

Der Eid des Hippokrates heute oder: Wie die Medizin der Ethik das Leben rettete

Das Moralische versteht sich nicht von selbst

Der biedere Schwabe F. Th. Vischer hatte eine der größten Lacherfolge der Philosophiegeschichte, als er Mitte des 19. Jahrhunderts behauptete: „Das Moralische versteht sich von selbst.“ Dagegen spricht schon die simple Tatsache, dass die Professionen, die ein Monopol auf ein spezielles Wissen und Können besitzen, in allen bekannten Gesellschaften eigene Initiationsriten ausgebildet haben, in denen ihr professionelles Ethos beschworen und bekräftigt wird. Soldaten gehören dazu, Seelsorger, Staatsbeamte, Ärzte. Beschworen wird nur, was sich gerade nicht von selbst versteht. Darüber hinaus wurde Vischers Satz durch das gesamte 20. Jahrhundert Lügen gestraft, und das ist ja auch einer der Gründe, warum wir uns hier den Kopf zerbrechen. Das Moralische versteht sich nicht von selbst, und einige Beobachtungen zu Geschichte des hippokratischen Eides untermauern diese These. Denn wenn man dem New England Journal of Medicine glauben darf, ist die Verwendung des Eides im Rahmen der Medizinerbildung zum ersten Mal im Jahr 1508 für die Universität Wittenberg bezeugt. 1508? Also Renaissance und Humanismus, Doktor Faustus, Paracelsus und Christobal Colon. Eine neue Stufe, eine neue Legierung innerhalb der Kultursynthese von Christentum und Antike, die das europäische Selbstverständnis geprägt hat, - und das zu einem Zeitpunkt, als die neuen Entdeckungen diese Synthese auch für manche fraglich werden ließen. Als formellen Bestandteil der Abschlussfeier sehen wir den Eid erst 1804 im französischen Montpellier. Also Aufklärung, Revolution, Wissenschaft und Fortschrittsdenken; jenseits der Rheins feiern die einen den Ausgang aus selbstverschuldeter Unmündigkeit, die anderen, Romantiker und Idealisten, beklagen die Verdinglichung des Lebens unter dem kalten Blick des analytischen Verstandes und sehnen sich zurück nach metaphysischer Geborgenheit des Seins. Und damit beginnt der Siegeszug des Eides auf beiden Seiten des Atlantik. Jedoch: noch in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts sind es z.B. in Nordamerika weniger als 20% der medizinischen Ausbildungsstätten, die den Eid – oder sagen wir besser: eine seiner Varianten – bei der Abschlussfeier benutzen. Das ändert sich erst nach dem 2. Weltkrieg, als klar wurde, welche Grausamkeiten auch von professionellen Medizinern begangen werden können – Nürnberger Prozess, Einheit 731 - und in der Folgezeit die Fortschritte der Medizin neue moralische Fragen aufwarfen. Mit dem Erfolg des Eides verbunden sich Modernisierung und Revisionismus. Eine Untersuchung in knapp 150 Ausbildungsstätten in den USA und Kanada stellte 1993 fest, dass ein transzendenter Bezug, eine wie auch immer gefasste Anrufung des Heiligen, in 90% der Fälle fehlte; ebenfalls mehr als 90% der Ausbildungsstätten hatten das Verbot der Abtreibung gestrichen und gut 85% verzichteten darauf, das Verbot der Euthanasie beschwören zu lassen. Drei aufschlußreiche Daten, die zentrale Problemzonen der heutigen Lage markieren: der Transzendenzbezug des medizinischen Ethos unter den Bedingungen einer säkularen, pluralistischen Gesellschaft; die umstrittene Frage nach den Grenzen einer Lebensform, der zu Recht

das Wertprädikat „menschlich“ beigelegt werden kann, und die nicht minder strittige Frage nach dem Tötungsverbot und den Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht. Vergegenwärtigen wir uns noch einmal, dass diese drei Themen zugleich die Kontaktflächen bilden, an denen hippokratische Tradition und überliefertes jüdisch-christliches Ethos konvergieren. Denn Abtreibung und Euthanasie - schließlich ein griechisches Wort in unserem Mund – waren ja in der Antike durchaus unanstößig; die hippokratische Schule repräsentiert einen Weg und nicht die gesamte antike Medizin, und sie legte wohl aus philosophisch-moralischen Gründen, die kaum mehr gänzlich zu erhellen sind, einen speziellen Akzent auf die Heiligkeit des Lebens.

