

Gründerzeit der Medizinethik

Hans-Bernhard Wuermeling und die Fachentwicklung ins 21. Jahrhundert

Herausgegeben von Andreas Frewer



INHALT

Vorwort

Geschichte und Zukunft der Medizinethik 7

Andreas Frewer

Hans-Bernhard Wuermeling und die Gründung
der „Akademie für Ethik in der Medizin“ 13

Mathias Schütz

(De-)Professionalisierung – oder: Was machen Ethik in der Medizin
und Medizin mit der Ethik? Impulse für eine Historisierung 21

Andreas Frewer

Transatlantischer Dialog zur Medizinethik
Hans Jonas, Hans-Bernhard Wuermeling und ihre Familien in Korrespondenz 39

Gisela Bockenheimer-Lucius

Die Zeitschrift „Ethik in der Medizin“
Erinnerungen an die Gründungsphase 87

Andreas Frewer

Reflektieren über gutes Handeln in der Medizin
Die Institutionalisierung der (Bio-)Ethik im Gesundheitswesen 113

Paula Herrmann

Ethische Fragen am Lebensbeginn
Hans-Bernhard Wuermelings Positionen zum Embryonenschutzgesetz 133

Andreas Frewer

„Ärztliche und Bioethik“
Vorlesungen von Hans-Bernhard Wuermeling zu Grenzfragen des Lebens 165

Maria Rupprecht

Ethische Probleme am Lebensende
Grenzfragen von Sterben und Tod im Werk Hans-Bernhard Wuermelings 201

Andreas Frewer

Der Fall des „Erlanger Baby“ als Spiegel
Historische Kontroversen zur Medizinethik und Probleme der Perspektive 231

Martin J. Wuermeling

Das Spannungsfeld von Medizin, Recht und Ethik am Beispiel
der Gewinnung von Spendermaterial zur Hornhauttransplantation 263

Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz

Medizinethik, Philosophie, Kultur
Ein Leben an der Seite Hans-Bernhard Wuermelings 269

Monika Muschol

Medizinethik in der Familie
Erinnerungen an Hans-Bernhard Wuermeling 281

Michael Wuermeling

(Medizin-)Ethik in der Familie
Hans-Bernhard Wuermeling – „Haltung“ 289

Markus Wuermeling

Medizinethik in der Familie Wuermeling
Ein Rückblick 297

Andreas Frewer

Die Gründung von Zeitschriften und Fachbuchreihen
zur Medizinethik im 20. und 21. Jahrhundert 301

Kerstin Franzò, Andreas Frewer

Institute mit Fachbereich Ethik in der Medizin
Eine Übersicht zum deutschsprachigen Raum 305

Hans-Bernhard Wuermeling. Biographische Etappen im Überblick 315

Verzeichnis der Abkürzungen 317

Index der Personen 319

Adressen der Beitragenden 329

Biographische Notiz zum Herausgeber 331

(DE-)PROFESSIONALISIERUNG – ODER: WAS MACHEN ETHIK IN DER MEDIZIN UND MEDIZIN MIT DER ETHIK? IMPULSE FÜR EINE HISTORISIERUNG

Mathias Schütz

Die Institutionalisierung der Medizin- und Bioethik in der Bundesrepublik Deutschland nach 1945,¹ zu deren Protagonisten auch Hans-Bernhard Wuermeling (1927–2019) zählte, ist medizin- und wissenschaftshistoriographisch noch ein recht weißer Fleck. Zwar existieren einige Überblicke institutioneller und diskursiver Entwicklungen² sowie Kontextualisierungen von Zeitzeugen.³ Doch stellt die Beantwortung der Frage, warum und wie sich Ethik als praktischer Bezugspunkt der bundesrepublikanischen Medizin etablieren und institutionalisieren konnte, weiterhin ein Desiderat dar, insbesondere im Vergleich mit der US-amerikanischen Bioethik, für deren Aufstieg seit den späten 1960er Jahren eine ganze Reihe an Erklärungsansätzen existieren. Wie der Historiker Robert Baker schreibt, besteht weitgehender Konsens über das „What, When, Who, and How“ der sogenannten „Bioethics Revolution“ in den USA, während das „Why“ deutlich umstrittener ist und zwischen Interpretationen schwankt, die mal den technischen Fortschritt, mal die Wissenschaftskritik, mal die Bürgerrechtsbewegung, mal die Verknöcherung des ärztlichen Standesethos, mal die jeweiligen Einflüsse von Theologie, Philosophie oder Rechtsprechung stärker in den Vordergrund stellen, um die diskursiven und praktischen Prozesse einer Verantwortungsverlagerung in Medizin und Lebenswissenschaften zu erklären.⁴ Für die Bundesrepublik und deren deutlich zu unterscheidende – nicht zuletzt weil deutlich verzögerte – Entwicklung müsste erst einmal kartiert werden, welche Akteurinnen und Akteure überhaupt an der Etablierung der Medizin- und Bioethik seit den 1970er Jahren beteiligt waren, welche politischen und professionellen Interessen hierauf Einfluss nahmen, welche wissenschaftlichen und weltanschaulichen Motive sich hierin reflektieren.

Was hinsichtlich der spezifischen Verhältnisse in der Bundesrepublik einheitlich konstatiert wird, ist lediglich ein irgendwie gearteter Einfluss der NS-Vergangenheit auf die Entwicklung medizinischer Ethik im Allgemeinen wie besonderer medizinethischer Problemfelder, insbesondere der Genetik und der Sterbehilfe.⁵ Diese Nachwirkung schien sich in den eruptiven Debatten der 1990er Jahre über die Thesen Peter Singers (*1946) oder die Bioethikkonvention des Europarats (Verabschiedung 1997 und Inkrafttreten 1999) Bahn zu brechen.⁶ Allerdings wurde sie

- 1 Die schon teils intensiver beforschte Medizinethik in der DDR wird hier aus Platzgründen außen vor gelassen. Es sei stellvertretend auf die Arbeiten von Bettin (2010) und (2019) sowie Frewer/Erices (2015) verwiesen.
- 2 Vgl. etwa Frewer (2008) und (2011), Gehring (2012), Roelcke (2018) sowie Roelcke/Maio (2004).
- 3 Doppelfeld/Hasford (2019) sowie Schlaudraff (2006).
- 4 Baker (2013), S. 274f.
- 5 Jasanoff (2005), S. 183, Jonsen (2000), S. 119 und Schöne-Seifert et al. (1995).
- 6 Kollek/Feuerstein (1999).

zeitgleich von einem der frühesten und wichtigsten Vorkämpfer der Medizinethik in der Bundesrepublik, Richard Toellner (1930–2019), vehement bestritten: Der Münsteraner Medizinhistoriker negierte die Rolle der historischen Erfahrung als Wegbereiter des ethischen Diskurses in der bundesrepublikanischen Medizin und sprach stattdessen von einem „unbußfertigen Schweigen“ der Ethik gegenüber den nationalsozialistischen Medizinverbrechen.⁷ Dass eine essentielle Frage wie die spezifischen Auswirkungen der NS-Medizin auf die bundesrepublikanische Medizinethik so widersprüchlich beantwortet wird, unterstreicht die grundsätzliche Forschungslücke in Bezug auf die Geschichte der Medizin- und Bioethik hierzulande. Diese Lücke kann mit dem vorliegenden Beitrag nicht gefüllt, dafür aber ein Impuls gegeben werden, sich ihrer noch stärker anzunehmen, indem anhand einiger ihrer Aspekte die Vielfältigkeit und Widersprüchlichkeit beleuchtet wird, die es zu integrieren gälte. Dies bedeutet auch, dass hier zwangsläufig eine Vielzahl wichtiger – und zum Teil wichtigerer – Personen und Institutionen übergangen wird. Denn es kann und soll im Folgenden nicht um Vollständigkeit gehen, vielmehr um die Herausstellung exemplarischer Motive einer Verknüpfung von Ethik und Medizin, aus denen sich wiederum ein systematischer Zugriff auf das historische Material ergeben kann. Konkret werden drei bisher kaum beachtete und erst recht nicht aufeinander bezogene Einflüsse präsentiert: Die Medizinkritik Ivan Illichs der 1970er Jahre, die gesundheitspolitische Neuorientierung der 1980er Jahre und die ersten Versuche medizinethischer Hochschuldidaktik der 1990er Jahre. Dabei geht es zwar auch um die Benennung von Akteuren, vielmehr allerdings um eine epistemologische Frage der historischen Auseinandersetzung mit Ethik in der Medizin, nämlich wie sich Ethik und Medizin zueinander verhalten und einander verändern. Um es in den Worten eines klassisch gewordenen Textes auszudrücken: So wie einst der Philosoph Stephen Toulmin behauptete, die Medizin habe die Ethik „gerettet“,⁸ da die fundamentalen moralischen Dilemmata und der oft unvermittelte Handlungsbedarf der Medizin einer angestaubten und realitätsscheuen Reflexionsform neues Leben einhauchten und ihr einen Praxisbezug aufdrängten, stellt sich im Gegenzug die Frage, was solch eine medizinische Reanimation mit der Ethik gemacht hat, ob nicht auch die Ethik einen Beitrag zur „Rettung“ der Medizin geleistet hat und ob das überhaupt ihr genuines Interesse ist oder sein sollte. Die hier präsentierten historischen Impulse geben einen Eindruck von der Uneinheitlichkeit und Widersprüchlichkeit der Motive, die den langen Marsch in die Institutionen, den die Medizinethik in der Bundesrepublik zurücklegen musste, begleitet haben. Gleichzeitig vermitteln die drei Beispiele einen Eindruck von dem gemeinsamen Hintergrund, vor dem sich die Institutionalisierung von Ethik in der Medizin abspielte: Der in dieser Zeit zunehmenden Legitimationsbedürftigkeit professionellen Handelns, dem der „Status wissenschaftlicher Empirie“ *a priori* abgesprochen wurde und die Medizin mit dem „Problem der Kontrolle über die eigene Wissensbasis“ und dem bedrohlichen Szenario einer „extraprofessionellen Autorität“ in Gestalt philosophischer Ethik konfrontierte⁹ – insofern lässt sich die Institutionalisierungsgeschichte der Medizin- und Bioethik als ein Ringen um die (De-)Professionalisierung der Medizin interpretieren, das zumindest die hier präsentierten Beispiele miteinander in Beziehung treten lässt.

