aufnahmeprüfungen gibt es auch ein Interview. Da prüfe ich auf intellektuelle Redlichkeit. Ich frage den Studenten oder die Studentin immer weiter, bis er oder sie passt und sagen muss: Ich weiß es nicht. Wer da versagt, gehört nicht in die Medizin. Da lasse ich mir nicht Sand in die Augen streuen. Man kann ihm nicht vertrauen. Soviel über Vertrauenswürdigkeit und intellektuelle Redlichkeit.

Als vierte Tugend folgt das Zurückstellen von Eigeninteresse. Es geht hier nicht um eine radikale Forderung. Ich predige nicht Medizin für Mönche. Aber ohne bis zu einem gewissen Grad unser Eigeninteresse hintanzustellen, können wir nicht im wohlverstandenen Interesse der Patienten Medizin betreiben. Harvey Cushing, ein großer Chirurg, schrieb 1926 einen schönen Essay zur „consecratio medici“. Wie ist das auf der Krankenhausstation bei der Caférunde um Fünf: „Ach, irgendjemand wird sich schon jetzt um die Patienten kümmern“? Oder: „Das Aufstehen um drei Uhr morgens geht mir auf die Nerven“? Als Lehrer der Medizin macht mich bei den Klinikärzten der Mangel an Supervision zunehmend besorgt.

Fünftens: Courage, Mut – die Fähigkeit und Bereitschaft sich zu exponieren. In der Zeit, als in Amerika Aids aufkam, sagten junge Ärzte: Dem muss ich mich doch nun nicht aussetzen. Das ist eine fatale Krankheit. Als ich Medizin studierte, war davon übrigens auch nicht die Rede. Mut auch in einem anderen Sinne – sehr wichtig: Mut, gegen gesellschaftliche Trends, gegen Politik oder Staat zu stehen, wenn sie in den Bereich medizinischer Ethik einbrechen. Bei uns hatten wir solche Einbrüche. Da sagte der Staat: Medizinische Ethik? – Wir haben Krieg! Nun denn: In der Medizin muss die Ethik Vorrang behalten vor dem Krieg.

Übergehen wir einige weitere notwendige Tugenden und kommen wir zum Mitleid, zur Empathie. Gemeint ist die Fähigkeit, von der Situation des Patienten etwas nachzufühlen, sich einzufühlen. Gute Ärzte wissen, dass man die Lage verstehen muss, in die eine Krankheit den Patienten versetzt, um ihn heilen zu können – was heißt: wieder ganz machen, im besten Sinne des Wortes.

Belassen wir es bei diesen sechs Tugenden. Entscheidend ist, dass diese Tugenden bereits vorgegeben sind und verpflichten, wenn jemand das Bekenntnis zum Arztberuf abgibt. Um das gegebene Versprechen zu erfüllen, sind bestimmte Charaktereigenschaften, bestimmte Prädispositionen – das meint ja Tugend – verlangt. Sie sind unverzichtbar, um den Zweck, das telos, das Gute bestmöglich zu erreichen.

Bis hierher war von moralischen Tugenden die Rede. Die gebotene Kürze erlaubt mir nicht, näher auf die ebenfalls geforderten intellektuellen Tugenden einzugehen. Die Haupttugend des Intellekts ist die Klugheit: die Fähigkeit zu wissen, wie man alle gegebenen Mittel für das für den Patienten Gute am wirksamsten einsetzt. Auch hier gilt: Der umfassende Handlungszweck ist das für den Patienten Gute. Das hippokratische Hauptgebot besagt, das Gute für ihn voranzubringen und nicht zu schaden. Dabei ist Nicht-schaden nachrangig zum Erstgebot des Wohl-wollens.

### Die drei Ebenen des für den Patienten Guten

Worin aber besteht denn das Gute? Das Gute, so heißt es oft, sei ein höchst zweifelhafter Begriff. Dem kann ich nicht zustimmen. Über das für den Patienten Gute habe ich ein Buch geschrieben. Darin unterscheidet sich drei Ebenen des für den Patienten Guten. Erste Ebene: das für ihn medizinisch Gute – das, was wir medizinisch wirksam, also technisch gut für den Patienten tun können. Um das Wohl-wollen wirksam zu machen, müssen wir – zweite Ebene – das Gute für den Patienten, so wie er es sieht, wahrnehmen. Sonst nehmen wir ihn als Person nicht ernst. Das ist aber nicht absolut zu verstehen. Der Wille des Patienten ist für mich nicht ein Diktat. Ich wirke mit ihm zusammen. In den Vereinigten Staaten haben wir die Prioritäten des Wohlwollens aus den Augen verloren. Zunehmend herrscht der Trend: Wenn der Patient es will, soll er's haben. Ich kann dem Patienten sagen: Ich tu nicht, was Sie wollen. Denn es wäre eine Verletzung meiner beruflichen Integrität und gegen meine tiefsten Überzeugungen, ob religiösen oder anderen. Ich würde nicht zum Suizid helfen. Ethik ist nicht verhandelbar.