Gut. Was ist die These?

Das Moralische versteht sich nicht von selbst, die Vereidigung von Medizinern beweist es. Der Mensch ist das Tier, das versprechen kann, sagt Nietzsche, und er muss sich und anderen manche Dinge versprechen, damit Humanität eine zumindest kleine Überlebenschance hat. Vor wem was und wie zu versprechen war, stand in der westlichen Welt jahrhundertlang außer Frage.

Es ist unsere Not, dass wir Heutigen an dieser Stelle zu stottern anfangen oder manchmal auch gänzlich verstummen.

„We were a chosen people, we are choicing people.“

Das ist mehr als ein Wortspiel. Die ungeheuren Fortschritte der Medizin seit dem 2. Weltkrieg haben die menschlichen Freiheits- und Entscheidungsspielräume dramatisch erweitert.

"Natur" im Sinne des Vorgegebenen, Unabänderlichen, Schicksalhaften, - was einfach akzeptiert und hingenommen werden muss, "höhere Gewalt", Schicksal, Fatum, Wille Gottes, - "Natur" in diesem Sinne ist auf dem Rückzug begriffen; an ihre Stelle treten Optionen, Entscheidungen, Wahlmöglichkeiten.

"We were a chosen people", so sagt der Ethnologe Marshall Sahlins, "we are choicing people."

Wir waren einmal das auserwählte Gottesvolk, wir sind das auswählende Volk. Auswählende Leute: Auch und gerade medizinische Wissenschaft und Technik haben uns Westlern eine Fülle neuer, unseren Großeltern noch schlechthin unvorstellbarer Wahlmöglichkeiten verschafft.

Das ist ein historisch einmaliger Gewinn und eine historisch einmalige Belastung. Denn Wahlmöglichkeit bedeutet auch Wahlzwang und Entscheidungsdruck. Platt gesagt:

Wo nichts mehr zu machen ist, brauche ich keine Entscheidungen zu treffen. Wo aber noch etwas zu machen ist, und es ist heutzutage fast überall noch etwas zu machen, da muss ich mich auch entscheiden, was ich in diesem Fall machen oder nicht machen will. Und die Last der Entscheidung liegt dann allein bei mir, bei meinem Willen, meiner Einsicht, meinen Werten - ohne dass ich mich durch die Berufung auf reale, metaphorische oder metaphysische "höhere Gewalten" entlasten könnte.

Die wachsende Machbarkeit und Verfügbarkeit von Lebensvorgängen hat weitere

Folgen.

Platt formuliert: Wo gehobelt wird, fallen Späne. Beim Machen werden nicht nur unvermeidlicherweise immer auch Fehler gemacht, es fallen immer auch Neben- und Abfallprodukte an, die irgendwie entsorgt werden müssen. Das Machen schließt das Wegwerfen ein und stürzt uns in ein grundlegendes Dilemma: Unsere gesamte sittlich Überlieferung verbietet es, menschliches Leben wie Müll zu behandeln und einfach wegzuwerfen.

Wie sehen die Wahlmöglichkeiten und Entscheidungszwänge aus, mit denen uns die Medizin gegenwärtig und zukünftig konfrontiert ?

Pünktlich zum Beginn des 21. Jahrhunderts gab Jeffrey Kahn, Direktor des medizinethischen Zentrums an der Universität von Minnesota, auf der Website des Nachrichtensenders CNN einen Ausblick auf die Medizin im neuen Jahrhundert:

"Medicine in the next century will continue to develop new approaches to treat and cure illness, but a new emphasis will emerge towards enhancement.

This will include treatment of diseases before their symptoms appear while patients are seemingly healthy; and treatments that don't target illness at all but will allow us to control our bodies and make us stronger, smarter, and live longer.

Organs will soon be grown in labs, gene therapy will be available to make us smarter, and artificial technologies will give us everything from bionic body parts to an artificial womb.

Should we use these technologies, and if so, who should have access to them? Who should pay for them?"

Also: Beständige Weiterentwicklung der Therapiemöglichkeiten, Therapie schon vor dem Auftreten manifester Symptome, aber mehr noch: eine Zielverschiebung auch der ärztlichen Kunst. Nicht länger nur Kampf gegen Krankheiten, sondern "enhancement" der leiblichen Natur - also Steigerung, Verbesserung, Erweiterung der menschlichen Fähigkeiten "to make us stronger, smarter, and live longer."