7 Toellner (1997).

8 Toulmin (1982).

9 Stichweh (1994b), S. 324f.

ETHOS DER DEPROFESSIONALISIERUNG?

Dass die Entstehung der Bioethik ein Amalgam politischer, soziokultureller und wissenschaftlicher Entwicklungen der 1960er und 1970er Jahre war, ist ein Allgemeinplatz. Welche Einflüsse sich dabei in welcher Gestalt manifestierten und verbanden, gilt es allerdings genauer zu untersuchen. Das Beispiel der Medizinkritik des kosmopolitischen Ex-Priesters und Aktivisten Ivan Illich (1926–2002) ist ein besonders prägnanter Impuls für solch ein Vorhaben, da es auf den ersten Blick recht wenig mit der Bio- und Medizinethik und ihrer Etablierung zu tun hatte, sich auf den zweiten Blick aber wichtige Überschneidungen offenbaren. So war Illichs 1974/75 veröffentlichte, berühmte Charakterisierung moderner Medizin als eigentliche „Nemesis“ von Gesundheit und Selbstbestimmung selbst ein Amalgam, das zeitgenössische Tendenzen gleichsam in sich aufnahm und sie zuspitzte. Wie die Ökologie-, Friedens-, Antiatomkraft- und Gesundheitsbewegungen jener Zeit war auch Illichs Medizinkritik ein Produkt zunehmender Fortschritts- und Technologieskepsis bzw. -müdigkeit, passte sie nicht in das tradierte politisch-ideologische Koordinatensystem, radikalisierte sie schon existierende Kritiken moderner Vergesellschaftung – hier etwa der Psychosomatik und Reformpsychiatrie – und griff auf ein Konglomerat akademischer Stichwortgeber zurück (die sich solch eine Vereinnahmung mitunter recht deutlich verboten¹⁰).¹¹ Während Illichs Rezeption im englischsprachigen Raum begrenzt blieb und sein Einfluss auf die amerikanische Bioethik als gering einzuschätzen ist,¹² wurden ihm in der Bundesrepublik mehrere Gastprofessuren und Fellowships angetragen und erreichte sein Buch zahlreiche Neuauflagen, so dass er Deutschland zu seiner zweiten Heimat auserker und nach seinem Tode im Jahr 2002 in Bremen bestattet wurde.¹³ Insofern lohnt es, die zufällig anmutenden Überschneidungen genauer zu betrachten und auf systematische Verbindungen zu überprüfen.

Der Kern von Illichs Analyse der „Medical Nemesis“ war die Forderung nach einer Deprofessionalisierung der Medizin. In der ersten konzisen Zusammenfassung seiner Thesen, die Illich im Mai 1974 in Edinburgh vortrug und noch im selben Monat öffentlichkeitswirksam in *The Lancet*, einem der ältesten und renommiertesten medizinischen Journale publizierte, stieg er mit dem Paukenschlag ein, dass „medical professional practice has become a major threat to health“¹⁴ – und genauso begann sein ein Jahr später auf Englisch wie Deutsch erschienenes Buch.¹⁵ Zentral für Illichs Behauptung einer „Iatrogenese“, einer krankmachenden Rolle der modernen, technisierten Medizin und ihrer professionellen, technokratischen Vertreter, war die Überzeugung, dass „medical practice expropriates the potential of people to deal with their human condition in an autonomous way [...]“.¹⁶ Die Autonomie des Patienten bestand für Illich in erster Linie darin, sich erst gar nicht zu

10 Canguilhem (2013b), S. 59f.

11 Condrau/Timmermann (2012), Geisthövel/Hitzer (2019b), S. 328–331 und Süß (2020).

12 Gleichwohl zählte Illich 1971 zu den Diskutanten auf dem Eröffnungssymposiums des Kennedy Institute of Ethics. Vgl. Fox/Swazey (2008), S. 78.

13 Barnet (2003), O'Mahony (2016) und Süß (2020).

14 Illich (1974), S. 918.

15 „Die Zunft der Ärzte ist zu einer Hauptgefahr für die Gesundheit geworden.“ Illich (1975), S. 9.

16 Illich (1974), S. 918.

einem Patienten machen zu lassen, also mit Schmerz, Leiden und Tod in einer un-ingeschränkt selbstbestimmten Art und Weise umzugehen, in einer universellen, „culturally determined competence in suffering“¹⁷ die durch Technisierung und Professionalisierung des Heilens zerstört und zur eigentlichen Gefahr für die körperliche und geistige Selbstbestimmung und Gesundheit werde:

„The deprofessionalisation of medicine [...] means that no professional shall have the power to lavish on any one of his patients a package of curative resources larger than that which any other could claim on his own. Man’s consciously lived fragility, individuality, and relatedness make the experience of pain, of sickness, and of death an integral part of his life. The ability to cope with this trio in autonomy is fundamental to his health. To the degree to which he becomes dependent on the management of his intimacy he renounces his autonomy and his health *must* decline.“¹⁸

Die Überschneidungen von Illichs Medizinkritik mit der aufkommenden Bioethik sind sowohl thematischer als auch konzeptioneller Art: Was die bioethische Auseinandersetzung mit medizinischen Themen von Beginn an motivierte, wie Fragen von Selbstbestimmung, Lebensqualität, Lebensende und (Nicht-)Behandlungsent-scheidung, genauso ihre zunehmende Fixierung auf die individuelle Entscheidungs-autonomie als ethischem Wegweiser, finden sich auch als zentrale Motive in Illichs Werk wieder. Während er sich allerdings im *Lancet*-Artikel nicht auf ethische Überlegungen berief, beinhaltet sein Buch ein Unterkapitel, das wie ein bioethisches Programm klingt: „Vom tradierten Mythos zum respektierten Verfahren.“¹⁹ Unter Verweis auf einige der wichtigsten Vordenker der frühen Bioethik wie Hans Jonas und Paul Ramsey forderte Illich „eine allgemeine Einigung auf Verfahren, durch welche die Autonomie des postindustriellen Menschen in Gerechtigkeit ge-währleistet werden kann [...]“.²⁰ Wie für Illich die heilkundige Tradition einer Un-terstützung zur Selbstheilung durch fachärztlich-technokratische Expertise ersetzt worden war, so hatte sich an die Stelle der mythologischen Begrenzung menschlichen Handelns der Mythos der Grenzenlosigkeit menschlichen Fortschritts ge-setzt²¹ – ein Zurück konnte es weder im Medizinischen noch im Ethischen geben, stattdessen wäre die „Wiedergewinnung der persönlichen Autonomie [...] die Folge von politischer Aktion, die auf ein ethisches Erwachen hinwirkt.“²² Ethische Wach-samkeit über medizinische Praktiken als Prämisse persönlicher Autonomie – das klingt schwer nach Bioethik, nicht weniger als die Abgrenzung ethischer Verfahren von ethischen Zielen, die Illich ergänzend proklamierte:

„Die Wiedergewinnung des autonomen Handelns wird nicht davon abhängen, ob die Men-schen sich auf neue, spezifisches Ziele einigen, sondern ob sie sich legaler und politischer Verfahren bedienen werden, die es den Individuen und Gruppen erlauben, Konflikte zu lösen, die sich aus ihrem Streben nach verschiedenen Zielen ergeben.“²³

Solche Überschneidungen können allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, wie Il-lich die Medizin- und Bioethik tatsächlich wahrnahm: Nämlich als Verschärfung

17 Ebd., S. 919.

18 Ebd., S. 920f.

19 Illich (1975), S. 172.

20 Ebd., S. 172f. Zur Bedeutung des Theologen Paul Ramsey (1913–1988) und des Philosophen Hans Jonas (1903–1993) für die Anfänge der Bioethik vgl. Jonsen (1998), S. 47–51, S. 77f.