Auf der dritten Ebene geht es um das Gute für den Patienten als Mensch. Hier kommen die Menschenrechte zur Sprache. Die Menschenrechte so wie die Vereinten Nationen sie erklärt haben. Ganz oben steht die Würde der menschlichen Person. Die Person jedes Menschen ist als gleich wertvoll zu achten. Das zu akzeptieren, fällt vielen schwer. Aber ohne das werden wir zum Richter über anderer Menschen Charakter – und werden ge-

fährlich. Denn wir haben Macht. Und diese Macht dürfen wir nicht ausüben. Für den Patienten als Mensch gibt es auf dieser dritten Ebene noch andere Güter, die wir zu achten haben, etwa spirituelle oder religiöse Güter. Sie sind Sache des Patienten. Der Arzt muss sie aber wahr- und ernst nehmen und sie in sein Kalkül einbeziehen. Er muss alle Güter zusammenführen, um das letztlich für den Patienten Gute anzustreben.

### Die Chance zur Überwindung der Krise liegt in unserer Hand

In den Vereinigten Staaten – vielleicht auch weltweit – befinden wir uns in einer Krise des Arztberuf-Verständnisses. Die Gründe habe ich genannt. Mit dieser oder jener Kosmetik am System dürfte sich die Krise kaum überwinden lassen. Es bedarf wohl einer neuen Prüfung der moralischen Grundlagen unseres Berufs und dann unserer Entscheidung, ob wir den Weg dieser Moral einschlagen oder ob wir dem ausweichen und sagen, die Moral in der Medizin sei eine gesellschaftliche Konvention. Dem zufolge entsprechen wir dann dem, was die Gesellschaft von uns will.

Oder wir tun das eben nicht und sagen: Unsere Moral gründet auf Realitäten. Sie erwächst aus der Phänomenologie der Arzt-Patient-Beziehung, aus der klinischen Begegnung. Sie ist eine Grunderscheinung menschlicher Begegnung und eine Vertrauensvereinbarung. Wir haben die Wahl: in die eine oder die andere Richtung. Welchen Weg wir wählen, hängt, denke ich, von einer eindeutigen philosophischen Grundlegung ab. Deshalb halte ich daran fest, dass in die medizinische Ausbildung und in die Bioethik eine tiefere philosophische Grundlage eingezogen werden muss.

Der andere Weg führt in die Destruktion der Ethik. Viele wollen das. Ohne damit die Fakten zu dramatisieren, liegen hier viele meiner Berufskollegen daneben. Angesichts dieser Möglichkeit erinnere ich nur daran, dass wir alle und Angehörige unserer Familien krank werden. Am Faktum Krankheit ist nicht vorbeizukommen. Irgendjemand wird dann zu uns sagen: Kann ich Ihnen helfen? Welche Art von Mensch wünschen wir, dass derjenige ist, der dann so zu uns spricht? Das ist die entscheidende Frage.

**Professor Dr. med. Dr. h.c. mult. Edmund D. Pellegrino M.D.**, geboren 1920 in Newark, ist Chairman des „President's Council on Bioethics“ und weiterhin tätig als Professor Emeritus of Medicine and Medical Ethics an der Georgetown University in Washington DC. Im September 2004 Berufung in das Internationale Bioethik-Komitee der UNESCO. Pellegrino hat zahlreiche Lehraufgaben und Leitungämter an Universitätskliniken in den USA wahrgenommen, etwa in Kentucky, an der State University New York, in Tennessee, Yale und an der Georgetown University. Er war 11. Präsident der Catholic University of America. 1983 wurde Pellegrino Direktor des Kennedy Institute of Ethics an der Georgetown University, 1989 Direktor des Georgetown University Center for the Advanced Study of Ethics, zeitweise war er zugleich Leiter der Abteilung General Internal Medicine. 1991 Direktor des Center for Clinical Bioethics, Georgetown University Medical Center.