Sicher, das klingt nach schöner neuer Welt - aber ich sehe keinen Grund, diese Prognose in Zweifel zu ziehen. Wer im Kaiserreich hätte sich träumen lassen, dass sich die Lebenserwartung bei Geburt hundert Jahre später von 35 bzw. 38 auf 75 bzw. 81 Jahre mehr als verdoppelt hat?

Worin liegt die spezifische Problematik der neu entstandenen Entscheidungslagen?

Ich behaupte:

Es sind durchweg Wahlsituationen, die in der ethischen Überlieferung nicht vorgesehen sind. Das Moralische versteht sich auch hier immer weniger "von selbst".

Die Tradition setzt eine mehr oder weniger fixierte "Natur" des Menschen und seiner Lebensvorgänge voraus. Sie gibt darum keine Kriterien für Entscheidungslagen jenseits dieses Horizontes vor. Solche Kriterien und Gesichtspunkte müssen neu gesucht und erarbeitet werden - sei es durch Analogieschluß von Präzedenzfällen her, sei es systematisch durch den Versuch, die neuen Fälle unter allgemein anerkannte Prinzipien zu subsumieren.

Ich fasse zusammen und sage als These 2:

Wo nichts zu machen ist, ist nichts zu entscheiden. Wo Machbarkeit wächst, steigt der Entscheidungsbedarf. Die Entwicklung in der Medizin ist rasant und wird rasant bleiben. Das eröffnet in unserer sittlichen Überlieferung nicht vorgesehene Lebens- und Wahlmöglichkeiten. Wenn nicht Beliebigkeit regieren soll, brauchen wir Kriterien und Maßstäbe die unsere Entscheidungen leiten. Das ist die Problemstellung auf dem Gebiet von Medizin und Ethik heute.

Moderne Medizinethik: Im Zweifel für die Freiheit

Das hippokratische Ethos ist vom Ansatz her eine Standesethik. Sie definiert das "professionelle" Verhalten der Arztes oder der Ärztin gegenüber Patienten ("Ärztliche Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden.", also: 'nil nocere' und 'salus aegroti suprema lex') und Zunftgenossen ("Ich werde an Vorschriften, Vorlesung und Unterweisung meine Söhne und die meines Lehrers und die nach der ärztlichen Sitte vereidigten Schüler teilnehmen lassen, sonst aber niemanden."). Es ist insofern eine Fürsorge- und Binnenmoral: ärztliche Entscheidungen sind Sache der dafür kompetenten "Profis"; Außenseiter und Laien - wobei man statt Laien auch "Patienten" sagen kann - haben sich da nicht einzumischen. Entsprechend bestimmt sich die Sichtweise des Patienten in diesem "hippokratischen Modell": Er erscheint primär als passives Objekt ärztlicher Fürsorge, nicht jedoch als aktives Gegenüber zum Arzt oder zur Ärztin.

Dieser paternalistische Ansatz wandelt sich seit den 60er Jahren, bedingt sowohl durch den allgemeinen Einstellungswandel gegenüber Autoritätspositionen (Kritik an den "Halbgöttern in Weiß" und ihrer ausschließlichen Definitionsmacht des "Besten" für den Patienten)

als auch durch das Vordringen der Medizin in bisherige Tabu-Zonen und die dadurch erzeugten Kontroversen (Dialyse, Organtransplantation, In-Vitro-Fertilisation, Intensivmedizin, Gehirntod-Kriterium, passive und aktive Sterbehilfe). Als Reaktion entstanden zuerst in den USA Ethik-Zentren und -Kommissionen, wobei jetzt die Zunft nicht mehr unter sich blieb, sondern auch Nicht-Ärzte, Theologen, Philosophen und Juristen, einbezogen wurden. Daher der Titel meines Vortrages: Die Medizin hat der Ethik seinerzeit das Leben gerettet und diesem bis dahin nur von wenigen Fachphilosophen im akademischen Abseits gepflegten Spezialfach ein neues öffentliche Prestige verschafft.

Die ärztliche Standesethik verwandelte sich durch die interdisziplinären Ethikzentren und -kommissionen in "Medizinethik" oder "Bioethik", wie es vor allem im angelsächsischen Sprachbereich heißt, und erfuhr dabei auch eine inhaltliche Neuausrichtung.