21 Illich (1974), S. 919, Illich (1975), S. 172f., Illich (1979b), S. 16 und Illich (1992), S. 230.

22 Illich (1975), S. 175.

23 Ebd., S. 176.

des medizinisch-professionellen Übergriffs auf das Individuum qua ethischer Verschleierung: So wie „der neue Biokrat [...] sich in der Maske des guten alten Arztes tarnt“,²⁴ warf Illich in den späten 1980er Jahren insbesondere den Kirchen vor, sie hätten

„acquired a new social standing by framing these medical activities within the semblance of an ethical discourse. Bio-ethics provides a new and prestigious job market which gives preference to unemployed clerics with university degrees.“²⁵

Seit den 1970er Jahren hatte sich der bioethische Diskurs zweifelsohne etabliert und insofern für Illich verdächtig gemacht: Nicht länger erkannte er in Akteuren wie Jonas und Ramsey zumindest das Potenzial und den Willen, das Professionalisierungsparadigma einzuhegen, stattdessen griff er stellvertretend „one of the most reputable bio-ethicists“²⁶ dafür an, die biomedizinische Deutungshoheit über Gesundheit, Krankheit, Entscheidungsfähigkeit und nicht zuletzt Menschsein ethisch zu legitimieren. So konnte es für Illich keinen Zweifel geben: „Medical ethics is an oxymoron [...]“.²⁷ Statt eines ethischen Erwachens stellte er eine regelrechte Medikalisation der Ethik fest, die den Ethiker zu bloß einem weiteren spezialisierten „Fachmann für angewandte Medizinwissenschaft“²⁸ machen musste. Gerade dass die Bioethik die Autonomie, die in Illichs Werk omnipräsent und als Gegenkonzept zum entmündigenden Expertenwissen zu verstehen ist, so sehr in den Vordergrund stellte, konnte ihm nicht anders als eine Art feindliche Umarmung erscheinen, ähnlich wie er die Selbsthilfebewegung nicht als Versuch von Emanzipation und des Wiedererringens von Autonomie, sondern gerade als radikalsten Ausdruck der Kapitulation „der selbst zu Experten gewordenen Klienten“ interpretierte.²⁹

Illichs Kritik der Medizin und ihres professionellen Ethos fiel auf einen fruchtbaren Boden, den unter anderem die aufkommende Medizinsoziologie bereitet hatte. Eliot Freidsons 1970 erschienenes Werk *Profession of Medicine* charakterisierte das medizinische Fachwissen „als eine Maske für Privileg und Macht [...], verdunkelt und mystifiziert durch die Aura der modernen Wissenschaft und des Berufsethos“ und kam zu dem Schluss, die ärztliche Behandlung sei „eine Frage der öffentlichen und nicht nur der professionellen Politik“, darüber hinaus „eine moralische und keine fachliche Frage“ sowie „eher eine soziale als eine medizinische Frage [...]“.³⁰ Dass hingegen aus einer kritischen Analyse nicht ein totaler Bruch folgen musste, unterstrich zur selben Zeit wie Illich der Soziologe Wolfgang Schluchter: Aus den handfesten, selbstverschuldeten „Legitimationsproblemen der Medizin“ folgerte er nicht die Emanzipation von der Medizin, sondern „die Erweiterung der ärztlichen Ethik zu einer Art Ethik der Gesundheitsfürsorge“ sowie „die Reintegration der pastoralen Komponente in den therapeutischen Prozeß [...]“.³¹ Es verwundert daher nicht, dass Illichs medizinkritischer Fundamentalismus selbst

24 Illich (1979b), S. 14.

25 Illich (1992), S. 223.

26 Ebd., S. 230f. Bei dem hier nicht näher identifizierten Bioethiker handelt es sich um Tristram Engelhardt (1941–2018); Illich zitiert ohne Benennung der Quelle aus Engelhardt (1986), S. 107.

27 Illich (1992), S. 233. Vgl. auch Duden (2012), S. 174f.

28 Illich (1979b), S. 17.

29 Ebd., S. 32.

30 Freidson (1979), S. 279, S. 286.

31 Schluchter (1974), S. 393.

unter Rezipienten kritisiert wurde, die seine Ausgangsüberlegungen und Motive eigentlich teilten: So war in einem deutschen Sammelband mit Beiträgen über *Medical Nemesis* zu lesen, Illich reihe sich mit seinem „Mythos von der Entmündigung des Menschen und der Enteignung der Gesundheit“ ein in die „Weltanschauungen mit heilsähnlichem Totalitätsanspruch“.³² Stattdessen, so die deutsche Antwort, müsse eine „Stärkung der Selbstverantwortung im Gesundheitsbetrieb“ und eine „Partnerschaft zwischen Arzt und Patient“ befördert werden, eine gegenseitige Anerkennung im Sinne einer „entgegenkommende[n] Haltung“ des Arztes sowie der Bereitschaft des Patienten, „alles für die Gesundheit Notwendige zu tun“ – nicht fehlen durfte hier, Ende der 1970er Jahre, der Verweis auf die „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ aufgrund eines „Zuviel an medizinischer Versorgung“, die als ökonomisches Motiv hinter dem Ruf nach Eigenverantwortung stand und insofern genauso ungeplant zur Etablierung von Ethik in der Medizin beitragen sollte, wie dies Ivan Illich mit seiner Medizinkritik und seiner Beschwörung des autonomen Individuums tat.³³

ETHOS DER PROFESSIONALISIERUNG?

Dass Illichs radikale Infragestellung tradierter Konzepte und Strukturen Mitte der 1970er Jahre auf fruchtbaren Boden fiel, hatte nicht allein damit zu tun, dass dieser Boden von bereits existierenden Kritiken medizinischen Wissens und Handelns bereitet worden war, sondern zudem mit einer umfassenden krisenhaften Entwicklung des sozialen Gefüges die auch die Bundesrepublik betraf. Diese Entwicklung war auf ein konkretes krisenhaftes Ereignis zurückzuführen, nämlich die infolge des Yom Kippur-Kriegs ausgebrochene Ölpreiskrise von 1973, die die Grundfesten der bundesrepublikanischen Nachkriegsnormalität – Vollbeschäftigung, Normalerwerbsbiographie, Industrieproduktion, Wohlfahrtsstaatlichkeit – in ihren Grundfesten erschütterte. Die nun beginnende Epoche „nach dem Boom“ reflektierte sich gleichermaßen im ökonomischem wie im Wertewandel, in der Transformation von „Gesellschaftsmodell und Menschenbild“.³⁴ Das Ende überlieferter Selbstverständlichkeiten stand „im engen Zusammenhang mit nicht erfüllten Stabilitätserwartungen keynesianischer Sozialstaatlichkeit“, genauso wie mit dem „Wandel der Lebensmodelle und daraus resultierende Veränderungen der Sozialstruktur“³⁵ – die ökonomische, gesellschaftliche und intellektuelle Dynamik dieser Zeit wirkte sich umfassend auf Selbstverständnis und Kohäsion insbesondere westlicher Gesellschaften aus.³⁶ Zentral für das hier behandelte Thema ist die eher banal anmutende Auswirkung der Ölpreiskrise auf das bundesdeutsche Gesundheitssystem: Dass plötzlich die parallele, gleichermaßen maximalistische Verfolgung wohlfahrtsstaatlicher Versorgungsvorstellungen und ärztlicher Standesinteressen angesichts von Inflation, Wachstumseinbruch und Arbeitslosigkeit zu einer zeitgenössisch als

32 Flöhl (1979b), S. 1f.

33 Ebd., S. 4.

34 Doering-Manteuffel/Raphael (2012), S. 10.

35 Süß (2011), S. 221f.

36 Vgl. Rodgers (2011) und Sarasin (2021).

„Kostenexplosion“ diskutierten Entwicklung und entsprechenden Gegenmaßnahmen zur „Kostendämpfung“ im Gesundheitswesen führte.³⁷