Als Leitbild setzte sich ein auf Partnerschaft, Dialog und offene Kommunikation zielendes Modell der Art-Patient-Beziehung durch. Der hippokratische Ansatz des Fürsorgeverhältnisses zwischen Arzt und Patient verwandelte sich in ein stärker an

Markt- und Vertragsbeziehungen ausgerichtetes Modell, in dem sich Arzt und Patient wie zwei frei kontrahierende Parteien gegenüber treten.

Das bedeutete inhaltlich:

Neben den traditionellen ärztlichen Pflichten und Verantwortlichkeiten wurde in zunehmendem Maße ein weiteres ethisches Entscheidungskriterium ins Feld geführt: der Respekt vor der freien, aufgeklärten Selbstbestimmung des mündigen Patienten und die Anerkennung und Würdigung seiner autonomen Entscheidung über die Art und Weise einer medizinischen Behandlung.

In seiner Herkunft ursprünglich einmal abgeleitet aus dem Nürnberger Codex zu medizinischen Versuchen am Menschen (Satz 1: "Die freiwillige Zustimmung des Menschen ist absolut wesentlich") - entwickelte sich der Begriff "informed consent" auf diese Weise zu einer Art Generalschlüssel für fast alle mit hohen Risiken behafteten Behandlungsformen und damit auch für fast alle medizinethischen Zweifelsfragen. Die Schulbuch-Definition lautet: "Informed consent is the process by which a patient receives all information necessary to make a rational, autonomous choice." Es ist deutlich, wie sehr das Modell eines Vertragsabschlusses hier Pate gestanden hat.

Diese starke Aufwertung der Patientenautonomie hatte freilich Folgeprobleme: Ist nicht der "Patient" schon vom Begriff her der Mensch im Passiv, in der Leidensform, also gerade nicht mehr das aktive Subjekt seines Lebensvollzuges, sondern eben passiv, unterworfen, in seiner Autonomie durch Krankheit und Leidensdruck eingeschränkt? Was ist mit den sogenannten nicht-einwilligungsfähigen Patienten? Wie ist zu entscheiden, wenn ein artikulierter Wille noch nicht oder nicht mehr festgestellt werden kann? Kann man von einem mutmaßlichen Willen sprechen, und wie ist dieser zu erheben? Reichen dafür schriftliche Verfügungen aus (Patientenverfügung, "living will"), die vielleicht schon vor Jahrzehnten abgegeben wurden? Kann in einer Leidenssituation, unter dem Druck von Schmerzen, Ängsten, Depressionen überhaupt noch von Autonomie und freier Willensentscheidung gesprochen werden? Ist die Willensentscheidung des Patienten nicht sehr leicht beeinflussbar und in ihrer Substanz völlig bedingt durch die Art und Weise, wie der Arzt seine Informations- und Aufklärungspflicht wahrnimmt? Aus der Arbeit vereinzelter Ethik-Kommissionen ist inzwischen ein eigenes Fachgebiet "Medizinethik" oder "Bioethik" erwachsen, und es hat sich ein Kanon von Schlüsselbegriffen herausgebildet, die in Lehrbüchern und Arbeitsblättern als maßgebliche ethische Entscheidungskriterien tradiert werden. Zwei Beispiele: Ein maßgebliches amerikanische Lehrbuch zur Medizinethik, Beauchamp und Childress, Principles of Biomedical Ethics, zuerst 1977 erschienen, nennt 4 Kriterien, denen eine medizinethisch begründete Entscheidung im Idealfall genügen sollte:

- autonomy (dh.: Patients have the right to choose actions consistent with their values, goals, and life plans, even if their choices are not in agreement with the wishes

of family members or the recommendation of the physician. Choices should be free from interference and control by others.)

- non-maleficence (Das ist das alte hippokratische "nil nocere".)

- beneficence (Nämlich: Beneficence means acting in the best interests of the patients. This concept is often confused with non-maleficence or "Do no harm".

Doing what is best for the patient often involves serious risks.)

- justice (Justice refers to fairness in the allocation of resources in regard to health care delivery.)

Diese Prinzipien gelten als unmittelbar einsichtig und moralisch bindend. Sie sind nicht auseinander ableitbar, und bieten auch nicht die Gewähr für konfliktfreie Entscheidungen. Es sind vielmehr fast alle möglichen Konfliktkonstellationen in diesem magischen Viereck denkbar: Autonomie gegen Fürsorge, Gerechtigkeit gegen Autonomie, Fürsorge gegen Gerechtigkeit usw. usw. Die vier Prinzipien stellen also eher Gesichtspunkte dar, die bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt und im Konfliktfall gegeneinander abgewogen werden müssen.

In der Reihenfolge ihrer Nennung liegt freilich eine Prioritätensetzung zugunsten der Selbstbestimmung des Patienten, und das zeigt an, wie hier das Kriterium des Patientenwillens die überlieferte hippokratische Fürsorgeethik überholt hat und ihnen als "default principle" vorgeordnet wird.

Das zweite Beispiel. Die Akademie für Ethik in der Medizin e.V. in Göttingen hat Lehrziele für Medizinethik im Medizinstudium veröffentlicht, mit denen die Vorgaben der Ärztlichen Approbationsordnung von 2002 umgesetzt werden sollen. Nach der Präambel über allgemeine Lehrziele heißt es dann im speziellen, fachbezogenen Teil:

„1. Patientenautonomie, Aufklärung und Einwilligung

a) Patientenautonomie: philosophische, rechtliche, historische und soziokulturelle Grundlagen; praktischer Umgang mit dem Selbstbestimmungsrecht; Grenzen der Selbstbestimmung

b) Aufklärung: Ziele des Aufklärungsgesprächs; Vermittlung von Information; Kriterien gelingender Kommunikation und Interaktion; zentrale Elemente des Aufklärungsgesprächs über

Diagnose und Prognose, medizinische Maßnahmen sowie Teilnahme an wissenschaftlichen

Studien

c) Einwilligung: Einwilligungsfähigkeit, Voraussetzungen, mutmaßlicher Wille, stellvertretende Einwilligung (Eltern, Betreuer, Bevollmächtigte); Freiwilligkeit und Abhängigkeit

unter den Bedingungen von Krankheit und Leid

2. Beziehungen zwischen Patienten, Ärzten, Pflegenden und Angehörigen

a) Arzt-Patient-Beziehung: Verhältnis von Autonomie und Fürsorge; die Bedeutung von

Empathie, Wahrhaftigkeit, Glaubwürdigkeit und Vertrauen ...“

Ich diskutiere das nicht, weise nur auf die Spitzenstellung des Stichworts Autonomie unter 1. und 2. hin und füge den Paxisbericht eines Hannoveraner Mediziners an:

„Das Konzept der Autonomie ist in vielen Ländern juristisch fixiert, indem etwa die schriftliche Einwilligung als Voraussetzung einer Behandlung vorausgesetzt wird. Doch wie widersinnig die Unterschrift unter ein Einwilligungsdokument werden kann, habe ich selbst in der Klinik erlebt: ich benötigte die Einwilligung einer afghanischen Patientin, die nicht nur kein Wort deutsch sprach, sondern auch noch blind und Analphabetin war. Die Enkeltöchter meiner Patientin haben dann gedolmetscht und haben die Hand der alten Dame geführt, als sie einen Kringel auf das Einwilligungspapier setzte. Dem Gesetz war damit genüge getan. Aber die Frage, ob dieser Kringel für mich tatsächlich als die informierte Einwilligung der Patientin zu interpretieren war, muß wohl letztlich offen bleiben.“ Dr. Gerald Neitzke , Abteilung für Medizingeschichte, Ethik und Theoriebildung in der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover)

Die abschließende These? Ich leihe sie mir von Gary Fischer, einem orthodoxen Juden, Fellow an der University of Pittsburgh. Er sagt zum Abschluß seines Fellowship Trainings in Medizinethik: I am sadly coming to the conclusion that conventional, secular medical ethics is incapable of providing us answers to some crucial moral problems in health care. Contemporary "medical ethics," as it is taught in the university and written about in journals, emphasizes patients' rights and provides important rules of conduct for health care providers -- but necessarily fails to help patients determine what course of action they are morally bound to pursue. ... Ethics consultants perform many important services. They can aid in patient or surrogate decision making by facilitating communication and clearing up misunderstandings. They can educate health care providers regarding the need to respect the patient's wishes and values. They can inform patients and surrogates about the options which they are at liberty to choose regarding end-of-life care. What they cannot do is tell patients which of these options is the moral choice. This is the crucial point. The ethical and legal principles that govern the practice of medicine in a liberal democratic society can only describe the liberties which patients have regarding their medical care. They give patients "the right to be wrong," as philosopher Tris Englehardt puts it. Unfortunately, when patients themselves need to decide what is actually right, they need to look elsewhere for their answers.“