Konkrete Folgen dieser Diskussion manifestierten sich 1977 in Gestalt des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes sowie der durch das Gesetz ins Leben gerufenen „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“. Während das Kostendämpfungsgesetz Maßnahmen zur finanziellen Konsolidierung der Gesetzlichen Krankenversicherung mit sich brachte – in erster Linie Leistungskürzungen und Selbstbeteiligungen – sollte die Konzertierte Aktion die zentralen Akteure zusammenbringen um gemeinsame, obgleich freiwillige Maßnahmen zur Strukturverbesserung und Effizienzsteigerung des Gesundheitswesens voranzubringen.³⁸ Hierzu zählten u.a. die Ärzte- und Zahnärzterverbände, Kassen- und Krankenhausvertreter, Gewerkschaften und Arbeitgeber, die Länder und verschiedene Bundesministerien. Es überrascht nicht, dass die Konzertierte Aktion besonders dem Präventionsgedanken viel Aufmerksamkeit und Energie widmete.³⁹ Doch brachte der Versuch einer korporatistischen Kostendämpfung durch die involvierten Akteure auch neue Probleme zutage, welche dem Rationalisierungs- und Effizienzgedanken zum Teil überhaupt erst geschuldet waren. Diese traten Ende der 1970er Jahre unter dem Schlagwort „Humanität“ auf die Tagesordnung der Konzertierten Aktion. Auf deren vierter Sitzung vom 22. März 1979 warnte der Vertreter des Deutschen Gewerkschaftsbunds vor einer „zu einseitig auf Rationalisierung und strukturelle Verbesserung mit kostendämpfendem Effekt abgestellt[en]“ Politik: „Die Diskussion über Humanität im Krankenhaus sei auch vor diesem Hintergrund zu sehen.“⁴⁰ Damit wurde offensichtlich ein wunder Punkt getroffen. Wenn auch nicht alle Beteiligten die gewerkschaftliche Kausalität von Kostendämpfung und Humanitätsdefizit in der Krankenversorgung teilten, herrschte Konsens über weiteren Diskussionsbedarf und wurde eine vertiefte Behandlung für den Herbst 1980 anvisiert.⁴¹ Daraus wurde vorerst nichts: Noch bevor die Ausschüsse der Konzertierten Aktion ihre Arbeit beginnen konnten, empfahl die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder der Konzertierten Aktion, das Thema „Humanität im Krankenhaus“ zu ignorieren und sich stattdessen handlicheren Themen wie Vorsorge und Prävention zu widmen.⁴²

Grund für diese Intervention war nicht die Relativierung des Themas durch die Gesundheitsministerkonferenz; ganz im Gegenteil wies die Konferenz in ihrer Sitzung vom Mai 1979 „nachdrücklich darauf hin, daß es sich hierbei um eine ureigenste Angelegenheit der Länder handele“⁴³ und richtete eine eigene Ad hoc-Arbeitsgruppe zur Eruierung des Themas „Mehr Humanität im Krankenhaus“ ein. Dass die mit der Konzertierten Aktion geteilte Priorisierung nicht auf das dort formulierte – also vorwiegend ökonomische – Verständnis des Humanitätsdefizits zu-

37 Lindner (2007), S. 312 sowie Süß (1998), S. 92f.

38 Vincenti (2008), S. 530–535.

39 Forsbach (2010).

40 BArch, B 136/11300, Ergebnisprotokoll der vierten Sitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen am 22.03.1979 in Bonn, 08.05.1979, S. 9.

41 Ebd., S. 11.

42 Ebd., Arbeitspapier für die Sitzung des Vorbereitenden Ausschusses der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen am 13. Juni 1979, 05.06.1979, S. 3.

43 BArch, B 269/97, Ergebnisniederschrift über die 43. GMK am 10./11.05.1979 in Düsseldorf, S. 8.

rückging, zeigte sich in der Folgesitzung: So vertrat die Gesundheitsministerkonferenz die Ansicht, es falle auch in den thematischen Rahmen der Ad hoc-Gruppe, „den Problembereich ‚Sterbehilfe‘ [...] auf[zu]greifen.“⁴⁴ Diesen Auffassungsunterschied, was mit dem Begriff „Humanität“ überhaupt gemeint sei, brachte eine eigens vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales – dem Schirmherr der Konzertierten Aktion – in Auftrag gegebene Studie des Instituts für angewandte Sozialwissenschaft zum Thema „Humanität im Krankenhaus“ auf den Punkt: Die öffentliche Diskussion sei fokussiert auf „Einzelaspekte innerhalb des Krankenhausaalltags; aber die Problematik ist bei genauerem Hinsehen erheblich weitverzweigter und tiefer verwurzelt, als daß sie auf das Krankenhaus isoliert bezogen werden kann.“ Zweifellos sei eine Veränderung der ökonomischen und gesellschaftlichen Verhältnisse der Krankenversorgung im Gange:

„Aus diesen [...] Entwicklungen, die fast alle ihren Ursprung *außerhalb* des Krankenhauses haben, sich aber dann dort gebündelt wiedertreffen, wird ein Konflikt zwischen unterschiedlichen Erwartungen und Möglichkeiten fast zwangsläufig.“⁴⁵

Die Bedeutung des Themas, genauso wie die Schwierigkeiten seiner einheitlichen Definition, spiegeln sich in der Tatsache wider, dass die Konzertierte Aktion zwar der Gesundheitsministerkonferenz den Vorrang bei seiner Behandlung zugestand, es aber keineswegs fallen ließ. Stattdessen kam es 1980 zu gleich zwei Entschliefungen, obgleich sich diese nicht wesentlich voneinander unterschieden. Bereits in ihrer März Sitzung verabschiedete die Gesundheitsministerkonferenz ihre Entschliebung über „Mehr Humanität im Gesundheitswesen“, in der sie die durch Rationalisierung und Technisierung der Krankenversorgung entstandenen Probleme anerkannte, gleichzeitig aber unterstrich, dass das Gesundheitswesen „nicht stellvertretend für negative Folgen veränderter zwischenmenschlicher Beziehungen verantwortlich gemacht“ oder „einem insgesamt vorhandenen humanitären Defizit wirksam abhelfen“ könne, und dass „mehr Menschen und Mittel im Gesundheitsbereich nicht zwangsläufig und in jedem Fall mehr Zuwendung zum Patienten bewirken.“⁴⁶ Stattdessen müsse den veränderten, gesellschaftlichen wie technischen Umständen von Kranksein und Krankenversorgung bei „den Bemühungen um eine Verbesserung der Ausbildung, Fort- und Weiterbildung“ Rechnung getragen werden, um das humanitäre Defizit im Behandlungs- und Versorgungsalltag wieder wettzumachen, gleichsam ohne überkommene „Vorstellungen und Anforderungen an das berufliche Ethos der im Gesundheitswesen Tätigen“ zu proklamieren: „Das Gesundheitswesen kann aus den Veränderungen, die allgemein im Arbeits- und Berufsleben stattgefunden haben, nicht ausgeklammert werden.“⁴⁷ Entsprechend lautete eine der Forderungen an Bund und Länder, „humanitäre Fähigkeiten stärker als bisher in den Ausbildungsinhalten zu berücksichtigen.“⁴⁸

Die Entschliebung floss in die weiteren Diskussionen der Konzertierten Aktion und deren gemeinsame Aussage „Grundsätze einer humanen Krankenversorgung“ ein: Auf eine grundsätzliche Anerkennung der Problematik folgten die Relativierung ihrer Spezifik für das Gesundheitswesen, ihre Herleitung aus strukturellen,

44 Ebd., Ergebnisniederschrift über die 44. GMK am 15.11.1979 in Berlin, S. 3.

45 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1980), S.19, S. 25.

46 BAArch, B 269/98, Ergebnisniederschrift über die 45. GMK am 19./20.03.1980 in Bad Salzungen, Anlage 2: Entschliebung zum Problem „Mehr Humanität im Gesundheitswesen“, S. 22f.

47 Ebd., S. 23f.

48 Ebd., S. 25.

ökonomischen oder technischen Faktoren sowie eine regelrechte Zuständigkeitsabwehr: „Vorrangig ist dies eine Aufgabe der im Gesundheitswesen Tätigen.“⁴⁹ Während sie auch andere Aspekte wie Medizintechnik und Organisationsstrukturen thematisierte, schob die Konzertierte Aktion die konkrete Verantwortung für die Humanitätsproblematik noch deutlicher als die Gesundheitsministerkonferenz dem Personal zu, das einerseits „eine verstärkte Vorbereitung [...] auf die menschlichen Anforderungen“ absolvieren sollte, andererseits aber nicht auf Entlastung hoffen durfte, da „ein Mehr an Humanität nicht gleichbedeutend ist mit einem grösseren [sic] Einsatz an finanziellen Mitteln.“⁵⁰ So griff die Konzertierte Aktion auch bei ihrer Auseinandersetzung mit dem Thema Humanität im Gesundheitswesen auf die eingübte Kostendämpfungslogik zurück, vorhandene Mittel einfach effizienter einzusetzen.⁵¹ Daran hatte die Gesundheitsministerkonferenz nichts auszusetzen, hob allerdings hervor, dass sie „das Thema nicht als erledigt betrachtet.“⁵² Und tatsächlich sollte es nicht allzu lange dauern, bis es wieder auf der Tagesordnung stand. Als Mitte der 1980er Jahre bioethische Fragen an öffentlicher Aufmerksamkeit gewannen, wandte sich auch die Gesundheitsministerkonferenz wieder dem Thema zu: Die Einrichtung der Arbeitsgruppe „In-vitro-Fertilisation, Genomanalyse und Gentherapie“ der Bundesregierung und der Enquete-Kommission „Chancen und Risiken der Gentechnologie“ des Bundestags wurde zum Anlass genommen, sich insbesondere an die Ärzte zu richten, deren „ethische Verantwortung“ angesichts der neuen technologischen Herausforderungen zu unterstreichen und sie zur Erarbeitung von „Grundsätze[n] für einen schadlosen, ethisch geprägten Umgang mit der Bio- und Gentechnologie“ aufzufordern.⁵³