Ich sage das in eigenen Worten so:

In der Medizinethik geht es weiß Gott nicht um irgendwelche trivialen Geschmacksfragen, die zu entscheiden sind, sondern um Fragen von höchster emotionaler, sozialer und moralischer Brisanz. Es geht um die so genannten "letzten Dinge", um Leben und Tod. Welche Verantwortung habe ich für mich selbst als Treuhänder meines Lebens? Darf ich darüber willkürlich verfügen, oder gibt es eine Tabuzone des Unverfügbaren? Welche Verantwortung trage ich gegenüber meinen Angehörigen, die vielleicht die emotionale und finanzielle Last einer Langzeittherapie, einer Langzeitpflege tragen müssen? Was sind die wechselseitigen Rechte und Pflichten von Einzelnem und Solidargemeinschaft an dieser Stelle? Die Region letzter Werte, wenn man will die Sphäre des Unbedingten wird damit berührt: Was ist Humanität? Was macht echtes menschliches Leben aus? Was sind wir uns als Menschen gegenseitig schuldig? Ist es die Erhaltung des Lebens um jeden Preis, oder vielleicht auch das Opfer, der Verzicht auf eine minimale Rettungschance, um

dadurch knappe medizinische Ressourcen für andere Menschen zu erhalten?
Medizinethik unter den Bedingungen einer pluralistischen Gesellschaft hört hier auf.
In einem freien und offenen Gemeinwesen kann und darf es keine allgemein
verordnete Weltanschauung, keine allgemein verbindlichen Antworten auf solche
Fragestellungen geben. Das wäre Rückfall in staatlichen oder kirchlichen
Gewissensterror. Doch die einzige Verbindlichkeit, auf die man sich angesichts der
unterschiedlichen Werthaltungen dann überhaupt noch einigen kann, ist eben
Offenheit und Freiheit, also der leere Formalismus der freien Selbstbestimmung des
Einzelnen.

„Brüder, bleibt der Erde treu ...“

Also noch einmal Nietzsche. Transzendente Obdachlosigkeit als unser Schicksal; nur
noch der Wille zur Macht, den Willen zu wollen?

„Die Welt – ein Tor

Zu tausend Wüsten, stumm und kalt!!

Wer das verlor,

Was Du verlorst, macht nirgends Halt.“

So sprach er in „Vereinsamt“ und schloss mit den Worten: „Weh dem, der keine
Heimat hat.“

Können wir darüber hinaus gelangen? Aus der Einsamkeit und Freiheit reiner
Selbstbestimmung zurückfinden in die Geborgenheit der Heimat? Re-ligio heißt
buchstäblich Rückbindung.

Selbstbestimmung und Autonomie fangen nie voraussetzungslos mit sich selbst an,
sie sind immer schon eingebettet in Sinnhorizonte und Deutungsmuster. Niemand
existiert in einem ethischen und moralischen Vakuum. Alle unsere Entscheidungen
sind Parteinahmen innerhalb eines Kräftefeldes ideologischer, weltanschaulicher
und religiöser Positionen, und wir treffen sie immer auch im Rahmen und auf der
Grundlage unserer bewußten oder unbewußten religiösen, weltanschaulichen und
moralischen Prämissen. Sich diese Prämissen, ihre Zusammenhänge und Horizonte
vor Augen zu führen zu sein, ist Voraussetzung einer sinnvollen Willensbildung.
Die jüdisch-christliche Überlieferung ist Partei in diesem Kräftefeld und darüber
hinaus zusammen mit dem antiken Erbe der geschichtliche Wurzelboden unserer
Sittlichkeit, der Sinnhorizont unserer Vorstellungen von Humanität, von einem
echten menschlichen Leben und Sterben. Wenn ich jetzt wieder Nietzsche bemühe
und mit ihm sage „Brüder, bleibt der Erde treu“, dann ist das ein schlichtes Plädoyer
– ich plädiere, vielleicht etwas naiv, ganz schlicht dafür, diesen Mutterboden nicht zu
verlassen, damit wir und unsere Welt nicht das Schicksal des Ikarus erleiden und
abstürzen in den Abgrund der Barbarei. Drei Gesichtspunkte enthält mein Plädoyer.
Der erste ist ein theologischer. Der Münchner Theologe Friedrich Wilhelm Graf
schrieb kürzlich in der NZZ zum Thema „Was ist eine gute Religion?“, „Gut ist
Religion, wenn sie Arroganz verhindert und selbstbewusst freie Demut einübt.“ Ein
schöner Satz, der daran erinnert, dass die Unterscheidung zwischen Gott und Mensch
konstitutiv ist für das jüdisch-christliche Denken und *superbia*, das Sein-Wollen-
Wie-Gott, nach christlichem Verständnis die Ursünde des Menschen ist. Der Mensch

ist aber nicht Gott, und es tut ihm auch nicht gut, sich selbst zum Gott machen zu wollen. Also Selbstbegrenzung, ihrer selbst-bewusste Demut und Annahme der *conditio humana*; kleine Maximen: das hippokratische *nil nocere* vielleicht, Verzicht auf Fortschrittsheroismus und die messianische Geste, die das Heil hier und jetzt verwirklichen will. Beherzigenswert nicht nur für den Psychiater und Psychotherapeuten scheint mir, was Gaetano Benedetti vor Jahren schrieb: „Der Psychotherapeut, der nur sein eigenes Können sich selber und anderen beweisen will, hat den Posten schon verloren. Er ist nur insofern und nur dann weiter als andere, wenn er gelernt hat, sich mehr als diese in Frage zu stellen, an mancher selbstherrlichen Sicherheit tiefer zu zweifeln. In vielen Fällen ist er ein durch die Not des Lebens gezeichneter Mensch und seine Wirkkraft liegt weniger in der Fülle einer großen Persönlichkeit, als vielmehr in seiner Fähigkeit, Zeuge zu sein von Lebensmöglichkeiten, die ihm selber zu verwirklichen nur zum Teil beschieden wurde.“

Mein zweites Argument ist ein ethisches. Herrenmoral und Sklavenmoral. um bei Nietzsche zu bleiben. Herr seiner selbst sein können, also der moderne Selbstbestimmungsgedanke, ist demokratisiertes Aristokratenethos. Ein Ethos derjenigen, die selbst für sich zu sorgen in der Lage sind. Sie haben das Interesse, auch im Falle schwerster Erkrankung die Herrschaft über sich selbst zu behalten. Keine andere soll entscheiden dürfen, ob sie das Leben noch für lebenswert oder für nicht mehr menschenwürdig erachten. Dabei entsteht allerdings die große Gefahr, dass unter der Hand Werturteile über das Leben von anderen Menschen gefällt werden, die aufgrund ihrer psychosomatischen oder sozialen Lage zu schwach sind, für sich Entscheidungen zu fällen oder selbst Interessen durchzusetzen. Das sind vor allem die, die der Solidargemeinschaft zur Last fallen und Geld kosten. Ein Menschenbild, das alle Passivität, also Siechtum, Behinderung, selbst den völligen Zerfall der Persönlichkeit durch Krankheit und Alter ausblendet und sich nur an Aktivität, an Gesundheit, Freiheit und Glücksstreben orientiert, verfehlt die Wirklichkeit des Daseins, vielleicht auch die eigene zukünftige Wirklichkeit. Und ein solches Menschenbild ist immer eine potentielle Bedrohung für die Schwachen in der Gesellschaft. Aber die Art und Weise, wie eine Gesellschaft mit ihren schwachen Mitgliedern umgeht, ist ein Test auf ihre Humanität. Sie muss gerade dann zur Geltung kommen, wenn der Mensch leistungsunfähig ist und der Verachtung preisgegeben wird. Im Gegensatz zu einem Ethos der Stärke bringt die christliche Tradition ein Ethos der Barmherzigkeit ein, das sich gerade der Fürsorge für die Schwachen verschreibt. Was ihr getan habt einem meiner geringsten Brüder, das habt ihr mir getan, sagt Christus im Evangelium. Also Barmherzigkeit und Fürsorge – und wieder nicht weitab vom hippokratischen Eid, oder?