Weiter verfolgt wurde das im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz wiederholt formulierte Ziel einer Stärkung der humanitären bzw. ethischen Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte nun von Seiten des Bundes: So war in der novellierten Approbationsordnung für Ärzte vom Juli 1987 zu lesen, dass der Arzt im Praktikum – also nach absolviertem Staatsexamen – verpflichtet sei, Ausbildungsveranstaltungen zu besuchen, die unter anderem „der Behandlung von Fragen der Ethik in der Medizin dienen“, was weiter als „Fragen der ärztlichen Berufsethik und des Arzt-Patient-Verhältnisses“ spezifiziert wurde.⁵⁴ Die Gesundheitsministerkonferenz hatte das Ziel einer ersten, rudimentären Integration von Ethik in das humanmedizinische Curriculum schon hinter sich gelassen und sah darin lediglich einen Ausgangspunkt, um „darüber hinaus eine Sensibilität für ethische Probleme in der Medizin zu schaffen“,⁵⁵ die – wie sie in den vorangegangenen Jahren mehrfach auseinandergesetzt hatte – von der Krankenversorgung bis zur Biotechnologie reichten. Das besonders involvierte rheinland-pfälzische Ministerium wollte das politische

49 BArch, B 136/11301, Ergebnisprotokoll der 7. Sitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen am 24.11.1980 in Bonn, 09.01.1981, Anlage 5: Gemeinsame Aussage der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen am 24.11.1980: Grundsätze zu Fragen einer humanen Krankenversorgung, S. 2.

50 Ebd., S. 4, S. 7.

51 Wiesenthal (1981), S. 111f.

52 BArch, B 269/98, Ergebnisniederschrift über die 46. GMK am 05.12.1980 in Münster, S. 14.

53 BArch, B 269/101, Ergebnisniederschrift über die 52. GMK am 29./30.11.1984 in Berlin, S. 35 und 37f.

54 ÄApprO (1987), S. 1604.

55 BArch, B 269/101, Tagesordnung für die 55. Sitzung der Gesundheitsministerkonferenz am 20./21.11.1986 in Berlin, S. 51.

Kapital der Konferenz in die Waagschale werfen, um Druck auf den Medizinischen Fakultätentag, Hochschulen und Ärztekammern auszuüben. Entsprechend forderte die Konferenz in ihrer Sitzung vom November 1986 auf Vorschlag von Rheinland-Pfalz – und in expliziter Anlehnung an ihre sechseinhalb Jahre zuvor verabschiedete Entschließung „Mehr Humanität im Gesundheitswesen“ – „daß Fragen der Ethik in der Medizin stärker Eingang und Berücksichtigung im gesamten Unterrichtsangebot sowie in der Fort- und Weiterbildung finden. Eine besondere Betonung sollte dabei auf die hier der Ärzteschaft zukommende Vorbildfunktion gelegt werden.“⁵⁶ Die Politik bekannte nunmehr offen ihr Interesse an einer stärkeren Verankerung von Ethik in der medizinischen Ausbildung. Sie tat dies nicht zuletzt um die Verantwortung für den Umgang mit Problemen, die sie selbst zu lösen nicht imstande war, an die unmittelbar Involvierten abzutreten.

PROFESSIONALISIERTES ETHOS?

Die Protokolle der Gesundheitsministerkonferenz geben nicht preis, warum es gerade Rheinland-Pfalz war, das sich für eine dezidierte und offensive Positionierung zugunsten der Integration von Ethik in der medizinischen Ausbildung einsetzte. Doch steht zumindest fest, dass ein führender Mitarbeiter des Ministeriums, nämlich der Leiter der Abteilung Gesundheitswesen, Christoph Fuchs, sich auch an anderer Stelle für dieses Vorhaben stark machte. Ein Jahr zuvor, im Dezember 1985, hatte Fuchs auf einer Tagung der 1977 gegründeten Arbeitsgemeinschaft für medizinische Ethik der Evangelischen Akademien in Deutschland einen Vortrag gehalten, in dem er die „Erziehung zur Ethikfähigkeit“ als neues Ziel des Medizinstudiums proklamierte und konkrete Vorschläge machte, wie dies zu erreichen sei. Er deutete nicht nur die bevorstehenden politischen Initiativen im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz und die Novellierung der Approbationsordnung an, sondern forderte, wie dies dann auch im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz wiederholt wurde, die Medizinischen Fakultäten und interessierten Lehrenden zur Eigeninitiative auf. Was von seiner Programmatik einer Erziehung zur Ethikfähigkeit in der Medizin allerdings besonders nachhallt, ist der etwas pathetisch anmutende Satz: „Medizinethik muss nicht nur erlebt, sondern auch erlitten werden.“⁵⁷ Gemeint war hiermit eine Didaktik der Medizinethik, die weniger auf ethische Theorie als auf die angeleitete Reflexion moralischer Konflikte im Klinikalltag setzte, deren Motivation und Vermittlungsansatz also aus dem Erleben und Erleiden der Studierenden und Ärzte im Rahmen ihrer Praxis entsprang und insofern auch nicht „die Domäne eines einzelnen Faches“⁵⁸ namens Medizinethik sein konnte. Dass es sich bei diesem Ansatz nicht allein um ein didaktisches Konzept, sondern auch um ein strategisches Mittel handelte, um Ethik in der Medizin zu installieren, war bei Fuchs nicht nachzulesen, ergibt sich aber aus dem zeitgenössischen Zustand medizinethischer Lehre an den Fakultäten der Bundesrepublik.

Bereits 1977 hatte der Freiburger Medizinhistoriker Eduard Seidler (1929–2020) – später eines der Gründungsmitglieder und nach Wuermeling von 1988 bis

56 BArch, B 269/103, Auszug aus der Ergebnisniederschrift über die 55. Gesundheitsministerkonferenz am 20./21.11.1986 in Berlin, S. 42.

57 Fuchs (1987), S. 30.

58 Ebd., S. 32.

1992 Präsident der Akademie für Ethik in der Medizin – eine Umfrage über die Thematisierung ethischer Konflikte und Konzepte in der Lehre durchgeführt, deren ernüchterndes Ergebnis lautete, es sei „more or less incidentally that the student will get acquainted with the problems, and not every faculty will give him even this opportunity.“⁵⁹ Als knapp zehn Jahre später Seidlers Doktorandin Elisabeth Heister erneut eine Umfrage durchführte, hatte sich das Lehrangebot in Breite wie Tiefe ausdifferenziert, während die bei Seidler wie auch bei Fuchs zu findende Überzeugung unverändert geblieben war, dass dieses Angebot nicht unter die Kompetenz eines institutionell verankerten Spezialfachs fallen sollte.⁶⁰ Seidler selbst unterstützte diese Auffassung von Ethik als integralem Bestandteil medizinischen Handelns statt akademischen Spezialwissens. Konsequenz dieser Differenzierung war nicht zuletzt die Abwehr des Begriffs Bioethik, „der vorzugeben scheint, ein Problemfeld zu spezialisieren und zu systematisieren, welches grundsätzlich die Aufgabe der gesamten Heilkunde zu sein hat.“⁶¹ Seidler stand mit dieser Auffassung nicht allein – ganze 6% der Teilnehmenden an Heisters Umfrage gaben an, den Begriff Bioethik zu verwenden⁶² –, sie wurde vielmehr nahezu wörtlich ins programmatische Editorial der ersten Ausgabe des seit 1989 erscheinenden Journals *Ethik in der Medizin* übernommen, das gleichwohl von Seidler mitverfasst worden war:

„Ethik in der Medizin ist keine engumschriebene, von anderen medizinischen Fächern abgesetzte Disziplin, sie ist vielmehr Herausforderung und Aufgabe für alle im Bereich der Heilkunde denkenden und handelnden Verantwortungsträger.“⁶³

Einige Seiten später in demselben Heft folgte eine Stellungnahme der Akademie für Ethik in der Medizin zur medizinethischen Lehre: Die politischen Impulse der novellierten Approbationsordnung und des Appells der Gesundheitsministerkonferenz aufgreifend, forderte die Akademie eine Institutionalisierung medizinethischer Bestandteile in humanmedizinischer Lehre und ärztlicher Prüfung. Sie stellte ein dreiteiliges Unterrichtskonzept für die verschiedenen Phasen des Medizinstudiums vor, um Ethik – vorerst auf freiwilliger Basis – zu einem kontinuierlichen Gegenstand der ärztlichen Ausbildung zu machen. Gleichzeitig wies sie in deutlichen Worten darauf hin, dass es hier nicht darum gehe, den Fakultäten ein neues Fach oder gar ein nichtmedizinisches Wissensregime aufzudrücken: Ethikunterricht sei „grundsätzlich eine interdisziplinäre Aufgabe der Medizin und der Geisteswissenschaften. Die Etablierung einer eigenständigen Fachdisziplin ‚Medizinische Ethik‘ wird zur Zeit noch uneinheitlich diskutiert.“⁶⁴ Damit brachte die Akademie nicht nur eine grundsätzliche Unentschiedenheit auf den Punkt, was Ethik in der Medizin eigentlich sei und welche Gestalt sie annehmen sollte, sondern auch eine gewisse Ratlosigkeit, wer denn die Vermittlung von Ethik in der – oder eher: in die – Medizin vornehmen könne. Einerseits galt es, die ärztliche Deutungshoheit über ethische Fragen zu überwinden, gleichzeitig durfte nicht der Eindruck einer ethischen Deutungshoheit über medizinische Fragen entstehen. Die medizinethische Kompetenz-

59 Seidler (1979), S. 78.

60 Heister (1990), S. 115.

61 Seidler (1986), S. 258.

62 Heister (1990), S. 107.

63 Anschütz et al. (1989), S. 1.

64 Akademie für Ethik in der Medizin (1989), S. 60.

verwirrung jener Zeit reflektiert sich nicht zuletzt in den widersprüchlichen Erfahrungsberichten deutscher Teilnehmer der bioethischen Fortbildungskurse des Kennedy Institute of Ethics an der Georgetown University in den späten 1980er Jahren – Hans-Bernhard Wuermeling zählte sowohl zu den ersten, als auch zu den letzten der zahlreichen Kursbesucher, die zwischen 1987 und 1995 aus der Bundesrepublik nach Georgetown pilgerten⁶⁵ –, die nämlich gleichermaßen ein medizinisches Übergewicht und den Pragmatismus wie ein geisteswissenschaftliches Übergewicht und die Praxisferne der amerikanischen Bioethik festzustellen meinten.⁶⁶

Wenn auch nicht in expliziter Anlehnung an die Fortbildungskurse des Kennedy Institute versuchte eine Projektgruppe der Akademie für Ethik in der Medizin das Problem auf ähnliche Weise anzugehen wie die Vorreiter aus Georgetown: Um Ethik in die Medizin hineinzutragen, mussten erst einmal die Träger zur Ethik gebracht werden. Weil selbst „erfahrene Kliniker [...] einen *Fortbildungsbedarf für Lehrende*, die Medizinethik unterrichten oder ethische Fragen in ihren Unterrichtsveranstaltungen stärker berücksichtigen wollen“,⁶⁷ konstatierten, bot die Projektgruppe ab 1992 „Teacher’s Trainings Courses“ an, um Lehrende in den Heilberufen auf die Besonderheiten der Vermittlung von Ethik in der Medizin vorzubereiten. Genauso wie diese Projekte förderte der Stifterverband für die deutsche Wissenschaft ein paralleles Lehrprojekt – ebenfalls an der Universität Erlangen-Nürnberg –, das sich direkt an Medizinstudierende richtete.⁶⁸ Wie die Projektleiterin Claudia Wiesemann zugestand, wurde dabei auch eine gewisse Vorentscheidung hinsichtlich der Deutungshoheit über Ethik in der Medizin getroffen: Wiesemann betonte, dass es weniger um Moralphilosophie als um ärztliche Handlungskompetenz gehe, weswegen sie eine Unterscheidung zwischen epistemischer und performativer Expertise vornahm:

„Die Handelnden in der Medizin sollten performative Experten sein. Sie sollten in der Lage sein, die ethischen Aspekte ihres Tuns wahrzunehmen und ihr Handeln auch unter moralischen Gesichtspunkten begründen und verantworten zu können.“⁶⁹

Diese didaktische Ausschließlichkeit der Medizinethik lässt sich erneut auch als strategische Positionierung zur Etablierung „dieses traditionell noch mit Vorbehalten betrachtete[n] Fach[s]“ verstehen, durch die es nämlich „als wirkliche Hilfe in ärztlichen Entscheidungssituationen akzeptiert“⁷⁰ werde. Noch deutlicher brachte Wiesemann diese Motivation in einem weiteren Projektbericht auf den Punkt, in dem sie die „gut begründet[e]“ Abneigung des Arztes gegen ethische Abwägungen und seine Furcht anerkannte, „bei seiner Arbeit Entscheidungen nicht mehr selbstverantwortlich treffen zu können“, die sie mit ihrem performativen Ansatz zu ent-

65 Der Bochumer Philosophieprofessor und Fellow am Kennedy Institute, Hans-Martin Sass, organisierte nicht nur die deutsche Teilnahme an den regulären Intensive Bioethics Courses, sondern daran anschließende Vertiefungskurse, die 1987 mit dem Extended German Bioethics Course begannen und 1995 mit dem Advanced European Bioethics Course endeten.

66 Kottow (1987) und Allert (1989). Zu den deutschen Besuchern der Bioethikkurse vgl. Gehring (2017).

67 Reiter-Theil et al. (1993), S. L.

68 Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft (1992), S. 32

69 Wiesemann (1993), S. XLVI.

70 Ebd.

kräften suchte: „Entgegen der Befürchtungen vieler Kliniker kann durch Ethikunterricht die Kompetenz des einzelnen Arztes gestärkt werden.“⁷¹ Die Etablierung von Ethik in der Medizin hatte als Ethik für die Medizin aufzutreten. Auch wenn Mitstreiterinnen dieser Etablierung wie etwa Stella Reiter-Theil die performative moralische durch eine argumentative ethische Kompetenz erweiterten,⁷² änderte dies wenig an dem eingeschlagenen Pfad der Institutionalisierung von Ethik aus der Praxis, in der Praxis und für die Praxis. Solch eine Positionierung und Darstellung der Medizinethik war allerdings nicht allein aus der Not geboren, die Anerkennung jener erkämpfen zu müssen, deren Selbstverständnis es doch gerade zu verändern galt, nämlich der Ärzteschaft. Denn die Abgrenzung der Medizinethik von der philosophischen Ethik, ihre maßgebliche Herleitung aus dem und Bezugnahme auf den ärztlichen Alltag setzte sich fort, als mit der nächsten Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung 2002 der Querschnittsbereich „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ (Q2) geschaffen wurde und die bis dahin nur vereinzelt begonnene Institutionalisierung der Medizinethik an den Medizinischen Fakultäten an Fahrt aufnahm.

Die didaktisch-strategische Umgrenzung von Ethik in der Medizin schlug sich insbesondere in der von Wiesemann mitgestalteten Formulierung medizinethischer Lehrziele nieder, die auf der Überzeugung fußen: „Ein ethisches Konzept, das nicht auch am Krankenbett zur Anwendung kommt, trägt nicht zur verbesserten Qualität in der Patientenversorgung bei.“⁷³ Und auch die Studierenden, die sich nun pflichtgemäß mit Medizinethik auseinandersetzen und hierfür eigens verfasste Lehrbücher heranziehen sollten, erführen zuallererst was von ihnen erwartet wurde und was nicht: „Ärztinnen und Ärzte müssen keine Moralphilosophen sein, aber sie sollten wissen, wie sie in der Praxis mit einem Konflikt angemessen umgehen.“⁷⁴ Ethik war ein selbstverständlicher – und dadurch seinen selbstverständlichen Platz im Kanon medizinischer Fächer beanspruchender – Aspekt ärztlichen Handelns und somit interessierte an der Ethik auch nur, was konkret mit diesem Handeln verknüpft oder zu verknüpfen war. Gleichzeitig blieb doch ein gewisses Unwohlsein bestehen, ob eine derart kondensierte Ethik in der Medizin überhaupt so etwas wie eine kognitive Dissonanz hervorbringen könne. An die Seite der prinzipiellen Akzeptanz, dass „[f]achliche Kompetenz und ethische Kompetenz [...] eine notwendige Einheit im professionellen Selbstverständnis heutiger und zukünftiger Ärztinnen und Ärzte“ bildeten, trat die Betonung, dass „ethische Kompetenz“ eben nicht deckungsgleich sei mit „professionsinterne[n] Kompetenzen“;⁷⁵ ebenfalls angemerkt wurde, dass die humanmedizinische Ausbildung gerade Ärztinnen und Ärzte hervorbringe, „deren moralische Fähigkeiten z.T. zu wünschen übrig lassen“,⁷⁶ genauso wie für das didaktische Vorgehen in der Medizinethik grundsätzlich bezweifelt wurde, „ob es einen raschen Weg zur Praxis geben kann.“⁷⁷ Solche scheinbaren Nuancen verweisen auf einen grundsätzlichen Konflikt über das Verständnis von Ethik in der Medizin, einerseits als Instrument der Deprofessionalisierung, also der

71 Wiesemann (1994), S. 94 und 98.

72 Reiter-Theil (1995), S. 14.

73 Biller-Andorno et al. (2003), S. 118.

74 Wiesemann et al. (2005), S. 3.

75 Neitzke (2006), S. 376f.

76 Buyx et al. (2008), S. 661.

77 Boppert (2013), S. 293.

Bekämpfung und Beschränkung struktureller Fehler im medizinischen Umgang mit Krankheit, Leid und Tod, andererseits als Professionalisierungsinstrument zur kontinuierlichen Überprüfung und Optimierung heilberuflichen Handelns.