Mein letztes, drittes Argument ist anthropologisch. „Initium ut esset, creatus est homo.“ Damit ein Anfang sei, wurde der Mensch geschaffen. Zwei verkappte, sicher unorthodoxe Theologen, Hannah Arendt und Hans Jonas, haben diesen Gedanken ausgearbeitet. Denn vielleicht ist die Sterblichkeit, die Gott und Mensch unterscheidet, gar nicht der Fluch, als der sie meist empfunden wird. „Dass man in dieser Welt vertrauen haben, und das man für diese Welt hoffen darf“, so sagt die Frau, Hannah Arendt, „ist wohl nirgends schöner ausgedrückt als in den Worten, mit

denen die Weihnachtsevangelien die frohe Botschaft verkünden: 'Ein Sohn ist uns geboren, ein Kind ist uns gegeben'.“ Und der Mann, ihr Freund Hans Jonas sekundiert: „Wie recht oder unrecht wäre es, den Platz der Jugend durch Vorbesitz zu sperren? Sterbenmüssen ist verknüpft mit Geborensein: Sterblichkeit ist nur die Kehrseite des immerwährenden Quells der 'Gebürtigkeit'. Fortpflanzung ist des Lebens Antwort auf den Tod – und die stete Überraschung einer Welt schon bekannter Individuen mit solchen, die nie zuvor waren. Vielleicht ist eben dies die Weisheit in der harschen Fügung unserer Sterblichkeit: dass sie uns das ewig erneuerte Versprechen bietet, das in der Anfänglichkeit, der Unmittelbarkeit und dem Eifer der Jugend liegt, zusammen mit der stetigen Zufuhr von Andersheit als solcher. Es gibt keinen Ersatz dafür in der größeren Ansammlung verlängerter Erfahrung.: Niemals kann sie das einzigartige Vorrecht zurückgewinnen, die zum ersten Mal und mit neuen Augen zu sehen, nie das Staunen wiedererleben, das nach Platon der Anfang der Philosophie ist, nie die Neugierde des Kindes, die selten genug in Wissensdrang des Erwachsenen übergeht, bis sie auch dort erlahmt. Dieses Immerwieder-Anfangen, das nur um den Preis des Immerwieder-Endens zu haben ist, kann sehr wohl die Hoffnung der Menschheit sein; ihr Schutz davor, in Langeweile und Routine zu versinken; ihre Chance, die Spontaneität des Lebens zu bewahren.“ Antike und Christentum reichen sich noch einmal die Hand. Psalm 90: "Unser Leben währet siebzig Jahre, und wenn's hoch kommt, so sind's achtzig Jahre, und wenn's köstlich gewesen ist, so ist's Mühe und Arbeit gewesen," und weiter dann die Bitte: "Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden." Staunen ist der Anfang der Philosophie - zu wissen, dass wir sterben müssen und sich darauf einzustellen Anfang aller Lebensweisheit. Ewiges Leben bedeutet Gottesgemeinschaft ohne Zeit, nicht Unsterblichkeit der irdischen Existenz. Der Mensch muss sterben, und ich sage: er darf auch sterben und ist seiner Hinfälligkeit und Zerbrechlichkeit nicht endlos ausgeliefert. Es darf eines Tages auch genug sein. Es darf auch ein "genug" an Schmerz und Leid geben. Wenn ich mir das Leben nicht selbst gegeben habe, dann entspricht dem, dass ich es mir auch nicht selbst nehme. Der Tod ist dann nicht die heroische Tat des Menschen, der seine gottgleiche Freiheit vollendet, indem er souverän sein Dasein wegwirft und das Nichts wählt. Der das Leben gab, wird es wieder zu sich nehmen und mich zurückrufen. Der Mensch verliert nicht seine Würde, wenn er am Ende wieder so passiv wird wie er es am Anfang war und wenn er sein Lebensende auch als Entmächtigung erleidet, manchmal in aller Bitterkeit. Den Lebenden ziemt es, ihn dann nicht allein zu lassen, sondern mit Liebe und Fürsorge zu begleiten. Es fiel der Name Hans Jonas. Ich schließe mein schlichtes Plädoyer, indem ich meine letzte These an seine Neufassung des kategorischen Imperativs anschließe: „Handle so, dass die Wirkungen deiner Handlungen verträglich sind mit der Fortdauer echten menschlichen Lebens auf Erden.“ Und beachte: Das Prädikat „echt“ macht den Unterschied aus; dieses Prädikat gilt es zu sichern. Egal ob mit oder ohne hippokratischen Eid.