SCHLUSSÜBERLEGUNGEN UND FAZIT

Als im Jahr 2002 mehrere internationale internistische Verbände die Charta „Medical Professionalism in the New Millennium“ veröffentlichten, stützten sie sich mit einer Selbstverständlichkeit auf bioethische Prinzipien, dass es ihnen nicht einmal mehr notwendig erschien sie als solche auszuweisen.⁷⁸ Diese Appropriation kann als Erfolg unermüdlicher bioethischer Überzeugungsarbeit gelesen werden, gleichzeitig stellt sie jedoch die distinkte Bedeutung und somit den Status von Ethik in der Medizin infrage, was sich nicht zuletzt daran ablesen lässt, dass der „Medical Professionalism“ nicht nur auf die Benennung seiner Quellen verzichtete, sondern gleichermaßen auf die Verwendung des Begriffs Ethik. Diese Entwicklung lässt sich mit den drei hier dargelegten Einflüssen auf die Institutionalisierung von Ethik in der bundesrepublikanischen Medizin verknüpfen: Erstens mit der Prognose Ivan Illichs, dass ethische Prinzipien wie die Autonomie des Patienten in dem Maße kompromittiert würden, wie sie sich auf ein Abwägungsverhältnis mit der professionellen Logik der Medizin einließen, also zur medizinischen Subdisziplin Bioethik wurden. Zweitens mit dem Argument der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen und der Gesundheitsministerkonferenz, dass es sich bei der Humanität im Krankenhaus nicht um ein strukturelles Defizit, sondern um einen durch Aus-, Fort- und Weiterbildung zu behebenden Mangel an Professionalität der heilberuflich Tätigen handelte. Drittens mit der gleichermaßen strategischen wie didaktischen Logik der frühen bundesrepublikanischen Medizinethik, nicht so sehr einen Selbstbehauptungsanspruch zu verfolgen, als die Kompatibilität mit ihrem und praktische Relevanz für ihren Gegenstand herauszustellen, also Ethik als bloß weiteren Baustein professioneller Kompetenz zu verkaufen. Dieses Spannungsverhältnis der (De-)Professionalisierung lässt sich als Motor der Etablierung und Institutionalisierung von Ethik in der bundesrepublikanischen Medizin begreifen und anhand weiterer Personen, Institutionen und Diskurse weiter vertiefen. Denn wie der bereits eingangs zitierte Rudolf Stichweh vor fast 35 Jahren zum Verhältnis von Disziplinen und Professionen ausführte, lässt die unweigerliche „Mitbenutzung disziplinär erzeugten Wissens durch die Professionen“ – wie etwa von ethischem Wissen in der medizinischen Praxis – letztere in Abhängigkeit von einer „extraprofessionellen Autorität“ geraten, „deren Stellungnahmen eventuell innerprofessionell nur noch übernommen werden können.“⁷⁹ Bezogen auf die Geschichte von Ethik in der Medizin und das Spannungsverhältnis der (De-)Professionalisierung lässt sich dies so interpretieren, dass divergierende, ja konträre Verständnisse von Ethik in der Medizin, ihrem Status und ihrer Funktion aufeinanderprallten und einander angeglichen werden mussten: Einerseits ein Verständnis von Ethik als der Medizin äußerlichem Wissen, das aus einer theoretischen und unbeteiligten Position heraus

78 ABIM et al. (2002).

79 Stichweh (1994b), S. 325.

die Medizin einem philosophischen Bewertungs- und Disziplinierungsregime unterwirft. Andererseits das Verständnis von Ethik als der Medizin inhärenter, von ihr nicht zu trennender Kompetenz, die aus der praktischen Erfahrung heraus eine Orientierung professionellen heilberuflichen Handelns entstehen lässt. Schon die hier gegebenen Beispiele lassen erkennen, dass sich das disziplinierend-professionalisierende Spannungsverhältnis recht eindeutig zu einer Seite hin aufgelöst hat; um es erneut mit Rückgriff auf das ebenfalls eingangs erwähnte Bonmot Stephen Toulmins zu formulieren: Die Medizin rettete die Ethik nicht einfach, sie absorbierte sie. Damit soll kein normatives Urteil gefällt, sondern ein Impuls gegeben werden für eine intensiviertere Auseinandersetzung mit der Historizität von Ethik in der Medizin und der Frage, wie sich die Angleichung von Ethik und Medizin konkret vollzogen und welche Auswirkungen sie auf Ethik und Medizin gleichermaßen gehabt hat.

UNGEDRUCKTE QUELLEN

- BArch, B 136 (Bundesarchiv Koblenz, Bestand Bundeskanzleramt)
 BArch, B 269 (Bundesarchiv Koblenz, Bestand Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder)

LITERATUR

- ÄApprO (1987): Approbationsordnung für Ärzte vom 14. Juli 1987. In: Bundesgesetzblatt I, 36 (1987), S. 1593–1623.
- ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine (2002): Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. In: *Annals of Internal Medicine* 136 (2002), S. 243–263.
- Akademie für Ethik in der Medizin (1989): Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Unterrichtsangebotes zu Fragen der Ethik in der Medizin. In: *Ethik in der Medizin* 1 (1989), S. 59–62.
- Allert, G. (1989): Medizinische Ethik lernen und lehren. Ein Bericht über Aus- und Weiterbildungsprogramme in medizinischer Ethik – bioethics – in den USA. In: *Ärztblatt Baden-Württemberg* 44, Sonderbeilage 1.
- Anschütz, F./Ritschl, D./Seidler, E. (1989): Editorial. In: *Ethik in der Medizin* 1 (1989), S. 1–2.
- Baker, R. (2013): *Before Bioethics. A History of American Medical Ethics from the Colonial Period to the Bioethics Revolution*. Oxford.
- Barnett, R. J. (2003): Ivan Illich and the Nemesis of Medicine. The man and his message. In *memoriam*. In: *Medicine, Health Care and Philosophy* 6 (2003), S. 273–286.
- Bettin, H. (2010): Eine AG Ethik der DDR als erste zentrale deutsche Ethikkommission. Zum Umgang mit ethischen Fragen bei der Forschung am Menschen in der DDR. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 56 (2010), S. 235–250.
- Bettin, H. (2019): Bedeutsam, eigenständig, relevant? Eine vergleichende Analyse der Debatten zur Sterbehilfe in der DDR. In: *Medizinhistorisches Journal* 54 (2019), S. 31–69.
- Biller-Andorno, N./Neitzke, G./Frewer, A./Wiesemann, C. (2003): Lehrziele „Medizinethik im Medizinstudium“. In: *Ethik in der Medizin* 15 (2003), S. 117–121.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1980): *Zur Humanität im Krankenhaus. Endbericht, vorgelegt vom Institut für angewandte Sozialwissenschaft*. Bonn-Bad Godesberg.
- Bobbert, M. (2013): 20 Jahre Ethikunterricht im Medizinstudium: Eine erneute Lehrziel- und Curriculumsdiskussion ist erforderlich. In: *Ethik in der Medizin* 25 (2013), S. 287–300.

- Buyx, A. M./Maxwell, B./Supper, H./Schöne-Seifert, B. (2008): Medizinethik als Unterrichtsfach. Lernziele und Evaluation. In: Wiener klinische Wochenschrift 120 (2008), S. 655–664.
- Canguilhem, G. (2013a): Schriften zur Medizin. Zürich.
- Canguilhem, G. (2013b): Gesundheit: Alltagsbegriff und philosophische Frage [1988]. In: Canguilhem (2013a), S. 43–61.
- Condrau, F./Timmermann, C. (2012): Ivan Illichs Medical Nemesis und die Medizingeschichte. Nach Feierabend. In: Zürcher Jahrbuch für Wissensgeschichte 8 (2012), S. 179–188
- Doering-Manteuffel, A./Raphael, L. (2012): Nach dem Boom. Perspektiven auf die Zeitgeschichte seit 1970. 3., ergänzte Auflage. Göttingen.
- Doppelfeld, E./Hasford, J. (2019): Medizinische Ethikkommissionen in der Bundesrepublik Deutschland: Entstehung und Einbindung in die medizinische Forschung. In: Bundesgesundheitsblatt 62 (2019), S. 682–689.
- Duden, B. (2012): Zur Aktualität des Denkens von Ivan Illich und seiner „Kritik der Medikalisierung des Lebens“. Nach Feierabend. Zürcher Jahrbuch zur Wissensgeschichte 8 (2012), S. 169–178.
- Eissa, T.-L./Lorenz Sorgner, S. (Hrsg.) (2011): Geschichte der Bioethik. Eine Einführung. Paderborn.
- Engelhardt, H. T. (1986): The Foundations of Bioethics. New York.
- Flöhl, R. (Hrsg.) (1979a): Maßlose Medizin? Antworten auf Ivan Illich. Berlin.
- Flöhl, R. (1979b): Einleitung. In: Flöhl (1979a), S. 1–5.
- Forsbach, R. (2010): Politische Implementierung der Prävention: Die Diskussion um die Zehn Grundsätze der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen. In: Das Gesundheitswesen 72 (2010), S. e22–e27.
- Fox, R. C./Swazey, J. P. (2008): Observing Bioethics. A Sociological History. Oxford.
- Freidson, E. (1979): Der Arztstand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart.
- Frewer, A. (2008): Ethikkomitees zur Beratung in der Medizin. Entwicklung und Probleme der Institutionalisierung. In: Frewer et al. (2008), S. 47–74.
- Frewer, A. (2011): Zur Geschichte der Bioethik im 20. Jahrhundert. Entwicklungen – Fragestellungen – Institutionen. In: Eissa/Sorgner (2011), S. 415–437.
- Frewer, A./Erices, R. (Hrsg.) (2015): Medizinethik in der DDR. Moralische und menschenrechtliche Fragen im Gesundheitswesen. Stuttgart.
- Frewer, A./Fahr, U./Rascher, W. (Hrsg.) (2008): Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken und Nebenwirkungen. Würzburg.
- Fuchs, C. (1987): Erziehung zur Ethikfähigkeit. Verantwortung für die medizinische Ausbildung. In: Schlaudraff (1987), S. 27–33.
- Gehring, P. (2012): Fragliche Expertise. Zur Etablierung der Bioethik in Deutschland. In: Hagner (2012), S. 112–139.
- Gehring, P. (2017): Operation Ethik. Import eines Denkstils. In: Zeitschrift für Ideengeschichte 11, 4 (2017), S. 44–51.
- Geisthövel, A./Hitzer, B. (Hrsg.) (2019a): Auf der Suche nach einer anderen Medizin. Psychosomatik im 20. Jahrhundert. Berlin.
- Geisthövel, A./Hitzer, B. (2019b): Die Grenzen des Erfolgs. Endgültige Etablierung und das Verschwinden der großen Antwort (1970–2000). In: Geisthövel/Hitzer (2019a), S. 325–348.
- Geyer, M. (Hrsg.) (2008): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Band 6: Bundesrepublik Deutschland 1974–1982. Neue Herausforderungen, wachsende Unsicherheiten. Baden-Baden.
- Hagner, M. (Hrsg.) (2012): Wissenschaft und Demokratie. Berlin.
- Heister, E. (1990): Ethik in der ärztlichen Ausbildung an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland 1977–1987. Diss. med., Univ. Freiburg.
- Hockerts, H.-J. (Hrsg.) (1998): Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. München.
- Illich, I. (1974): Medical Nemesis. The Lancet 303, 7863 (1974), S. 918–921.
- Illich, I. (1975): Die Enteignung der Gesundheit. „Medical Nemesis“. Reinbek bei Hamburg.
- Illich, I. (1979a): Entmündigung durch Experten. Zur Kritik der Dienstleistungsberufe. Reinbek bei Hamburg.
- Illich, I. (1979b): Entmündigende Expertenherrschaft. In: Illich (1979a), S. 7–35.
- Illich, I. (1992): In the Mirror of the Past. Lectures and Addresses 1978–1990. New York.

- Jasanoff, S. (2005): *Designs on Nature. Science and Democracy in Europe and the United States*. Princeton.
- Jonsen, A. R. (1998): *The Birth of Bioethics*. New York.
- Jonsen, A. R. (2000): *A Short History of Medical Ethics*. New York.
- Kahlke, W./Reiter-Theil, S. (Hrsg.) (1995): *Ethik in der Medizin*. Stuttgart.
- Kennedy Institute of Ethics (1987): *Newsletter 1/11*. Washington.
- Kollek, R./Feuerstein, G. (1999): *Bioethics and Antibioethics in Germany: A Sociological Approach*. In: *International Journal of Bioethics* 10, 3 (1999), S. 11–20.
- Kottow, M. (2017): *Medizinethik in den USA: Ganz pragmatisch*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 84, 47 (2017), S. A–3214.
- Lindner, U. (2007): *Die Krise des Wohlfahrtsstaats im Gesundheitssektor. Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien und Schweden im Vergleich*. In: *Archiv für Sozialgeschichte* 47 (2007), S. 297–324.
- Neitzke, G. (2006): *Ethik im Medizinstudium – Entwicklungen und Herausforderungen*. In: *Ethik in der Medizin* 18 (2006), S. 374–378.
- O'Mahony, S. (2016): *Medical Nemesis 40 years on: the enduring legacy of Ivan Illich*. In: *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 46 (2016), S. 134–139.
- Reich, W. T. (Ed.) (1995): *Encyclopedia of Bioethics*. 2. Auflage. New York.
- Reiter-Theil, S. (1995): *Moral lernen – Ethik lehren. Moralphyschologische Voraussetzungen der Reflexion ethischer Fragen*. In: Kahlke/Reiter-Theil (1995), S. 10–16.
- Reiter-Theil, S./Kahlke, W./Dressel, R. (1993): *Teachers' Training Course. Ein Projekt der Akademie für Ethik in der Medizin. Diskussionsforum Medizinische Ethik 9–10 (1993)*, S. XLIX–LI [Beilage zu *Wiener medizinische Wochenschrift* 144/3 (1994)].
- Rodgers, D. T. (2011): *Age of Fracture*. Cambridge.
- Roelcke, V. (2018): *Medical ethics in Post-War Germany: reconsidering some basic assumptions*. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 130 (2018), S. 180–183.
- Roelcke, V./Maio, G. (Eds.) (2004): *Twentieth Century Ethics of Human Subjects Research. Historical Perspectives on Values, Practices and Regulations*. Stuttgart.
- Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (Hrsg.) (1997): *Moderne Medizin – Wunsch und Wirklichkeit*. Heidelberg.
- Sarasin, P. (2021): *1977. Eine kurze Geschichte der Gegenwart*. Berlin.
- Schlaudraff, U. (Hrsg.) (1987): *Ethik in der Medizin. Tagung der Evangelischen Akademie Loccum vom 13. bis 15. Dezember 1985*. Berlin.
- Schlaudraff, U. (2006): *„Nun gründen wir mal“: Zur Vor- und Frühgeschichte der Akademie für Ethik in der Medizin*. In: *Ethik in der Medizin* 18 (2006), S. 294–302.
- Schluchter, W. (1974): *Legitimationsprobleme der Medizin*. In: *Zeitschrift für Soziologie* 3 (1974), S. 375–396.
- Schöne-Seifert, B./Sass, H.-M./Bishop, L. J./Bondolfi, A. (1995): *Medical Ethics, History of: Europe, Contemporary Period, German-Speaking Countries and Switzerland*. In: Reich (1995), S. 1579–1589.
- Seidler, E. (1979): *The teaching of medical ethics in the Federal Republic of Germany*. In: *Journal of Medical Ethics* 5 (1979), S. 76–79.
- Seidler, E. (1986): *Bioethik oder Ethik der Heilberufe?* In: *Medizin Mensch Gesellschaft* 11 (1986), S. 258–263.
- Stichweh, R. (1994a): *Wissenschaft, Universität, Professionen. Soziologische Analysen*. Frankfurt/M.
- Stichweh, R. (1994b): *Professionen und Disziplinen: Formen der Differenzierung zweier Systeme beruflichen Handelns in modernen Gesellschaften*. In: Stichweh (1994a), S. 278–336.
- Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft (1992): *Förderungsprogramm Ethik in der Medizin 1986–1992*. Essen.
- Süß, W. (1998): *Gesundheitspolitik*. In: Hockerts (1998), S. 55–100.
- Süß, W. (2011): *Umbau am „Modell Deutschland“: Sozialer Wandel, ökonomische Krise und wohlfahrtsstaatliche Reformpolitik in der Bundesrepublik „nach dem Boom“*. In: *Journal of Modern European History* 9 (2011), S. 215–238.
- Süß, W. (2020): *Enteignete Gesundheit? Ivan Illich und die Pathologien der Industriemoderne*. In: *Zeithistorische Forschungen* 17 (2020), S. 378–385.

- Toellner, R. (1997): Das unbußfertige Schweigen. Historische Erfahrung und ethischer Diskurs – Medizinethik in Deutschland nach 1945. In: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (1997), S. 145–161.
- Toulmin, S. (1982): How Medicine saved the Life of Ethics. In: *Perspectives in Biology and Medicine* 25 (1982), S. 736–750.
- Vincenti, A. (2008): Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit. In: Geyer (2008), S. 515–556.
- Wiesemann, C. (1993): Ethikunterricht für Medizinstudenten: Theorie oder Praxis? Diskussionsforum *Medizinische Ethik* 9-10, S. XLV–XLVIII [Beilage zu *Wiener Medizinische Wochenschrift* 144/3 (1994)].
- Wiesemann, C. (1994): Das Erlanger Modell. Urteilskraft und Handlungskompetenz als Lernziele des Ethikunterrichts. In: *Ethik in der Medizin* 6 (1994), S. 93–98.
- Wiesemann, C./Biller-Andorno, N. Unter Mitarbeit von A. Frewer (2005): *Medizinethik. Für die neue AO*. Stuttgart.
- Wiesenthal, H. (1981): *Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus*. Frankfurt/M.